

«Хирургия на распутьи» — к 90-летию статьи профессора С.П. Федорова

Д.м.н., проф. П.С. ВЕТШЕВ, д.м.н., проф. А.А. ЛЕВЧУК, Д.И. АЛИСТРАТОВ*

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: С.П. Федоров, хирургия, современность.

«Surgery at the crossways» — in 90th year honor of Professor S.P. Fedorov's article

P.S. VETSHEV, A.L. LEVTCHUK, D.I. ALISTRATOV

N.I. Pirogov National medical surgical center, Moscow, Russia

Keywords: S.P. Fedorov, surgery, the present.

Введение

В преамбуле настоящей статьи следует отметить, что доклад на эту тему прозвучал в ходе Национального конгресса хирургов (Москва, 2017), вызвав заинтересованность участников заседания, одобрение президиума и рекомендации коллег по опубликованию материалов в печати. В этой связи авторы сочли целесообразным направить журнальную версию доклада в редакцию одного из ведущих и авторитетных отечественных периодических изданий.

Более 90 лет назад из-под пера профессора Сергея Петровича Федорова в журнале «Новый хирургический архив» (1926) вышла статья с упомянутым выше названием, в которой мэтр отечественной хирургии, признанный в Европе ученый, обсуждает с читателями настоящее состояние хирургии, делится размышлениями о перспективах и путях ее развития (**рис. 1, см. на цв. вклейке**) [1].

В этот период С.П. Федоров был не только общепризнанным главой советской хирургии. Он считался одним из крупнейших хирургов Европы, и его авторитетному мнению придавалось большое значение (**рис. 2 и 3, см. на цв. вклейке**). Впечатляет авторский коллектив сборника научных трудов, созданного к 40-летию проф. С.П. Федорова. Примечательно, что статья С.П. Федорова касалась такого значимого вопроса, как настоящее и будущее хирургии, но размышления и выводы автора по этому поводу были во многом безрадостными и малоутешительными [2]. Сергей Петрович писал, что быстрого

расцвета хирургия достигла после работ и открытий Р. Вирхова, Л. Пастера, Д. Листера, А. Коха, когда в конце XIX — начале XX века она сначала под защитой антисептики, а затем асептики пошла вперед, отвоевывая одну за другой области, которые считались сферой исключительно внутренней медицины. Но прошли годы и этот «самый блестящий период развития хирургии завершился», полагал проф. Федоров, «ибо у большинства зрелых хирургов поколеблена вера во всемогущество хирургии». В подкрепление этих мыслей, наполненных искренним скептицизмом, автор приводит слова известного профессора Ф. Зауэрбруха (F. Sauerbruch, 1875—1951, известный немецкий хирург): «Но новых больших целей нет, и все еще продолжает вращаться в определенных рамках прошлого». Им как бы вторит проф. П.А. Герцен, который спустя год в статье «Наболевшие мысли о хирургии» в 1927 г. пишет, что хирургам свойственны механическое мышление и механистический подход к лечению заболеваний.

Непререкаемый авторитет С.П. Федорова, глубокий и системный анализ сути вопроса не оставил равнодушных, вызвал полемические обсуждения в кругу специалистов, многочисленные отклики в печати и выступления на конференциях.

Перечитывая этот уникальный и честный труд, невольно осознаешь глубину философских рассуждений великого русского хирурга и ученого, его удивительную прозорливость, непреходящую актуальность многих положений работы и в наши дни.

Знание истории и накопленного опыта

Последовательно анализируя негативные явления и тенденции в хирургии того времени (а это, напомним, 1926 г.), Сергей Петрович останавливается на таких проблемах, как незнание истории и накопленного клинического опыта, склонность некоторых, особенно активных, хирургов к завышению показаний к операциям, удовлетворяясь при этом лишь анатомическим результатом; подражательство всяким даже бессмысленным предложениям и новинкам-буффонадам, ориентация на модные тенденции (например: «выбросить дренажи из употребления»), увлеченность количественными показателями в ущерб глубокому качественному анализу, чрезмерная узконаправленная специализация, когда «ничтожным мелочам присваиваются значение важных открытий»; лавинообразный рост литературы, при котором «пишут буквально все, кому не лень, а к их услугам ... все нарождающиеся журналы», и многих других вопросах, весьма актуальных и в наши дни.

Историю, как хорошо известно, нельзя изменить. Но ее необходимо знать (**рис. 4 и 5, см. на цв. вклейке**). В противном случае велик риск повторения негативного и ошибочного опыта, в том числе и в профессиональной деятельности. И это очень важно, ведь «история учит какие ошибки нам предстоит совершить», писал известный педагог и писатель Лоренс Питер (1919—1990 гг.).

Уместно заметить, что изучение исторического опыта отечественной хирургии не включено в подготовку хирурга (**рис. 6, см. на цв. вклейке**).

