



УДК 617:614.253

С. А. Гешелин

ЭТИКА В ХИРУРГИИ

Одесский национальный медицинский университет

Выдающийся онкоиммунолог, первооткрыватель альфа-фетопротеина Г. И. Абелев опубликовал в журнале «Наука и жизнь» статью «Этика — цемент науки». В цивилизованном обществе этика цементирует не только науку. Этические принципы определяют поведение христиан и мусульман, иудеев, буддистов и индуистов. Цивилизованные атеисты соблюдают свою этику, ибо атеизм — это тоже систематизированное мировоззрение. Вне этики существуют лишь безбожники.

Основы медицинской этики канонизированы в «Клятве Гиппократа». Проблемам этики и деонтологии посвящены работы Н. Н. Петрова, Н. Н. Блохина, Б. В. Петровского, И. А. Кассирского, Е. И. Чазова. Работы классиков стали хрестоматийными. Они общеизвестны, их можно не цитировать.

Более полувека мне приходится иметь дело с проблемами этики в хирургии. Я попытался систематизировать сохранившиеся в памяти поучительные истории.

Отношение к **«забытым» инородным телам** — лакмусовая бумажка этики хирурга.

У 35-летнего офицера флота в течение года не закрывался гнойный свищ после

операции по поводу гнойного плеврита. Больной обратился к моему учителю профессору Б. Е. Франкенбергу.

Я ассистировал ему почти на всех операциях. На сей раз Борис Ефимович рассек свищ, открыл плевральную полость, saniровал ее и оставил дренаж. После операции учитель пригласил меня к себе в кабинет и спросил, какие особенности операции мне запомнились. Я бодро ответил: «Все было типично — вскрыт и дренирован гнойный очаг». Он удовлетворенно улыбнулся и извлек из ящика письменного стола бумажный пакет с марлевой салфеткой. «Помните, я отправил вас с операционной сестрой сменить перчатки? Когда вы оба отошли от стола, я вытащил из полости плевры салфетку. Никто этого не заметил. Никто об этом не должен знать. Я лично отдаю салфетку оперировавшему хирургу».

Эта история — образец высокой профессиональной этики. Позволяю себе рассказать о ней через 50 лет, когда хирург, допустивший ошибку, больной и мой учитель давно ушли из жизни.

В следующем эпизоде врачи исповедовали иные принципы.

Хирург, работавший в Одессе, выполнил сельскому жителю гастрэктомию по поводу рака. Через месяц у больного появились признаки кишечной непроходимости. Его прооперировали в одной из районных больниц Одесской области. Хирурги извлекли из брюшной полости «забытый» зажим Кохера, о чем тут же сообщили больному. Затем поступила лавина рапортов в облздравотдел. Молодого успешно прогрессирующего хирурга уволили из областного специализированного учреждения.



Б. Е. Франкенберг



Ложная информация о болезни и операции, как правило, неэтична. Но... не всегда.

Мужчина 50 лет поступил в хирургическое отделение с прободной язвой. В далеком прошлом он перенес холецистэктомию, 2 года назад — пластику брюшной стенки по поводу послеоперационной грыжи. В справке указано, что пластика выполнена с применением полипропиленовой сетки. Однако когда хирурги рассекли по рубцу брюшную стенку, никаких следов сетки в ране не обнаружили. Прободение ушито. Больной выздоровел.

Хирурги, выполнявшие операцию по поводу грыжи, нарушили этику дважды. Выдана заведомо фальшивая справка, обманувшая больного и в последующем дезориентировавшая врачей. Купленная больным и оставшаяся неиспользованной сетка не возвращена пациенту. Хирурги, оперировавшие мужчину по поводу прободной язвы, сказали больному, что сетка рассосалась. Это тоже была ложь, но, как ни парадоксально, ложь этичная: не дело врачей уличать и дискредитировать коллег.

Однажды больная поступила в хирургическое отделение с клиническими признаками острого аппендицита. Пациентка предъявила справку о том, что 3 года назад ей была выполнена аппендэктомия. Признаки острой хирургической патологии не оставляли выбора, и больную оперировали. Оказался флегмонозный аппендицит с забрюшинным расположением червеобразного отростка. По-видимому, во время первой операции хирург его не нашел. Больной пришлось объяснять, что в прошлый раз оперировавший врач вынужденно ограничился удалением части аппендикса, а теперь удалена воспалившаяся культя. Опять-таки —

ложь! А как иначе объяснить «вторую» аппендэктомию?

