

© Коллектив авторов, 2015  
УДК 616.089:614.254

А. Л. Акопов<sup>1</sup>, Ж. Массард<sup>2</sup>, Д. Ю. Артюх<sup>3</sup>

## ХОРОШИЙ ХИРУРГ — ЧТО ВКЛАДЫВАЕТСЯ В ЭТО ПОНЯТИЕ?

<sup>1</sup> НИИ хирургии и неотложной медицины (дир. — академик РАН проф. С. Ф. Багненко), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова;  
<sup>2</sup> Университет Страсбурга, Франция; <sup>3</sup> Саутпорт и Ормскирк Госпиталь, Саутпорт, Великобритания

**Ключевые слова:** *хороший хирург, обучение хирургии, профессиональные качества, личные качества*

**Введение.** Современное развитие хирургии, как принято считать в последние годы, связано, в первую очередь, с разработкой и практическим внедрением новых хирургических технологий. Прогресс в хирургии напрямую ассоциируется с наличием соответствующего (большого, не всегда оправданного) финансирования, со своевременным обучением специалистов новым техническим приемам и работе с новой техникой. Специалист, раньше других применивший на практике новые способы инвазивной диагностики и лечения, будет считаться хирургом с успешной карьерой в условиях повсеместной коммерциализации медицины.

В существенное противоречие с такой тенденцией входит часто применяемая характеристика профессионализма специалиста-хирурга, формулируемая как «хороший хирург». Этим словосочетанием пользуются представители самого хирургического сообщества, пациенты и их родственники, администраторы, журналисты и др. При этом, такая характеристика, высказанная коллегой-хирургом, чаще всего будет иметь иной смысл, чем высказанная не врачом.

Сами хирурги знают, что понятие «хороший хирург» носит, зачастую, необъективный характер. Если ввести в поисковую систему сети Интернет слова «хороший хирург», на экране

появится информация о хирургах тех или иных коммерческих клиник, чаще всего специализирующихся в области косметологии. Очевидно, что это никак не отражает смысла анализируемого. Более того, попытки обнаружить в литературе определение термина «хороший хирург» также не увенчались успехом.

Авторы этой статьи — практикующие русско-, франко- и англоязычные хирурги, попытались сформулировать смысл понятия «хороший хирург», описать условия становления такого хирурга, а также определить, какими качествами он должен обладать.

**Обучение хирургии.** Естественно, что целью обучения хирургии является формирование хорошего хирурга. К сожалению, достигается эта цель далеко не всегда.

Образование в хирургии, с точки зрения получения максимально хорошего специалиста, должно предусматривать решение двух основных задач. Первая — формирование хирурга с хорошими мануальными навыками. Вторая — формирование хирурга с широким знанием клинической и научной медицины. В жизни гораздо чаще приходится сталкиваться с хирургами, которые достигли успеха только в одном из этих направлений — если хирург блестяще оперирует, широта его взглядов на теоретические и научные аспекты медицины обычно отстает от

### Сведения об авторах:

Акопов Андрей Леонидович (e-mail: [akopovand@mail.ru](mailto:akopovand@mail.ru)), НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, 12;

Массард Жильбер (e-mail: [gilbert.massard@unistra.fr](mailto:gilbert.massard@unistra.fr)), Университет Страсбурга, Франция;

Артюх Дмитрий (e-mail: [artioukh@talktalk.net](mailto:artioukh@talktalk.net)), Саутпорт и Ормскирк Госпиталь, Саутпорт, Великобритания

сугубо практических навыков. И наоборот, стремление углубить свои знания в понимании сложных медицинских вопросов зачастую приводит к отсутствию прогресса в операционной.

Проблема обучения хирургов не нова. Одной из основных задач первого в мире профессионального общества хирургов — Королевского Колледжа хирургов Эдинбурга, созданного в 1505 г., была именно подготовка квалифицированных хирургов, так как в университетах в тот период хирургии не обучали вообще. Принципы современного обучения хирургии были сформированы в конце XIX в., когда азы хирургии стали преподавать в высших учебных заведениях как часть общего университетского курса медицины.

Очевидно, что основной целью *университетского этапа подготовки* является получение фундаментальных теоретических знаний с широким подходом к тому или иному заболеванию, включающему хирургические методы диагностики и лечения. Такая направленность начального этапа хирургического образования не меняется уже многие десятилетия. Основной недостаток этого подхода в аспекте формирования хирургов — оторванность процесса обучения от практики и, в первую очередь, от самого оперативного вмешательства. Программа университетского обучения хирургов, спектр мануальных навыков, степень практической направленности, длительность обучения хирургическим дисциплинам и др. в разных странах существенно отличаются. Например, в Европе отсутствует преподавание такой традиционной для медицинских университетов России «хирургической» дисциплины, как «топографическая анатомия и оперативная хирургия».