«Хирургия горда своими успехами. Но еще больше горды сами хирурги, особенно более молодые. Они без конца пишут и докладывают о своих успехах, забывая подчас о том, что одно количество далеко не всегда решает дело. Можно подумать, что некоторым хирургам положительно не дают спать лавры братьев Мэйо», — пишет С.П. Федоров в начале работы и продолжает (имея в виду незнание хирургами накопленного опыта. — *Прим. авт.*): «...считаться с прошлым приходится..., ибо сплошь да рядом приходится встречаться со многими «новыми» мыслями и открытиями, которые были высказаны или сделаны много-много лет тому назад». Полагаем, что эти мысли Сергея Петровича не требуют дополнительных комментариев, а у каждого читателя в памяти есть яркие примеры на эту тему из нашей профессиональной действительности, либо публикаций и докладов на форумах. Можно даже особенно не напрягать память поиском примеров, а лишь полистать современные медицинские журналы и некоторые диссертации. В них встречаются «новые» мысли и открытия, которые были высказаны и сделаны в прошлые годы, обнаруживаются настоячивые доказательства давно известных положений.

Происходит это, по-видимому, не только от незнания истории хирургии, ее академических традиций, устоявшихся принципов, проверенных временем и клинической практикой, но и от отсутствия столь важных для врача познаний в области смежных дисциплин — нормальной физиологии, анатомии и патофизиологии, биохимии, иммунологии и др. Как следствие, нередко встречающееся легкое увлечение псевдонавыми идеями, модными малообоснованными операциями и клиническими подходами, упорное следование по ложному пути повторения прошлых ошибок и отвергнутых прежним клиническим опытом положений и методов.

В итоге клиническая практика и вновь накопленный хирургами опыт, здравый смысл, с течением времени, конечно, приведут к пониманию ничтожности этих «инноваций», привнесенных модой, навязчивой рекламой и ангажированными бизнесом специалистами (так называемыми опинион-лидерами) и т.д. А ведь потраченные на это годы жизни, энергию, настойчивость и талант, ресурсы, наконец, можно было бы использовать гораздо разумнее и эффективнее, но для этого надо осмыслить уроки истории.

Здесь, полагаем, важно отметить, что деятельность врачей в последние годы основывается не только на известных и незыблемых моральных принципах утилитаризма (принесения наибольшей пользы) или деонтологических принципах (исполнение долга), но и, к сожалению, испытывает нарастающее влияние коммерсантов от медицины, бизнес-лоббизма и циничного прагматизма. И это уже наша реальность, которой трудно противостоять, особенно молодому, еще неискушенному, но увлеченному специалисту, при отсутствии так необходимых академического образования и «исторической прививки», зрелого хирурга и мудрого наставника рядом.

Гипотезы, домыслы и значение критики

Как известно, гипотеза (греч. hypothesis — основание, предположение) — научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений, свойств и причин. Будучи научно обоснованной, она является действенной формой развития наших знаний. Согласно образному сравнению Д.И. Менделеева, «это тот компас, которым исследователь должен руководствоваться, чтобы не заблудиться в лесу фактов и океане мыслей». В отличие от гипотезы, домысел — ничем не подтвержденная догадка, неосновательное предположение, сделанное не на основе фактов. Рассуждая на эту тему в своей статье, С.П. Федоров пишет: «Слишком широко и легко пользуются тем, что называют теперь рабочими гипотезами. Я не буду очень оспаривать нужности иногда таких гипотез, но могу ожидать пользы от них только тогда, когда они строятся на научных

фактах и соображениях. Так было, когда гипотезы создавались на данных анатомии, физиологии, патологической анатомии и бактериологии. Теперь же в огромном количестве случаев в основу рабочих гипотез ложатся, в лучшем случае, опять-таки только гипотезы (или «авторитетное мнение». — *Прим. авт.*). Ждать от этого чего-либо доброго нельзя... Но этого мало. Как и кем они разрабатываются? Работа идет, главным образом, в области биологии, физиологии, коллоидной химии и т.п., а работают хирурги не только незнакомые сколь-нибудь серьезно с этими науками, но и не усвоившие себе даже... методики, ибо методика, в общем, очень сложна и требует специальной подготовки... Критика таких предположений ничтожна, ибо достойные доверия специалисты с ними не считаются, а те, кому они преподносятся, — хирурги — сами не знают, что сказать, потому что мало образованы, как и те, которые их преподносят. Общества забыли свои задачи (равно как и некоторые организаторы конференций, симпозиумов и т.п. — *Прим. авт.*). В них много слушают и мало критикуют. Возникает своеобразный порочный круг — *circulus vitiosus*. Вновь знакомо, не так ли?

