

УДК 616.8-089
МРНТИ 76.29.42

Письмо редактору

Врачевание: Стандарты и творчество. Философские проблемы в нейрохирургии

Лихтерман Л.Б.

Главный научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко,
Москва, Россия. E-mail: likhterman@nsi.ru

Резюме

Одна из основных проблем современной медицины – губительное воздействие огромного количества стандартов, инструкций, отчетов и т.д., пожирающих время и силы лечащего врача и отрицательно влияющих на его творческое отношение к лечению больных.

На основании многолетнего опыта работы в клинике, оснащенной нейровизуализационной аппаратурой, и на конкретных примерах показана необходимость клинических разборов и творческого подхода к проблемам диагностики для успешного лечения пациентов.

Ключевые слова: стандарты в клинической медицине, творческий подход к лечению, философские проблемы нейрохирургии.

Corresponding author: Leonid Likhтерman, Chief Researcher, N.N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Moscow, Russia
Postal code: 125047
Address: Russia, Moscow, Tverskaya-Yamskaya st., bldg. 16
E-mail: likhterman@nsi.ru

2025; 1-78: 51-55
Recieved: 25-02-2025
Accepted: 10-03-2025



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Современная медицина – империя стандартов, рекомендаций, инструкций, отчетов, приказов и иных многочисленных формуляров и алгоритмов для исполнения их лечащим врачом с личной ответственностью и обязательностью. Это отражение естественного процесса развития мирового здравоохранения, когда регламентация деятельности доктора, как и всей жизни общества и государства, становится необходимой для быстрого распространения передового опыта, предупредительных мероприятий, соблюдения прав человека, технологических, юридических и, может быть особенно, экономических аспектов одной из самых дорогих, масштабных и важных ныне сфер – сохранение здоровья населения. Стандартизация медицины приносит много полезных плодов, и все врачи в той или иной мере, охвачены ей.

Я остановлюсь только на проблемах стандартизации клинической медицины. Здесь надо быть конкретным. Национальный центр нейрохирургии совместно с Минздравом России неустанно издает методические рекомендации для внедрения в широкую практику проверенных новаций в лечении нейрохирургической патологии головного и спинного мозга, являющихся итогом исследований наших ученых.

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

Изучив биохимически и нейровизуализационно патогенез и сано́генез такой распространенной патологии, как хронические субдуральные гематомы (ХСГ), мы доказали, что их не надо радикально удалять путем обширной трепанации черепа, подвергая больного значительному риску тяжелых осложнений и летального исхода из-за коллапса мозга. Рассасывание осумкованного скопления крови и самой капсулы, как мы клинически и визуализационно показали, происходит при изменении интратригематомной среды при промывании и кратковременном закрытом наружном дренировании содержимого капсулы ХСГ.

Значительное улучшение состояния больного обычно наступает уже на следующий день после минимально инвазивного вмешательства. Спустя 1-3 месяца, как показали около 800 контролируемых наблюдений, гематома и её капсула полностью резорбируется.

Сравним основанные на научных исследованиях результаты лечения ХСГ в Национальном центре нейрохирургии (хорошие – 91,7%, повторные операции – 4,1%, летальность – 1,2%) с данными, приведенными польскими нейрохирургами за 2006 – 2018 гг. на международном конгрессе (Варшава, 2019) на количественно сопоставимом материале (480 наблюдений ХСГ) – хорошие результаты – 65,6%, повторные операции – 18,8%, летальность 15,6%.

Причина таких недопустимых исходов в наше время в том, что по старой парадигме лечения ХСГ одномоментно радикально удаляли гематому с капсулой, применяя травматичную трепанацию черепа и создавая условия для развития коллапса мозга.

Знание современных методических рекомендаций поможет кардинально улучшить результаты лечения этой формы нейрохирургической патологии, выходящей на первое место по своей 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 улучшить возможности адекватного лечения пациентов.

Однако, целиком полагаясь на шорное следование авторитетным рекомендациям, врач подвергается риску утраты творческого подхода к любому пациенту и самостоятельного клинического мышления. Иными словами, становится не критичным исполнителем, «винтиком» в колоссальной ныне медицинской машине. «Винтики» тоже нужны, и речь идет не столько о неудовлетворенности личности доктора, сколько о «проколах» и беспомощности в распознавании, терапии и хирургии в нередких ситуациях, не укладывающихся в «прокрустово ложе» стандартов. Я не говорю уже об опасном расчленении 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 (бесспорно!) знать, а о том как им учить и как им следовать – шаблонно или творчески. Сводить ли непрерывное последипломное повышение квалификации к тренингу на решение задач по диагностике и лечению с помощью избирательных галочек и крестиков? Или все-таки, не отвергая их, вернуться к «убитым» стандартизацией полноценным клиническим разборам с обсуждением типичных и нетипичных наблюдений с активным участием не только опытных клиницистов, но и обучающихся врачей?

