



## РУБРИКА ПРОФЕССОРА Л.Б. ЛИХТЕРМАНА

УДК 614.253 : 616.831.957-003.215

Л.Б. Лихтерман (проф., д.м.н.), В.А. Охлопков (к.м.н.)

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский Центр нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко»  
Минздрава России, г. Москва, Россия

### КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ВРАЧЕБНУЮ АНТИЭТИКУ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

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

#### Список сокращений:

- ХСГ – хроническая субдуральная гематома
- СКТ – спиральная компьютерная томография
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- ШКГ – шкала комы Глазго

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 упреительно 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].

Хронические субдуральные гематомы представляют собой объемное доброкачественное об-

разование с различным темпом роста. По логике здравого смысла многие десятилетия осуществляли радикальную операцию, заключающуюся в широкой трепанации черепа и иссечении гематомы вместе с её 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 века, 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 хронических субдуральных гематом [6, 7, 8].

Чтобы запустить процесс их саногенеза, достаточно минимально инвазивно изменить внутригематомную среду, т.е. устранить гиперфибринолиз. Гематома и её капсула постепенно разбираются. При этом осложнения, обусловленные коллапсом мозга, отсутствуют, летальность на поря-



док 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.

СКТ от 03.10.21 – «перелом свода черепа и средней черепной ямки слева, малая субдуральная гематома справа; патологические изменения вещества головного мозга не выявлены».

СКТ от 06.10.21 – «срединные структуры не смещены, сформировался очаг ушиба базально в правой височной доле с мелким геморрагическим пропитыванием 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 МРТ головного мозга.

МРТ от 17.01.22: «срединные структуры смещены вправо до 14 мм. МР признаки субдуральной гематомы лобно-теменно-височной области слева (хроническая стадия)» (рис. 1).