Житейские ситуации иногда порождают **противоречия между этическими и правовыми нормами**, и тогда хирургу приходится решать не только профессиональные задачи.

Однажды утром хирурга разбудила соседка, попросившая срочно осмотреть на дому ее дочь. По мнению матери, у дочери приступ острого аппендицита, причем такой тяжелый, что «она аж сознание теряет». Увидев в постели белую, как мел, покрытую холодным потом 27-летнюю женщину, хирург диагностировал внутреннее кровотечение и определил показания к неотложной операции по поводу внематочной беременности. Больная пролепетала, что беременности не может быть: муж полгода в командировке. Хирург оформил историю болезни с диагнозом «острый аппендицит», сделал характерный для аппендэктомии разрез в правой подвздошной области, эвакуировал из брюшной полости около 1 л крови, возместил кровопотерю, удалил беременную правую трубу и червеобразный отросток. На 5-е сутки больная была выписана с диагнозом «острый аппендицит, острый правосторонний сальпингит» (что не соответствовало действительности). В справке указано, что удален червеобразный отросток и правая фаллопиева труба (что соответствовало истинному объему выполненного вмешательства).

В этом случае хирург нарушил правовые и профессиональные нормы: фальсифицировал диагноз при поступлении и при выписке, выполнил нетрадиционный для доступа к органам малого таза разрез брюшной стенки, произвел необоснованную меди-

цинскими показаниями аппендэктомию. Однако пусть в хирурга бросит камень тот, кто поступил бы иначе.

Нарушения этики мэтрами хирургии чреваты конфликтными ситуациями.

Опытный, известный в городе хирург проводил вечерний обход в хирургическом отделении. Его почтительно сопровождал сонм молодых дежурящих. Мэтр вальяжно остановился у постели больной, прооперированной накануне по поводу зоба, и попросил ее «сосчитать до пяти». Услышав хрипловатый голос, он бросил многозначительный взгляд на свиту, приоткрыл линию швов на шее, пожал плечами и величественно покинул палату. Вот и все. Ничего не было сказано. Тем не менее, авторитет популярного (и действительно хорошего!) хирурга сработал, и больной стало ясно, что ее голос мэтру не понравился, разрез сделан не там, где надо, или не так, как надо, оперировал ее неквалифицированный врач, и вообще неизвестно, чем все это кончится. Все кончилось благополучно: голос восстановился, рубец на шее был едва заметен, но пришлось приложить немало усилий для восстановления психоэмоционального статуса больной, нарушенного неэтичным поведением ответственного хирурга.

А вот пример иных этических установок. В 1956 г. я был на сборах офицеров запаса в Киеве. В Институте туберкулеза тогда начинал восхождение на хирургический Олимп Николай Михайлович Амосов. Мы, молодые лейтенанты, убегали с занятий на его операции. Однажды один из курсантов спросил Николая Михайловича, когда он будет выполнять разработанную им операцию — плевропульмонэктомию. Амосов ответил, что



эту операцию как раз сегодня выполняет Малахова. «Она делает эту операцию лучше меня», — добавил Амосов. Курсант промямлил, что мы хотели бы видеть операцию в исполнении автора. Амосов сердито его оборвал: «Я не девочка, чтобы кокетничать. Малахова делает это лучше меня, идите к ней в операционную». Малахова, его ученица, безукоризненно выполнила разработанную учителем операцию, секреты проведения которой он уже передал ученикам.

Истинные мастера не дискредитируют своих преуспевающих помощников и учеников. Они ими гордятся.

Неосторожное слово может убить

45-летней женщине была удалена матка по поводу рака. Оперировавший больную доцент А. С. Гологорский, отличный хирург и интеллигентный человек, учитывая неустойчивую психику больной, сказал пациентке, что у нее была фибромиома. Через 5 лет (!) после операции при полном клиническом благополучии, проходя ВТЭК, больная прочитала истинный диагноз в неосторожно оставленном на столе документе. Дома она приняла смертельную дозу снотворного. При судебно-медицинском вскрытии ни местных рецидивов, ни отдаленных метастазов выявлено не было.

