



Урок врачебной антиэтики

Л.Б. Лихтерман✉, В.А. Охлопков

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Москва, Россия
✉Likhterman@nsi.ru

Аннотация

С позиций медицинской этики анализируется наблюдение посттравматической хронической субдуральной гематомы. Действия нейрохирургов шли вразрез с обоснованными современными принципами хирургического лечения осумкованных подболоочечных кровоизлияний, принятыми этическими канонами и нанесли вред пациенту.

Ключевые слова: медицинская этика, хроническая субдуральная гематома, минимально инвазивная нейрохирургия.

Для цитирования: Лихтерман Л.Б., Охлопков В.А. Урок врачебной антиэтики. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (1): 56–60. DOI: 10.47407/kr2023.4.1.00191

The lesson of medical anti-ethics

Leonid B. Likhterman✉, Vladimir A. Okhlopov

Burdenko National Medical Research Centre for Neurosurgery, Moscow, Russia
✉Likhterman@nsi.ru

Abstract

Monitoring the posttraumatic chronic subdural hematoma is analyzed from the viewpoint of medical ethics. The neurosurgeons' actions were contrary to the justified modern principles of surgical treatment of encapsulated intrathecal hemorrhage, generally accepted ethical principles and caused harm to the patient.

Keywords: medical ethics, chronic subdural hematoma, minimally invasive neurosurgery.

For citation: Likhterman L.B., Okhlopov V.A. The lesson of medical anti-ethics. Clinical review for general practice. 2023; 4 (1): 56–60. DOI: 10.47407/kr2023.4.1.00191

В медицине границы этики или, проще, нравственности очень широкие. Это и отношение к пациенту, и взаимоотношения с коллегами, и общая культура поведения, и использование наиболее щадящих в каждом конкретном наблюдении методов лечения, и многое-многое иное.

В наше поле зрения попал случай, где врачебная этика была неоднократно и необоснованно нарушена, что принесло вред больному. Полагаем, анализ обстоятельств, в которых произошли описываемые ниже события, полезен для медицинского сообщества. Мы понимаем, что недостает личностных характеристик действующих врачей. Увы, ими не располагаем.

Видимо, следует для объективности упрединительно представить современную ситуацию с тактикой лечения патологии, выявленной у пациента.

Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) относятся к распространенным заболеваниям головного мозга [1]. Чаще всего они являются последствием черепно-мозговой травмы [2].

ХСГ представляют собой объемное доброкачественное образование с различным темпом роста. По логике здравого смысла многие десятилетия осуществляли радикальную операцию, заключающуюся в широкой трепанации черепа и иссечении гематомы вместе с ее капсулой [1, 3]. Однако летальность при таком подходе составляла 12–18%, главным образом из-за послеоперационного коллапса мозга [4].

Столь же высоки цифры летальности и осложнений у тех современных авторов, которые и сейчас прибегают к радикальному хирургическому лечению ХСГ [5].

Исследования, проведенные в конце XX в., показали, что основной причиной, поддерживающей существование и периодическое увеличение осумкованного кровоизлияния, является гиперфибринолиз его содержимого вследствие резкого повышения в нем продуктов деградации фибрина. При этом легко возникают геморрагии из тонкостенных расширенных капилляров капсулы ХСГ. Это привело к новой концепции лечения ХСГ [6–8].

Чтобы запустить процесс их саногенеза, достаточно минимально инвазивно изменить внутримембранную среду, т.е. устранить гиперфибринолиз. Гематома и ее капсула постепенно разбираются. При этом осложнения, обусловленные коллапсом мозга, отсутствуют, летальность на порядок ниже (1%), чем при радикальном хирургическом лечении [9].

Разберем наблюдение ХСГ, в котором врачебная этика и связанная с ней тактика хирургического лечения были грубо нарушены.

Больной М., 50 лет, 3 октября 2021 г. упал со 2-го этажа. Был госпитализирован в отделение сочетанной травмы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБ СМП) областного центра, близкого к Москве.

