

ТРАВМАТОЛОГИЯ И МИФОЛОГИЯ: НЕСКОЛЬКО СОВЕТОВ НАЧИНАЮЩИМ ВРАЧАМ

© Аугусто Сармиенто

Отделение ортопедии и реабилитации. Университет Медицинской Школы Майами

■ Профессор Аугусто Сармиенто — всемирно известен своими работами по травматологии и ортопедии. Он разработал методику лечения переломов, получившую широкое признание и носящую его имя. Профессор Сармиенто стоял у истоков широкого использования эндопротезов крупных суставов, он также был президентом Американской ортопедической ассоциации. Сейчас, в 85 лет, он активно участвует в профессиональной и общественной жизни, большое внимание уделяя образованию молодых врачей. В последние годы доктор Сармиенто публикует в ведущих профессиональных журналах публицистические и полемические статьи, посвященные общим тенденциям развития ортопедии и травматологии, в которых излагает свои яркие и очень личные взгляды на нашу профессию. Эта статья специально предоставлена доктором Сармиенто для публикации в нашем журнале.

Несколько лет назад меня пригласили посетить один из крупных травматологических центров, и доктор, который сопровождал меня, сказал мне, что каждый пациент с переломом, который попадает в их клинику, лечится исключительно хирургически. Он с гордостью сообщил мне, что им даже пришлось упразднить гипсовый кабинет за ненадобностью. Полагая, что он несколько преувеличивает, я уточнил — неужели все переломы лучевой кости в типичном месте идут «под нож»? Он ответил утвердительно, но, почти извиняясь, добавил, что «изредка, у худеньких пожилых дам» при переломе луча в типичном месте они накладывают шину. Все еще надеясь услышать об исключении из хирургического правила, я спросил по поводу перелома ключицы. «Да, мы оперируем их всех», — был его ответ. Я спросил его: «Зачем? Вы же знаете наверняка, что для большинства из них вполне достаточно косыночной повязки». В ответ на мой вопрос он поглядел на меня с некоторым недоверием и ответил: «Доктор Сармиенто, вы, видимо, не понимаете: времена изменились! Пациенты больше не готовы смириться с теми уплотнениями и припухлостями, которые остаются после переломов». «Боже мой! — подумал я. — Где, черт возьми, я был все это время! Неужели я проспал тот момент, когда произошла эта моментальная и чудесная дарвиновская эволюция человеческого поведения?»

Вскоре после этого я читал лекцию перед аудиторией из 65 резидентов-травматологов в Университете Северной Калифорнии. Лекция была посвящена влиянию факторов окружающей среды на заживление переломов. На последнем ряду сидел один из наиболее одаренных резидентов, очень умело пряча газету, которую он читал во время лекции. По окончании занятий я подошел к нему и заметил, что чтение газеты во время лекции не только проявление неуважения к профессору, но и дурной пример для остальных. Более того, я не мог понять, почему он так очевидно пренебрегает темой, имеющей принципиальное значение для его образования? Без малейшего стеснения он ответил: «Доктор Сармиенто, честно говоря, меня не интересует, почему срывается перелом. Мне достаточно знать, как его лечить». На мгновение мне показалось, что он издевается надо мной, но тут же я понял, что передо мной всего лишь яркий представитель своего поколения. Этот резидент был ранее принят на учебу, поскольку в своем резюме он указал, что очень хочет заниматься фундаментальными исследованиями, а также участвовал в научной работе во время обучения в университете. Однако к середине четвертого года обучения в резидентуре он не выполнил ни одной научной работы. Когда я посмел выразить свое разочарование этим фактом, он ответил мне с той же уверенностью: «Доктор Сармиенто, никогда в жизни

я больше не переступлю порог лаборатории! Я делал всю эту исследовательскую работу только для того, чтобы произвести хорошее впечатление на руководителя учебной программы и благодаря этой хитрости попасть в резидентуру, показав хорошее резюме».

