

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

LETTERS TO THE EDITOR

ОТЗЫВ НА СТАТЬЮ ПРОФЕССОРА В.И. БЕЛОКОНЕВА «ЗАЩИЩЁН ЛИ ХИРУРГ, УСТРАНЯЮЩИЙ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ И СТРИКТУРАМИ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ)» ПОСЛЕ ОБСУЖДЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ В КЛИНИКЕ И НА ЗАСЕДАНИИ ПЕНЗЕНСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ

А.А. Баулин

Пензенский институт усовершенствования врачей, ул. Стасова, д. 8А, г. Пенза, 440060, Россия

Глубокоуважаемая редакция! Направляю рецензию на статью глубокоуважаемого Владимира Ивановича Белоконева – одного из старейших, авторитетнейших хирургов, учёных и просто человека, с надеждой, что посчитаете возможным напечатать в журнале в связи с учётом поднятых непростых вопросов нашей многотрудной работы, охватывающих хирургическую аудиторию страны.

Серьёзная статья, выстраданная специалистом мирового уровня с огромным опытом, посвящённая нескончаемой и непрерываемой теме, которая сломала и будет, думаю, ломать ещё судьбы и пациентов, и хирургов. Связано это, в первую очередь, с особенностями анатомии, где нет простых замен, обходов, восстановлений, а есть даже минимальная вольная или невольная оплошность, которая и влечёт за собой, в первую очередь, хирургические проблемы, а затем и этические, и деонтологические, и юридические аспекты. Именно этому и посвятил глубокоуважаемый Владимир Иванович данную статью с большими сожалениями и болью.

Лечебный аспект. Проведён статистически достоверный ретроспективный анализ лечения 123 пациентов, которым в период с 2000 по 2024 год были выполнены реконструктивные операции, – это однозначно уникальный опыт одного коллектива, на который можно опираться. Травмы и стриктуры внепечёночных желчных протоков чаще возникали при лапароскопической холецистэктомии и резекции желудка. Наиболее тяжёлые и фатальные осложнения развиваются при травме транс- и ретродуоденального отдела холедоха во время выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, манипуляциях на большом дуоденальном сосочке и резекциях желудка по способу Бильрот II.

Основные осложнения связаны с анатомическими особенностями протоков, воспалительными изменениями и недостаточной квалификацией хирургов. Отсюда следует, что надо очень осторожно и продуманно работать в этой зоне, и по нашему опыту тоже: читать и почитать перед операциями, представлять, какие подводные камни несёт воспаление, по ходу операции советоваться не только с маститыми коллегами, но и не пренебрегать мнением менее опытного ассистента и даже, особенно, операционной сестры(!), ведь операционные сёстры наблюдают более спокойно со стороны за сотнями и тысячами операций, им виднее промахи, нередко видят больше, особенно больше молодого хирурга. Важно не считать себя полностью совершенным и искусным, вовремя остановиться, подумать. Не считать за поражение перевести операцию в плоскость этапной, частично сделанной, но патогенетически обоснованной. Например, зачем во что бы то ни стало выделять желчный пузырь у шейки, если там плотные ткани, попробуйте от дна, ситуация станет яснее, или переходите на классическую стому, или резецируйте и дренируйте адекватно. Через 2-3 месяца там ткани станут дифференцироваться. При язвенном процессе в области луковицы 12-перстной кишки не надо лезть в инфильтрат – сделайте манёвр в сторону резекции на выключение. Кровотечение? Тоже самое, рассеките стенку желудка продольно до зоны инфильтрата, тампонируйте губкой кратер, резецируйте слизистую оболочку, прошейте поперёк без ухода иглы глубоко и сдавите стенкой зону кровотечения. Далее, гастроэнтероанастомоз с заведением зонда для питания. Это избавит от конфликта как с панкреатической частью холедоха, так и с ретродуоденальной. Слу-

чилося повреждение, Владимиром Ивановичем описано, что надо делать, не надо надеяться, что всё обойдётся. Потеряете время и создадите условия для ещё большей беды. И надо беречь и больного, и свои нервы тоже. В этом заключается **второй – профессиональный аспект**.

