



М. М. ДЯТЛОВ

## ОБ ОБРАЗОВАННОСТИ, ЗДРАВОВОМЫСЛИИ, ОПЫТЕ, СОВЕСТИ И ДОЛГЕ СПЕЦИАЛИСТОВ<sup>1</sup>

Гомельский государственный медицинский университет

Все, изложенное в статье, в разные годы было прочитано и услышано самим автором лично, обдумано и обсуждено с ортопедами-травматологами Гомеля. В статье также отражены и мнения других коллег.

В связи с тем, что в печати не обсуждаются острые проблемы, указанные в заглавии статьи, хотелось бы обратить внимание коллег на то, что эти проблемы и отдельные недочеты, спорные тезисы и утверждения имеют не только профессиональное, но и моральное значение, а порой приобретают юридический оттенок.

Автор работы сознает, что упущен лучший момент для обсуждения вопросов, связанных с отдельными спорными тезисами и утверждениями, опубликованными в монографиях некоторых ныне покойных крупных специалистов в области ортопедии и травматологии, поскольку они не смогут возразить ему, но, уважая и ценя их вклад в развитие ортопедии и травматологии СССР, БССР и других республик, тем не менее берет на себя смелость и ответственность высказать важные критические замечания по поводу отдельных положений, имеющих в данных монографиях, заслуженно остающихся настольными книгами для специалистов. Ведь эти недочеты и сейчас противоречат принципам оптимального лечения и не всегда приводят к желаемому результату. Хотелось бы предостеречь новые поколения коллег от не критического восприятия читаемого, пусть и в солидных монографиях, поскольку неизбежность повторения отдельных ошибок даже у крупных авторитетов является диалектической закономерностью и будет повторяться у других авторов и исполнителей их методик. Автор статьи призывает авторов критикуемых им публикаций, как и коллег покойных авторов, упоминаемых в статье, по возможности выступить с возражениями.

В статье будет затронута также и часть некоторых других негативных тенденций, имеющих не только в практической медицине, но и в научной деятельности. Все это, возможно, привлечет внимание специалистов к указанным проблемам и принесет положительные результаты.

В первую очередь следует выяснить, почему нередко у известных авторов [1, 2, 5—11, 14] в солидных монографиях, являющихся настольными книгами для ортопедо-травматологов, часто встречаются спорные методики. Многие из них недопустимы к применению и запрещены на территории Гомельской области автором данной статьи как главным специалистом региона, поскольку одни из них «выключают» из работы «невинные» суставы, другие оставляют на лице 4—6 рубцов, третьи опасны самодавлением магистральных сосудов плеча и гангреной

предплечья, четвертые — повреждением магистральных сосудов бедра, пятые просто неэффективны и т. д. Тем не менее у некоторых авторов данные методики продолжают сохраняться в повторных изданиях [2, 6, 7, 10]. Приведем конкретные примеры.

Конец гвоздя, при остеосинтезе введенный в кость соседнего сегмента или в полость сустава между ними, блокирует сустав, повреждает соседние кости, вырывает стружку и крошки, которыми засоряется сустав. В работах А. В. Каплана [5—7] это происходит в результате вколачивания трехлопастного гвоздя в тазовую кость при остеосинтезе шейки бедра по поводу субкапитального перелома, Я. Г. Дуброва [1, 2] — из-за расположения наружного конца металлического штифта в плечевом суставе при интрамедуллярном ретроградном остеосинтезе плечевой кости. Вводимая по методике В. В. Ключевского [8—10] в верхнюю треть бедра с медиальной стороны при «центральной вывихе» спица с упорной площадкой перфорирует глубокую бедренную артерию (!), в результате возникает угроза ампутации ноги. При наложении по рекомендации в монографии И. Л. Крупко [11] на плечо и локтевой сустав циркулярной гипсовой повязки по поводу надмыщелкового смещенного перелома возникает самодавление магистральных сосудов плеча, вызывая угрозу гангрены предплечья. Опыт показывает, что выведение стопы в среднее физиологическое положение в конце вправления при пронационно-абдукционном переломо-вывихе в голеностопном суставе по методике А. В. Каплана [6, 7] не устраняет смещение костей в голеностопном суставе, в итоге — негативный результат пособия.

