

УДК: 616.1 – 089(092)

© С.П. Глянцев, 2013.

ПРОФЕССОР ЛЕНА НИКОЛАЕВНА СИДАРЕНКО И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

С.П. Глянцев

НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва.

Ключевые слова: кардиохирургия, Сидаренко, биография.

Судьба была удивительно благосклонна к этой обаятельной, внешне скромной и мягкой, но внутренне очень собранной, деловитой и требовательной к себе и другим женщине. Лене Николаевне Сидаренко едва минуло 37 лет, когда она была назначена исполняющей обязанности, а 28 июля 1962 г., после присуждения ей ученой степени доктора медицинских наук, избрана по конкурсу на должность руководителя вновь созданного *отдела хирургического лечения пороков сердца* клиники торакальной хирургии Украинского Института туберкулеза и грудной хирургии им. Ф.Г. Яновского МЗ УССР.

Это было тогда, когда отделения хирургии пороков сердца у взрослых и детей создавались в Институте грудной (сердечно-сосудистой) хирургии АМН СССР (1959 – 1960 гг.; ныне – НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН) и еще не были созданы ни в НИИ клинической и экспериментальной хирургии МЗ РСФСР (ныне – РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН), ни в Институте хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР¹.

За короткий промежуток времени в руководимом ею отделе были пролечены сотни больных с пороками сердца, большинство из которых оперировала сама Л.Н. Сидаренко или ее учитель, Н.М. Амосов. Да, они были пионерами. Да, в сердечной хирургии еще мало, что было известно, и нужно было начинать разрабатывать и диагностику болезней сердца, и показания к операции, и доступы к дефектам, и технику внутрисердечных вмешательств, и принципы ведения больных в до- и послеоперационном периоде. Да и работали они на несовершенной, частью сделанной своими руками аппаратуре. И все же слишком высокая смертность после проводимых операций на сердце не давала покоя².

Не случайно всего через год после того, как Лена Николаевна возглавила коллектив из нескольких десятков врачей, в 6-м номере журнала «Грудная хирургия» за 1963 год впервые в истории

отечественной кардиохирургии она публикует *монографическую* статью под названием «Анализ летальности после операций с искусственным кровообращением», в которой детально разбирает ошибки и опасности, допущенные ею и ее сотрудниками и подстерегающие ее коллег из других клиник на трудном пути освоения нового раздела хирургии. Много ли было сделано таких ошибок?

С марта 1960 г., то есть с того дня, когда Л.Н. Сидаренко сделала свою первую операцию на открытом сердце (Н.М. Амосов начал чуть раньше), по 15 мая 1963 г. в руководимом ею отделе из 394 прооперированных больных умерло 79 человек (20%). Честно и откровенно Лена Николаевна пишет о том, что, по ее мнению, на тяжелое предоперационное состояние можно «списать» всего лишь 19 смертей, в то время как 60 исходов имели причиной различные ошибки, допущенные хирургами и анестезиологами – недостатки диагностики и оперативной техники, ошибки анестезии и послеоперационного ведения, дефекты искусственного кровообращения и некоторые другие.

К погрешностям оперативной техники она отнесла недостаточно радикальную коррекцию некоторых пороков. Из ошибок ведения послеоперационного периода выделила несвоевременное распознавание дыхательной гипоксии. К недостаткам диагностики отнесла недиагностированные неоперабельные пороки. Обращает на себя внимание тщательный разбор *каждого* смертельного исхода, причина которых не была установлена лишь в двух случаях из 79. При этом конкретные ошибки были выявлены в 29 исходах.

«Именно здесь таится возможность снижения летальности по мере того, как будет уменьшаться количество погрешностей и ошибок. Трудно не допустить ни одной ошибки, легче в каждом конкретном случае сделать их меньше <...> Детальный анализ причин каждого смертного случая с учетом всех ошибок поможет не повторять их в дальнейшем и таким образом уменьшить летальность после операций...»³, – сделала вывод Лена Николаев-

¹ Подобные клиники появились в НИИКиЭХ в 1963 г., а в ИГХ им. А.В. Вишневского – в 1964 г.