Нельзя не отметить также важность знания студентом и будущим хирургом анатомии. Если анатомия, как фундаментальная дисциплина, преподаваемая на первых курсах, имеет целью общее знакомство со строением человеческого тела, то так называемая «хирургическая анатомия» необходима в большей мере именно для будущих хирургов. В России курс топографической анатомии и оперативной хирургии преподают одинаково как для будущих хирургов, так и для терапевтов. Большинство студентов не могут в этот период овладеть даже основными хирургическими навыками, такими, например, как завязывание узлов [1]. Сложность такого обучения в современном мире связана с невозможностью по вполне понятным причинам отработки этих навыков на больных, а также этическими и правовыми ограничениями использования человеческих трупов и животных (в отличие от прошлых лет). В этой связи особую важность может представлять знание рентгено-

анатомии, полезной как в диагностике, так и в обучении малоинвазивной хирургии, частично компенсируя ограничение пальпации.

*Послевузовская подготовка хирурга*, наряду с продолжением совершенствования в вопросах теории хирургии, предусматривает большую практическую направленность. Молодые хирурги учились и будут учиться практическим навыкам у более опытных. В прошлом это была единственная форма обучения, ничем по своей сущности не отличавшаяся от подмастерья, поступающего в обучение к мастеру. Это привело к формированию неофициальных «хирургических школ», связанных с именем того или иного выдающегося хирурга и небезосновательно являющихся предметом гордости и по сей день [3]. Такое обучение ограничивалось кругом заболеваний, которые лечил хирург-учитель. Он же определял, кого учить, чему учить, как учить и когда считать процесс обучения законченным. Полагаться на такой нецентрализованный, субъективный подход к обучению становилось все сложнее с развитием современного общества, требующего гарантированного высокого качества врачей всех специальностей и поддержания определённого стандарта подготовки. В результате в развитых странах были введены единые последипломные программы, определяющие централизованный и обязательный порядок, содержание и продолжительность обучения (как правило, не менее 5 лет), и выпускной квалификационный экзамен как объективный критерий, подтверждающий готовность хирурга к самостоятельной деятельности. В Советском Союзе первая попытка модернизации последипломного образования была сделана около 50 лет назад с введением годичной интернатуры. Именно такая, ограниченная в сравнении с западными странами система последипломной подготовки общих хирургов имеет место и сегодня в России.

В любом случае практическая направленность последипломного образования хирургов включала на первых этапах ассистирование на операциях, а в последующем — выполнение операций под контролем более опытного хирурга. Известно, что многим хирургам проще и быстрее выполнить операцию самому, чем ассистировать менее опытному коллеге. Хороший хирург-учитель должен обладать не только терпением и тактом, но и уникальным умением доверить молодому хирургу проведение части или всей операции (с учётом его или её способностей на данный момент обучения), не подвергая больного неоправданному риску. Он не только передает свои диагностические и технические навыки, но и является приме-

ром для подражания во многих других аспектах профессиональной деятельности, включая врачебную этику, манеру поведения с больными и их родственниками, взаимоотношение с коллегами. Все это еще раз подчеркивает, что личность именно этого опытного хирурга может являться решающей в процессе обучения и формирования будущего специалиста [3].

Так как даже на завершающем этапе курса последиplomного образования невозможно овладеть всем набором навыков в выбранной специальности, не менее важным для хирурга является *постоянное продолжение своего профессионального развития*, чтобы его (или всё чаще её) знания, навыки и способности отражали неизбежные изменения, связанные с прогрессом науки и новых технологий. В этом аспекте всё большее значение стали играть профессиональные общества, добровольно объединяющие группы хирургов по их специализации, дающие возможность обмена мнениями и, нередко, участия в программах обучения новым методам лечения. Таких обучающих курсов во всем мире, в том числе и в России, проводится достаточно много. Один из потенциальных недостатков организации таких программ — их коммерциализация. Их нередко спонсируют производители хирургического инструментария, что определяет некоторую тенденциозность такого обучения и создает конфликт интересов. Например, отбираемые спонсорами преподаватели-эксперты чаще всего являются специалистами в проведении какого-либо одного лечебного метода или технологии, рекламируемой конкретной коммерческой организацией.