Вы, молодые врачи, принадлежите к тому поколению, которое принимает, как божественную заповедь, безо всяких сомнений, утверждение, что неприемлемыми являются угловые деформации после любого перелома, даже не определяемые глазом, любое укорочение, даже не приводящее к хромоте, любая инконгруэнтность суставного хряща, независимо от ее величины. Что все незначительные и допустимые деформации должны считаться не просто отклонениями от нормы, а осложнениями. Осложнениями, которые должны быть исправлены. В противном случае они непременно приведут к неизбежному и скорому развитию артроза, хромоты, а также к судебным искам.

Я не виню ни того парня, ни вас за предпочтение хирургии перед нехирургическими методами лечения переломов. Хирургия интереснее, престижнее и лучше оплачивается. Значительно лучше! Этот стереотип поведения не является чем-то особенным для нашей специальности. Он доминирует во всей медицинской сфере.

Не так давно я опубликовал в *Journal of Bone and Joint Surgery* короткую статью, которую я назвал «Не теряем ли мы объективность?» (Sarmiento A. Are We Losing Objectivity? *JBJS*. 2002. 84 (7): 1254). В ней я вспоминал, как однажды приехал к своей маме в ее 97-й день рождения. Мои родственники тогда попросили меня как-то повлиять на нее, поскольку ей нужно больше ходить, — действительно, ходила она весьма мало. Когда я сказал моей дорогой старенькой матушке, что ей нужно больше ходить, она спросила меня напрямик: «Зачем?» Я не нашелся, что ей ответить. Она, как всегда, была права: зачем?

Этот случай заставил меня иначе взглянуть на свою практику, а также на практику моих коллег, имеющих дело с различными сложными клиническими ситуациями. Мы прописываем ортезы пациентам с параплегией, нередко давая им неоправданные обещания, прекрасно зная при этом, что пациенты с полной параплегией не смогут ходить, и не важно, какой тип ортезов они используют и как долго пытаются делать это. Я также вспоминаю случай, который имел место во

время моего пребывания в качестве приглашенного профессора в одной из крупных клиник. Я был приглашен для обсуждения плана лечения девочки-подростка. Она была прикована к коляске большую часть своей жизни в результате перенесенного в раннем возрасте полиомиелита. Она была скрюченной как бублик в результате тяжелого сколиоза и двустороннего вывиха бедер. Ребенок выглядел напуганным пристальным вниманием такого количества врачей. Часть докторов предлагала начинать лечение с коррекции деформации позвоночника, другие — с операции на тазобедренных суставах. Когда очередь дошла до меня, я сказал, что не имею необходимой квалификации в этой области для того, чтобы давать дельные советы. Тем не менее меня попросили высказать свое мнение. Я сказал: «Купите ей новую коляску и хороший телевизор, окружите ее любовью и заботой и дайте ей возможность жить в соответствии с тем состоянием, которое для нее естественно».

В одной из моих статей я упоминал случай, когда в мою клинику привезли 90-летнюю женщину: родственники хотели услышать мнение специалиста по поводу целесообразности операции костной пластики, назначенной ей уже на следующую неделю. Пациентка едва могла подняться из кресла, даже с посторонней помощью. При этом она не испытывала болей. Проблема, по поводу которой планировалась операция, состояла в дефекте бедренной кости на уровне ножки эндопротеза тазобедренного сустава. Сам протез и добротный кусок костного цемента перекрывали этот дефект. Иными словами, стабильность конечности была вполне достаточной. Хирург собирался подвергнуть старого человека объемному хирургическому вмешательству для того, чтобы закрыть костный дефект, определяемый лишь на рентгене. Почему хирург позволил себе такое отношение? Было ли это следствием отсутствия общеклинического мышления или просто жадностью? Я подозреваю второе.

В области лечения переломов ежедневно приходится сталкиваться с отсутствием объективности. В течение почти полувека нам твердили, что идеальный метод лечения переломов — это жесткая фиксация и компрессия фрагментов. Что такой метод обеспечивает наилучшие и наиболее физиологичные условия остеогенеза. Но где же доказательства, подтверждающие это? Их никогда не существовало. С самого начала наших исследований мы знали, что жесткая фиксация и иммо-

билизация — нефизиологичны, и что костная мозоль, которая в конце концов образуется при этом, имеет низкое качество и прочность. Тем не менее эта философия доминировала в ортопедическом мире, приведя к «эпидемии» накостных пластин. И только сейчас, 50 лет спустя, нам говорят о том, что жесткая фиксация не так уж необходима и что некоторая подвижность полезна для сращения перелома. Мы твердили об это 30 лет! А Гиппократ говорил об этом 2500 лет назад.