Спиральная компьютерная томография (СКТ) от 03.10.2021 – «перелом свода черепа и средней череп-

Рис. 1. МРТ левосторонней ХСГ у 50-летнего: а, б – сагиттальные (T1) и в, г – фронтальные (T2) срезы. Видна обширная гиперденсивная хроническая субдуральная гематома лобно-теменно-затылочной области слева; деформация левого бокового желудочка, смещение срединных структур вправо на 14 мм.

Fig. 1. MRI of left-sided CSDH in 50-year-old patient: a, b – sagittal (T1) and c, d – frontal (T2) slices. Huge hyperdense chronic subdural hematoma is clearly visible in the left fronto-parieto-occipital region; deformity of the left lateral ventricle, 14 mm midline shift toward right side.

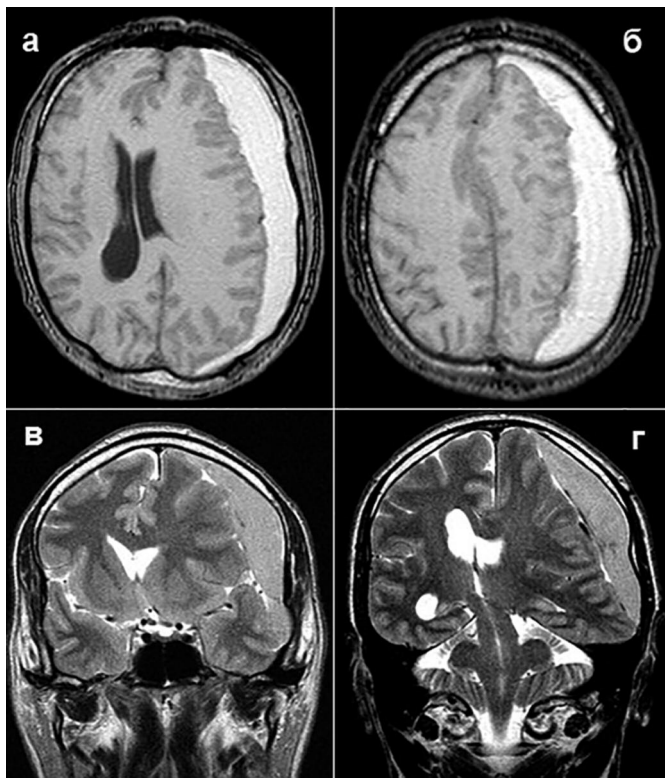
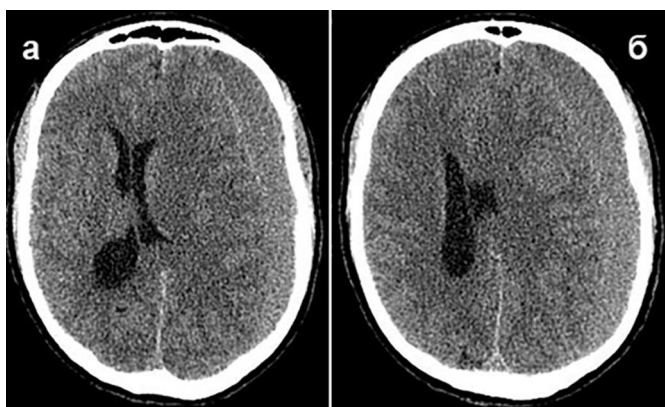


Рис. 2. СКТ при поступлении (18.01.2022): а, б – аксиальные срезы; смещение срединных структур вправо на 14 мм, субарахноидальные щели по конвексу слева не визуализируются, выявляется изоденсивная хроническая субдуральная гематома слева.

Fig. 2. Admission spiral CT (18.01.2022): a, b – axial slices; 14 mm midline shift toward right side, subarachnoid spaces along the left cerebral convexity are not visible, isodense chronic subdural hematoma is visible on the left.