Критика, к сожалению, почти покинула научные аудитории, во многом исчезла и со страниц специализированных изданий. Редкие журналы, да и те не часто, приводят столь важные для читателя комментарии известных специалистов, доброжелательные и справедливые примечания редколлегии, к той, либо иной статье, проводят дискуссии на страницах журналов. А ведь доброжелательные комментарии — логично построенные и аргументированные, имеют большое значение как для самих авторов статьи, так и для коллег-читателей. В противном случае в клиническую практику неминуемо и довольно легко проникают новомодные подходы, концепции и методики, внедренные без должного обоснования и учета современных принципов доказательной медицины, без знания накопленного клинического опыта, широкого обсуждения и одобрения хирургического сообщества. Этого важного вопроса также касается в своей работе Сергей Петрович. Он пишет: «Кроме того, в хирургии есть еще и мода. Так, например, сегодня при перитоните промывают и дренируют брюшную полость, завтра ее только дренируют, а послезавтра зашивают наглухо». Хирурги старшего поколения хорошо помнят, как по этому «порочному кругу» мы вновь последовательно прошли в 70—80-е годы минувшего столетия, дополнив перечень упомянутых С.П. Федоровым методов еще и открытым ведением брюшной полости (лапаростомой, застежками и молниями). Далее проф. Федоров продолжает: «Испокон веков дренировали гнойные раны, а теперь это кажется вредным и настаивают на том, чтобы выбросить дренажи из употребления. Но вряд ли найдется

много хирургов, которые совершенно отказались от дренажа». Сегодня вновь звучат «модные» предложения аналогичного толка, которые неизбежно приведут к повторению этого пути (вновь *circulus vitiosus!*). Стоит ли...?!

Чрезмерная специализация

«Чрезмерная специализация, — отмечает С.П. Федоров, — всегда была, однако, проявлением декаданства¹ и этому определенно учит история. Это наблюдалось в период упадка староегипетской культуры, затем также во времена Римской империи и, наконец, после периода Возрождения (*Renaissance*). И объяснение этому явлению давалось и тогда так же, как и в настоящее время, что один человек не может вместить всех разросшихся специальностей. Это объяснение до некоторой степени верно. Но с другой стороны, нельзя не отметить, что в каждой все более и более дробящейся мелкой специальности появляется необыкновенное количество самых ничтожных мелочей, которым приписывают иногда значение важных открытий, и которые засоряют голову специалистам, убивая в них способность к широкому медицинскому мышлению...».

Процесс дробления медицинских специальностей, появление новых, более узких, а в них — специализаций продолжается и в наше время, что далеко не всегда разумно и оправдано (**рис. 7, см. на цв. вклейке**). Вспоминается афоризм Козьмы Пруткова, который утверждал, что «узкий специалист подобен флюсу».

В то же время врач должен осмыслить больного в целом, с учетом его индивидуальных особенностей и все нарастающей коморбидности (результат старения населения): установить основное заболевание либо конкурирующие заболевания (если основное заболевание сочетанное), фоновые и сопутствующие заболевания, а также их возможные осложнения. После наметить и обосновать алгоритм обследования пациента и индивидуализированный (персонифицированный) план лечения, и все это на фоне узкой специализации, частого недостатка клинических навыков (гипоскилли) у многих врачей, нередко при дефиците времени в urgentных ситуациях.

При этом подчеркнем, что процесс установления клинического диагноза и определения плана лечения больного является не только важным актом профессиональной врачебной деятельности, но и весьма ответственным социально значимым деянием!

Вдобавок чрезмерная специализация неминуемо приводит к созданию «лоскутной» модели меди-

¹Декаданство (лат. *decadentia*, фр. *décadent* — упадочный) — упадничество, крайний индивидуализм, безыдейность, формализм, признак кризисных явлений.

цины, формирует «пиксельное» мышление у врача. В качестве противовеса изложенному негативному процессу все чаще звучит предложение опытных клиницистов о необходимости внедрения в сложившихся условиях мультидисциплинарного подхода с целью обеспечения всесторонней объективной оценки больного. Но если каждая дисциплина разделена на узкие специальности, а они в свою очередь на специализации, то реальное воплощение комплексного подхода весьма затруднительно, так как требует обеспечить участие большого числа узких специалистов. А поэтому на практике все чаще лечат не больного, а болезнь или даже симптом. Здесь в качестве примера подчеркнем чрезвычайно важный и универсальный подход — лечить *больного*! И в этом принципиальное различие. «Увлечение узкими специализациями, в практике врача, — справедливо замечает профессор Д.А. Балалыкин (2017), — зачастую приводит к утрате им широты клинического мышления. Пациенты порой с горечью жалуются на то, что при обилии специалистов по конкретным, узким проблемам, очень трудно найти врача, способного оценить состояние больного в целом».