Вам и вашему поколению внушали, что хирургическое лечение — лучший способ лечения при всех переломах. Вы сталкиваетесь с этой установкой напрямую или косвенно ежедневно. И ваши старшие товарищи показывают вам в этом пример. Многие резиденты в Соединенных Штатах заканчивают свое обучение, так и не узнав, как репонировать перелом луча в типичном месте, перелом костей предплечья, большеберцовой кости или лодыжек.

Посмотрите на конференции, которые вы посещаете, на обучающие курсы, стоимость которых оплачена: слова лектора, предоставленного компанией, и замаскированного под врача, являются аппетитной приманкой для вас. Эти конференции и курсы стали неотъемлемой частью вашей жизни. Очнитесь, друзья! Медицинские компании контролируют ваше и мое обучение до такой степени, что этого уже никто не хочет замечать. Практическая медицина в значительной степени уже функционирует для того, чтобы удовлетворять нужды медицинских компаний! Задумайтесь об этом на минуту после прочтения этих слов, и я уверен, что вы согласитесь со мной.

Почему Ассоциация травматологов вновь стала обращаться к обсуждению вопросов консервативного лечения переломов после стольких лет, в течение которых все избегали даже упоминания нехирургических методов? Я думаю, это происходит потому, что стало очевидным, что маятник качнуло слишком далеко в одном направлении и необходимо оптимизировать баланс в образовании хирургов. Потому, что чрезмерный энтузиазм по поводу хирургического лечения привел к пренебрежению самими основами нашей профессии. Потому, что в результате такой системы образования конечным ее продуктом стал не врач-исследователь, а техник, своего рода косметолог для костей.

Вскоре вы вступите в реальный мир практической медицины. Я уверен, вы уже слы-

шаны, что выбранная вами профессия переживает не лучшие времена. Я уверен также, что вам уже говорили о том, что проблемы в медицинской отрасли нарастают с каждым днем, что оплата врачебного труда становится все большей проблемой, что все сложнее планировать завтрашний день. Что врачам указывают, когда нужно положить больного в клинику, как долго держать его там, какие импланты использовать, а какие нет. Вы наверняка слышали от старых ортопедов, что они никогда не посоветовали бы медицинскую карьеру своим детям. И этот список можно продолжать долго...

Я должен признать, что многие из этих утверждений справедливы и вызывают тревогу. Но эти проблемы не столь уж серьезны. Рано или поздно они разрешатся. Общество позаботится об этом, и однажды эти вопросы найдут свое решение. Настоящей проблемой, стоящей перед медициной, является недостаток профессионализма, и решить эту проблему можем только мы сами. С другой стороны, эту проблему мы не решим никогда, если будем считать финансовую сторону главной целью нашей профессии.

Ситуация в медицине всего лишь отражает ситуацию в обществе. И ее развитие диктуется социальной доминантой, которая демонстрирует модель поведения, определяемую приоритетом материальных ценностей. Человек оценивается не по своим человеческим качествам, а по своему материальному положению. «Человек знает цену вещей, но не осознает их ценность».

