

С.М. Пухлик, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета

Время бросать скальпель?

День долог для того, кто умеет жить.

Артур Шницлер

Специфические проблемы, возникающие у людей в пожилом и старческом возрасте, достаточно хорошо известны и часто становятся предметом обсуждения. В среде медицинских работников эти вопросы являются особенно актуальными, а в отношении специалистов в области хирургии – даже жизненно важными. Как поступать стареющему хирургу: прекратить оперировать, что автоматически повлечет за собой отсутствие оснований для того, чтобы считать такого специалиста хирургом, либо же продолжать активно трудиться и ждать возможных неприятностей, в частности просьбы оставить профессию под угрозой наказания? Мне, человеку более 40 лет стоящему у операционного стола, руководителю крупной клиники, где работают в том числе и пожилые врачи, приходится задавать этот вопрос не только себе. Нередко возникает необходимость разбирать жалобы пациентов, рецензировать истории болезни, анализировать врачебные ошибки, и часто возраст лечащего врача в таких ситуациях является отягощающим моментом.



С.М. Пухлик

Данная тема является одной из широко обсуждаемых в интернете: «Пожилый врач некачественно ставит диагноз, увильивает от операций. Простить или жаловаться?». Мнения людей разделились – одни считают, что врач «Очень старый, на нем уже грибы растут, как он мог оперировать?», «Он же ничего не может, руки – как клешни», «...молодых не подпускают к операционному столу, ничего не позволяют делать», «В правительстве, в банках, в университетах – одни стариканы...», «...врача нужно увольнять с работы как профнепригодного, поскольку вреда он приносит больше, чем пользы».

Но есть и другое народное мнение: «Вот уж не согласна: все очень индивидуально. Выдающийся хирург, ученый и педагог, Ф.Г. Углов до последних дней был полон энергии. И одну из последних операций выполнил накануне столетнего юбилея», «Если человек пенсионного возраста прекрасно справляется со своими должностными обязанностями – пусть продолжает работать», «...нельзя вот так походя обобщать: достиг пенсионного возраста – ты уже не специалист, ты – бездельник трусливый и отставший от современности. Но ведь многие молодые и амбициозные, выталкивающие пенсионеров врачи – вообще недоучки, безграмотны и НЕпрофессиональны (и не только в медицине!)... Так что непрофессионализм не является возрастной категорией».

В рамках изучения этого вопроса я решил проанализировать, как за рубежом, который стал для нас образцом демократии и социальной справедливости, обстоят дела с **проблемой стареющих хирургов**. Оказалось, что эта тема достаточно актуальна и широко обсуждаема. В качестве примера, иллюстрирующего данную проблему, можно представить историю выдающегося немецкого хирурга Фердинанда Зауэрбруха (Ferdinand Sauerbruch, 1875-1951) [13]. Как блестящий диагност и хирург, обладающий виртуозной техникой, он привлек в клинику Шарите в г. Берлине поток студентов и пациентов из всей Европы, в частности Великобритании, а также из России. Однако в конце 1940-х гг. в поведении врача произошли изменения. Коллеги отмечали, что у него появились «резкие смены настроения и периоды забвения»; он стал «удивлять ассистентов во время операций, которые выполнял с нарастающей неуклюжестью, травмированием тканей и рассечением кровеносных сосудов».

Администрация клиники Шарите, памятуя заслуги выдающегося хирурга и финансовую выгоду для учреждения благодаря его международной известности, была не в состоянии действовать; предложения друзей Ф. Зауэрбруха уйти на пенсию натолкнулись на категорический отказ. Тем временем известный актер умер от кровотечения во время простой герниотомии; ребенок скончался во время операции по восстановлению желудочно-кишечной непроходимости после резекции желудка. Ф. Зауэрбрух, наконец, смирился и в 1949 году в возрасте 74 лет ушел на пенсию под угрозой унижительного публичного увольнения. Даже после этого он продолжал работать, занимаясь частной практикой, с катастрофическими результатами. Его автобиография под названием «Master surgeon» была опубликована в 1953 г. Сегодня, спустя 65 лет после увольнения Ф. Зауэрбруха, сохраняется догма, что старение хирургов остается серьезной проблемой.