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

Тестирование и программирование, интернет, как и симуляционное обучение, развивают и дополняют, а не заменяют живого общения с профессором и непосредственного обсуждения пациента на клинических разборах. Стандарты, помогая доктору и привнося в его практику новшества, должны развивать творческое начало врачевания, а не убивать его.

И здесь незаменимы клинические разборы. Лучшим способом, на мой взгляд, избежать разрушительных последствий внедрения высоких технологий являются как раз регулярные клинические разборы. Я не говорю уже о том, что видение патологии само по себе довольно часто неспособно решить вопрос о показаниях к операции без учета возраста больного, перенесенных и имеющихся болезней, фазы заболевания, состоянии психики, зрения, внутренних органов и т.д. Более того, нередко только анамнез и клиника заболевания способны уточнить истинную природу патологии и дать адекватное толкование изображению. Наконец, совместные осмотр и обсуждение больного есть надежный антидот против врачебной несостоятельности, гипоскиллии и обесчеловечивания медицины.

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

В Национальном центре нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, насыщенном до предела нейровизуализационными и иными современными технологиями, клинические разборы больных не исчезли, а, напротив, сохранив обязательность, значительно повысили свой уровень.

Отработанная десятилетиями классика естественно сочетается (и усиливается!) с самыми последними новациями. Каждый пациент, которому предстоит оперативное вмешательство, докладывается лечащим врачом на еженедельном клиническом разборе.

И анамнез, и неврологические, и лабораторные данные, и, конечно, на экране магнитно-резонансные, компьютерные рентгеновские и ангиографические исследования подвергаются совместному критическому анализу и обсуждению. Так вырабатывается тактика конкретного хирургического вмешательства или иного лечения.

При этом нередко возникают различные ситуации, требующие специального углубления в литературу для их понимания и адекватной тактики ведения больного. Тогда ведущий клинический разбор профессор поручает кому-либо из молодых коллег подготовить тематические сообщения. 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 наблюдения готовится case report для научно-практического журнала.

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

Шло обсуждение 37-летнего мужчины могучего телосложения. Предстояло разобраться в 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 окупился в дела. Но прошло несколько месяцев и вновь вернулись признаки болезни, к которым прибавилось двоение в глазах. Заподозрили рассеянный склероз. На магнитно-резонансной томограмме 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 усугубляться. Для разрешения диагностических сомнений больного положили в наш центр.

Топический диагноз – где расположен патологический процесс – не вызывал ни малейшего сомнения. В стволе мозга на уровне варолиева моста резко выделялась округлая гиперинтенсивная зона, которая вполне могла трактоваться как участок демиелинизации. Тогда и нозологический диагноз казался подтвержденным. 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. Поздно, обычно в 16-25 лет. Но бывает и в более старшем возрасте. Нарастание симптоматики, несмотря на массивную гормональную терапию. 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, кроме небольшой шаткости походки. А потом вернулось, как раз после встречи Нового года.

Возникла мысль, а что, если это кровоизлияние из маленькой артерио-венозной мальформации? Первый раз под влиянием явной физической перегрузки, второй – после новогоднего перенапряжения. Такое возможно? Возможно. А на МРТ 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 сигналы от нее неравномерны. Если так, спасительна только операция – удаление гематомы ствола. И, в конечном итоге, прогноз лучше, чем при хронически текущем с тяжелыми обострениями рассеянном склерозе. 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 данные анамнеза, клиники и технических картин. 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 станет винтиком гигантской машины, какой сегодня стала медицина, а больной получит столь необходимое, близкое и понятное ему человеческое внимание.

С другой стороны, слепое следование стандартам в лечении черевато ошибками, порой жизненно опасными. Недаром число адвокатов по медицинским делам в ряде штатов Америки растет быстрее, чем число врачей. Главная причина этого – всё возрастающее число дел о компенсации в связи с инвалидизирующими осложнениями после лечения (В случае успеха адвокат получает до 40% от выигранной суммы).

