

Е.С. Казанцева, Я.Н. Шойхет, С.Д. Фокеев

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

Цель исследования: повысить эффективность лечения холангита путем совершенствования метода локальной антимикробной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положены данные о 90 больных раком поджелудочной железы осложненного механической желтухой и холангитом, находившихся на лечении в клинике за период с 1990 по 2010 гг. Среди них мужчины составляли 34,2 %, а женщины — 65,8 %. Возраст пациентов варьировал от 20 до 85 лет.

Пациенты были разделены на две группы. Антимикробная терапия проводилась обоим группам больных аналогичными препаратами: цефалоспорины III поколения — цефтриабол в сочетании с метронидазолом.

1-я группа (контрольная) — 70 лиц, лечение проводилось стандартное, включавшее вскрытие и наружное дренирование холедоха по Вишневскому в сочетании с инфузионной терапией с целью коррекции водно-электролитных нарушений, детоксикации, спазмолитики и внутривенную антибактериальную терапию.

2-я группа (основная) — 20 больных. У этой группы больных применялось лечение аналогично первой группы за исключением введения антибиотиков. Выполнялась чрезбедренная селективная катетеризация чревного ствола, общей печеночной артерии по Сельдингеру. По катетеру, с помощью линеомата, в течение 5–7 дней, вводили непрерывно (24 часов в сутки) цефтриабол в суточной дозе — 2 г, разведенного в 500 мл физиологического раствора. Аналогично применяли 1,0 г метронидазола.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Послеоперационные гнойно-септические осложнения возникли у 21 (23,3 %) пациента. Из них в контрольной группе — у 19 больных (27,1 %) и только у 2 лиц (10,0 %) в основной группе. Основное количество осложнений в контрольной группе пришлось на нагноение послеоперационной раны — у 56 пациентов (80,8 %) и разлитой гнойный перитонит — у 13 больных (19,2 %). В основной группе нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 2 пациентов (10,0 %). Летальные исходы отмечены только в контрольной группе — 7 больных (10,0 %).

ВЫВОДЫ

Проведение непрерывной локальной внутриартериальной антимикробной терапии, купирует развитие перитонита в основной группе пациентов и исключает летальные исходы.

С.А. Калинина

ПОГОВОРИМ О ДЕОНТОЛОГИИ

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)

Годы перестройки многое изменили в жизни людей, в их взглядах, отношениях к своей профессии, в отношениях между людьми, между врачом и больным. И хотя данный сборник работ посвящен хирургии, наверное, стоит вспомнить или узнать, что такое медицинская этика и деонтология.

Медицинская профессия является одной из самых древних и одной из самых трудных. Медицина — наука особая, отличная от всех, потому что здоровье — величайшее благо. Поэтому и требования к тем, кто посвятил себя медицине, повышенные, поэтому говорят: «Быть человеком ответственно, быть врачом — ответственно вдвойне» (Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983).

Медицина сложна во всех своих ипостасях: и в диагностике, и в подходе к больному, и в выборе метода лечения, и в практическом его исполнении. В связи с этим, работать врачом и поступать в медицинский институт должны те, кто сердцем понимает страдание и боль человеческую. Потому что для врача привыкание к чужой боли губительно. Врач не имеет морального права привыкать к страданиям других, а неудачу в лечении пациента должен принимать как личное несчастье. Недаром говорят, что врач умирает с

каждым своим больным. Говорят, что жизнь хорошего врача — ПОДВИГ, а Антон Павлович Чехов — врач и писатель — добавлял: «Медицина — это подвиг, на который способен не каждый» (цит. Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983), потому что помимо всех прочих моментов врачебной деятельности, необходимо помнить о таких «материях», как ЭТИКА и ДЕОНТОЛОГИЯ.

Основоположителем профессиональной этики стал Гиппократ. Он впервые сформулировал морально-этические нормы врача, которые и были включены в «КЛЯТВУ». ЭТИКА — слово греческое, в переводе суммирующее науку о нравственности, науку о законах и нормах человеческого поведения, и, в частности, поведение врача. ДЕОНТОЛОГИЯ — тоже слово греческое, означающее: учение о должном. Деонтология — раздел этики, рассматривающий проблемы долга и должного, учение о юридических, профессиональных и моральных обязанностях, о правилах поведения медицинского работника, главным образом по отношению к больному, рассматривающей врачебный долг, как комплекс исторически сложившихся норм и требований, регулирующих отношения врача и больного, врачей между собой, врача и общества (Шантуров А.Г., Евсеева Н.П., 1980).