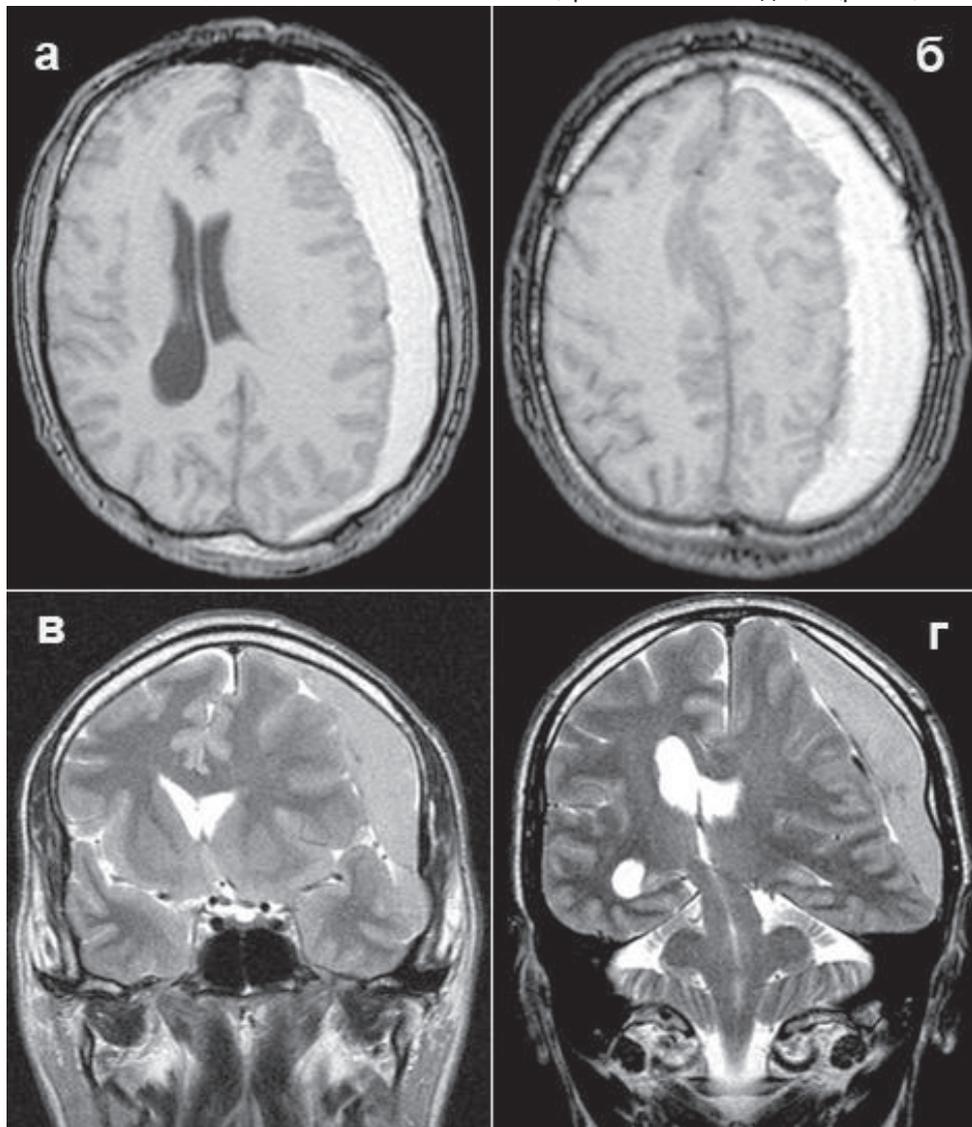


Рисунок 1 – МРТ левосторонней ХСГ у 50-летнего: а, б - сагиттальные (Т1) и в, г - фронтальные (Т2) срезы. Видна обширная гиперденсивная хроническая субдуральная гематома лобно-теменно-затылочной области слева; деформация левого бокового желудочка, смещение срединных структур вправо на 14 мм.



В тот же день госпитализирован в нейрохирургическое отделение ГКБ СМП. Выполнена КТ головного мозга (рис. 2). В неврологическом статусе - сознание ясное (15 баллов ШКГ). 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 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 18.01.22 были направлены на телемедицинскую консультацию в НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

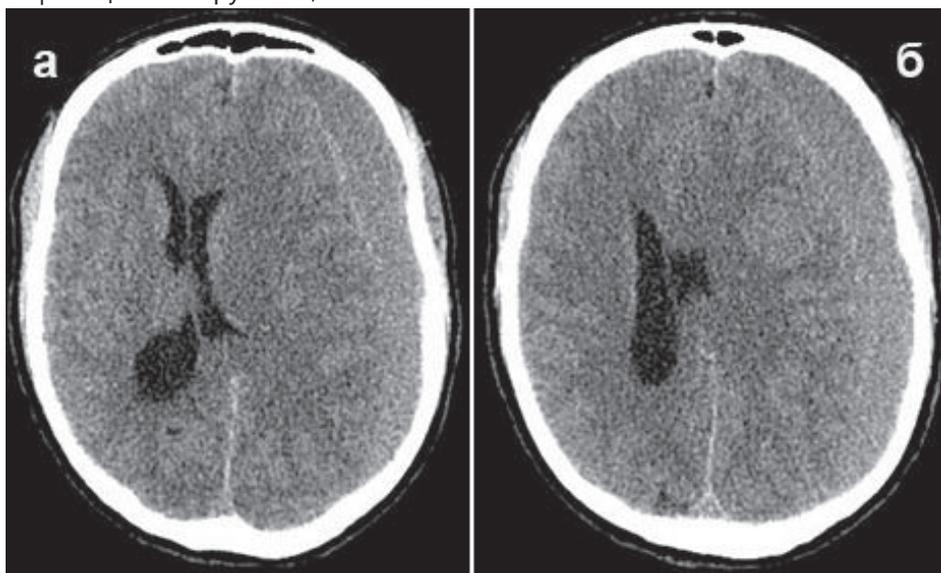


Рисунок 2 – СКТ при поступлении (18.01.2022): а, б – аксиальные срезы; смещение срединных структур вправо на 14 мм, субарахноидальные щели по конвексу слева не визуализируются, выявляется изоденсивная хроническая субдуральная гематома слева

19.01.22 было дано заключение нейрохирурга Центра – «Последствие перенесенной ЧМТ (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 20.01.22 выявляется скопление воздуха в зоне передних отделов удаленной ХСГ, небольшая плоскостная остаточная гематома, видна выпрямленная прерывистая линия титанового имплантата (рис. 3).