Рассматривая частоту повреждений желчевыводящих путей при различных операциях было бы полезно сопоставить с патологией: острая и хроническая; сроки заболеваний, особенно при воспалении; степени воспаления; характер камней; данные УЗИ, КТ, МРТ, как ориентир; в какой период освоения новой технологии; связь с опытом хирургов и др., но это огромная аналитическая работа, надо быть благодарными нескончаемо и за этот анализ. Открытая хирургия пока ещё имеет место быть, и повреждения встречаются у 1-3%, значит надо больных переводить в лечебные учреждения, где современная технология основательно освоена. И нечего бояться, и считать себя ущербным, если провести простую патогенетическую операцию – классическую холецистостомию при деструктивном процессе (важно не заикливаться: сделаю во что бы то ни стало, посоветуюсь – потеряю престиж. Лучше вовремя остановиться!). Конечно, и в период освоения при лапароскопической ХЭ у нас не было такой частоты повреждений в 3,5%, поскольку мы следовали схеме: оперирует имеющий опыт, ассистируют двое, через двадцать операций – оперирует второй ассистент, снова помогают двое, а первый смотрит, контролирует, подсказывает. И так по цепочке освоили все хирурги, кто имел желание и способности. Знаю, сейчас наши воспитанники из клиники в частных центрах оперируют уже только с операционной сестрой, повреждения крайне редки по причине работы только с неосложнёнными патологией процессами. Частота повреждений составляет малые доли процента на тысячи операций, и это случается неожиданно с очень молодыми хирургами и при отступлении от установок, причём в безобидной ситуации. Здесь срабатывает обычно появление самоуверенности после 40-50 самостоятельных операций, что, мол, я могу и опытен. Опасный период! Кроме этого есть один важный нюанс. Все производители электро- и других теплоинструментов убеждают, как безопасно работают захватывающие части, так же, как и крючок. Однако всем видно, как вокруг губок инструмента и крючка вскипают ткани. Тепловое поражение всегда гораздо шире. Отсюда опасность боковых незаметных повреждений. Кроме этого много и других причин послеоперационных желчеистечений, они часто неожиданны для хирурга. Он может быть в замешательстве. У нас в клинике все операции записываются на видео, можно воспользоваться модератором или посмотреть на следующий день. Мы **всегда** дренируем

подпечёночное пространство **двумя** тонкими дренажами. Они первыми и своевременно сигнализируют о неблагополучии и дают возможность быстро принять решение. В этой связи мы легко решаем вопрос о релапароскопии в показанных случаях, поскольку верифицированная ситуация многократно лучше для спокойствия всех. При ХЭ из минидоступа, который мы выполняли и выполняем даже без специального набора, нас спасало то, что выделение пузыря всегда осуществляли от дна, и при сложностях формировали или стому, или резецировали деструктивную часть, иногда даже оставляя камень в гартмановском кармане. Резекция желудка сейчас стала редкой операцией, во всяком случае, у нас сократилась почти в 10 раз. Мы стараемся придерживаться того, о чём упоминал выше.

Профессор чётко оттеняет, что простое дренирование ведёт к плохим результатам с летальностью до 66-80%. Однако данная группа не разделена на тех, кому восстанавливали в очень ранние сроки или по прошествии времени. Здесь нужно чётко определяться: консилиум, телемедицина, перевод больного. Правильно, нечего ждать, когда анатомическая ситуация станет ещё более неуправляемой. Нам понятно, что материал собран почти за три десятилетия, поэтому нет упоминания о современных малотравматичных внутриспросветных приёмах, которые возможны при хорошем обеспечении. В частности, антеградное и ретроградное стентирование протока, что может избавить от восстановительных операций довольно трудоёмких, опасных и, как показал автор, что и наиболее эффективная гепатикоэнтеростомия на сменном транспечёночном дренаже, при которой и частота стриктур анастомозов была минимальной (1,37%), и летальность составила 9,8% – не идеальна. Замечено, что автором не оттенено, что сразу должны решаться проблемы сбора и возврата жёлчи. Очень важный аспект, о котором нередко забывают, что приводит к значительному ухудшению состояния пациентов. Проблема очень простая: в жёлчи и панкреатическом соке имеются твёрдые компоненты, которые за сутки выходят и входят до 10-15 раз, и их потеря становится невозможной, больной быстро слабеет. Малое количество наблюдений осложнений после ЭПСТ не дало возможность автору пошире раскрыть проблему, где, по нашему мнению, особенно своевременно и эффективно должны быть выстроены не умалчивание, верификация, подтверждение, активные действия, не столь исправляющие повреждение, – это фактически невозможно, а предотвращающие катастрофическое течение осложнения, где наиболее ведущими являются забрюшинная флегмона и невозможность наладить питание. В этом плане у нас есть некоторые статистически недостоверные наработки, мы накапливаем материал.