Прошли века. Перестройка многое перечеркнула, многое оказалось забытым, ненужным, не актуальным, в их число попали и вопросы о нравственности и долге. В медицинском институте недостаточно времени уделяют сейчас этим животрепещущим вопросам, мало учат будущих врачей этике и деонтологии. Между тем настало время поднять эти вопросы на должную высоту, посмотреть на себя и своих коллег со стороны, и понять, как далеки мы сегодня от позиций деонтологии и этики, и как необходимо нам вернуть их не только с точки зрения врача, медика, но и с точки зрения человека, гражданина.

Еще в древнеиндийской книге «Аюрведы» (цит. Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983) — книге жизни — говорится, что врач должен быть страдательным, доброжелательным, терпеливым, спокойным. В древности говорили: «Спокойствие — мудрость сильных». Врач никогда не должен терять самообладания. Для больного врач должен быть отцом, для выздоравливающего — охранителем, для здорового — другом. Недаром слово «врач» означает — «утешитель», «уговариватель». Надо быть внимательным и чутким, Чуткость — это не только моральная черта, но и сила, побуждающая к творческому поиску и в диагностике, и в лечении. Нельзя браться за то, чего не умеешь, не знаешь, делаешь плохо: лишь нажива, лишь престиж, лишь собственная выгода.

Основоположник Отечественной клинической медицины и военной гигиены М.Я. Мудров сказал по этому поводу: «Незнание есть худое приобретение, оно есть бред и сон, оно есть мать робости и дерзости. Робость показывает неумение, дерзость — невежество». И далее: «Врач посредственный более вреден, нежели полезен. Больные, оставленные натуре, выздоровеют, а тобою пользованные — умрут» (цит. Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983). Б.Е. Вотчал говорил: «Трусливый врач — самый страшный врач, потому что он всегда найдет тысячу возможностей ничего не делать для больного» (цит. Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983). Нельзя бояться признания своих ошибок. Ошибся — исправь, чтобы не было трагических последствий твоей трусости. Не стремись найти виновных, чтобы остаться «чистеньким». Не надо стесняться незнания. Надо закрыть это «белое пятно», для этого нужно читать, спрашивать, искать ответ на неизвестное. И не важно, на какой иерархической ступени находится тот, к кому вы обратились за советом, младше он вас или старше. Это не унизит, а возвысит вас в глазах коллег и больных. Жан-Жак Руссо писал: «Кто ничего не спрашивает, тот ничему не научится» (цит. Петровский Б.В., 1988). Поэтому спрашивайте, не стесняйтесь учиться друг у друга. Ибо, как писал А.А. Остроумов, и читал на лекциях студентам: «Если ты в чем-нибудь сомневаешься, никогда не говори, что ты знаешь, а лучше скажи — я этого не знаю; будь ты каким угодно ученым — тебе нечего стыдиться такого признания, ибо всего знать невозможно» (цит. Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983). Две богини сопровождают медицину — ИСТИНА и МНЕНИЕ.

Технический прогресс увеличил количество аппаратуры. Это хорошо, ибо помогает в постановке диагноза, проведении лечебных мероприятий. Но есть и вторая сторона медали. Большое количество аппаратного и лабораторного исследования притупляют чувство ответственности, интуицию врача, и, нередко, опираясь на данные исследования, врач не решается высказать свое мнение, применить свои теоретические познания для принятия самостоятельного, правильного решения. А между тем, данные аппаратного исследования не всегда верны и точны, и лишь сочетание всех данных (тщательно собранный анамнез, лабораторные исследования, клинические проявления и т.д.) теоретические познания врача могут помочь в установлении ИСТИНЫ. Часто большое количество обследований приводит к переоценке их значимости, к пренебрежению старых испытанных методов диагностики и лечения. Надо быть хорошим врачом, врачом, который умеет сочетать знания, приобретенные ранее, и приобретенные сегодня.

Учиться — это не значит постигать лишь свою узкую специальность. Врач должен быть разносторонне образованным человеком. Много веков назад Гиппократ говорил: «Человек не может считать себя этически подготовленным и достаточно нравственным, если его кругозор узок, общая культура и социальные интересы не развиты». Надо интересоваться искусством во всех его проявлениях: картинные галереи, музыка, художественная литература, театр. Если врача перестают интересовать поэзия, музыка, живопись, то можно считать, что в нем угасает интерес к окружающему миру и, в частности, к больному

человеку. Безразличие к произведениям искусства ослабляет чувство сопереживания. А «сердце можно лечить только сердцем», как сказал прекрасный художник Левитан.