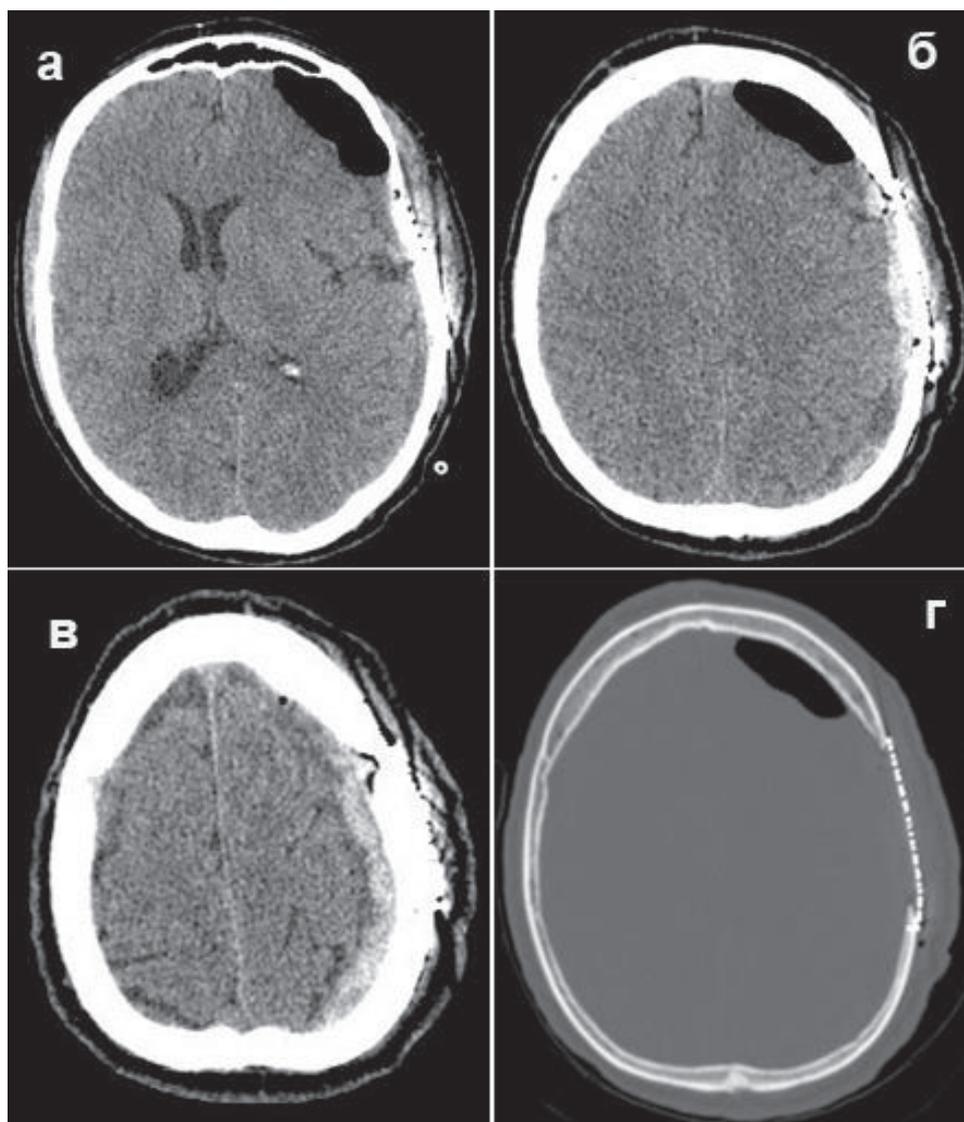


Рисунок 3 – СКТ 20 января 2022 (аксиальные срезы) на следующие сутки после резекционной трепанации черепа слева, удаления субдуральной гематомы, пластики костного дефекта титановой сеткой: а, б, в – тканевой и г – костный режимы; видна плоскостная остаточная гематома, уменьшение смещения срединных структур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

Состояние больного после операции оставалось стабильным, периодически отмечалась «несильная головная боль». Очаговая симптоматика не выявлялась, глазное дно в норме. На контрольной СКТ от 27.01.22 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 г. состоялась телемедицинская консультация в НМИЦ нейрохирургии. Было рекомендовано динамическое наблюдение с нейровизуализационным контролем.