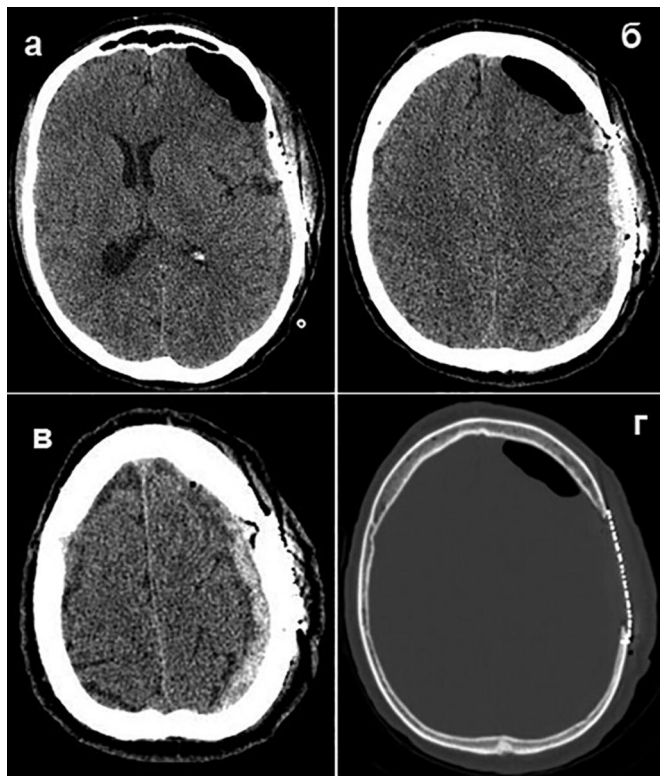


ной ямки слева, малая субдуральная гематома справа; патологические изменения вещества головного мозга не выявлены».

СКТ от 06.10.2021 – «срединные структуры не смещены, сформировался очаг ушиба базально в правой височной доле с мелким геморрагическим пропитыва-

Рис. 3. СКТ 20 января 2022 г. (аксиальные срезы) на следующие сутки после резекционной трепанации черепа слева, удаления субдуральной гематомы, пластики костного дефекта титановой сеткой: а, б, в – тканевой и г – костный режимы; видны плоскостная остаточная гематома, уменьшение смещения срединных структур вправо до 9 мм, скопление воздуха в лобной области, выпрямленная прерывистая линия титанового имплантата.

Fig. 3. Spiral CT, 20 January 2022 (axial slices), the day after left craniotomy for excision, subdural hematoma evacuation, reconstruction of bone defect by the titanium mesh implant: a, b, c – soft tissue mode and d – hard tissue mode; flat residual hematoma is visible, along with the midline shift toward right side reduction to 9 mm, accumulation of air in the frontal region, straightened dashed line of the titanium implant.



нием в нем. Малое субдуральное кровоизлияние справа не прослеживается, сохраняется небольшое геморрагическое содержимое субарахноидально справа».

Выписан в удовлетворительном состоянии.

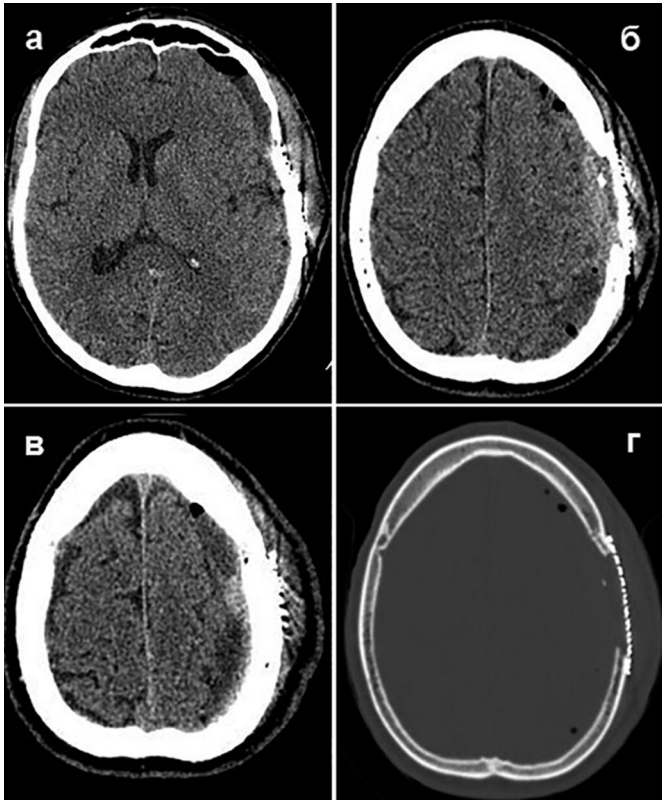
В декабре 2021 г. стали беспокоить головные боли. По этому поводу амбулаторно выполнили магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга.