² Амосов Н.М. Книга о счастьях и несчастьях. – М.: «Молодая гвардия», 1984.

³ Сидаренко Л.Н. Анализ летальности после операций с искусственным кровообращением // Грудная хирургия. – 1963. –

на, под которым подпишется любой руководитель любого хирургического учреждения. Но откуда это? Анализ причин летальности проводит каждая хирургическая клиника. Только вот все ли обнаруживают его результаты?

Можно предположить, что эта традиция, хотя и, к сожалению, относительно редкая, в русской хирургии берет свое начало от «Анналов хирургического отделения клиники Императорского Дерпского университета» Н.И. Пирогова, изданных им в 1837 г. вскоре после того, как молодой тогда профессор возглавил отделение. Впервые в отечественной и мировой хирургии откровенно и с полной ответственностью за свои слова Н.И. Пирогов обнародовал ошибки, допущенные им при распознавании и лечении больных.

«Я считал себя вправе издать подобный труд потому, – писал Н.И. Пирогов в предисловии к «Анналам», – что нам как раз и недостает таких книг, которые должны содержать признания практических врачей, и потому, что отрицательная польза сочинения в такой науке, как хирургия, для молодого хирурга зачастую имеет большую ценность, чем положительная. Я считаю своим священным долгом откровенно рассказать обществу (! – С.Г.) о моей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый ученый... должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки для предупреждения других, менее сведущих»¹.

Таким образом, через 125 лет Лена Николаевна продолжила дело великого русского хирурга. А в 1977 – 1978 гг., перед своим отъездом из Киева в Калинин (ныне – Тверь), она еще раз обратилась к этой теме, опубликовав, но уже со своими учениками, аналогичную статью о причинах летальных исходов при операциях с искусственным кровообращением у больных с врожденными пороками сердца младшего возраста².

Обращает на себя внимание срок, в течение которого сделан второй анализ – с марта 1960 по 1976 гг. Иначе говоря, опять – с самого начала работы Лены Николаевны как кардиохирурга. За это время детей младшего возраста ею и ее сотрудниками было прооперировано 152 человека. Разбор 30 летальных исходов позволил выделить их основные причины: погрешности хирургической техники (повреждение проводящей системы, кровотечения, неправильное канюлирование артерий), погрешности искусственного кровообращения (низкая

производительность АИК, гемолиз и нарушения свертываемости крови, эмболии и кровоизлияния), ошибки анестезиологов и послеоперационного ведения, гнойные осложнения. При этом доминирующими ошибками были признаны погрешности экстракорпорального кровообращения (более 50% всех причин летальных исходов).

Казалось бы, зачем анализировать начальный период, в котором летальность достигала 35%, с поздним и относительно благополучным, когда накопленный опыт позволил снизить относительное количество смертей до 11,5%? Но авторы специально анализируют *всю статистику*, чтобы показать – устранив *какие ошибки* им удалось добиться такого результата. Но на этом пути киевляне не были одиноки.

Показательно, что короткий обзор состояния проблемы анализа летальности они начали со ссылок на работы, исходивших из ИССХ им. А.Н. Бакулева АМН СССР. Не прошло и полгода, как вслед за статьей Л.Н. Сидаренко и соавторов другую статью, но со схожим названием, опубликовал В.И. Бураковский³, а в предпосланном статье кратком литературном обзоре сослался на опыт клиники, руководимой Н.М. Амосовым⁴.