Почему практические врачи применяют эти способы лечения, притом неоднократно, а потому закономерно повторно получают осложнения или неудачный результат?

В чем причина? Некоторые авторы в своих монографиях публикуют не всегда удачные методики по недоразумению, недосмотру, недостаточной разработанности? Почему практические врачи принимают их как бы не задумываясь и повторяют с пагубными последствиями? Это неизбежно или все же возможно предотвращение рекомендуемых и совершаемых грубых ятрогенных ошибок?

У авторов не хватает здравомыслия, времени на пунктуальную разработку методики, а у врачей-исполнителей — образованности, здравомыслия и аналитичности ума? У тех и других нет практического опыта в выполнении этих методик и собственных наблюдений за больными после проведения такого лечения? Они не умеют точно рассчитать длину гвоздя в миллиметрах, чтобы он не проник в полость сустава? Не могут применить способ антеградного введения гвоздя в отломки так, чтобы наружный конец плотно прижмался к кости и не выпячивался ни в мышцы, ни в сустав?

Все это должно заставить специалистов задуматься о причинах данных несуразностей и способах их устранения. Автор ставит столь жесткие вопросы, поскольку более 30 лет назад сам начал не только искать, но и находил ответы на них, предпринимал реальные действия по возможному устранению указанных выше и ниже недостатков в развитии ортопедо-травматологической службы Гомельской

<sup>1</sup>Статья заслуженного врача Республики Беларусь, главного ортопеда-травматолога управления здравоохранения Гомельского облисполкома (1976—2001 гг.), заведующего ортопедо-травматологическим отделением Гомельской областной клинической больницы (1976—2001 гг.), заведующего кафедрой ортопедии, травматологии и ВПХ Гомельского государственного медицинского университета доктора медицинских наук М. М. Дятлова публикуется в порядке дискуссии.

области. Например, как главный специалист УЗО Гомельского облисполкома запрещал применять на территории Гомельской области недоработанные методики лечения, неизбежно приносящие плохие результаты.

Образованный ортопед-травматолог (будь то автор или исполнитель методики) обладает здравомыслием и умением все рассчитать, предусмотреть, проанализировать в рекомендуемой методике и критически ее воспринять.

Как соотносятся образованность и здравомыслие? В противопоставлении друг другу или дополнении и гармонии? Ответ лежит на поверхности — в дополнении и гармонии. Что такое «образованный ортопед-травматолог»? Это — специалист, имеющий разносторонние знания в ортопедии, травматологии и в смежных специальностях. Знания достигаются изучением научной литературы (не только отечественной, но и западной), посещением многих клиник мира (западных и своей страны), участием в многочисленных конференциях, симпозиумах, пленумах, съездах.

А что такое «здравомыслие»? В толковом словаре указывается, что это способ правильно, разумно мыслить. Что касается здравомыслия ортопеда-травматолога, то это трезвый взгляд на научные положения, рекомендуемые методики с точки зрения реальной возможности их выполнения и практической целесообразности. Это также умение специалиста осознать, что та или иная методика, рекомендуемая авторитетным автором крупной и/или ценной монографии либо статьи, недопустима к применению, если она травматична, малоэффективна, антиэстетична. Например, захват скобами или прошивание проволокой, нитками области скуловых дуг [11] вместо фиксации системы скелетного вытяжения за теменные бугры при вывихе шейных позвонков ранее или наложения halo-аппарата в последние годы оставляет на лице от 4 до 6 рубцов.

Образованность вместе со здравомыслием позволяет ортопеду-травматологу выделить главные научные взгляды и определить ведущие направления науки и наиболее передовые рациональные методы.

Всегда ли врач задумывается над истинностью читаемого или обычно с доверием читает монографию, статью авторитетного коллеги и нередко без критического анализа берет на вооружение все, что там написано? (По меньшей мере, задумывающийся специалист-исполнитель быстрее приходит к выводу об ошибочности методики, тем более после получения отрицательных результатов). Проверить прочитанное врачи не считают нужным. Это чаще всего происходит, если у специалиста нет практической базовой подготовки. Будет ли он размышлять, если сам не умеет «делать», даст ли оценку методике с позиций реальной пользы и проверки анализом, например хотя бы на основе биомеханики и личного опыта, неизвестно.