Третий аспект – вопросы этики и деонтологии.

Сложнейшая тема при кажущейся простоте. Представляется, что Владимиру Ивановичу приходилось не раз сталкиваться с этим, не только выправлять профессионально, но и сглаживать непростые углы. В статье говорится вскользь, но не заметить это нельзя – это уход «первого» хирурга в сторону, потеря интереса к способу исправления и конечному результату, что не красит нас. Акцентируется внимание на необходимость регулярного анализа врачебных ошибок и улучшения системы обучения хирургов. Анализ врачебных ошибок – обязательное условие сокращения их числа. Анализ должен быть постоянным, и не поиск, наказание и судилище виновного, а поиск причины совершённой ошибки и путей её предупреждения. Автор приводит ёмкие, поучительные, объективные высказывания мировых авторитетов, особенно по необходимости учиться на своих и на чужих ошибках, более того, он обязан учить других на своих ошибках во имя уменьшения их числа!

Нужно понимать и «первого» хирурга, его психологическое состояние. Не всем дано «идти до конца» с больным, единицам. Тяжёлое это бремя, но мы должны пересиливать. Всё же происходит при осложнении в длительном постоянном контакте не только с пациентом и его родственниками, которые требуют объяснений по поводу особенностей лечения заболевания, возникших осложнений и их причин, но и с коллегами, окружающим медперсоналом, консультантами. Ещё сложнее «второму». Исправляющий хирург видит дилемму: выручить коллегу (нужно, благородно) – скрыть можно, но и опасно – разные ситуации (иголка порой высовывается со стороны: санитарки, сёстры, коллеги диагносты, коллеги недоброжелатели, родственные связи и др.), тогда весь негатив обрушится на «второго» хирурга. Сейчас при введении электронных историй, доступ к документации расширился, стал даже криминальным. Уже завуалированно объяснять становится очень сложно. Приведу пример, как мы можем впасть в заблуждение и ложно обижаться на коллегу. Во время открытой травматичной операции у полной больной с перитонитом хирурги оставили в животе зажим. Всё закончилось хорошо, но через 5 месяцев с болевым синдромом она обращается в другую больницу, где ей удалили благополучно зажим. «Первый» хирург до сих пор считает виновным «второго», но он не обращает даже внимание на то, что фактически диагноз поставлен рентгенологом на КТ, зафиксирован в системе и выдано заключение. Да, в советское время было много попроще, может это и неправильно. Частая проблема – оставленная салфетка. Оперирует маститый хирург, находит салфетку, осмотрел бригаду, отвлек её разговором, попросил большую салфетку

с мазью Вишневского, ввёл её в живот, рукой с салфеткой окутал очаг, извлёк и выбросил в таз. Никто не заметил. Второй – трагический эпизод, лет сорок назад. Оперируют два опытных хирурга, ампутируют нижнюю конечность на уровне бедра, снимают простыни и видят, что ампутировали здоровую конечность. В ужасе и растерянности вызывают меня в операционную. И я сразу представил ужас произошедшего. Говорю, ампутируйте и вторую. Собираюсь с мыслями и добавляю: «Из операционной никто не выходил, никто сторонние не заходили? Нет». «Итак, коллеги, вот нас здесь семь человек, мы не можем вспять вернуть ужасное, сделанное. При обнародовании последуют серьёзные последствия, не столь тяжёлые административные, материальные – переживём, а вот коллегам-хирургам – вплоть до тюрьмы. Если все соглашаются не разглашать – записываем консилиумом, что во время ампутации поражённой гангреной конечности, произошёл тромбоз во второй. Ну, а мы изучим положение в семье и будем помогать». Только всё же лет через 20–25 «прилетело» из другой больницы: «Вы хотите там оперироваться? Знаете, там они один раз здоровую ногу ампутировали»... коллега, который ранее у нас работал, «отличился». Мы в рамках изучения «выгорания» в хирургических и смежных коллективах проводили анкетирование, которое, кроме всего прочего, показало удивительную вещь: 82% врачей не хотели бы работать в своём коллективе! Что говорить о соседних коллективах, коллегах рядом? Вот вам этика и деонтология. Идёт своеобразная атомизация коллег при современной жизни, она и приводит коллектив к внутреннему тлеющему конфликту, ожиданию, а вдруг у коллеги что-то плохое случится, жалко, конечно, но не у меня. Мы перестаём быть едиными и слаженными, а дружелюбная и сплоченная атмосфера между коллегами может помочь достичь лучшего результата в работе.

