

ВРАЧЕВАНИЕ: СТАНДАРТЫ И ТВОРЧЕСТВО

Л.Б. Лихтерман

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России;
Россия, 125047 Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, 16

Контакты: Леонид Болеславович Лихтерман likhterman@nsi.ru

Статья, посвященная сравнению стандартизованного и индивидуализированного подходов к лечению, ставит вопросы о возможностях и ограничениях стандартизованного подхода, незаменимости клинического мышления, цене врачебной ошибки, ценности профессиональной культуры врача и гуманистичной парадигмы в медицине.

Ключевые слова: стандартизация медицины, клинический разбор, оперативное вмешательство, повышение квалификации, врачебные ошибки, профессиональная культура врача, клиническое мышление

Для цитирования: Лихтерман Л.Б. Врачевание: стандарты и творчество. Нейрохирургия 2020;22(2):105–8.

DOI: 10.17650/1683-3295-2020-22-2-105-108



Healing: standards and art

L. B. Likhterman

N. N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Ministry of Health of Russia; 16th Tverskaya-Yamskaya St.,
Moscow 125047, Russia

The article is devoted to the comparison of standardized and individualized approaches to treatment, issues of the possibilities and limitations of a standardized approach, the irreplaceability of “clinical thinking”, the cost of medical error, the value of professional culture and a humanistic paradigm in medicine.

Key words: standardization of medicine, clinical analysis, surgical intervention, professional development, medical errors, professional culture of the doctor, clinical thinking

For citation: Likhterman L. B. Healing: standards and art. Neyrokhirurgiya = Russian Journal of Neurosurgery 2020;22(2):105–8. (In Russ.).

Современная медицина — империя стандартов, рекомендаций, инструкций, отчетов, приказов и иных многочисленных регламентов и алгоритмов, которым лечащий врач должен следовать с различной степенью личной ответственности и обязательности. Это результат естественного развития мирового здравоохранения, в процессе которого регламентация деятельности доктора, как и всей жизни общества и государства, становится необходимой для быстрого распространения передового опыта, проведения профилактических мероприятий, соблюдения прав человека, развития технологических, юридических и, может быть особенно, экономических аспектов одной из самых затратных, масштабных и важных ныне сфер — охраны здоровья населения. Стандартизация медицины приносит много полезных плодов, и деятельность всех врачей в той или иной мере подчинена ей.

Я остановлюсь только на проблемах стандартизации клинической медицины. В этом вопросе надо быть конкретным. Национальный медицинский ис-

следовательский центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко совместно с Минздравом России неустанно издает методические рекомендации для внедрения в широкую практику полезных новаций — результатов исследований наших ученых в области лечения нейрохирургической патологии головного и спинного мозга.

Чтобы явственно ощутить, зачем это нужно и что дает, приведу одну иллюстрацию.

Выполнив биохимические и нейровизуализационные исследования патогенеза и саногенеза такой распространенной патологии, как хронические субдуральные гематомы, мы доказали, что их не нужно радикально удалять путем обширной трепанации черепа, подвергая больного значительному риску тяжелых осложнений и летального исхода. Рассасывание осумкованного скопления крови и самой капсулы гематомы происходит при изменении внутригематомной среды путем кратковременного закрытого наружного дренирования. Значительное улучшение состояния больного обычно наступает уже на следующий день

после малоинвазивного вмешательства. Спустя 1–3 месяца, как показало более 500 контролируемых наблюдений, гематома и ее капсула полностью рассасываются.

Сравним результаты лечения хронических субдуральных гематом в Национальном медицинском исследовательском центре нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко (хороший исход — в 91,7 % случаев, повторная операция — в 4,1 %, летальность — 1,2 %) с данными, представленными польскими нейрохирургами за 2006–2018 гг. на международном конгрессе в Варшаве (2019), на количественно сопоставимом материале (480 пациентов) — хороший исход — в 65,6 %, повторная операция — в 18,8 %, а летальность — 15,6 %.

Причина таких недопустимых в наше время исходов заключается в том, что в старой парадигме лечения хронических субдуральных гематом было принято одномоментно радикально удалять их вместе с капсулой, выполняя травматичную трепанацию черепа.