С одной стороны, современная хирургия достигла серьезных успехов, чему во многом способствовала узкая специализация. Лучшие результаты сложных операций возможны именно в крупных специализированных федеральных центрах и клиниках, но, с другой стороны, общий уровень оказания хирургической помощи, особенно в такой большой стране, как наша, определяется не высокими достижениями отдельных профильных центров, а качеством работы в многочисленных районных и городских больницах практических хирургов — универсалов с широким кругозором. Академик В.С. Савельев, главный хирург Минздрава России, считал, что такой специалист способен оценить больного в целом, правильно осмыслить и интегрировать полученные данные. Специализация не должна идти за счет сужения общемедицинского клинического кругозора, в противном случае неизбежно доведение ее до абсурда [3].

Информационный бум

«...Мешает развитию хирургии необыкновенный рост литературы. Пишут буквально все, кому не лень. Можно ли прочитать все, что пишут по той или другой специальности? Думаю, что нет», — сетует профессор С.П. Федоров и продолжает: «Одни пишут потому что думают, что своими работами делают важные открытия, другие — чтобы закрепить за собой приоритет, третьи — просто для того, чтобы не умолчать, чтобы знали, что... проживает такой Петр Иванович Добчинский, и, наконец, четвертые, теперь особенно многочисленная группа, — для того, чтобы иметь «нужный стаж» (сегодня это

индекс Хирша и пр. — *Прим. авт.*). Далее Сергей Петрович приводит мнение проф. Лериша (R. Leriche, 1879—1955), который полагал, что «во Франции мы выиграли бы очень много, если бы существовал один только большой хирургический журнал». Аналогичного мнения придерживался и проф. Зауэрбрух.

Отмеченное, на наш взгляд, еще более актуально сегодня. В перечне ВАК насчитывается 198 медицинских журналов, из которых 27 хирургического профиля. К этому следует добавить большое число частных изданий и впечатляющие возможности современных цифровых информационных технологий. На рубеже веков произошло разрушение единого, целостного информационного пространства и скоординированной информационной политики. Издание сборника, монографии, статьи все чаще происходит по принципу «кто нашел спонсора» или по настоятельному желанию коммерческих структур. При этом должный профессиональный контроль за содержанием подобных изданий крайне затруднителен. Авторы статей и книг, к сожалению, нередко ангажированы, а предлагаемая ими печатная продукция весьма конъюнктурна, субъективна и, порой, малодостоверна. К этой теме мы обращались и ранее [4].

Подчеркнем, что информационная нагрузка на врача постоянно возрастает. Объем информации удваивается каждые пять лет (!), и этот процесс ускоряется. В ближайшие годы, полагают ученые, совокупный объем данных превысит способности головного мозга к переработке информации.

Понятно, что специалисту, тем более молодому и малоопытному, сложно разобраться в разноречивости лавинообразно нарастающей литературы. По аналогии возникает образное сравнение с хорошо известным морфологам и клиницистам процессом патологической гиперплазии, в ходе которой организм утрачивает должный контроль за многочисленными активно делящимися клетками, и патологическая гиперплазия оказывается «плодотворной почвой», в которой рано или поздно возникает малигнизация.

Здесь, вероятно, уместно привести слова нобелевского лауреата Пауля Эрлиха (Paul Ehrlich, 1854—1915): «Мы, медики, беззащитны перед натиском литературы, и лишь тот, кто запасся путеводной идеей, не захлебнется в океане книг, журналов и статей». Этому стоит учиться, начиная с вуза, — где и как получать достоверную информацию в цифровом обществе.

Образование и воспитание

Тема медицинского образования, подготовки и воспитания будущего врача в последнее время вновь приобрела очевидную актуальность, она все чаще обсуждается на научных форумах, находит отраже-

ние на страницах периодических медицинских изданий, просторах цифровых массовых коммуникаций. И это не случайно, ведь от того, во что в итоге сформируется, выражаясь образно, «стволовая клетка»² будущего врача, зависит во многом состояние и достижения медицины, а также здравоохранения следующих десятилетий.

Придавал этому вопросу важное значение и Сергей Петрович. Он, в частности, писал, обращаясь к многоопытным хирургам-наставникам: «Я бы считал более правильным не толкать начинающую молодежь на только что намечающиеся в хирургии пути — пути, на которых, в сущности говоря, еще ничего не сделано, где еще ничего нет, кроме потоков слов, фантазий и, редко, хороших мыслей, а лучше обратить внимание на то, что более или менее твердо стоит в хирургии, и убеждать изучать сначала это. В хирургии так много придуманного и блестяще исполненного, что серьезное знакомство со всем этим гораздо больше расширит горизонты мышления молодого хирурга, чем современный фейерверк, коварно манящий его к сомнительной славе. Последний путь, конечно, гораздо заманчивее, тем более что он гораздо легче первого. Для следования по нему и успеха сейчас нужен главным образом хорошо подвешенный язык, и... успех обычно обеспечен». Знакомо, уважаемый читатель, не правда ли?