Но мы не должны забывать и о важнейшем для нашей работы о **четвёртом аспекте – человеческом**. Наши действия, при всём искреннейшем желании помочь, мы можем и навредить. А пациенту с этим жить, страдать физически и материально, менять свой уклад жизни. Мы же проповедуем: делай так, как бы ты хотел, чтобы сделали тебе. Где здесь грань? Ампутировали две конечности, хирурга спасли, а больной-то стал глубоким инвалидом по нашей вине. Ошибки и осложнения преследуют и будут преследовать в медицине, особенно в нашей специальности. Встаёт вопрос о материальной компенсации. Сейчас он как-то решается за счёт больницы, но рикошетом летит и к врачу. Что мы можем лично компенсировать при уровне наших зарплат? Как быть? Бросать работу, специальность? Так это или нет, привожу рассказ коллеги-палестинца –

нейрохирурга, который работал у нас и уехал в США, там он не смог легализоваться, но обстановку изучил. Так вот, он сказал, что врачи платят из своей зарплаты страховку, которая у рискованной специальности составляет около трети. Понятно, что при годовом доходе около 750 тысяч, налоге, страховке, ему ещё многое остаётся. А главное другое. Он всегда в стороне от юридических и судебных процессов, этим занимаются встречные юристы страховых компаний. А доктора даже радуются, если пациенты получают компенсацию, даже за какую-нибудь ерунду, типа рубец выглядывает из-под волос, или после работы хирургов пупок чуток сместился в сторону. Этот процесс у нас не может быть нормальным, поскольку страховые компании для пациентов и медицины у нас экономически очень слабы.

Современная жизнь добавила нам **пятый аспект – юридический**. А при сложившейся экономической ситуации, переводом медицинской помощи в услугу, подсоединились юристы, которые тоже «хотят заработать» на правде. На одном из наших съездов прозвучало, что в некоторых областях процент уголовных медицинских дел превысил 25% от всех! Последние изменения в законодательстве изменяют ситуацию, но психологический и материальный аспект будет ещё давить не один год. Посмотрим. Однако не исключается в этом аспекте очень важная составляющая, на которую обращает внимание проживший долгую жизнь в специальности Владимир Иванович, – анализ юридической и профессиональной защищённости хирургов, выполняющих первичную и исправляющую операции.

Выводы от поворотов судьбы хирургов.

- Касается темы: успех лечения осложнений внепечёчных желчных протоков зависит от уровня профессионализма хирургов, применяемых методов лечения и их соответствия современным стандартам. Юридическая защищённость хирурга, выполняющего операцию у пациента с травмами и стриктурами внепечёчных желчных протоков, зависит от объек-

тивного описания осложнения, возникшего после выполнения первичной операции.

- Для снижения юридических рисков важно корректное описание осложнений в медицинской документации, своевременная, откровенная опережающая беседа с больным и родственниками. Особенно с родственниками, поскольку при неблагоприятном исходе, мы остаёмся именно с ними.

- Порой необоснованно говорим только о хорошем, сознательно не говорим о плохом. Нужно, наоборот, говорить, и, главное, не умалчивать о возможных осложнениях, подчёркивая, что знаем о них, стараемся избежать, если случится умеем диагностировать и исправлять.

- Хотим-не-хотим при непредвиденном и неожиданном осложнении мы всегда находим нишу, как оправдать себя и спрятаться от ответственности – на Западе решён вопрос через страховые компании.

- Сам идёшь до конца – один вопрос (квалификация, опыт), надо работать с больным и родственниками. Передаёшь более опытным коллегам – не прячешься, это благотворно влияет на пациента, родственников и коллег.

- Необоснованные действия, совершённые медицинским работником, неблагоприятные стечения обстоятельств, течение заболеваний, анатомические неучтённые особенности, осложнения, могут привести к наступлению гражданско-правовой, административной, дисциплинарной, материальной, уголовной ответственности.

Огромная благодарность Заслуженному врачу РФ, профессору Владимиру Ивановичу Белоконову за поднятую многогранную тему. Коллеги, ничего так не угнетает, как осложнение после операции и неопределённость! Давайте беречь пациентов, себя и друг друга!