**Профессиональные качества.** Технические навыки в хирургии — мануальные действия хирурга в операционной во время проведения хирургического вмешательства. Кажется очевидным, что чем больше хирург оперирует, чем больше у него опыт, тем совершеннее будут и мануальные возможности. В медицинской научной литературе много работ, доказывающих, что частота осложнений ниже, а отдаленные результаты лучше у активно оперирующих хирургов и напрямую зависят от количества выполненных операций [5, 9]. Для того чтобы это правило реализовалось, необходимо выполнение ряда дополнительных условий.

Хороший хирург, в первую очередь, должен знать вариантную анатомию (особенности топографии органов в зависимости от течения патологического процесса), быстро ориентироваться в строении и расположении

органов в области проведения операции. Важным является и знание физиологии органов, которые подвергаются хирургической травме. Для хирурга не должно существовать мелочей в отношении, например, травматизации тканей, степени кровопотери, характера послеоперационного рубца, болевого синдрома после операции и др. До автоматизма должны быть доведены стандартные технические манипуляции, такие как завязывание узлов, наложение анастомозов. Длина и расположение разреза должны в точности соответствовать объему операции, с одной стороны, необходимо обеспечить хорошую визуализацию операционного поля и, в то же время, следует избегать чрезвычайно длинных разрезов, чрезмерного растяжения операционной раны. Важно обеспечить себе и помощникам комфортные условия выполнения вмешательств — освещение операционного поля, удобство расположения ассистентов и операционной сестры. Каждое движение должно осуществляться с четкой конкретной целью. В таком случае обычно говорят, что хирург оперирует красиво, эстетично. Время в операционной следует экономить. Неотъемлемым качеством «хорошего хирурга» является умение оценить результат операции, например качество анастомоза.

В эпоху стремления многих хирургов к овладению малоинвазивными технологиями интересен вопрос выбора оптимальной степени инвазивности хирургического вмешательства. Нередко имеет место противоречие между желанием выполнить малоинвазивную хирургическую операцию и необходимостью увеличения длительности такой малоинвазивной операции по сравнению с открытой. В этом вопросе не может быть каких-то однозначных рекомендаций [2]. Сложно, с одной стороны, объяснить необходимость проведения многочасового лапароскопического вмешательства стремлением к минимализации хирургической травмы при возможности выполнения аналогичной операции стандартным доступом за несколько минут. В то же время, и стремление к максимально быстрому проведению операции не может реализовываться за счет полного игнорирования, к примеру, травматичности и косметического эффекта.

Выполненная технически безупречно операция — это большая часть успеха лечения пациента. Но хирург не работает один. Любой, самый совершенный в техническом плане хирург, должен также уметь правильно оценить свои возможности и соотносить их с опытом клиники и мастерством остальных членов медицинского коллектива [3].

Широта медицинских знаний подразумевает, в первую очередь, понимание вопросов диагностики и периоперационного лечения больных, умение выбрать правильный метод лечения и вариант операции. Знание терапевтических аспектов лечения существенно дополняет профессионализм хирурга. Подходы хирургов и терапевтов к диагностике и лечению различных заболеваний могут существенно отличаться. Необходимо признавать возможность альтернативных как хирургических, так и нехирургических подходов. Многим известно ставшим крылатым выражение, что хирург знает, как оперировать, хороший хирург знает, когда оперировать, лучший хирург знает, когда не оперировать [2].

В то же время, следует признать, что обширные теоретические знания абсолютно всех разделов медицины вряд ли принципиальны для «хорошего хирурга», если мы имеем в виду не теоретика-эрудита, а специалиста в определенной области хирургии.

**Личностные качества.** Далекое не каждый хирург, овладевший на высоком уровне мануальными навыками и имеющий хорошую общую медицинскую подготовку, становится по настоящему «хорошим хирургом». В дополнение к отмеченным выше обязательным профессиональным качествам есть определённые личностные человеческие качества, часто отличающие хирурга хорошего от посредственного. Они не связаны с медициной и им нельзя обучить. Часть из них, наверное, воспитываются на более раннем этапе становления личности, а часть могут развиваться на основе профессионального и жизненного опыта.

Анализ каждой из этих многочисленных дополнительных составляющих требует написания отдельной статьи, а может и большой книги. В то же время, некоторое уточнение представляется оправданным, так как именно эти качества зачастую определяют прогресс до уровня «хорошего хирурга».