По Гиппократу: врач-философ равен Богу. Лечебный процесс это не только лекарственное воздействие, это человеческие отношения, обмен знаниями, нормами поведения, установок, взглядов, привычек. Всесторонне образованный врач всегда может найти тему для разговора с больным, чтобы отвлечь его от причины плохого настроения и войти в доверие к больному.

Старинная арабская пословица гласит: у врача три оружия — нож, трава и СЛОВО (цит. Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983). Но помимо слова большое значение имеет чисто человеческое отношение воспитанного человека. Иногда очень неприятно видеть, как врач контактирует с больным: врач сидит, а перед ним стоит пациент, нередко с тростью или костылями. Как можно в такой ситуации не учесть: это больной человек! Это просто человек, требующий к себе внимания и уважительного отношения! Это пациент, который зачастую значительно старше врача!

Но почему-то врач не предлагает ему стул. А как обращается врач к пациенту? «Ты» — и это независимо от возраста больного. Разве такая небрежность может вызвать уважение к врачу, доверие к нему? А такое панибратское обращение, как «Дорогуша», «Милочка», «Дедулька», «Бабуся» и т.д.? Нет, не может. Но и замкнутость врача, апломб, высокомерие не располагают к близкому контакту с больным, к доверительному отношению, к откровенности больного, а это часто мешает уточнению анамнеза и постановке диагноза. Нельзя не учитывать уровень образованности больного, эрудиции, интеллекта. Не бойтесь пошутить с больным, поинтересоваться его увлечением, тревогой, семейными обстоятельствами. Объясните больному все о его заболевании, методах лечения, но расскажите это на доступном языке, с учетом «знаний» больного, полученных из газет, журналов, радио, телевидения. Это не унижит вас в глазах пациента, а возвысит. В.М. Бехтерев писал: «Если после разговора с врачом больному не стало легче, то это не врач» (цит. Гиляревский С.А., Тарасов К.Е., 1979). Совсем не этично в устах врача, в ответ на жалобу больного, звучит: «Посмотрите в свой паспорт», или — «А лет-то вам сколько? Это все от возраста». А между тем все мы знаем, что те же заболевания суставов, например, могут быть и в 20 лет, и явиться лишь отражением боли другой патологии у пожилого человека. И врач, прикрываясь возрастом больного, может допустить ошибку в диагностике, в подборе методов лечения. И не исключено, что эта ошибка окажется роковой.

Контакт с больным любого медицинского работника требует особого такта и этического подхода. Не надо забывать слова М.Я. Мудрова: «Исследуя больного, помни, что в это же время больной исследует тебя» [цит. Морозов Г.В., Царегородцев Г.И., 1983]. Недопустимо осматривать больного в ординаторской в присутствии других врачей и посетителей. В такой обстановке врач не может раздеть и осмотреть больного, в такой обстановке больной не расскажет о себе и о тех фактах, которые предшествовали заболеванию. Поэтому иногда можно видеть, как врач пальпирует позвоночник через одежду больного. Нельзя смотреть на больного «сквозь узкую щель». Такой подход напоминает ремесленничество, а врачевание не есть обслуживание, ремесло. Врачевание — это высокий стиль искусства. Врач лечит не только теоретическими познаниями и «рукодействием». Врач лечит еще и силой своей личности. Есть личность — есть врачевание.

Этика и деонтология предписывают уважительное отношение к коллегам. Осматривая больного, разговаривая с коллегой, находясь на заседании, конференции, консилиуме и т.д., не следует пользоваться сотовой связью. Это неуважение к окружающим, это отвлекает от рассуждения о больном, от прослушивания сообщений и т.д.

Нельзя забывать о внешнем виде. Врач должен быть одет в чистый глаженный халат или костюм, заменяющий его. Желательно, чтобы костюм сидел безукоризненно, а не мешком. Чисто выбритое лицо или подстриженная борода. Никаких неприятных запахов — изо рта, пота, перегара, даже резкого запаха одеколона, дезодоранта не должно быть. Женщины не должны носить слишком короткие юбки, косметика должна быть не броской, спокойной, чтобы не раздражала. Украшения не должны «кричать» и слишком блестеть. Можно ли придерживаться моды? Конечно, но это должно быть в рамках этикета, с учетом возраста и физиологических данных. Внешность должна быть приятной, не раздражающей, не вызывающей брезгливость. Тогда и врач может требовать от больного опрятного вида. Некрасиво, когда врач пользуется жвачкой — на планерках, хирургических советах, конференциях, при разговоре с больным — жующий человек неприятен.