...Однажды поздно вечером позвонил из Рочестера (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 голова, может ли достать подбородком до грудины? И перезвони.

Через несколько минут звонок.

– Голова не сгибается, шея, как доска

– Попроси лечащего отоларинголога срочно направить на консультацию к неврологу.

– Просил, встретил решительный отказ: «Я всё 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 моё предположение. Назначили адекватное лечение. Пациент поправился.

Известный профессор Бернард Лаун в своей книге «Утерянное искусство врачевания» (Bernard Loun, «The Lost Art of Healing», USA, 1996) приводит многочисленные случаи врачебной несостоятельности из-за технологического подхода к больному. Поэтому медицина, а с ней и врачевание, став наукой, для сохранения своей эффективности должны оставаться и искусством. Под последним я прежде всего понимаю интеллект, знания и личность врача.

Стандартизация медицины сделала методы диагностики и лечения намного могущественней и гуманней, вместе с тем - гораздо безличностней и бездушной. Непомерная отчетность задавливает человечность. Врач в компьютерных и бумажных тисках. Стала модной и выгодной «охота» за упущениями доктора. Как удобно администрации, которая, увы, нередко расценивает любое уклонение от стандарта как наказуемое деяние доктора! Работать, соблюдая все предписания, невозможно. Вспомним японских железнодорожников: когда они начинают выполнять все правила движения, поезд останавливается.

Но доктор имеет дело с больным человеком. И ради него идет на всяческие ухищрения. Установлены, например, предельные сроки лечения для той или иной патологии. Попробуй их превысить – тут же накажут. Но можно – в интересах пациента обойти жесткие лимиты: якобы выписать и тут же стационарировать вновь, проведя, разумеется чисто бумажную операцию.

Эта «тайна» хорошо известна всем. Администрация может остаться довольной подобной манипуляцией, а может и серьезно наказать. Смотря, кто у руля! И таких «нарушений» у хорошего честного доктора – море!

В клинической медицине стандарты не есть нечто застывшее, они тоже меняются. Знание и ориентация на них необходимы для успешного врачевания. Но неотступное жесткое 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 всё бесконечье клинических ситуаций при разнообразном проявлении патологии, её сочетаний и фона. Творческое же отношение к стандартам и рекомендациям создает все предпосылки для достижения оптимального эффекта.

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

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

Это приводит к значительному увеличению ятрогенных ошибок и последствий, обусловленных гиперактивным лечением, а также психологической травматизации пациентов.

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

Дәрігерлік еңбек: Стандарттар және шығармашылық. Нейрохирургиядағы философиялық мәселелер

[Лихтерман Л.Б.](#)

Бас ғылыми қызметкер, Н.Н. Бурденко атындағы Ұлттық медициналық ғылыми нейрохирургия орталығы, Мәскеу, Ресей. E-mail: likhterman@nsi.ru

Түйіндеме

Қазіргі заманғы медицинаның негізгі мәселелерінің бірі - емдеуші дәрігердің уақыты мен күшін тұтылатын және оның пациенттерді емдеуге шығармашылық көзқарасына теріс әсер ететін көптеген стандарттар, нұсқаулықтар, есептер және тағы басқа құжаттардың деструктивті әсері.

Мақалада нейробейнелеу жабдығымен жабдықталған клиникадағы көп жылдық тәжірибеге және нақты мысалдарға сүйене отырып, науқастарды сәтті емдеу үшін клиникалық талдаулар мен диагностикалық мәселелерге шығармашылық көзқарас қажет екендігі көрсетілген.

Түйін сөздер: клиникалық медицинадағы стандарттар, емдеуге шығармашылық көзқарас, нейрохирургияның философиялық мәселелері.

Healing: Standards and Creativity. Philosophical Problems in Neurosurgery

[Leonid Likhterman](#)

Chief Researcher, N.N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Moscow, Russia.

E-mail: likhterman@nsi.ru

Abstract

One of the main problems of modern medicine is the harmful effect of a great variety of standards (recommendations), instructions, reports etc.

which take up time and forces of the attending physician and negatively influence his creative attitude towards treatment of patients.

Based on a long-term experience in the clinical department equipped with neuroimaging technique, the necessity of clinical case report discussions and creative approach towards the problems of diagnosis is indicated for successful treatment of patients.

Key words: clinical standards (guidelines), creative approach towards treatment, philosophic problems of neurosurgery.