

СЕКЦИЯ 15 РАЗНОЕ

ТЕХНИКА И ТЕХНИЦИЗМ В ХИРУРГИИ

Абаев Ю. К.

Редакция журнала «Здравоохранение», г. Минск, Республика Беларусь

Вторая половина XX – начало XXI веков характеризовались стремительным ростом технической оснащённости учреждений здравоохранения. Использование современных медицинских технологий позволило максимально нивелировать субъективизм врачебных суждений. Приоритет технических методов диагностики стал настолько очевидным, что уже является азбучной истиной и сегодня все чаще можно услышать: «Личность врача должна отойти в сторону, сегодня все решают технологии». Сближение медицины и медико-биологических наук, приоритет доказательной медицины создали иллюзию, будто все пациенты одинаковы и имеют заболевания со сходным течением. Это привело к тому, что врач игнорирует важность общения с пациентом, привыкает к поверхностному сбору анамнеза и небрежному клиническому обследованию. В результате врачевание все больше ограничивается осмотром пациента, а обследование – лабораторно-инструментальным исследованием. Однако эпоха научно-технической революции, ознаменовавшаяся рядом важнейших достижений в медицине, все чаще оборачивается «благоденствием, которое не остается безнаказанным». Анализ свидетельствует – в процессе обследования наблюдается избыточность диагностических исследований, а в ряде случаев – несоответствие между высоким уровнем технической оснащённости и качеством работы врачей. Чрезмерная вера в аппаратные средства диагностики приводит к замене углубленного клинического обследования «пасьянсом из анализов», когда врач начинает знакомство с пациентом с просмотра различных заключений и лишь затем приступает к

осмотру пациента. В итоге результаты инструментальных исследований изучаются гораздо лучше, чем пациент.

Существует мнение, что улучшение диагностики связано с ростом количества информации. Вряд ли это справедливо, ибо уже сейчас не каждый врач справляется с обработкой всех поступающих данных, к тому же практика свидетельствует – для постановки диагноза в ряде случаев достаточно лишь нескольких решающих показателей. Многочисленные дополнительные исследования обуславливают неоправданную перегрузку лабораторий, кабинетов функциональной и лучевой диагностики. При этом избыточное обследование в сочетании с недостаточно критичной оценкой информации не только не улучшает диагностику, но даже повышает частоту диагностических ошибок. Об относительности получаемых при этом данных свидетельствуют работы, согласно которым до 25% пациентов назначаются бесполезные исследования.

Культ техники вытесняет способность к клиническому восприятию пациента. Пациент с его сложной картиной болезни не «доходит» до врача, так как последний способен говорить с ним только на языке лабораторных и инструментальных показателей. Техницизм, сопровождающийся вытеснением «клиницизма», становится настоящей бедой медицины, так как врач превращается в придаток медицинской техники, в посредника между пациентом и различными лабораторно-инструментальными показателями.

Что можно ожидать от техницизма в хирургии? Техницизм – это скатывание врача на позицию шаблона, неумение индивидуально подойти к диагностике болезни и лечению пациента, подчас отсутствие ответственности за его судьбу. Техницизм порождает ненужные исследования, при этом переживания и внутренний мир больного человека остаются без внимания. От магии техницизма до девальвации интеллекта врача – один шаг. Вооруженность новой техникой может превратиться в свою противоположность. Техника не должна отделять врача от пациента. Успех диагностики и лечения в значительной степени определяется качеством клинического обследования, а не количеством использованных лабораторно-инструментальных

методов. Выдающийся американский кардиолог П. Уайт очень точно сказал: «Любому самому совершенному диагностическому прибору всегда необходима небольшая деталь – умный и знающий врач». Новые методы исследования не упрощают, а усложняют мышление врача, так как он вынужден связать воедино и осмыслить симптомы заболевания с гораздо большим числом полученных данных. Диагноз становится более достоверным, но дается с большим трудом, требуя от врача значительно больших знаний и аналитических способностей. Если раньше ошибки возникали от недостатка информации, то теперь все чаще – от ее избытка.

Увлечение техническими средствами диагностики имеет под собой основу – недостаточно развитое клиническое мышление. Вопрос о повышении культуры мышления поднимает сама жизнь, предъявляя все более строгие требования к интеллекту, знаниям, общей культуре и профессиональной подготовке врача. Жизнь показывает – к деталям анамнеза и клинического наблюдения приходится неоднократно возвращаться в процессе лечения пациента. Часто ли это делается даже в стационаре, где контакт с пациентом возможен ежедневно? Изучение болезни и пациента и ныне является краеугольным камнем всей мыслительной деятельности врача. Несмотря на кажущуюся объективность данных лабораторных и инструментальных методов они должны учитываться только в сопоставлении с клиникой и всегда подвергаться критической оценке. «Абсолютизация» даже самых, на первый взгляд, достоверных сведений может привести к печальным результатам.

В недалеком прошлом данные о болезни врач получал, собирая анамнез и анализируя симптомы заболевания. Отношения между врачом и пациентом носили характер «человек-человек». Сейчас давняя традиция, объединявшая врача и пациента, которые доверяли друг другу, заменил новый тип отношений. Широкое использование инструментальных методов диагностики и лечения привело к тому, что между врачом и пациентом непроницаемой стеной встает медицинская техника. Вместо классических отношений «врач-пациент» все больше утверждаются новые – «врач-прибор-пациент», и в этом

усматривается ослабление столь важных в клинической медицине личностных контактов – процесс ее дегуманизации.

Сегодня хирургии угрожают две опасности: 1) фетишизация техники и 2) пренебрежение врачебным мышлением. Современные медицинские технологии с их небывало возросшими возможностями все больше нуждаются во врач-мыслителе с широким медицинским и философским кругозором.

ОСОБЕННОСТИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Абелевич А. И., Абелевич О. М., Марочков А. В., Малашко А. В.

УЗ «Могилёвская областная больница», г. Могилёв, Республика Беларусь

Введение. Высокий уровень содержания мочевой кислоты в крови способствует возникновению тяжёлого остеоартроза. На наш взгляд, тотальное эндопротезирование коленного сустава (ТЭКС) сопровождается значительным понижением содержания мочевой кислоты в крови. В связи с этим возникла необходимость изучения динамики содержания мочевой кислоты в послеоперационном периоде.

Цель: оценка особенностей пуринового обмена в крови у пациентов после эндопротезирования коленного сустава.

Материал и методы. Для решения поставленной цели пациенты были разделены на группы: группа 1 – пациенты с гонартрозом 3 степени (одно- или двухсторонний) (n=10); группа 2 – пациенты с гонартрозом 3 степени (одно- или двухсторонним) в сочетании с подагрой (n=10). У пациентов выполнялся биохимический анализ крови за сутки до оперативного вмешательства, в 1, 3, 7 и 10-е сутки после оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. Содержание фосфора в крови за сутки до операции у пациентов составило в группе 1 – $283,4 \pm 31,11$ мкмоль/л ($p < 0,05$), в группе 2 – $492 \pm 127,9$ мкмоль/л ($p < 0,05$). В первые сутки после операции составило в группе 1 –