Знание современных методических рекомендаций поможет кардинально улучшить результаты лечения этой нейрохирургической патологии, выходящей на 1-е место по частоте среди объемных внутричерепных кровоизлияний у стареющего населения.

Стандарты породили доказательную медицину, а затем и персонифицированную медицину, использование принципов которых в повседневной деятельности врача способно повсеместно серьезно расширить возможности лечения пациентов.

Однако, целиком полагаясь на шорное следование авторитетным рекомендациям, врач рискует утратить творческий подход к лечению пациента и самостоятельное клиническое мышление. Иными словами, становится не критичным исполнителем, винтиком в ныне колоссальной медицинской машине. Винтики тоже нужны, но здесь речь идет не столько о стертой индивидуальности доктора, сколько о «проколах» и беспомощности при распознавании и лечении патологий в нередких ситуациях, не укладывающихся в прокрустово ложе стандартов. Я не говорю уже об опасном «расщеплении» пациента на носителя болезни и личность, которой совершенно не уделяется внимание.

Положение доктора усугубляется многими обстоятельствами, порожденными стандартизацией клинической медицины. Дискутирую не о том, что рекомендации надо знать (это бесспорно!), а о том, как их объяснять и как им следовать — шаблонно или творчески. Сводить ли непрерывное последипломное повышение квалификации к тренировке по решению клинических задач путем расстановки галочек и крестиков? Или все-таки, не отвергая их, вернуться к «убитым» стандартизацией полноценным клиническим разборам с обсуждением типичных и нетипичных наблюдений при активном участии не только опытных, но и обучающихся врачей?

Что полезней и интересней, а главное, что больше поможет лучше лечить пациентов — вердикт вынесут читатели!

Тестирование и электронные образовательные ресурсы, дистанционное и симуляционное обучение дополняют, но не заменяют живое общение с профессором и непосредственное обсуждение пациента на клиническом разборе. Стандарты, помогая доктору и привнося в его практику новшества, должны развивать в нем творческое начало, а не добивать его.

И в этом незаменимы регулярные клинические разборы. Они являются лучшим, на мой взгляд, способом избежать разрушительных последствий внедрения высоких технологий. Я не говорю уже о том, что визуализация патологии сама по себе довольно часто не решает вопрос о показаниях к операции — нужен учет возраста пациента, перенесенных и имеющихся патологий, фазы заболевания, состояния психики, зрения, внутренних органов и т.д. Более того, нередко только анамнез и клиническая картина заболевания дают возможность уточнить его истинную природу и дать адекватное толкование изображению. Наконец, совместные осмотр и обсуждение больного суть надежный антидот против врачебной несостоятельности, гипоскиллии и дегуманизации медицины.

Клинические разборы полезны прежде всего для больных, но и для врачей не в меньшей степени. Личная ответственность лечащего врача за судьбу его пациентов отнюдь не снимается и не умаляется. При этом усиливается коллективная ответственность за «лицо» клиники в целом.

В Национальном медицинском исследовательском центре нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, заполненном нейровизуализационной и иной высокотехнологичной техникой, клинические разборы больных не ушли в прошлое, а, напротив, сохранив свою обязательность, достигли более высокого уровня.

Установившаяся за десятилетия традиция естественно сочетается с самыми последними новациями (и усиливается ими!). О каждом пациенте, которому предстоит оперативное вмешательство, лечащий врач докладывает на еженедельном клиническом разборе.

И анамнез, и неврологические и лабораторные данные, и, конечно, результаты магнитно-резонансной, компьютерной томографии, ангиографии подвергаются совместному критическому анализу и обсуждению. Так вырабатывается тактика хирургического вмешательства или иного лечения.

При этом нередко возникают различные ситуации, требующие специального углубления в литературу для их понимания и выбора тактики лечения больного. Тогда профессор, ведущий клинический разбор, поручает кому-либо из молодых коллег подготовить тематическое сообщение. Так мы знакомимся с различными редкими и нередкими нейропатологиями, вариантами основного и дополнительного лечения, новыми нейрохирургическими материалами и доступами, а порой по результатам клинического разбора готовится сообщение для научного журнала.