Речь идет о физических и психологических возможностях хирурга, таких как выносливость, умение длительно работать, нередко в критических ситуациях, способность находить выход из сложных ситуаций, импровизировать, сохраняя при этом спокойствие и терпеливость, поддерживать высокую сконцентрированность. Немаловажной является постоянная готовность к эмоциональному дискомфорту и даже психологической травме из-за возможных неудач лечения, умение справляться с высоким риском работы хирурга. Способ «эмоционального выживания» в таких сложных

ситуациях у каждого хирурга свой, но поддержка семьи, друзей, близких, а также единомышленников по работе важны для всех.

В этой связи интересны взгляды американского хирурга А.А. Gawande [7] о факторах успеха в становлении хорошего хирурга со ссылкой на статью М. Gladwell [8] о выдающемся хоккеисте Wayne Gretzky, известном виолончелисте Yo. Yo. Ma и американском нейрохирурге Ch. Wilson. Он определил три следующих условия успеха: индивидуальные способности, постоянная тренировка, творческое воображение. Примечательно, что первый фактор включал существование «практически осмысленной навязчивой идеи возможности и последствий неудачи» с упорядоченным обдумыванием своих ошибок [8].

Хорошего хирурга отличает высокий уровень интеллекта, без которого сложно объективно оценить свои сильные и слабые стороны в хирургии и вне ее. Хотя мнение о хирурге должно формироваться, в первую очередь, в зависимости от его поступков, а не от его слов, способность грамматически красиво и логично высказывать мысли является немаловажной. Все это подразумевает также умение и желание длительно обучаться, причем не только хирургии: высокий уровень общей культуры (знание литературы, философии, искусства и др.) дает дополнительные преимущества в любой дискуссии — с коллегами, администрацией, пациентом.

Для «хорошего хирурга» необходимо соответствие прогрессу медицины и хирургии, стремление к научной работе, хорошее понимание принципов исследований в клинической и фундаментальной науке, регулярное знакомство с новыми хирургическими технологиями и достижениями медицины, умение абстрагироваться от влияния «модных» тенденций. Анализ собственных результатов, сравнение их с результатами других хирургов, написание статей — один из путей собственного совершенствования и получения новых знаний [2].

Особого внимания заслуживают коммуникативные навыки хирурга. Это понятие включает умение находить общий язык с больными, их родственниками, коллегами по работе. Сложность может вызывать общение с пациентами из разных социальных слоев. Особенную ценность для хирурга представляет оценка его профессионализма коллегами, в том числе и младшими по служебной лестнице. Нескромность и самовосхваление оставляют большие сомнения в профессионализме, а злостный и неоправданный критицизм коллег и поиски виновных в собственных ошибках несовместимы с правилами приличий. Профес-

сиональной ревности и нездоровой конкуренции не должно быть места в современной хирургии, чтобы избежать ситуации, описанной Данте в «Божественной комедии»:

Они дрались, не только в две руки,  
Но головой и грудью, и ногами.  
Друг друга норовя изгрызть в клочки...

(перевод М. Лозинского)

Внешний вид хирурга также является определяющим в формировании доверия как со стороны коллег, так и со стороны пациентов.

Отдельно следует выделить мужество и честность хирурга — умение принимать решения в трудных ситуациях, объяснить пациенту и его близким неудачу лечения, не замалчивать собственные осложнения и неудачи, в том числе и перед коллегами-хирургами [6].

Понятие «хороший хирург» в большинстве случаев применимо к опытному хирургу, являющемуся руководителем того или иного коллектива хирургов. В этом контексте важны качества хирурга как лидера. Главное, как сказано выше, умение объективно оценить сильные и слабые стороны своих сотрудников и использовать это на пользу пациентам. Непростой представляется также способность заинтересовать подчиненных в работе — как в операционной, так и вне ее. Идеально, чтобы отношения в коллективе строились не на страхе перед руководителем, а на его авторитете, основанном на уважении.

**Заключение.** Большинство мыслей, изложенных в этой статье, так или иначе встречаются в многочисленных медицинских книгах, статьях, беседах с журналистами. Несмотря на понятные профессиональные, интеллектуальные и нравственные ориентиры, достичь уровня «хорошего хирурга» в широком понимании этого термина удается далеко не всем. Очень непросто определить точную грань, как следует сочетать умение работать руками и широту медицинского кругозора. Следует ли полагаться на клинический опыт свой и своего коллектива или активно заниматься поиском все новых курсов профессионального усовершенствования? Стремиться ли к изяществу и артистизму в операционной или к максимальной надежности и технической аккуратности? Насколько глубоко следует увлекаться научной работой и так ли это важно для поддержания активности в практической хирургии? Обязательно ли все свободное время посвящать совершенствованию в теории и практике выбранной специальности или стремиться к новым знаниям в других областях медицины и даже немедицинских дисциплинах?