МРТ от 17.01.2022: «срединные структуры смещены вправо до 14 мм. МР-признаки субдуральной гематомы лобно-теменно-височной области слева (хроническая стадия)»; рис. 1.

В тот же день госпитализирован в нейрохирургическое отделение ГКБ СМП. Выполнена КТ головного мозга (рис. 2). В неврологическом статусе – сознание ясное (15 баллов по шкале комы Глазго). Ориентирован в месте, времени, собственной личности. Критика сохранена. Зрачки D=S, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме, конвергенция сохранена. Нистагм установочный. Корнеальные рефлексы сохранены. Мимическая мускулатура симметрична. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены, глоточный рефлекс живой. Активные движения

Рис. 4. СКТ 27 января 2022 г. (аксиальные срезы) на 8-е сутки после операции: а, б, в – тканевой и г – костный режимы; визуализируется гиподенсивная плоскостная остаточная субдуральная гематома слева с существенным регрессом смещения срединных структур (5 мм) вправо.

Fig. 4. Spiral CT, 27 January 2022 (axial slices), day 8 after surgery: a, b, c – soft tissue mode and d – hard tissue mode; hypodense flat residual subdural hematoma is visible on the left, significant regression of the midline shift toward right side (5 mm) is observed.



во всех конечностях. Парезов нет. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, симметричные. Чувствительных выпадений не выявлено. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков нет. Элементы статико-локомоторной недостаточности. Функция тазовых органов не нарушена.

Документы пациента 18.01.2022 были направлены на телемедицинскую консультацию в НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

19.01.2022 было дано заключение нейрохирурга центра – «Последствие перенесенной черепно-мозговой травмы (от 03.10.2021): хроническая субдуральная гематома лобно-теменно-височной области слева. Показано оперативное вмешательство – закрытое наружное дренирование ХСГ». В тот же день больному была проведена операция: резекционная трепанация черепа слева, удаление субдуральной гематомы в виде сгустков и лизированной крови, первичная пластика титановой пластиной.

На послеоперационной СКТ от 20.01.2022 выявляются скопление воздуха в зоне передних отделов удаленной ХСГ, небольшая плоскостная остаточная гематома, видна выпрямленная прерывистая линия титанового имплантата (рис. 3).

Состояние больного после операции оставалось стабильным, периодически отмечалась «несильная головная боль». Очаговая симптоматика не выявлялась, глазное дно в норме. На контрольной СКТ от 27.01.2022 обнаружена плоскостная остаточная субдуральная гематома слева при значительном уменьшении смещения срединных структур вправо (рис. 4). Пациенту предложено повторное оперативное вмешательство, от которого он отказался.

01.02.2022 состоялась телемедицинская консультация в НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. Было рекомендовано динамическое наблюдение с нейровизуализационным контролем.

Пациент продолжал находиться на стационарном лечении в ГКБ СМП. По данным МРТ от 13.02.2022 – признаки остаточной гематомы в лобной и теменной областях слева. Пациенту настойчиво предлагали повторное хирургическое вмешательство с новой более надежной пластикой костного дефекта. Однако он не соглашался. Самостоятельно приехал на консультацию в НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 28.02.2022 заключение нейрохирурга: «по клиническим данным и результатам послеоперационных СКТ и МРТ показаний для повторной операций не выявлено».

МРТ от 08.05.2022 – остаточной субдуральной гематомы не определяется.

Резюме

Типичная картина посттравматической ХСГ. Очевидны показания для ее хирургического лечения. Понятно обращение местных врачей за телеконсультацией в столичный НМИЦ нейрохирургии. Здесь подтвердили необходимость оперативного вмешательства – большие размеры осумкованного кровоизлияния слева, обусловившего значительное смещение срединных структур мозга (14 мм) вправо. И четко указали, что показано закрытое наружное дренирование ХСГ. Остается гадать, почему нейрохирурги ГКБ СМП проигнорировали совет головного нейрохирургического учреждения.