Приведу один пример того, как клинический разбор круто изменил диагноз и тактику лечения.

Шло обсуждение 37-летнего пациента могучего телосложения. Предстояло разобраться в очень запутанной истории болезни. Год тому назад без, казалось, видимых причин у него возникли шаткая походка, носовой оттенок речи, слабость в правых конечностях. Спустя 2 месяца эти явления исчезли. Посчитав себя здоровым, пациент окунулся в дела. Но прошло несколько месяцев, и вновь вернулись признаки болезни, к которым прибавилось двоение в глазах. Врачи заподозрили рассеянный склероз. При магнитно-резонансной томографии был обнаружен округлый участок измененного сигнала в стволе мозга, который расценили как очаг демиелинизации. Печать диагноза «рассеянный склероз» была поставлена, тем более что для него характерно волнообразное течение. Стволовая симптоматика нарастала, и больного направили в Москву на консультацию к специалистам по этому заболеванию. Они подтвердили диагноз и назначили гормональную терапию. Однако клиническая картина продолжала ухудшаться. Для разрешения диагностических сомнений пациента направили в наш центр.

Топический диагноз — место расположения патологического процесса — не вызывал ни малейшего сомнения. В стволе мозга на уровне варолиева моста резко выделялась округлая гиперинтенсивная зона, которая вполне могла быть интерпретирована как участок демиелинизации. И нозологический диагноз, казалось, подтверждался: волнообразность течения болезни — грубая стволовая симптоматика без внутричерепной гипертензии — участок демиелинизации. Что еще надо для диагноза «рассеянный склероз»?

Что же нас насторожило? Дебют болезни в 37 лет. Поздновато, обычно в 16–25 лет. Но бывает и в более старшем возрасте. Нарастание симптоматики, несмотря на терапию ударными дозами гормонов надпочечников. Но и так, к сожалению, бывает. Сохранность брюшных рефлексов. Вот этого при развернутой картине заболевания быть не должно. Пригласили больного и на разборе начали «копать» анамнез.

— Как заболели, расскажите подробней.

— Август, вырвался с семьей на недельку на Волгу. После удачной рыбалки вытаскивал на берег тяжелую лодку. В этот момент испытал ощущение, как будто что-то в голове лопнуло, и в шее сзади возникла боль. А наутро онемела правая рука. Через несколько дней изменился голос. Через 2 месяца все восстановилось, осталась только небольшая шаткость походки. А потом вернулось, как раз после встречи Нового года.

Возникла мысль, а что, если это кровоизлияние из маленькой артериовенозной мальформации? Первый раз под влиянием явной физической перегрузки, второй — после новогоднего перенапряжения. Такое возможно? Возможно. А на магнитно-резонансной томограмме виден не очаг демиелинизации, а хроническая гематома ствола мозга.

Тогда понятно, почему «бляшка» рассеянного склероза только одна (обычно очажки демиелинизации множественные), почему она такая крупная и «круглится», почему сигнал от нее неравномерный. Если так, спасительна только операция — удаление гематомы. И в конечном итоге прогноз более обнадеживающий, чем при хронически протекающем рассеянном склерозе с тяжелыми обострениями. Но ведь есть по-своему еще более убедительная аргументация известных специалистов по рассеянному склерозу, и рискованное нейрохирургическое вмешательство может только усугубить состояние больного. Вновь и вновь «прокручиваем» и обсуждаем анамнез, клинические симптомы и данные томографии. И приходим к выводу, что имеем дело с хронической гематомой, а стало быть, требуется хирургическое вмешательство. Хроническая гематома была успешно удалена. Больной быстро поправился и вернулся к прежней полноценной жизни.

Регулярные клинические разборы — гарантия того, что врач не будет винтиком гигантской машины, какой сегодня стала медицина, а пациент получит столь необходимое и понятное ему человеческое внимание.

Слепое следование стандартам в лечении чревато ошибками, порой опасными. Недаром число адвокатов по медицинским делам в ряде штатов Америки растет быстрее, чем число врачей. Главная причина этого — все увеличение количества дел о компенсации в связи с инвалидизирующими осложнениями лечения. (В случае успеха адвокат получает до 40 % от выигранной суммы.)