Так, A.J. Hartz и соавт. в 1999 г. [1] обнаружили, что уровень смертности пациентов в практике хирургов, выполняющих аортокоронарное шунтирование, нарастает с увеличением стажа работы. Согласно данным исследований L. O'Neill и соавт. [2] при проведении эндартерэктомии сонной артерии пожилыми хирургами отмечались более высокие показатели смертности больных по сравнению с таковыми в практике молодых специалистов. В случае выполнения лапароскопического пахового грыжесечения пожилыми хирургами зарегистрирована более высокая частота развития рецидивов грыжи по сравнению с таковой при проведении вмешательства более молодыми коллегами [3]. J.F. Waljee и соавт. [4] изучили истории болезни 461 тыс. пациентов и пришли к заключению, что более высокие показатели послеоперационной летальности при панкреатэктомии, аортокоронарной трансплантации и каротидной эндартерэктомии имеют место в практике пожилых хирургов, однако разница была незначительной. Ученые сделали вывод, что «в совокупности возраст хирурга является относительно слабым предиктором послеоперационной летальности, но данный показатель, как и производительность труда, индивидуален для каждого хирурга».

Рассматриваемая проблема актуальна и в отношении специалистов, занимающих высокие должности в органах сферы здравоохранения. Так, по словам одного из членов хирургического общества, некогда начальник хирургии и вице-президент по медицинским вопросам «уснул, сжимая внутреннюю грудную артерию». В связи с данным фактом было организовано разбирательство во главе с другими ведущими хирургами. При этом даже операционные медсестры со слезами просили: «Вы должны его остановить!».

Несмотря на в целом небольшое количество «проблемных» пожилых хирургов, отсутствие у них самокритики значительно осложняет проблему. Согласно результатам обследования 995 врачей, выполненного L.J. Greenfield, H.J. Lee [5], большинство пожилых хирургов сообщили об отсутствии у них изменений познавательных способностей, связанных с возрастом. По итогам обсуждения этой темы в 2006 г. был сделан вывод, что «весомых доказательств того, что пожилые врачи имеют ограниченную способность самостоятельно оценивать ситуацию, нет» [6].

«Мера должна быть во всем», – писал Гораций. Насколько велики масштабы указанной проблемы? Американская коллегия хирургов располагает списком, включающим 5763 специалистов старше 70 лет, которым «рекомендовано не заниматься активно хирургией, они больше не обязаны платить взносы». Однако учитывая, что доля молодых хирургов составляет лишь 25-30%, общее количество пожилых (средний возраст 70 лет) практикующих хирургов в США приближается к 20 тыс.

Как и большинство стареющих людей, пожилые хирурги сталкиваются с проблемой ухудшения когнитивных и физических способностей, угасания сенсорных функций, таких как зрение и слух. Кроме того, они в различной степени испытывают снижение зрительно-пространственной ориентации, индуктивного мышления, вербальной памяти и других областей познания [7]. Огромного багажа знаний и опыта пожилого врача недостаточно, чтобы возместить неизбежные изменения в познании. Привычная память сохраняется лучше контролируемой аналитической [8], однако хирургу необходимы обе.

Группа ученых во главе с L.J. Greenfield [9, 12] изучала у врачей-хирургов остроту постоянного внимания, стрессоустойчивость, время реакции, психомоторные способности, визуальное восприятие и память, определяющие визуально-пространственную организацию. Несмотря на то что показатели, полученные при обследовании хирургов, лучше по сравнению с таковыми в общей популяции населения, «значительное снижение с возрастом» отмечено практически в каждом тесте. Выявлен впечатляющий разброс уменьшения значений скорости познавательной и физической активности, который увеличивается с возрастом. K.W. Eva [8], оценивая изменения когнитивной деятельности стареющих врачей, пришел к выводу, что «возраст не является ее определяющим показателем». Ряд хирургических клиник гордились врачами, которые «оставались первоклассными специалистами в возрасте 73 лет» и «продолжали успешно оперировать до 80 лет» [10].