Весьма трудная миссия, но, согласитесь, ее нам следует выполнять с надеждой на сохранение уникального клинического опыта и академических традиций отечественной медицины, всего лучшего и проверенного временем, обеспечения преемственности поколений хирургов, особенно на фоне столь бурного развития инновационных технологий и их интеграции в клиническую практику.

В связи с этим фундаментальную роль базового медицинского образования и воспитания будущего врача-хирурга невозможно преувеличить, особенно памятуя о социальной значимости избранной нами профессии. Если угодно, их можно сравнить со спасительной прививкой, уберегающей от следования по ложным путям, принятия неверных решений, сомнительных предложений и бездоказательных методик, прагматично-циничного искушения лечить не больного, а лишь симптом. Кстати, об этих и многих других важных проблемах писал в своей откровенной книге «Записки врача» наш коллега и известный русский писатель В.В. Вересаев. Правда, одно из подобных явлений — «профессиональный цинизм», теперь называют наукообразно «профессиональным выгоранием». Только суть и пагубность самого явления от этого не меняется. Ведь врачи

имеют дело со страдающим человеком, а потому все врачебные навыки и действия имеют столь значимое морально-нравственное наполнение. Конечно, важно приобрести очередной компьютерный томограф, ультразвуковой либо наркозный аппарат и т.п., но гораздо сложнее годами обучать и методично воспитывать будущего хирурга на основе лучших традиций русской медицины, накопленного предыдущими поколениями клинического опыта и современных инновационных технологий. Одна значимая деталь — все это надо знать самому учителю и обладать талантом наставника!

Обучение в клинике у постели больного в ходе обходов, клинических разборов, консультаций, перевязок, операций должно оставаться в приоритете, а не выхолащиваться из стен вузов в угоду модным образовательным технологиям и излишней коммерциализации медицинских учреждений. В прежние годы, как помнят старшие представители хирургического сообщества, учиться в наших вузах стремились представители разных стран мира (не только соцлагеря) именно по причине такой уникальной возможности, как традиции общения с пациентами в ходе обучения на кафедрах с 3-го по 6-й курс, а потом и в клинической ординатуре. Как можно утратить этот уникальный опыт?

Академик А.Г. Чучалин в своем интервью на XXIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» отметил: «Если мы хотим качественно изменить здравоохранение, необходимо максимально приблизить профессорско-преподавательский состав к практической медицине. В России, в отличие, скажем, от США и Великобритании, разрешается вести преподавание у постели больного. Это большое преимущество..., но в действительности приходится бить тревогу, так как многие кафедры практически лишены лечебных баз, а студенты не допускаются к ведению больных. Причины этого отчасти финансовые, отчасти правовые. Есть и кадровые причины. К руководству пришло поколение врачей-администраторов, которые сами чаще всего не воспитывались у больничной койки» (Медицинская газета, №24. 08.04.16). Трудно не согласиться с уважаемым Александром Григорьевичем, можно лишь добавить с огорчением, что в студенческие аудитории уже пришли подобные молодые преподаватели, которых, к сожалению, никто толком не учил чему и как учить. В итоге возникает драматичная ситуация — по образному выражению американского профессора Г.Л. Фреда (H.L. Fred), «слепой ведет за собой слепого» [5]. Еще в то время он считал (и был при этом не одинок), что гипоскиллиа³ — обычное явление в современной меди-

²Термин «стволовая клетка» принадлежит российскому ученому и клиницисту, профессору Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге А.М. Максиму, который ввел это понятие в мировую медицину.

³Гипоскиллиа — недостаток клинических навыков, аскиллиа — их отсутствие.

цине. Он отмечал, что врачи «не способны опросить больного, собрать анамнез, провести грамотное физикальное обследование, критически осмыслить собранную информацию, составить добротный план лечения и адекватно оформить историю болезни...., эти доктора не могут рассуждать здраво и не отличаются коммуникабельностью..., берутся лечить каждого, а о происхождении заболевания не имеют никакого представления. Они прописывают всевозможные анализы и процедуры, но не всегда знают, как их назначить и как интерпретировать результаты, играют показателями, применяют множество сложнейших тестов и процедур, предпочитая лечить скорее цифры, а не самого пациента».

Одной из причин отмеченных негативных явлений Г.Л. Фред называл саму систему организации американского здравоохранения, в которой развиты рыночные отношения между врачом и пациентом, профессора заняты зарабатыванием денег, поездками на симпозиумы, различные встречи, и недостаточно уделяют времени обучению студентов.

Гипоскиллия постепенно проникает и в нашу среду, о чем с тревогой сообщают отечественные ученые-клиницисты, к примеру, академик РАН А.Ф. Черноусов и соавт. «Мы с сожалением должны констатировать, — пишут авторы, — что подобное явление имеет место и в России. В настоящее время врач все более становится безличностным гарантом обеспечения медицинской помощи...по установленному медицинскому стандарту. Мы можем допускать медицинские стандарты, работающие по принципу армейских уставов, лишь в двух случаях: когда некогда думать и нечем думать!» [6].