Являются ли доброта и сострадание, желание помочь пациенту любой ценой более ценными, чем отказ в проведении крайне рискованной операции? Следует ли выполнять многочасовую малоинвазивную операцию или провести операцию быстро с использованием большого, косметически менее выгодного разреза? Как найти баланс между нередко противоречивыми мнениями и рекомендациями, изложенными в различных «наравоучительных» статьях, таких как эта?

Однозначных ответов на эти, как и многие другие вопросы, которые ставит перед хирургами их практическая деятельность, быть не может. И здесь на первый план выходит качество личности профессионала, которое можно сформулировать как «*здоровый смысл*». Однозначное определение этому термину дать сложно. В Философском энциклопедическом словаре [4] представлено такое определение: «"Здоровый смысл" — совокупность взглядов на окружающую действительность, навыков, форм мышления, выработанных и используемых человеком в повседневной практической деятельности». На наш взгляд, «здоровый смысл» — это качество, которое определяет оптимальное индивидуальное сочетание различных, порой противоречивых сильных и слабых сторон конкретной личности.

«Здравому смыслу» невозможно научить в школе или университете. Это знание не может быть включено в программу последипломной подготовки. Это качество не присуще личности изначально, хотя и может развиваться или, наоборот, подавляться в течение жизни. Дается этот «здоровый смысл» далеко не всем. Но именно это и является связующим звеном между теоретическими знаниями и их применением в практической деятельности. Это именно то, что позволяет одним врачам правильно интерпретировать анамнез больного, клинические симптомы и результаты исследований, приходя к правильному диагнозу и плану лечения, а другим, у которых «здоровый смысл» отсутствует, этого не дано. Это то, что позволяет одним хирургам работать при постоянном анализе данных визуальной и тактильной чувствительности, нежно препарировав ткани в нужных анатомических плоскостях, а другим нет. Это то, что помогает хирургу принять наиболее сложное решение не только, когда и как оперировать, но и когда не оперировать. Как развить и воспитать это чувство остается загадкой по сей день и требует отдельного анализа. Но только те, кто обладает этим трудноописываемым качеством, как правило, становятся успешными хирургами (*рисунок*).



*Условия становления и качества «хорошего хирурга»*

Вряд ли в этой статье удалось охватить все, что имеет отношение к понятию «хороший хирург». Возможно, большинство хирургов могут считать себя в той или иной мере «хорошими» применительно к своему опыту и своим умениям. В любом случае хороший хирург — тот, кто применяет лечение, позволяющее достичь лучшего результата для конкретного пациента. Для того, чтобы стать по настоящему хорошим хирургом, необходимо посвятить и посвящать этому всего

себя, весь опыт, все эмоции, все усилия, все впечатления от жизни.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Большаков О.П. Воспитание у студентов элементов профессиональной компетенции в процессе обучения оперативной хирургии и топографической анатомии // Морфология. 2011. Вып. 2. С. 89–91.
2. Путов Н.В. О России. О демократии. О медицине вообще и хирургии в частности. СПб., 2006. 380 с.
3. Углов Ф.Г. Сердце хирурга. СПб.: АСТ, 2013. 480 с.
4. Философский энциклопедический словарь / Ред. Л.Ф. Ильичев, П.Н. Федосеев, С.М. Ковалев, В.Г. Панов. М.: Сов. энциклопедия, 1983. 840 с.
5. Archampong D., Borowski D., Wille-Jørgensen P., Iversen L.H. Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery // Cochrane Database Syst Rev. 2012. Vol. 14, № 3. CD005391. doi: 10.1002/14651858.CD005391.pub3.
6. Barroso E. The pleasure of surgery: my pleasure in being a surgeon // Ann. Surg. 2014. Vol. 260, № 5. P. 717–720.
7. Gawande A.A. Creating the educated surgeon in the 21st century // Am. J. Surg. 2001. Vol. 181, № 6. P. 551–556.
8. Gladwell M. The physical genius. The New Yorker. 1999. August 2.
9. Massard G., Rocco G., Venuta F. The European educational platform on thoracic surgery // J. Thorac. Dis. 2014. Vol. 6. P. S276–S283.

Поступила в редакцию 08.04.2015 г.

*Авторы признательны Андреа Шишл (Саутпорт и Ормскирк Госпиталь) за её помощь в составлении рисунка*