Увлеченное (а нередко пристрастное), недостаточно осмысленное, не вполне проанализированное и мало аргументированное следование какой-либо методике или взглядам определенной школы уводит специалиста с истинного пути.

Знание, образованность являются предпосылками для здравомыслия и преодоления рутины, основой для понимания и освоения того нового, что является ценным, прогрессивным и перспективным, но еще непривычно, иногда критикуется, осуждается или запрещается должностными лицами, даже обладающими высокими званиями и властью. Это хорошо видно на примерах противодействия некоторых сотрудников Минздрава СССР иде-

ям Г. А. Илизарова в 50—70-х годах XX века или же работников Минздрава Молдавской ССР по запрещению способа профессора В. Д. Белоусова из Кишинева лечить плохо срастающиеся переломы препаратом из эмбриональной куриной культуры.

Как определить: все ли в рекомендуемых методиках истинно? Что сомнительно или неверно? Как быть практическому врачу, ведь он с доверием берет в руки монографию или статью, чтобы освоить методику для применения? Как выяснить правду?

Что кроме образованности и здравомыслия необходимо врачу, чтобы любую методику не принимать на веру без анализа и проверки? Опыт, основанный на практической работе с больными в палатах, операционной, гипсовой, в экспериментах в секционном зале и виварии и анализе с позиций практической целесообразности.

Следовательно, только одних знаний и здравомыслия недостаточно, чтобы найти истину, еще требуется умение «делать», тем более что медицинская наука непрерывно развивается. В ортопедии и травматологии любому автору необходим практический опыт. Знающий, но неумеющий хирург или ортопед-травматолог — это не специалист. Стране нужны специалисты, которые при больших знаниях и правильном мышлении умело «делают», то есть образованный и здравомыслящий специалист — это умелый специалист, это мастер с глубокими знаниями и правильным мышлением.

Образованность, здравомыслие и опыт помогают специалистам не подпадать под влияние авторитета ученого или школы, если их отдельные взгляды, методики неточны, сомнительны или явно ошибочны.

У отдельных авторов (Н. П. Новоченко, Г. А. Илизаров) в публикациях с описанием новых методик порой отсутствуют важные звенья, вследствие чего читатели не могут повторить эти способы обследования или лечения в своих клиниках. Так, автор данной статьи наблюдал в одном НИИ Ленинграда неверное восприятие старшим научным сотрудником методики оперативного лечения деформации стопы после перенесенного полиомиелита, разработанной в Харьковском НИИТО. В результате его ошибочное объяснение, которое он давал аспирантам и клиническим ординаторам, привело к неправильному, безрезультатному выполнению операции трехсуставной резекции стопы при пяточной деформации по методике Новоченко—Николаева. Данная методика была опубликована с изъятием авторами важного звена в скиограмме и тексте, без которого операция не могла быть правильно понята читателями и потому успешной, но могла стать точно выполнимой лишь при получении информации в харьковской клинике [12]. До стажировки в Харьковском НИИТО автор статьи сам не смог понять методику по ее описанию в журнале «Ортопедия, травматология и протезирование», пока в Харькове не получил ее объяснения. Таким образом выяснилось, что в статье из описания было изъято важное звено, без которого невозможно ни понять, ни выполнить операцию. Тем не менее нельзя утверждать, что профессора Н. П. Новоченко и Л. П. Николаев умышленно не включили в иллюстрацию промежуточную скиограмму. На симпозиуме по аллопластике крупных суставов в марте 1974 г. в Москве профессор Г. А. Илизаров объяснял заведующим кафедрами ортопедии и травматологии профессорам А. П. Скоблину из Симферопольского медицинского института и В. И. Иванову из Запорожского мединститута, что он так напишет статью о новой методике остеосинтеза его аппаратом внешней

фиксации, что читатель не сумеет понять и выполнить в своей клинике эту операцию. Профессор В. В. Чаплинский 14 июня 1991 г. в Кургане на Всесоюзной конференции, посвященной 70-летию Г. А. Илизарова и 40-летию разработанного им метода чрескостного остеосинтеза, от имени ортопедов-травматологов обратился к Г. А. Илизарову с просьбой поделиться секретами разработанного метода, чтобы уберечь больных и врачей от многих осложнений, составляющих в отдельных больницах около 70%. Почти все курсанты, обучавшиеся в Курганском НИИЭТО, только в Кургане узнавали в частных, особо доверительных беседах с сотрудниками этого института о «тонкостях» методик Илизарова, которых часто не было в публикациях и без которых эти методики у них в своих больницах не «шли», как, казалось бы, должны были «идти» после прочтения статей.