Нейрохирурги ГКБ СМП сделали сразу ряд недопустимых ошибок:

- 1) пошли на большую радикальную открытую операцию (вместо минимально инвазивной);
- 2) при плановой операции сделали заведомо инвалидизирующую больного резекционную трепанацию вместо костно-пластической;
- 3) созданный ими дефект черепа закрыли титановым имплантатом без необходимой его предварительной подгонки;
- 4) обнаружив на СКТ небольшую остаточную субдуральную гематому спустя 8 (!) суток после операции (что находится в рамках обычного течения послеоперационного периода в подобных ситуациях) при клиническом благополучии больного императивно стали предлагать повторное хирургическое вмешательство с одновременной заменой имплантата на более конгруэнтный. Спустя значительное время после операции,

несмотря на рекомендации НМИЦ нейрохирургии (от 01.02.22 и 28.02.22) продолжать динамическое наблюдение с нейровизуализационным контролем, настаивали на осуществлении своего намерения, удерживая для этого пациента в стационаре.

Обсуждение

Анализируемое наблюдение иллюстрирует «сгусток» этических и тактических ошибок.

При анамнезе и клинике, характерном для посттравматической ХСГ с полностью нейровизуализационно подтвержденными ее топикой, большими размерами и влиянием на срединные структуры мозга с их значительным смещением в противоположную сторону, было принято верное решение о плановом оперативном вмешательстве.

Желание уточнить хирургическую тактику по телемедицинскому каналу в НМИЦ нейрохирургии полностью оправдано.

Но именно здесь начинается антиэтика. Вопреки четкой рекомендации о закрытом наружном дренировании ХСГ, осуществляются широкая трепанация черепа и радикальное удаление ХСГ. Эту тактическую ошибку дополняют другой – для доступа к гематоме осуществляют не костно-пластическую трепанацию, а инвалидизирующую резекционную трепанацию, что абсолютно не оправдано в данном наблюдении. И далее делают первичную пластику ятрогенного дефекта черепа сетчатой титановой пластиной, должным образом не подготовленной для закрытия данного костного отверстия.

Литература / References

1. Потопов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Хронические субдуральные гематомы. М.: Антидор, 1997. [Potapov A.A., Likhberman L.B., Kravchuk A.D. Khronicheskie subduralnye gematomy. Moscow: Antidor, 1997 (in Russian).]
2. Potapov A, Kravchuk A, Likhberman L et al. Sequele dei trauma cranio-encefalici. Classificazione, clinica e chirurgia ricostitutiva e mini-invasiva. Athena Modena, Italy, 2016.
3. Jamieson KG, Yelland JD. Surgically treated traumatic subdural hematomas. *J Neurosurg* 1972; 37(2): 137–49. DOI: org/10.3171/jns.1972.37.2.0137
4. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том III. Сост. Л.Б. Лихтерман. Под ред. акад. РАН А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. А.А. Потопова. М.: Антидор, 2002. [Clinical leadership by cherepno-brain grass. III. Sost. L.B. Likhberman. Under the rank of Acad. RAN A.N. Konovalov, Prof. L.B. Likhberman, Prof. A.A. Potapov. Moscow: Antidor, 2002 (in Russian).]
5. Weclawicz MM, Adamski S, Kurlandt P et al. Assessment of conservative and operative treatment of supratentorial hematomas in neurosurgery department, Copernicus hospital Gdansk between 2006 and 2018, In Traumatic Brain Injury. Change of treatment paradigms 24-th Annual Congress EMN. Warsaw, 2019.
6. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Эль-Кадди Х. Дифференцированное лечение хронических субдуральных гематом. Вопросы нейрохирургии. 1990; 1: 29–33. [Konovalov A.N., Likhberman L.B., El-Kadi Kh. Differentsirovannoe lechenie khronicheskikh subduralnykh gematom. Voprosy neirokhirurgii. 1990; 1: 29–33 (in Russian).]
7. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Охлопков В.А. Хронические субдуральные гематомы головного мозга: проблемы и решения. Часть 1. Клинические варианты и диагностика. Клинический

Об этом можно судить по желанию спустя 8 дней осуществить более конгруэнтную повторную пластику.