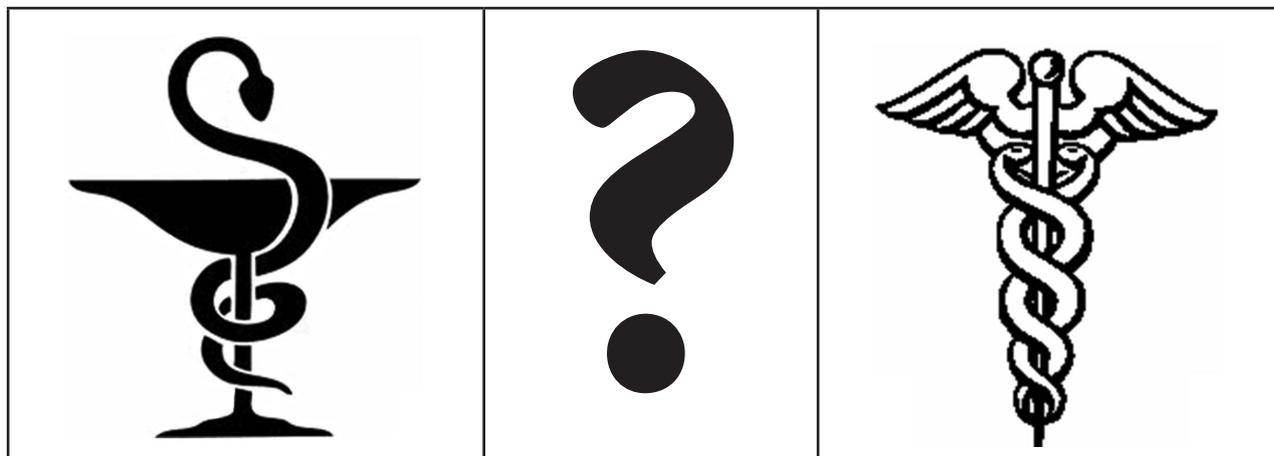
Медицина слишком легко приняла этический код, присущий бизнесу, в противовес своей традиционной сущности. Сущности, заключающейся в том, что врач, будучи носителем особых знаний, которых не имеют остальные люди, должен ставить интересы тех людей, для которых он работает, выше своих собственных. К сожалению, это становится историей! Ничто так ярко не отражает эту переменную, как наше безоговорочное принятие в США новейшего символа медицины, представляющего собой две змеи, оплетающие жезл. Однако в греческой мифологии две змеи, оплетающие жезл, — символ Гермеса, бога коммерции. А чашу Гигиены, дочери Асклепия, бога врачевания, оплетает лишь одна змея. Интересно, что бы это могло значить с точки зрения доктора Фрейда и его теории бессознательного?

Несомненно, хирургические инновации и поразительные возможности современного

диагностического оборудования дают нам неоценимые преимущества. Но эти свидетельства прогресса вовсе не делают устаревшими все консервативные методы лечения переломов. Лечение пациентов должно отвечать принципам рациональности, и при этом экономические соображения так-

же должны приниматься во внимание. Мы прекрасно понимаем, что консервативное лечение также имеет множество ограничений, а хирургическое лечение — метод выбора во многих случаях.

Мы всегда готовы к открытому профессиональному диалогу с вами.



TRAUMATOLOGY AND MYTHOLOGY: A FEW TIPS FOR BEGINNING DOCTORS

Augusto Sarmiento

Department of Orthopaedics and Rehabilitation University of Miami School of Medicine

✧ Professor Augusto Sarmiento is famous in the world for his works on traumatology and orthopedics. He developed a method for the treatment of fractures that has been widely recognized and bears his name. Professor Sarmiento was behind the widespread use of implants in large joints. He was also the president of the American Orthopaedic Association. Now, at the age of 85, he is actively involved

in professional and public life, paying a lot of attention to the education of young doctors. In recent years Dr. Sarmiento has been publishing journalistic and polemical articles leading professional journals on general trends of orthopedics and traumatology, in which he sets out his bright and very personal views on our profession. This article is specifically provided by Dr. Sarmiento for publication in our journal.

Сведения об авторах:



Аугусто Сармиенто — профессор отделения ортопедии и реабилитации университет Медицинской Школы Майами.
Адрес: PO Box 016960 Miami, FL 33101 USA.
Тел.: 001 305 665-6798.
E-mail: asarm@bellsouth.net

Augusto Sarmiento — MD, Department of Orthopaedics and Rehabilitation University of Miami School of Medicine 13-27. PO Box 016960 Miami, FL 33101. USA.
TEL: 001 305 665-6798. E-mail: asarm@bellsouth.net