И, как логическое следствие недостатков образования, возникают негативные явления в нашей реальной действительности (буквально по С.П. Федорову). Молодой специалист, не знающий толком основ клинической медицины, академических традиций и базовых принципов хирургии, не без явных признаков гипоскиллии, тем не менее, заканчивает аспирантуру (чаще платную) и становится новоиспеченным кандидатом наук — «значимым» узким специалистом, ученым, преподавателем или даже руководителем. Знакомая всем ситуация, не так ли?

Академик В.С. Савельев полагал, что в ближайшем будущем необходима четкая система приоритетов в подготовке и практической деятельности как хирургов, так и врачей иных специальностей. На первом месте — клиническая картина, больной со всеми его физическими и душевными особенностями, и лишь затем — даже самые ценные — данные инструментальных и лабораторных методов. Размышляя на эту тему, главный хирург Минздрава России академик А.Ш. Ревившвили придает первостепенное значение обучению общей хирургии, освоению техникой открытых вмешательств и лишь на

втором этапе — обучению навыкам эндоскопической и эндоваскулярной хирургии [7]. С этим мнением трудно не согласиться. При этом широчайшее увеличение технических возможностей кратно увеличивает значение интеллекта, знаний и опыта хирурга. Актуальность вышеотмеченного, всем понятно, существенно повышается в ургентной хирургии, где ответственные тактические решения приходится принимать в условиях дефицита информации и времени. Трудно представить себе адекватные действия узкого специалиста (пусть даже классного) в подобных сложных условиях.

В этой связи становится очевидным, что на фоне разумной узкой специализации значение и востребованность базового медицинского образования вообще и общехирургической подготовки в частности, широкого клинического кругозора будет возрастать.

Заключение

Виктор Сергеевич Савельев писал: «Сегодня мир, а вместе с ним и хирургия шагнули в III тысячелетие, куда совсем недавно осмеливались заглядывать лишь писатели-фантасты. Накоплен огромный багаж знаний, опыта, умения и мастерства. Открывающиеся перспективы поистине безграничны. Но претворятся в реальность они лишь тогда, когда мы сможем не только оценить победы и достижения хирургов, но и осмыслить проблемы, трудности и препятствия, как оставшиеся в наследство от прошлого тысячелетия, так и те, которые создает быстро летящее время» [3]. Для реализации этого крайне важного завета, претворения его в жизнь, необходима та самая «историческая прививка», осмысленное использование накопленного опыта, знание основ клинической хирургии и базовых ее принципов.

Но эта деятельность, как нам представляется, должна быть планомерной, целенаправленной и скоординированной. В одиночку справиться с нерешенными проблемами прошлого и новыми, выдвигаемыми новой реальностью (особенно активно насаждаемыми), весьма сложно, но, вероятно, должно каждому хирургу в своей клинике, больнице, отделении. Однако всем вместе, сообща — вполне реально. Ведь этого заслуживают наша любимая специальность и многочисленные пациенты! Эту первостепенной важности миссию, на наш взгляд, призваны выполнять хирургические ассоциации, клинические советы, этические комитеты, а также российские и региональные научно-образовательные форумы. Их роль неизмеримо возрастает именно сегодня, в силу обозначенных выше причин и факторов — динамичного развития медицины, стремительной интеграции в клиническую практику инновационных технологий (оборудования, инструментария, информационных технологий и всеобщей цифровизации), обилия информации и за-

манчивых бизнес-проектов. Ведь чем интенсивней процесс развития, масштабнее преобразования, шире информационное пространство, тем выше риски неверных решений и ошибок. Основным смыслом одного из законов динамического развития в том, что развитие совершается путем решения противоречий. При этом сам процесс развития напоминает, как вы помните, спираль, и мы возвращаемся как бы в исходную точку, но на новом уровне (переход количества в качество) и т.д. Хирургия, как живой организм, который в своем развитии постоянно меняется, настраивается под приоритеты и запросы здравоохранения, естественно, испытывает влияние внешних факторов. Каждое новое поколение хирургов накапливает свой уникальный опыт с учетом уровня развития мировой науки и техники, показателей заболеваемости, спектра и особенностей заболеваний, конкретных социально-экономических условий. При этом важно, с позиций здравого смысла и примата интересов большого человека, оставить все негативное и уже бывшее в истории, выделять значимые инновации и интегрировать их в ранее созданные базовые принципы и клинические подходы. Лишь в таком случае наше развитие будет идти эволюционно-взвешенным путем и по спирали, согласно закону динамического развития. Главное в этом законе — одновременная цикличность и движение вверх! Но ведь можно двигаться и по кругу, т.е. по сути, топтаться на месте со старыми и новыми проблемами, но будучи «вооруженными до зубов» техникой, консенсусами, гайдлайнами и стратегиями.