Конечно, общее число проведенных в руководимом Владимиром Ивановичем головном институте страны за 20 с лишним лет операций (5171) несопоставимо с числом вмешательств, приведенным Леной Николаевной с соавторами. Но проблемы у москвичей были те же. В частности, при разборе причин летальности у больных после коррекции тетрады Фалло, В.И. Бураковский указал на неадекватность коррекции порока, травматичность операции с повреждением проводящих путей, избыточную гемодилюцию, неадекватную кардиоплегию, анестезию, перфузию и другие ошибки, допущенные врачами и не связанными с исходным тяжелым состоянием больных.

Аккуратность проведения всех этапов операции, бережное отношение к миокарду («хирург должен выполнить операцию на сердце, не прикасаясь к нему»), предупреждение воздушной эмболии, тщательный гемостаз, адекватные анестезия и перфузия, грамотное ведение больного после операции – вот, по В.И. Бураковскому, залог успеха работы кардиохирурга и снижения количества смертельных исходов в таком технологически

№6. – С. 25.

¹ Теселевич А.М. Научное, литературное и эпистолярное наследие Н.И. Пирогова. – М.: Медгиз, 1956. – С. 40.

² Сидаренко Л.Н., Спасокукоцкий А.Ю., Бакуновский Е.В. Причины летальных исходов при операциях с искусственным кровообращением у больных с врожденными пороками сердца у детей младшего возраста // Грудная хирургия. – 1979. – №1. – С. 38 – 42.

³ Бураковский В.И. Пути снижения летальности при операциях, выполняемых в условиях искусственного кровообращения // Грудная хирургия. – 1979. – №3. – С. 3 – 13.

⁴ В 1978 г. Л.Н. Сидаренко переехала в Калинин, где возглавила кафедру госпитальной хирургии Калининского медицинского института (ныне – Тверская государственная медицинская академия), а отдел сердечно-сосудистой хирургии НИИ туберкулеза и грудной хирургии МЗ УССР возглавил Н.М. Амосов.

крайне сложном разделе хирургии, как операции на открытом сердце.

«[В нашем деле] нет основным и второстепенных звеньев, – заканчивает свою статью Владимир Иванович. – При прекрасно выполненном вмешательстве больной может погибнуть от асфиксии небольшой слизистой пробкой, выкашленной из бронха, либо от передозировки калия. Дисциплина и порядок в коллективе, высокое чувство ответственности каждого сотрудника не менее важны, чем мастерство хирурга»¹.

Эти слова крупнейшего кардиохирурга XX века напомнили другие, сказанные Л.Н. Сидаренко, когда она вспоминала свою первую сердечную больную.

«Это была Оля Б., 8 лет, – рассказывала Лена Николаевна. – Операция по поводу дефекта межпредсердной перегородки прошла, как говорится, «без сучка, без задоринки». Гемодинамика после операции тоже восстановилась на удивление быстро, но переведенная в палату девочка никак не

хотела просыпаться. Прошли сутки, двои, трое... Я вся измучилась, пока не догадалась проверить у Оли содержание калия в крови! К моему удивлению его концентрация оказалась крайне низкой. После соответствующего лечения Оля стала быстро поправляться, и вскоре была выписана домой.

Конечно, это произошло от того, что мы тогда еще плохо понимали принципы ведения послеоперационного периода у оперированных нами сердечных больных».

Таким образом, все выше сказанное, наряду с серией статей 1970 – 1980-х гг. и монографией 1975 г.², посвященных анализу результатов хирургических вмешательств при пороках сердца, а также внедрение организационных мер, включающих тщательный анализ каждого смертельного случая, борьбу с инфекцией и автоматизированную историю болезни, позволяет считать профессора Лену Николаевну Сидаренко одним из пионеров внедрения «системы качества» в отечественной кардиохирургии.

¹ Бураковский В.И. Пути снижения летальности при операциях, выполняемых в условиях искусственного кровообращения // Грудная хирургия. – 1979. – №3. – С. 13.

² Амосов Н.М., Сидаренко Л.Н. Опасности и осложнения операций с искусственным кровообращением. – Киев: «Здоров'я», 1975.