Можно ли сообщать больным истинный онкологический диагноз? В зарубежных странах ответ на этот вопрос однозначно утвердительный. В нашей стране многие ассоциируют диагноз рака со смертным приговором. Им опасно открывать правду. Некоторые больные знают свой диагноз и при попытках уйти от откровенного разговора чувствуют фальшь и теряют доверие к врачу. Как по-

ступать? Всезнающие учебники рекомендуют пресловутый индивидуальный подход. Однако индивидуальный подход доступен врачам с высоким интеллектом и тонким психологическим чутьем. Этими качествами одарены немногие, а решать непростые этические проблемы приходится всем. Общепринятого деонтологического рецепта нет.

Вмешательство высокого начальства

В хирургическое отделение в 23 часа была доставлена девочка 14 лет. Полтора часа назад, танцую босиком на ковре, она почувствовала колющую боль в стопе. На рентгенограмме между 1 и 2-й плюсневными костями правой стопы обнаружена тень патефонной иглы. Хирургическая бригада была занята выполнением неотложных полостных операций, и ответственный хирург принял правильное решение госпитализировать больную и оперировать утром под рентгенологическим контролем. В 3 часа ночи раздался телефонный звонок. Секретарь обкома, оказавшийся приятелем родителей девочки, потребовал немедленного выполнения операции. Ответственный хирург не вступил в полемику с секретарем обкома и в 5 часов утра (на 20-м часу дежурства!) взял больную в операционную, рассек кожу над предполагаемой локализацией инородного тела... и не нашел иглу. На утреннем обходе помощник ответственного хирурга представлял заведующему отделением оперированных ночью больных. Остановившись у койки, на которой лежала девочка, он взглянул на повязку, побледнел и еле слышно произнес: «Это не та нога!» Девочку взяли в рентген-кабинет, легко извлекли иглу и благополучно выписали. Ответственного хирурга через

сутки доставили в реанимацию с инфарктом миокарда. Хирург выжил, но к операционному столу уже не вернулся.

Необоснованное расширение показаний к операции

По-прежнему велико число удаленных «невинных» червеобразных отростков. Мотивы расширения показаний к аппендэктомии различны. Молодые хирурги заинтересованы в приобретении опыта и увеличении списка операций для аттестации, заведующие отделениями — в повышении показателя хирургической активности. Иные рассчитывают на благодарность больных. Все мотивы неэтичны.

Напрасной аппендэктомии можно избежать с помощью диагностической лапароскопии. Однако распространению лапароскопии в хирургии аппендицита препятствуют хирурги, применяющие традиционный открытый доступ к червеобразному отростку. А их — большинство. Мотивы, тормозящие внедрение лапароскопии в хирургию аппендицита, также далеки от этических норм.

Недопустимо широко определяют показания к операциям по поводу доброкачественных дисплазий молочной железы, особенно при так называемой мастопатии. Размахивая пугалом предрака, онкохирурги и маммологи склоняют больных к ненужной операции. Это хирургический вандализм, камуфлированный под профилактику рака. Нормы врачебной этики должны сдерживать излишне активных хирургов.

Простота и кажущаяся малая травматичность эндоскопических технологий расширили показания к операциям по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Опытные рентгенологи находят соскальзывание дна желудка в



средостение у большинства людей старше 40 лет. Формально — это скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Однако сама по себе грыжа, не осложненная дисфагией, кровотечением, рефлюксной болезнью или ущемлением, не является показанием к операции. К сожалению, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы оперируют и без достаточных показаний. Больные расплачиваются за повышенную активность хирургов осложнениями. Иногда — серьезными.

Операция не должна быть опасней заболевания, по поводу которого она предпринимается. Этот принцип хирургической этики не должен нарушаться никогда и никем.

Неэтично чрезмерное (подчеркиваю, чрезмерное!) расширение показаний к родоразрешению путем кесарева сечения. Совершенствование хирургической техники, современных средств и способов обезболивания привело к тому, что в некоторых родильных домах аргументом к операции считают желание роженицы и выполняют кесарево сечение без веских медицинских показаний.

Б. Е. Франкенберг любил напоминать: «Хирургия становится безопасной для больных. Надо обезопасить больных от хирургов».

Серьезные этические проблемы таит в себе **определение инкурабельности**.