Небольшое скопление крови в ближайшем послеоперационном периоде – частое явление после трепанации черепа по поводу ХСГ и не требует реоперации. Однако в нашем случае это используют как предлог для императивного навязывания нового оперативного вмешательства. И даже повторное телемедицинское заключение специалистов отделения черепно-мозговой травмы НМИЦ нейрохирургии о продолжении динамического наблюдения с КТ-МРТ-контролем не прекращает попытки нейрохирургов ГКБ СМП настоять на своем – осуществить снова хирургическое вмешательство.

В условиях плановой ситуации и клинического благополучия пациента это опасное намерение не только нарушает коллегиальную этику, но и безнравственно по отношению к пациенту и к своему врачебному долгу [10].

Чего здесь больше?

Профессиональной недостаточности, малого опыта или самоуверенности – ответить мы не можем. Но то, что подобные ситуации опасны для пациентов, – очевидно.

Убеждены, аналогичные случаи не единичны в практике нейрохирургических стационаров России, но они остаются неизвестными и никто их не анализирует.

А совесть врача, может быть, главный наш судья, увы, часто не просыпается.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

- разбор в общей медицине. 2021; 2: 21–7. DOI: 10.47407/kr2021.2.2.00038 [Likhberman L.B., Kravchuk A.D., Okhlopov V.A. Chronic subdural hematomas: challenges and solutions. Part I. Clinical variants and diagnosis. Clinical review for general practice. 2021; 2: 21–7. DOI: 10.47407/kr2021.2.2.00038 (in Russian).]
8. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Охлопков В.А. Хронические субдуральные гематомы головного мозга: проблемы и решения. Часть 2. Новая концепция лечения хронических субдуральных гематом и результаты. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 3: 51–7. DOI: 10.47407/kr2021.2.2.00050 [Likhberman L.B., Kravchuk A.D., Okhlopov V.A. Chronic subdural hematomas: challenges and solutions. Part 2. New concept for treatment of chronic subdural hematomas and the results. Clinical review for general practice. 2021; 3: 51–7. DOI: 10.47407/kr2021.2.2.00050 (in Russian).]
9. Кравчук А.Д., Лихтерман Л.Б., Охлопков В.А. Хроническая субдуральная гематома. Нейрохирургия. Национальное руководство. Том II. Черепно-мозговая травма. Под ред. Д.Ю. Усачева, Л.Б. Лихтермана, А.Д. Кравчука, В.А. Охлопкова. М.: 2022. С. 464–85. [Kravchuk A.D., Likhberman L.B., Okhlopov V.A. Khronicheskaya subduralnaya gematoma. Neirokhirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Tom II. Cherepno-mozgovaya trauma. Ed. D.Yu. Usachev, L.B. Likhberman, A.D. Kravchuk, V.A. Okhlopov. Moscow: 2022. P. 464–85. (in Russian).]
10. Лихтерман Л.Б. Этика современной нейрохирургии. Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова. 2021; XIII (1): 7–12. [Likhberman L.B. Etika sovremennoy neirokhirurgii. Rossiyskiy neirokhirurgicheskiy zhurnal im. prof. A.L. Polenova. 2021; XIII (1): 7–12 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Лихтерман Леонид Болеславович – д-р мед. наук, проф., невролог, гл. науч. сотр. 9-го нейрохирургического отд-ния им. акад. А.А. Потапова, ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко». E-mail: Likhterman@nsi.ru;
ORCID: 0000-0002-9948-9816

Leonid B. Likhterman – D. Sci. (Med.), Prof., Burdenko National Medical Research Center for Neurosurgery. E-mail: Likhterman@nsi.ru;
ORCID: 0000-0002-9948-9816

Охлопков Владимир Александрович – канд. мед. наук, доц., нейрохирург, ст. науч. сотр. 9-го нейрохирургического отд-ния им. акад. А.А. Потапова, ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко». ORCID: 0000-0001-8911-2372

Vladimir A. Okhlopkov – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Burdenko National Medical Research Center for Neurosurgery.
ORCID: 0000-0001-8911-2372

Поступила в редакцию / Received: 02.02.2023

Поступила после рецензирования / Revised: 17.02.2023

Принята к публикации / Accepted: 22.02.2023