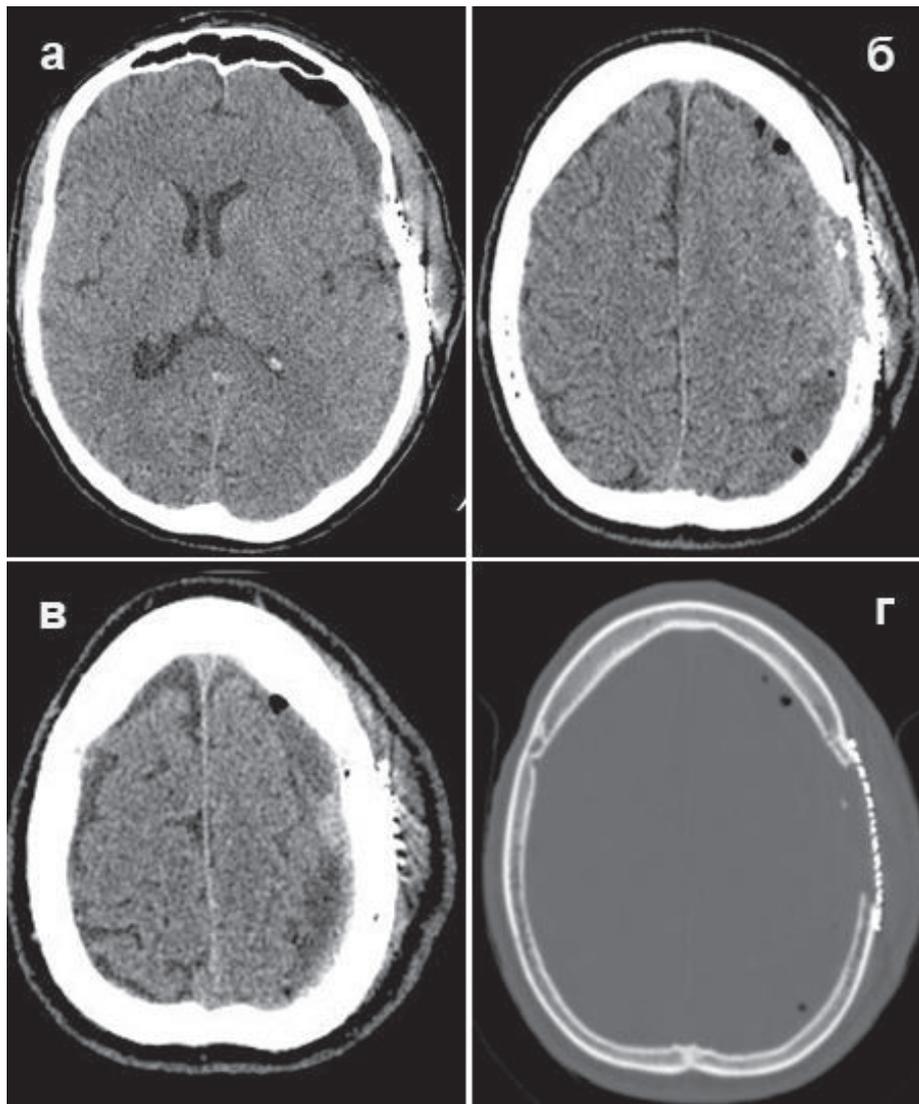


Рисунок 4 – СКТ 27 января 2022 (аксиальные срезы) на 8 сутки после операции: а, б, в – тканевой и г – костный режимы; визуализируется гиподенсивная плоскостная остаточная субдуральная гематома слева с существенным регрессом смещения срединных структур (5 мм) вправо

Пациент продолжал находиться на стационарном лечении в ГКБ СМП. По данным МРТ от 13.02.22 – 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. 28.02.2022 г. 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 хронической субдуральной гематомы. Очевидны пока-

зания для её 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 хронической субдуральной гематомы. Остается гадать, почему нейрохирурги ГКБ СМП проигнорировали совет головного нейрохирургического учреждения.

Нейрохирурги ГКБ СМП сделали сразу ряд недопустимых ошибок:

пошли на большую радикальную открытую операцию (вместо минимально инвазивной);



при плановой операции сделали заведомо инвалидизирующую больного резекционную трепанацию вместо костно-пластической;

созданный ими дефект черепа закрыли титановым имплантатом без необходимой его предварительной подгонки;

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 осуществление своего намерения, удерживая для этого пациента в стационаре.

### Обсуждение

Анализируемое наблюдение иллюстрирует «сгусток» этических и тактических ошибок.

При анамнезе и клинике, характерном для посттравматической хронической субдуральной гематомы с полностью нейровизуализационно подтвержденными её 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 хронической субдуральной гематомы, осуществляется широкая трепанация черепа и радикальное удаление ХСГ. Эту тактическую ошибку дополняют другой – для доступа к гемато-

ме 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. 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.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Хронические субдуральные гематомы. М., Антидор, 1997. 231 с. [Potapov A.A., Likhтерman L.B., Kravchuk A.D. Khronicheskie subduralnye gematomy. M., 1997. Moscow, Antidor, 1997. 231 s. (In Russ.)]. ISBN 5-900833-09-7
2. Potapov A., Kravchuk A., Likhтерman L. Okhlopkov V., Zakharova N., Yakovlev S. Sequele dei trauma cranio-encefalici. Classificazione, clinica e chirurgia ricostruttiva e mini-invasiva. – Athena Modena, Italy, 2016. 319 p. ISBN 9788886980821
3. Jamieson K.G., Yelland J.D. Surgically treated traumatic subdural hematomas // J Neuro-