Мужчина 50 лет обратился к нам в связи с дисфагией. Сначала «застревала» только плотная пища, теперь не проходит и вода. Год назад оперирован по поводу рака желудка. В справке указано, что опухоль оказалась нерезектабельной, операция ограничилась диагностическим чревосечением. Мы предприняли операцию по жизненным показаниям, рассчитывая лишь на

паллиативное восстановление пассажа пищи через желудочно-кишечный тракт. Опухоль, однако, оказалась резектабельной (через год после предыдущей операции!), и мы выполнили радикальную гастрэктомию. Первую операцию произвел хирург, не подготовленный к манипуляциям на пищеводе. Встретившись с обширным поражением желудка, врач отступил (и правильно сделал!). Однако, не желая расписаться в собственной некомпетентности, он не отправил больного к более опытному специалисту и фактически подписал пациенту смертный приговор. Это грубейшее нарушение врачебной этики!

Другое наблюдение. Женщина 39 лет обратила внимание на увеличение объема живота. Гинеколог диагностировал рак яичников IV стадии, квалифицировал состояние больной как инкурабельное и отправил пациентку в поликлинику для симптоматического лечения. Усомнившись в диагнозе, мы оперировали больную. Оказалось, что большую часть живота занимает гигантская забрюшинная липома, которая с техническими трудностями была удалена. Масса опухоли — 12,5 кг. Интересна реакция гинеколога, у которого больная оставалась на учете. Увидев преобразившуюся после операции больную и прочитав справку, он сказал: «Как вы могли согласиться на такую операцию? Вы же могли остаться на операционном столе!» В этом случае языком врача управлял не головной мозг, а мозговое вещество надпочечников, и нормы этики отступили.

Организация неотложной хирургической помощи — область, в которой соблюдение этических норм особенно важно.

Одесса — единственный в Украине город с миллионным

населением, который уже более 30 лет не имеет больницы «Скорой помощи». Неотложную хирургическую помощь оказывают рассредоточенные по всему городу стационары. Госпитализация зависит от района проживания и служебной принадлежности пациента, графика «приемных» дней, профиля размещенных в больницах специализированных отделений или центров, а также — от областной или городской подчиненности лечебного учреждения и источников финансирования. Это вносит чудовищную неразбериху. Вот примеры!

Мужчина 35 лет направляется поликлиникой в хирургическое отделение с диагнозом «острый живот». Областная больница, рядом с которой он живет (!), его не принимает: он житель города. В одной из городских больниц ему отказывают в госпитализации в связи с тем, что у них «неприемный день». В другой больнице также не принимают: он житель «не их района». Лишь в четвертой больнице его принимают и оперируют: оказывается острый аппендицит, осложненный разлитым перитонитом. На метания по городу ушло 4 часа.

Женщина 28 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на боль внизу живота. Дежурный гинеколог диагностировал острое воспаление придатков матки и отправил пациентку в отделение гнойно-септической гинекологии. В такси состояние больной катастрофически ухудшилось, она потеряла сознание и была доставлена в «гнойную гинекологию» с артериальным давлением 70/40 мм рт. ст. Во время операции выявлена внематочная беременность, разрыв фаллопиевой трубы, потеря 700 мл крови. Удалена беременная труба, кровопотеря возмещена. К счастью,



больная выздоровела. А могло быть иначе...

Если бы врачи соблюдали элементарную этику, urgentных больных оперировали бы в первом же оказавшемся на пути стационаре. Когда приказы вступают в противоречие с нравственными нормами и здравым смыслом, надо вспомнить рекомендацию Петра Великого: «Не следуй Уставу аки слепой стене».

Хирургия и коммерция

Мужчина 45 лет доставлен с острой болью в животе в стационар, на фронте которого значится: «Больница скорой помощи». На его беду, больница оказалась коммерческим лечебным учреждением. После ряда дорогостоящих исследований диагностирована прободная язва, больному предложена неотложная операция и определена ее стоимость. Однако все деньги больной уже потратил на диагностику. Его перевезли в городскую больницу. Там для диагностики перитонита оказалось достаточным положить руку на деревянисто напряженный живот. Выполнено ушивание прободной язвы. Через 6 дней больной выписан на амбулаторное долечивание.

Коммерциализация врачебных услуг привела к забвению гуманных принципов врачебной этики, на которых были воспитаны многие поколения хирургов. Ссылки на рыночную экономику, рентабельность, пресловутый капиталистический путь развития не могут служить оправданием уродливых взаимоотношений, которые сложились между государством, органами здравоохранения и гражданами. Пациент не виноват в том, что он заболел не в тот день, оказался не в той больнице, не с тем заболеванием да еще и без денег. Неизбежная

коммерциализация здравоохранения должна контролироваться этическими нормами. В цивилизованном обществе этические принципы должны стоять выше коммерческих и административных аргументов.