...Однажды поздно вечером позвонил из Rochester (штат Нью-Йорк) мой друг Алик Махновский, с которым вместе учились в Крымском мединституте.

— У 35-летнего зятя гайморит, но беспокоит не только высокая температура, но и сильная головная боль, светобоязнь, рвота.

Я заподозрил синусогенный менингит.

— Пойди, проверь — сгибается ли шея, может ли достать подбородком до грудины? И перезвони.

Через несколько минут звонок.

— Шея как доска, не сгибается.

— Попроси лечащего отоларинголога срочно направить на консультацию к неврологу.

— Просил, встретил решительный отказ: «Я все делаю по стандартам лечения гайморита».

— Тогда вызывай скорую. Скажи, что невролог из Москвы по телефону поставил диагноз гнойного менингита.

Алик так и поступил. Зятя госпитализировали. Люмбальная пункция подтвердила мое предположение. Пациент поправился.

Известный американский врач профессор Бернард Лаун в своей книге «Утерянное искусство врачевания» (Bernard Lown. "The lost art of healing". Houghton Mifflin, 1996. 288 p.) описывает многочисленные случаи

врачебной несостоятельности из-за «технологического» подхода к больному. Поэтому врачевание, став наукой, для сохранения своей эффективности должно оставаться и искусством. Залогом этого я прежде всего считаю сочетание знаний, интеллекта и личности врача.

Стандартизация медицины сделала методы диагностики и лечения намного могущественней и гуманней, но вместе с тем и гораздо бездушней. Непомерная отчетность задавливает человечность. Врач в компьютерных и бумажных тисках. Стала модной и выгодной «охота на докторов», их промахи. Как удобно это администрации, которая, увы, нередко расценивает любое отклонение от стандарта как наказуемое деяние! Работать, соблюдая все предписания, невозможно. Вспомним японских железнодорожников: когда они начинают выполнять все правила, движение поездов останавливается.

Но доктор имеет дело с больным человеком. И ради него идет на всяческие ухищрения. Установлены, например, предельные сроки лечения той или иной патологии. Попробуй их превысить — тут же накажут. Но можно — в интересах пациента — обойти и жесткие лимиты: выписать и тут же госпитализировать вновь, проведя чисто «бумажную» операцию. Эта «тайна» хорошо известна всем. Администрация может остаться довольна подобной манипуляцией, а может и серьезно наказать. Смотря кто у руля! И таких «нарушений» у хорошего, честного доктора — море!

В клинической медицине стандарты не что-то застывшее, они тоже меняются. Знание их и ориентация на них необходимы для успешного врачевания. Но неотступное следование им может обернуться бедой

для пациента. Врач не должен быть заложником стандартов! Тем более что стандарты и рекомендации не должны, да и не могут охватить или предусмотреть все бесконечное многообразие клинических ситуаций, симптомов патологий, их сочетаний и проч. Творческое же отношение к стандартам и рекомендациям создает все предпосылки для достижения оптимального результата.

Стандарты неизбежны и необходимы, особенно когда повсеместно доминируют цифровые технологии. И медицина здесь — не исключение. Следует только учитывать, что если в технике недопустимо и малейшее отступление от стандартов, то в медицине недопустимо слепое им следование. В технике нескрупулезное соблюдение стандартов чревато различными происшествиями вплоть до катастрофы. В медицине, напротив, механическое соблюдение стандартов грозит различными осложнениями в лечении пациентов, вплоть до летального исхода, поскольку врач всегда имеет дело с индивидуальными проявлениями патологии.

И последнее. Человечность должна быть главным стандартом во врачевании. Однако нередко наблюдается необоснованно избыточный рост хирургической и фармакологической активности при снижении уровня общей профессиональной культуры и нравственности врача — иными словами, при утрате человечности.

Это приводит к значительному увеличению частоты врачебных ошибок и последствий избыточного лечения, а также ятрогении.

Врач — не винтик, слепо подчиненный стандартам, а личность с ответственным правом творческого отношения к больным!