Конгресс США одобрил фиксированный возраст выхода на пенсию для представителей ряда профессий, связанных с влиянием на общественную безопасность: пилота коммерческой авиакомпании (65 лет), агента Федерального бюро расследований, следователя (57 лет), авиадиспетчера (56 лет), оператора маяка (55 лет). Подобные нормы в отношении врачей-хирургов существуют во многих странах, но не в Соединенных Штатах Америки, где они согласно Закону США о занятости (1967) трактуются как **дискриминация по возрасту**.

Аргументом в пользу отсутствия фиксированного пенсионного возраста является наличие других причин снижения работоспособности (например, побочных эффектов постоянно принимаемых лекарств, тяжелой депрессии, неврологических заболеваний, сонного апноэ, проблем со зрением), и тенденция современного общества к дискриминации по возрастному признаку только на основании хронологического возраста – не что иное, как предубеждение [11].

А как решается данный вопрос в других странах?

В Индии возраст выхода на пенсию до недавнего времени составлял 65 лет, однако он был увеличен по причине нехватки персонала в государственных медицинских учреждениях.

В Пакистане пенсионный возраст для врачей составляет 70 лет. По его достижении специалист обязан либо уйти на заслуженный отдых, либо продолжить работу в неклиническом учреждении (в образовательной или научной сфере).

В Италии хирурги, которые достигли 65-летнего возраста, обязаны продолжить работу в общественном секторе здравоохранения, если они добровольно не перешли в частную медицину.

В Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии фиксированный пенсионный возраст для представителей всех профессий (65 лет) введен с 2011 г. Однако с 2012 г. врачам общей практики разрешили «соразмерно» возможностям работать и после достижения пенсионного возраста.

Общественность Европы и США считает, что сфера здравоохранения имеет внутренние контролирующие органы, «собственную полицию», однако это иллюзия. Первичная сертификация хирурга сложна, но ресертификацию пройти сравнительно легко. Принципы проведения текущей оценки профессиональной деятельности, обязательной во всех медицинских учреждениях каждые 6 мес, отличаются для конкретных больниц и весьма неоднородны. По мнению американских хирургов, этой системе свойственен высокий уровень халатности, она не способна бороться с «хромающими» врачами. И это в стране, где налажена активная работа системы внутреннего контроля, возглавляемой ассоциациями врачей.

В Украине обеспечение функционирования системы аттестации врачей возложено на руководителей сферы здравоохранения, и она в еще меньшей степени может защитить пациента от «неспособного» или «опасного» хирурга. Пожилые врачи являются наиболее уважаемыми членами общества. Они были учителями и наставниками своих молодых коллег, некоторые из них в настоящее время являются их начальниками. Представители старшего поколения

“

Как и большинство стареющих людей, пожилые хирурги сталкиваются с проблемой ухудшения когнитивных и физических способностей, угасания сенсорных функций, таких как зрение и слух. Кроме того, они в различной степени испытывают снижение зрительно-пространственной ориентации, индуктивного мышления, вербальной памяти и других областей познания. Огромного багажа знаний и опыта пожилого врача недостаточно, чтобы возместить неизбежные изменения в познании. Привычная память сохраняется лучше контролируемой аналитической, однако хирургу необходимы обе.

”

Стареющий хирург: Балансировка



Рис.

принесли известность больнице и были «материальными создателями» хирургических показателей. Незначительное количество медицинских уставов сотрудников содержит положения, регламентирующие принципы осуществления контроля за старением штатного врача. Некоторые изменения в качестве работы трудно задокументировать, так как хирург попадает в «серую тревожную зону», но в пределах стандартов практики. Основанием для конкретных действий и принятия решений относительно пожилого хирурга нередко служит смерть пациента или жалобы родственников и окружающих.