Возникает вопрос, почему редакторы и рецензенты ведущих журналов допускают к печати работы с непонятными разделами (вследствие изъятия важных звеньев, без которых даже внимательный читатель не сможет ни разобраться, ни правильно выполнить операцию)?

Руководитель испытательной лаборатории изделий ортопедо-травматологического назначения ЦИТО кандидат технических наук (сейчас доктор технических наук) Н. С. Гаврюшенко на симпозиуме по тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава 17 мая 2000 г. в Москве публично в своем докладе «Обзор современных материалов, используемых при эндопротезировании» признался, что в начале 90-х годов при исследовании ленинградского тотального эндопротеза «Феникс» он выявил многие недостатки этого имплантата, из-за которых нельзя было его применять, но дал заключение, что эндопротез хорош. Здесь уместен вопрос: «Имеют ли авторы и эксперты профессиональное, должностное и гражданское право скрывать недостатки в методиках?»

Старший научный сотрудник Новосибирского НИИТО В. М. Прохоренко тогда же (17 мая 2000 г.) на симпозиуме сообщил в докладе по двум работам («Ревизионные оперативные вмешательства при эндопротезировании тазобедренного сустава» и «Осложнения первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, определяющие необходимость выполнения повторных оперативных вмешательств») [13], что при отмечающихся в институте 28,35% осложнений вследствие конструктивных и технологических недостатков этого эндопротеза все же продолжают оперативное лечение коксартроза данным эндопротезом, поскольку оплата лечения идет за счет государственного бюджета. На это профессор А. Ф. Лазарев (ЦИТО) в дискуссии на симпозиуме заметил: «Но совесть же у вас должна быть?!» Ортопеды-травматологи СНГ, занимавшиеся тотальным эндопротезированием тазобедренного сустава в 90-х годах, помнят, что такое эндопротез «Феникс» и хорошо понимают значение реплики профессора А. Ф. Лазарева. Анатолий Федорович Лазарев 4 апреля 2006 г. на просьбу автора указать в настоящей статье эту его реплику в конкретном контексте дал согласие.

«Совесть — это первейший глубочайший источник чувства ответственности», — говорил философ И. А. Ильин. Если же у врача нет совести и ответственности, то у него нет и долга перед делом и людьми. Основатель хирургии кисти в СССР, первый заведующий отделением хирургии кисти в ЦИТО профессор В. Н. Блохин сказал в декабре 1967 г. о научных публикациях: «Никому нельзя верить. Все лгут».

Совесть, долг и гражданская ответственность перед обществом нужны каждому врачу, особенно заведующим

и главным специалистам любого уровня, поскольку они не только врачи, но и звенья вертикали власти. То есть, с одной стороны, они являются представителями народа, больными в иерархии власти, с другой — представляют власть перед населением и больными.

Образованность, профессиональный опыт так же, как и здравомыслие, совесть, долг, являются субъективными категориями. Однако здравомыслие, совесть и долг — это преимущественно генетически обусловленные свойства человека и специалиста, заложенные в него до приобретения жизненного и профессионального опыта, но оттачиваемые и обостряемые по мере его деятельности, а образованность и профессиональный опыт приобретаются специалистом в процессе его работы и жизни.

Можно ли стать «абсолютно» образованным специалистом? По крайней мере, нужно всю жизнь к этому стремиться! Наблюдения показывают, что можно стать лишь относительно много знающим специалистом.

Можно ли избежать такой ситуации, чтобы в нужных, настоящих монографиях не было явно ошибочных взглядов и опасных методик, а врачи не применяли бы их на практике? Нет. Всех рассматриваемых недостатков, ошибок невозможно избежать и предотвратить. Эти издержки диалектически закономерны: у одних медиков они встречаются также неизбежно, как и неудачные произведения у крупных поэтов и писателей, а у других — вследствие естественного доверия к печатному слову, тем более, если оно принадлежит авторитету.