А вот история, в которой пресловутая **честь мундира** была поставлена выше норм врачебной этики.

Тучный молодой человек 29 лет после сытного ужина поступает в хирургическое отделение с острой болью в животе. Устанавливается диагноз «острый панкреатит», и больного начинают готовить к операции. Мать больного, врач, просит пригласить на консультацию хирурга из другой больницы. В консультации ей отказывают (!), пациенту делают премедикацию и везут на «каталке» в операционную. Тогда мать решается на отчаянный (безумный? мужественный?) поступок. Она снимает сына с носилок и отвозит его в другую больницу к хирургу, консультации которого так и не добилась. Там подтверждается диагноз «острый панкреатит», снимаются показания к неотложной операции, проводится консервативная терапия, и на третьи сутки больной выписывается в удовлетворительном состоянии.

В этой истории неэтично все — и сам факт отказа в консультации, и то, что отказали коллеге, и суетливая поспешность с операцией. Вопреки этическим принципам, «честь мундира» была поставлена выше интересов больного.

Серьезные этические проблемы ставит перед хирургом **переливание крови по жизненным показаниям**. Если у пациента произошла катастрофическая по темпу и объему кровопотеря, альтернатив нет. Без гемотрансфузии больной погибнет. Что делать хирургу или акушеру-гинекологу, если

проверенной донорской крови нет? Совсем недавно проблема решалась донорами-добровольцами и переливанием непроверенной, «теплой» крови, взятой у хирургов, анестезиологов, медсестер, друзей больного и других лиц. Сейчас в связи с опасностью переноса вирусных инфекций, это категорически запрещено. Выработанные многими поколениями врачей этические нормы вступили в противоречие с законом. Выбор между спасением жизни больного ценой нарушения приказа и выполнением приказа ценой потери жизни больного — проблема не административная, а этическая.

Я воздерживаюсь от этической оценки законопослушных врачей, которые выполняют приказы и теряют больных с кровотечением, и не осуждаю хирургов, которые нарушают эти же приказы, пытаясь сохранить пациенту жизнь.

Отказ больного или отсутствие согласия родственников на операцию по закону исключают возможность хирургического вмешательства. Между тем, асфиксия, обусловленная крупом или инородным телом гортани, диктует показания к неотложной трахеостомии. Что делать? Если больной умрет без хирургической помощи, врача обвинят в том, что он не выполнил профессиональный долг. Если больной умрет после операции, хирурга обвинят в том, что он поступил вопреки воле родных, преступил закон и лишил пациента шанса преодолеть критическое состояние с помощью лекарств. Считается, что врач обязан убедить больного или родственников в необходимости операции. К сожалению, когда у больного асфиксия, особенно — если задыхается ребенок, на уговоры времени нет.



Однажды хирург, исчерпав все доводы, вырвал уже не дышавшего 3-летнего ребенка из рук обезумевшей матери и выполнил трахеостомию. Ребенка удалось спасти. А если бы не удалось?.. Конфликт между этическими нормами и требованиями закона не имеет однозначного решения. Хирург поставил судьбу больного ребенка выше собственной. Он не рассуждал, а действовал импульсивно в соответствии с воспитанным в нем нравственным этическим алгоритмом. Иначе поступить он просто не мог.

Невольно вспоминается задача-софизм, которую придумали древние греки. Кораблекрушение. В бурном море оказались молодой мужчина, его 3-летний сын и дряхлый старик-отец. Кого должен спасти мужчина? Большинство отвечает: «Конечно сына! Отец свое отжил». Некоторые все же говорят: «Грех оставлять в беде отца, спасать надо его! Сын еще несмышлениш...» Оба ответа неверны! Это вопрос-ловушка! Мужчина должен попытаться спасти обоих и... погибнуть вместе с ними. Такая вот жесткая и даже жестокая этика.

Особое место в возникновении этических проблем в медицине занимают **средства массовой информации (СМИ)**. Безудержный поток новых лекарственных препаратов требует постоянной информации, которая должна быть адресована врачам и только врачам. К сожалению, кто платит деньги, тот заказывает музыку. В эфир и в печатные издания поступает доступная всем реклама медикаментов, которая приводит к самолечению, неконтролируемому применению лекарств, чреватому появлением тяжелых последствий для больных. Широковещательная реклама лекарственных препара-

тов в СМИ должна быть запрещена. Как бы ни оценивали понятие цензуры поборники так называемой свободы слова, на которых слово «цензура» действует, как красная тряпка на быка, этическая цензура, защищающая общество от социально опасных явлений, необходима.