В настоящее время в медицинской прессе США активно обсуждают письмо операционной медсестры [14], которая написала: «Я работаю с 75-летним хирургом в течение 30 лет. За последние 1-2 года стало очевидно, что его навыки значительно ухудшаются. Он не выполняет адекватного гемостаза в конце операции, что приводит к критическим состояниям у больных со снижением уровня гемоглобина. Будучи информированным о наличии аллергии у пациента, он продолжает назначать опасные лекарства. Его руки дрожат до такой степени, что при выполнении манипуляций он вынужден поддерживать одну руку другой. Во время медицинских осмотров он более озабочен социальной жизнью пациента, нежели причинами визита. В последние 6-12 мес при тазовых лапароскопиях, когда присутствует явная патология (дермоидная киста, эндометриоз, рак яичников), он утверждает, что патологии нет и не предпринимает никаких мер! Я неоднократно в различных формах сообщала об этом руководству. Мне ответили, что будут изучать этот вопрос, но я не вижу никаких изменений. Я боюсь работать с ним, ...я боюсь ходить на работу. Пожалуйста, помогите мне быть адвокатом пациента, ведь я обучалась, чтобы быть им!» Страшно читать такие письма. И что же этой медсестре рекомендуют коллеги по материалам обсуждений? Медсестра может сначала обсудить данный вопрос непосредственно с хирургом в спокойной, неконфронтационной манере с предоставлением конкретных примеров и рассмотреть возможность получения поддержки от другого хирурга или анестезиолога. Если результат не будет достигнут, медсестре следует пообщаться с администраторами или руководителями операционной. Наконец, медсестре посоветовали не обращаться в государственные медкомиссии до тех пор, пока все возможные внутренние механизмы не будут исчерпаны. Как ни странно, во многих странах труднее продлевать водительские права, нежели хирургические привилегии.

Что можно предпринять в подобных ситуациях? Что уравновешивает безопасность пациента и риск ответственности за сохранением достоинства хирурга и его ценности для общества (рис.)?

Безопасность пациента можно рассматривать и с такой позиции — один хирург в шутку упомянул о так называемом «верховенстве 210»: «Если возраст хирурга, пациента и анестезиолога в сумме превышает 210, то смертность составит 100%».

Таким образом, можно ли обойтись без пожилых хирургов?

Не буду подробно останавливаться на длительности сроков подготовки квалифицированного хирурга и на огромных средствах, затрачиваемых при этом. О кладбищах, которые скрывает каждый состоявшийся хирург, не шутит только ленивый. Данных по нашей стране мне отыскать не удалось, а вот в США Ассоциация американских медицинских колледжей (ААМК) сообщила, что в 2010 г. более 40% из почти 800 тыс. активно практикующих врачей были старше 55 лет, при этом отмечен рост данного показателя почти на 3% по сравнению с 2007 г.

Самый высокий показатель среди специалистов хирургического профиля (старше 55 лет) зафиксирован у торакальных хирургов — 51,6%, в ортопедической хирургии он составил 49,7%, в урологии — 49,3%. Петр Кармель, президент Американской медицинской ассоциации (АМА), отметил, что возраст около 20% американских врачей — >65 лет. По данным АМА за 2009 г., 8,5% всех активных хирургов США приходится на врачей старше 70 лет, в том числе 11,6% составляют торакальные хирурги. В 2014 г. количество активных хирургов в США старше 70 лет достигло 20 тыс.

Темп роста численности хирургов в США был ниже, чем количества врачей в целом — 2,6 и 7,8% соответственно [3]. ААМК сообщила, что приток новых хирургов также не согласуется с общим ростом численности населения и, таким образом, может быть недостаточным для замены пожилых хирургов в случае их выхода на пенсию.

Возраст — не единственный фактор, влияющий на профессиональную деятельность хирургов. Необходимо учитывать, что пожилые врачи имеют большой опыт в отличие от молодых специалистов. Анализ 460 тыс. историй болезни пациентов, перенесших серьезные операции в 1998-1999 гг., показал, что при большинстве вмешательств возраст хирурга не влиял на операционный риск.

Некоторые врачи сообщили о других причинах, которые в конечном итоге подтолкнули их к принятию решения уйти на пенсию или уменьшить объем оперативной активности добровольно, в частности, это было связано с тем, что хирурги «в меньшей степени были способны справиться с последствиями бессонных ночей» и «не могли восстановиться после всенощной работы в операционной и трудиться полный следующий рабочий день».

Обзор 62 исследований, посвященных изучению взаимосвязи между возрастом врача и клиническими знаниями или производительностью труда, показал, что примерно в половине исследований была установлена связь между увеличением стажа и снижением работоспособности. Такие результаты не всегда обусловлены пожилым возрастом и нередко свидетельствуют о том, что пожилые врачи непрерывно обновляют свои знания по внедрению современных инструментальных методов.