- surg. - 1972 Aug. - 37 (2). - 137-49. <https://doi.org/10.3171/jns.1972.37.2.0137>
4. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме, том III. Составитель Л.Б. Лихтерман. Под ред. академика РАН А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. А.А. Потапова. М.: Антидор, 2002. 631 с. [Klinicheskoe rukovodstvo po cherepno-mozgovoy travme, tom III. Sostavitel L.B. Likhterman. Pod red. akademika RAN A.N. Konovalova, prof. L.B. Likhtermana, prof. A.A. Potapova. Moscow: Antidor, 2002. - 631 s. (In Russ.)]. ISBN 5-900833-13-5.
  5. Weclawicz M.M., 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., Likhterman L.B., El-Kadi Kh. Differentsirovannoe lechenie khronicheskikh subduralnykh gematom // Voprosy neirokhirurgii. – 1990. – 1. - 29-33. (In Russ.)].
  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 разбор в общей медицине. – 2021. – 2. - 21–27. [Likhterman L.B., Kravchuk A.D., Okhlopkov V.A. Khronicheskie subduralnye gematomy golovnogo mozga: problemy i resheniya. Chast 1. Klinicheskie varianty i diagnostika // Klinicheskiy razbor v obshchey meditsine. – 2021. – 2. - 21–27. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.47407/kr2021.2.2.00038>
  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. - 51-57. [Likhterman L.B., Kravchuk A.D., Okhlopkov V.A. Khronicheskie subduralnye gematomy golovnogo mozga: problemy i resheniya. Chast 2. Novaya kontseptsiya lecheniya khronicheskikh subduralnykh gematom i rezultaty // Klinicheskiy razbor v obshchey meditsine. – 2021. – 3. - 51-57. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.47407/kr2021.2.2.00050>
  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. 464-485. [Kravchuk A.D., Likhterman L.B., Okhlopkov V.A. Khronicheskaya subduralnaya gematoma. Neirokhirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Tom II. Cherepno-mozgovaya travma. Pod red. D.Yu. Usacheva, L.B. Likhtermana, A.D. Kravchuka, V.A. Okhlopkova. M.: 2022, s. 464-485. (In Russ.)]. ISBN 978-5-7151-0584-4.
  10. Лихтерман Л.Б. Этика современной нейрохирургии // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2021. - Том XIII. – 1. - 7-12. [Likhterman L.B. Etika sovremennoy neirokhirurgii // Rossiyskiy neirokhirurgicheskiy zhurnal imeni professora A.L. Polenova. – 2021. - Tom XIII. – 1. - 7-12. (In Russ.)].



*Л.Б. Лихтерман (проф., м.ғ.д.), В.А. Охлопков (м.ғ.д.)*

*РФ Денсаулық сақтау министрлігінің «Ак. Н.Н. Бурденко атындағы Ұлттық медициналық нейрохирургия ғылыми орталығы», Мәскеу қ., Ресей*

## **НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДА МЕДИЦИНАЛЫҚ АНТИЭТИКАНЫ ҚАЛАЙ ЖЕҢУГЕ БОЛАДЫ**

Медициналық этика тұрғысынан жарақаттан кейінгі созылмалы субдуральды гематоманы байқау талданады. Нейрохирургтардың іс-әрекеттері интратекальды қан кетулерді хирургиялық емдеудің заманауи қағидаларына қайшы келді, қабылданған этикалық нормаларға және науқасқа зиян келтірді.

**Негізгі сөздер:** медициналық этика, созылмалы субдуральды гематома, аз инвазивті нейрохирургия.

*L.B. Likhterman (Prof., D.Med.Sci.), V.A. Okhlopov (Cand.Med.Sci.)*

*FGAU «National Medical Research Center for Neurosurgery named after. ac. N.N. Burdenko» of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia*

## **HOW TO OVERCOME MEDICAL ANTIETICS IN NEUROSURGICAL PRACTICE**

From the standpoint of medical ethics, the observation of post-traumatic chronic subdural hematoma is analyzed. The actions of neurosurgeons were contrary to sound modern principles of surgical treatment of encysted intrathecal hemorrhages, accepted ethical canons and caused harm to the patient.

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