Предвидим возражения некоторых коллег, дескать, нельзя остановить прогресс. Так ведь и мыслей таких у нас нет, и не было у наших Учителей. Дело ведь в другом — что понимать под этим термином? Суть в дефиниции. Эволюционно взвешенное, здраво осмысленное развитие или «шараханье» в разные стороны, в погоне за очередными новомодными и заманчивыми проектами? Сколько уже их было. У каждого читателя, уверены, есть тому примеры, да и пишут сейчас об этом нередко. Но может быть, разумней воспользоваться «исторической прививкой», опытом наших Учителей? Многие уже было в истории, и эти знания — бесценный опыт, накопленный предыдущими поколениями хирургов, способен, во многом, уберечь нас от повторения ложных путей, прежних ошибок и характерных заблуждений. Опираясь на него, следует «продуктивно двигаться вперед, руководствуясь здравым смыслом и разумной достаточностью», как и полагал проф. С.П. Федоров.

Авторы настоящей статьи не претендуют на истину в последней инстанции, всеобъемлющий охват темы и уникальность суждений, но надеются оказаться полезными и быть услышанными уважаемыми коллегами.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Балалыкин Д.А., Богопольский П.М. Материалы Всероссийского конгресса. *Хирургия. XXI век: соединяя традиции и инновации*. М. 2016. [Balalykin DA, Bogopol'skii PM. Materialy Vserossiiskogo kongressa. *Khirurgiya. XXI vek: soedinyaya traditsii i innovatsii*. М. 2016. (In Russ.)].
2. Ревишвили А.Ш. *Медицинская газета*. 2016;23:10-11. [Revisvili ASH. *Medical Newspaper*. 2016;23:10-11. (In Russ.)].
3. Савельев В.С. Хирургия на рубеже тысячелетий. *Русский медицинский журнал*. 2002;10:26:1200-1204. [Saveliev VS. Surgery at the turn of the millennium. *Russian medical journal*. 2002;10(26):1200-1204. (In Russ.)].
4. Федоров С.П. Хирургия на распутье. *Новый хирургический архив*. Т. 10. Кн. 1. 1926;10:1:16-32. [Fedorov SP. Surgery at the Crossroads. *New surgical archive*. 1926;10:1:6-23. (In Russ.)].
5. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М., Лядов К.В. О некоторых негативных тенденциях в прогрессивном развитии эндовидеохирургии. *Хирургия*. 2005;3:15-19. [Shevchenko YuL, Vetshev PS, Stoyko YuM, Liadov KV. Some negative tendencies in the progressive development of endovideosurgery. *Surgery*. 2005;3:15-19. (In Russ.)].
6. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Кузнецов Н.А. и др. Гипоскиллия, аскиллия — реалии современной медицины. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2012;1:72-78. [Chernousov AF, Khorobrikh TV, Kuznetsov NA, et al. Hyposkillia, askillia — the realities of modern medicine. *Bulletin of Surgical Gastroenterology*. 2012;1:72-78. (In Russ.)].
7. Fred HL. Hyposkillia: deficiency of clinical skills. *Texas Heart Institute Journal*. 2005;32(3):255-257. [Medline].

Поступила 06.12.17

Сведения об авторах:

Ветшев Петр Сергеевич — д.м.н., проф., советник по научной работе Национального медико-хирургического Центра (НМХЦ) им. Н.И. Пирогова; e-mail: hirurgia_22@mail.ru
Левчук Александр Львович — д.м.н., проф., заведующий II хирургическим отделением; e-mail: hirurgia_22@mail.ru
Алистратов Денис Игоревич — врач-хирург II хирургического отделения; e-mail: alistratov.di@gmail.com

К статье *П.С. Ветшева и соавт.* «Хирургия на распутьи» — к 90-летию статьи профессора С.П. Федорова



Рис. 1. Хирургия на распутьи.

Звания, награды...

1909 г. – удостоен звания почетного лейб-хирурга,
1912 г. – утвержден в должности лейб-хирурга императорской семьи, с правом ношения царского вензеля.

Награды Российской империи
Орден Св. Станислава 3-й степени
Орден Св. Анны 3-й степени
Орден Св. Владимира 3-й степени



Награды СССР
1928 г. – удостоен почетного звания Заслуженный деятель науки РСФСР.
1933 г. – награжден орденом Ленина (первым из хирургов!)



Рис. 2. Некоторые награды С.П. Федорова.