Об этике и деонтологии можно говорить много и долго, но мы хотим обратить внимание на одну небольшую финансовую проблему. Сегодня у нас почти вся медицина платная. Можно понять врачей, получающих мизерную зарплату, но нельзя понять врача-человека, который ради денег назначает операцию или дорогостоящее обследование, без которых можно обойтись. Нельзя понять врача, который отказывается принять больного только потому, что пациент беден и не может оплатить визит к врачу.

В 1895 г. в Самарской газете была опубликована статья А.М. Горького. Он писал: «Да и какое участие могут проявить врачи, обладающие лошадиными нервами и умом, не взлетающим выше собственного кармана... Их собственная жизнь настолько несложна и убога, что не только сочувствия, но и простого интереса у них никогда не возникает...». Горькие слова.

Подводя итог сказанному, хочу напомнить: труд врача — это вечный бой с недугами человека. Врач может и должен быть бойцом, не забывая о личности своей и того, за кого борешься. И «если сдают силы

физические, то должна выручить сила нравственная», как сказал Н.Н. Бурденко. Помните слова физиолога В.Я. Данилевского: «Художник может написать плохую картину — ее не купят, писатель может написать плохую книгу — ее не будут читать. Но врач не может ошибаться, так как от этого зависят здоровье и жизнь его больных» (Сук И.С., 1984).

Давайте помнить: «Светя другим — сгораю сам».

А.А. Касюк, А.Г. Жуковец

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

*Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова (Республика Беларусь, Минск)*

Цель исследования: Оценить ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с опухолевым стенозом позвоночного канала.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом послужили данные о 20 пациентах, которым была выполнена декомпрессия спинного мозга или корешков конского хвоста по поводу опухолевого стеноза позвоночного канала. Из них было 12 мужчин и 8 женщин. Возраст пациентов варьировал от 29 до 68 лет (медиана 52,5 года). При поступлении в стационар у всех пациентов имел место неврологический дефицит различной степени выраженности. Причиной развития стеноза позвоночного канала послужили метастазы злокачественных опухолей — 13 (65 %), лимфома — 3 (15 %), миелома — 3 (15 %), гигантоклеточная опухоль — 1 (5 %).

Заднебоковая декомпрессия была выполнена в 18 случаях, гемициркулярная и циркулярная — по одному случаю. У 15 пациентов декомпрессия была выполнена на грудном, у 3-х — на поясничном, у 1 — на крестцовом, у 1 — на шейном отделах позвоночника. Для оценки степени выраженности болевого синдрома была использована визуально-аналоговая шкала. Степень неврологического дефицита и ее динамику оценивали по шкале Frankel.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После выполнения декомпрессивной операции уменьшение степени выраженности болевого синдрома получено у 75 % пациентов. Улучшение в неврологическом статусе отмечено у 42,9 % пациентов с исходным неврологическим дефицитом Frankel A, у 50 % пациентов — Frankel B, у 85,7 % — Frankel C, у 100 % — Frankel D. Улучшение в двигательной и чувствительной сферах имело место у 70,0 % пациентов, в двигательной сфере — у 55 %. Осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде не было.

ВЫВОДЫ

Факторами, определяющими эффективность декомпрессии спинного мозга у пациентов с опухолевым стенозом позвоночного канала, наряду с длительностью существования неврологического дефицита, является степень его выраженности до операции.

А.А. Кашафеева, Б.С. Хышиктуев, Е.А. Железнова, Т.Л. Соловьева

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ У КРЫС

Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

Аэробная микрофлора при перитоните обычно представлена семейством энтеробактерий и кокковой флорой, анаэробная — грамотрицательными неклостридиальными бактериями (бактероидами и фузобактериями), при этом в большинстве случаев преобладает анаэробная микрофлора (Березницкий Я.С., Юрочко Ф.Б., 2007).

Цель исследования — изучение характера микрофлоры выпота из брюшной полости при экспериментальном перитоните у крыс.