Что же делать в масштабе страны, чтобы в таком случае сократить количество и уменьшить влияние и последствия таких издержек?

Стране нужны образованные, здравомыслящие и опытные как исследователи — авторы публикаций, так и читатели — исполнители. Нужно, чтобы все они задумывались, сомневались, любую рекомендацию подвергали аналитическому осмыслению, сопоставляли рекомендации авторов с допустимостью их применения на себе или своих близких. Необходимо, чтобы специалисты были людьми, всесторонне образованными, знающими иностранные языки, следили за международной литературой, посещали различные конференции, симпозиумы, съезды, интересовались новыми идеями, методиками и способами обследования и лечения, чтобы они общались с коллегами и обменивались мыслями и идеями (в том числе противоположных направлений), посещали другие клиники, институты в нашей стране, России, Украине и на Западе, чтобы проверяли истинность рекомендаций в клиниках самих авторов, изучали результаты личной работы, своей клиники, если нужно — отработывали свои идеи и проверяли чужие в секционном зале или виварии.

Стране нужны специалисты также и с элементарной честностью и гражданской ответственностью перед обществом. Ценным будет, если известный специалист или автор лично признается в печати в неэффективности или недоработанности его методики и призовет коллег к отказу от нее, как это сделал, например, М. Н. Меуер в 1975 г., признав в своей очередной работе, что ошибался в предыдущих публикациях во взглядах на особенности травматического вывиха голени [12], как и профессор А. В. Руцкий (Минск) признался на лекции курсантам БелМАПО, что все годы он ошибался, рекомендуя при переломах ребер не накладывать повязку на грудную клетку.

Также и автор статьи сам признавал публично свои ошибки и связанные с ними осложнения. Это было на занятиях со студентами медицинского вуза, в ординаторской

перед коллегами, а также в печати. Например, в монографии «Сложные повреждения таза. Что делать?» [3], несостоятельным признан предложенный способ предоперационной функциональной встречной нагрузки на таз при чрезацетабулярном переломе тазовой кости с медиальным смещением его каудального фрагмента для определения целесообразности наружного остеосинтеза таза аппаратом внешней фиксации. Автор, к его сожалению, поторопился опубликовать работу [4], посвященную этому способу, поскольку вначале был окрылен первым успехом, хотя и не имел вполне достаточных наблюдений. Потом по мере накопления материала убедился в несостоятельности данного способа и перестал его применять.

Государство, общество, министерство здравоохранения и другие руководящие структуры могут повлиять на образованность и опыт посредством различных приказов, мероприятий и получить результат через несколько лет и десятилетий. Но ждать эффекта воздействия на здравомыслие и совесть врачей (как и любых граждан) сомнительно, если он (эффект) может быть получен через столетия. Нация не может ждать столь долго.

В связи с этим медицинские официальные структуры (министерства, научные общества), полиграфические предприятия, общество могут и должны разработать и ввести различные общие жесткие правила и проводить контролируемые мероприятия.

Прежде всего Министерство здравоохранения и лица, ответственные за хирургическую и ортопедо-травматологическую службы, должны осуществлять финансовые вложения для всего перечисленного и ввести систему мероприятий в виде адекватной мастерству врача зарплаты, жесткой аттестации и прочих условий получения высоких квалификационных категорий. Если не будет такого вклада, страна не получит необходимого положительного результата.

Целесообразными видятся также следующие мероприятия: 1) утверждение Минздравом Республики Беларусь «Протоколов оказания помощи ...» при различных нозологических единицах и их сочетаниях, а также «Инструкций на методы ...»; 2) рецензирование макетов монографий в региональных медицинских вузах Беларуси (для Бреста и Могилева соответственно в Гродненском и Витебском мединститутах) с утверждением рецензий на заседаниях ученого совета вуза под эгидой Минздрава Республики Беларусь; 3) разрешить публикацию тезисов только студентам; 4) восстановить недавние требования ВАК — защита докторской диссертации может состояться лишь при наличии монографии (по этой же теме), макет которой был рецензирован и утвержден ученым советом регионарного мединститута; 5) введение в БелМАПО специальных узкотематических краткосрочных курсов по конкретным разделам, а именно: хирургии кисти, травме позвоночника, повреждениям таза, сочетанным и множественным травмам, по вторичной осложненной травме; 6) регулярный вызов руководством БелНИИТО главных специалистов областей (нейротравматологов, ортопедов-травматологов) для освоения новых методик, разработанных в этом институте; 7) БелНИИТО обязывает разработчиков в столице или провинции проводить семинары для специалистов всей страны; 8) обязательные ежегодные демонстрации областными центрами ортопедии и травматологии, нейротравматологии своих результатов в Минске; 9) выпуск белорусского национального научного журнала по ортопедии и травматологии.