К статье *П.С. Ветшева и соавт. «Хирургия на распутьи»* — к 90-летию статьи профессора С.П. Федорова (продолжение)

Всемирное признание...*

Отечественные профессора: <ul style="list-style-type: none">➤ Спасокукоцкий С.И.,➤ Гирголав С.С.,➤ Шевкуненко В.Н.,➤ Руфанов И.Г.,➤ Поленов А.Л.,➤ Вреден Р.Р.,➤ Гальперн Я.О.,➤ Куприянов П.А.,➤ Еланский Н.Н.,➤ Тальман И.М.		Иностранные профессора: <ul style="list-style-type: none">➤ Айзельсберг А. – (Австрия),➤ Зауэрбрух Ф. – (Германия),➤ Мейо В. – (США),➤ Лорд Мойнинген – (Англия),➤ Прибрам Б. – (Германия),➤ Де Кервен – (Швейцария),➤ Чарльз Мейо – (США),➤ Каспер Л. – (Германия),➤ Крайль Д. – (США)
--	--	--

*Авторы работ, размещенных в сборнике, посвященном 40-летию научной, врачебной и педагогической деятельности проф. С.П. Федорова

Рис. 3. Всемирное признание заслуг выдающегося хирурга и ученого проф. С.П. Федорова.

Знание истории хирургии



Историю... нельзя изменить. Но ее необходимо знать. В противном случае велик риск повторения негативного и ошибочного...
С.П. Федоров

...Путешествия по старым манускриптам помогут отыскать идеи и способы лечения, когда-то забытые из-за несовершенства технологий...*
С.П. Глянецв, 2013

N.B.

*Либо оставленные в силу доказанной неэффективности, но вновь пропагандируемые!

Рис. 4. К вопросу о важности изучения истории и накопленного опыта.



К статье *П.С. Ветшева и соавт.* «Хирургия на распутье» — к 90-летию статьи профессора С.П. Федорова (продолжение)

Таким образом...

✓ Знание истории хирургии напрямую **не** повышает умение оперировать и **не** влияет на результаты лечения...

НО!

- ✓ Наделяет стройным научным мировоззрением
- ✓ Совершенствует клиническое мышление
- ✓ Оберегает от повторения ошибок и ложных путей
- ✓ Обеспечивает **разумное применение** хирургического мастерства, т.е.

... В ИТОГЕ ВЛИЯЕТ



Рис. 5. Значение накопленного хирургического опыта.

ПАРАДОКС ?



Шифр и формула специальности* «Хирургия»-14.01.17 не содержит истории отечественной хирургии!??

НО,

Включает обобщение опыта в отдельных странах, разных хирургических школ и отдельных хирургов



*<http://teacode.com/online/vak/p14-01-17.html>

Рис. 6. Парадоксальная ситуация.



К статье *П.С. Ветшева и соавт.* «Хирургия на распутьи» — к 90-летию статьи профессора С.П. Федорова (окончание)



Рис. 7. Рост числа специальностей.

К статье *Б.Б. Хациева и соавт.* «Техника выполнения лапароскопической продольной резекции желудка при морбидном ожирении»

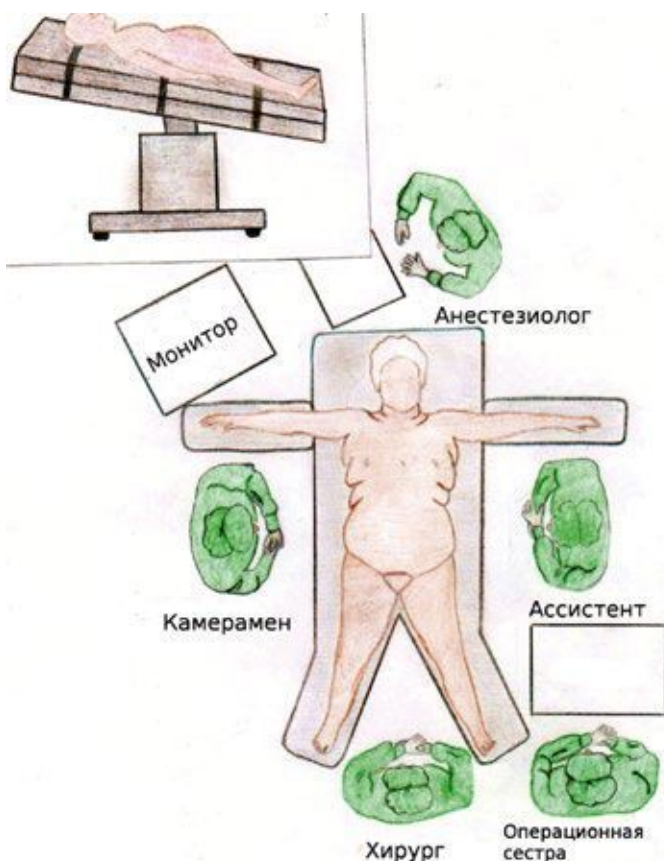


Рис. 1. Схема расположения операционной бригады при использовании одного монитора.