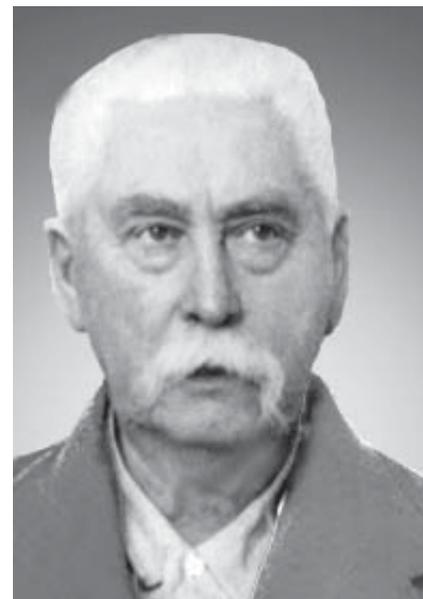
Серьезным отступлением от традиционных этических принципов стал **отказ от гласного анализа врачебных ошибок**. Николай Иванович Пирогов оставил классические образцы анализа собственных ошибок. В наше время этот важнейший педагогический принцип изживает себя. Предание гласности собственных ошибок стало опасным. Администраторы используют информацию о врачебных ошибках как основание для взысканий, а следственные органы — как улики в уголовном деле. Объективный анализ уступает место процедуре комиссионных проверок, направленных не на исследование обстоятельств, а на поиск криминала с последующими организационными и юридическими выводами. Использование материалов профессионального анализа врачебных ошибок в качестве «оружия нападения» свидетельствует о потере этических ориентиров, исключает возможность гласного анализа как средства обучения и наносит серьезный урон системе медицинского образования.

В заключение — несколько слов об образцах гражданской этики, которые оставили нам учителя.

В 1952 г. я проходил субординатуру в клинике **Павла Алексеевича Наливкина**. Он учил нас не только хирургии. Своим примером профессор Наливкин преподнес нам уроки нравственности и гражданской этики. Тогда набирала силу борьба с безродными

космополитами, пиком которой стало «Дело врачей». Когда Наливкин выполнял операции на желудке, ему обычно ассистировала доктор Майзельс, отличный хирург, участница боевых действий в годы Великой Отечественной войны. Однажды в разгар черносотенного шабаша «Дела врачей» она подошла к шефу и спросила, кто будет ассистировать на предстоящей операции. Наливкин удивился: «Разве списки бригад не висят в предоперационной?» Майзельс смущенно пробормотала: «Павел Алексеевич, Вы ведь знаете, что творится. А я...» Наливкин не дал ей договорить: «Как ты могла такое подумать!» Он метал громы и молнии. Потом успокоился, по-отечески обнял ее за плечи и сказал: «Иди, мой руки». Тогда это могло стоить жизни.

В годы Великой Отечественной войны профессор кафедры общей хирургии **Валентин Соломонович Кофман** был главным хирургом Приморской армии, защищавшей Севастополь. В июле 1942 г. возможности обороны города были исчерпаны. Обеспечив эвакуацию раненых и по-



П. А. Наливкин





Мемориальная доска в память о В. С. Кофмане



А. М. Агаронов

грузив их в самолет, военврач первого ранга Кофман отдал свое место в последнем авиарейсе молодой медсестре. Он был расстрелян оккупантами. На кафедре общей хирургии в память о нем установлена мемориальная доска. Одна из улиц Севастополя носит его имя.

В другое время и в иных обстоятельствах точно так поступил блестящий хирург-гинеколог профессор **Ашот Моисеевич Агаронов**, заведовавший кафедрой акушерства и гинекологии. Он возвращался с конгресса в Рио-де-Жанейро. Вскоре после старта самолет рухнул в оке-

ан недалеко от берегов Бразилии. Воздушный корабль некоторое время оставался на плаву, но спасательных жилетов на всех не хватило. Агаронов отдал свой жилет молодой женщине, сказав: «Ты молодая. Живи! Я свое отжил». Она спаслась и все рассказала.