В Беларуси до сих пор нет научного журнала по ортопедии и травматологии, в то время как в других странах (Болгария, Венгрия, Чехия), равных по численности населения, они имеются. Почему? Ведь в нашей стране рабо-

тует БелНИИТО, 5 кафедр ортопедии и травматологии с 7 профессорами, 8 докторами наук, 40 кандидатами медицинских наук, некоторые из них работают параллельно в различных НИИ немедицинского направления, связанных с Национальной Академией наук Беларуси. Такой большой научный кадровый потенциал в ортопедии и травматологии страны обеспечит «портфель» публикаций для национального журнала по данной специальности.

Медики являются не только носителями нравственной, духовной и материальной культуры, но и ее производителями, поэтому они обязаны, по меньшей мере в своей области, стремиться делать «поле игры» продуктивным, а также нравственно чистым, проверенным и очищенным от непродуманных рекомендаций, скороспелых и незавершенных исследований. Посредством восстановления здоровья пострадавших и больных медики оказываются причастными к обеспечению национальной безопасности в виде сохранения полноценности людских ресурсов.

Однако в полной ли мере медицинские работники осуществляют свое предназначение, определенное профессией и служебным положением, должностями и званиями?

Если сейчас в общественной жизни нашей страны отмечается подъем воли белорусской нации, уровня науки и производства, духовного развития и культуры во многом (даже в опрятности улиц), то и врачи, люди с высшим образованием, обязанные сострадать гражданам и больным, обладать созидательностью и самоотверженностью, являющиеся управленцами в министерстве здравоохранения и областных управлениях здравоохранения, научные сотрудники в разных учреждениях, преподаватели на кафедрах, врачи практического здравоохранения, также могут и должны внести свой вклад в процветание медицины, народа и государства.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дубров Я. Г. Внутрикостная фиксация металлическими стержнями при переломах длинных трубчатых костей. — М., 1961.
2. Дубров Я. Г. Внутрикостная фиксация металлическими стержнями при переломах длинных трубчатых костей; Издание 2-е. — М., 1972.
3. Дятлов М. М. Сложные повреждения таза. Что делать? — Гомель, 2006.
4. Дятлов М. М., Старжинский В. П. // Материалы XXI пленума Правления общества белорусских хирургов. — Минск, 1997. — С. 244—245.
5. Каплан А. В. Закрытые повреждения костей и суставов: Издание 2-е. — М., 1967.
6. Каплан А. В. Закрытые повреждения костей и суставов: Издание 3-е. — М., 1979.
7. Каплан А. В. Травматология пожилого возраста. — М., 1977.
8. Ключевский В. В. Демпферированное скелетное вытяжение. — Ярославль, 1982.
9. Ключевский В. В. Скелетное вытяжение. — Л., 1991.
10. Ключевский В. В. Хирургия поврежденных. — Ярославль, 1999.
11. Крупко И. Л. Руководство по травматологии и ортопедии: Травматология. — Книга 1. — Л., 1974.
12. Новоченко Н. П., Николаев Л. П. // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1955. — № 1. — С. 12—18.
13. Прохоренко В. М. // Эндопротезирование крупных суставов: Материалы симпозиума с международным участием / Под ред. академика, профессора К. М. Шерепа. — М., 2000. — С. 95—96, 112—113, 157.
14. Селиванов В. П., Никитин М. Н. Диагностика и лечение вывихов шейных позвонков. — М., 1971.
15. Meyers M. H., Moore T. M., Harvey J. P. // J. Bone Joint Surg. — 1995. — Vol. 57. — P. 430—433.