«Жизнь — это хорошая пьеса с плохо написанным третьим актом», — говорил Трумен Капоте. А что делать хирургу после выхода на пенсию?

Вытесняя врачей преклонного возраста, нельзя не принимать во внимание тот факт, что пожилые специалисты плохо приспособлены к жизни за пределами операционной. На Западе пишут, что многие хирурги «не планировали, чем будут заниматься после выхода на пенсию, бояться скуки и сосланы для игры в гольф», в то время как отоларингологи опасались, что пенсионеры-хирурги могут «впасть в депрессию». Опрос 659 американских хирургов показал, что менее половины из них имеют какие-либо планы на период после выхода на пенсию, в том числе 40% практикующих хирургов старше 70 лет. В ходе опроса, проведенного в 2011 г., выявлено, что в результате недавнего экономического спада 52% из 522 врачей отложили свои планы относительно выхода на пенсию.

С целью финансовой безопасности был предложен широкий спектр решений в отношении занятости пожилых хирургов после выхода на пенсию, многие из которых предполагают, что дальнейшая деятельность таких специалистов будет связана с медициной (издательская сфера, преподавательская, исследовательская и волонтерская работа).

Таким образом, даже на Западе, где врачи считаются одними из наиболее состоятельных членов общества, экономический спад послужил причиной пересмотра пенсионных планов. А что можно говорить об отечественных хирургах, которые вынуждены трудиться за мизерную заработную плату, в то время как долгожданную пенсию наши руководители угрожают отобрать. И это при том, что работа таких специалистов считается одной из самых сложных и ассоциируется с большим количеством рисков для здоровья. С.И. Ашбель и соавт. [15], изучая состояние сердца у хирургов, пришли к выводу, что серьезные изменения в функционировании сердечно-сосудистой системы у них обнаруживаются в четыре раза чаще, чем у рабочих литейных цехов. Пятьдесят процентов хирургов в США умирают от инфаркта миокарда и другой кардиоваскулярной патологии в возрасте до 50 лет. Не исключено, что в будущем инфаркт миокарда у хирургов будут рассматривать как профессиональное заболевание [16].

Бытует мнение, что умственная работа помогает сохранить остроту ума по мере старения. Шотландские ученые доказали, что люди, профессиональная деятельность которых предполагает высокие умственные нагрузки (адвокаты, архитекторы, преподаватели, хирурги), имеют большие шансы сохранить хорошую память в старости. Комментируя полученные результаты, можно сказать, что рабочая среда, которая сильнее стимулирует мышление человека, помогает сохранить высокий уровень интеллекта даже после выхода на пенсию.

По моему мнению, Всемирной организации здравоохранения или какой-либо другой организации необходимо разработать основные принципы, направленные не только на защиту пациента, но и на защиту пожилых хирургов, чтобы они могли продолжать использовать свой опыт и быть при этом морально адекватными.

Существуют интересные примеры решения этих вопросов. В январе 2014 г. разработаны инициативы (Sinai Hospital, штат Мэриленд, Университет Калифорнии в Сан-Диего), предлагающие проведение интервью, познавательного, нейропсихологического тестирования, медицинских осмотров и рентгенологического обследования для определения «красных флагов» у стареющих хирургов и являющиеся основанием

для дальнейших действий. «Красные флаги» определяют путем оценки навыков для выполнения операции — точности моторных действий, визуально-пространственной способности и когнитивных функций. Цели программы заключаются в следующем: защита хирургов от произвольных либо ненадежных методов оценки компетентности или когнитивных способностей; выявление потенциально излечимых или обратимых расстройств (т.е. лечение может восстановить или улучшить функциональную способность); помощь хирургу в принятии решения при выходе на пенсию; защита пациентов от опасных хирургов; защита врачей и больницы от риска ответственности; предоставление прав существующим структурам на использование результатов тестирования при проведении аттестации; обеспечение объективной, всесторонней, непредвзятой оценки.

«Квалификация врача — главная врачебная тайна», — шутит В. Тюрин. В ряде больниц при достижении 70-летнего возраста при каждом цикле переаттестации сотрудников направляют для прохождения таких 2-дневных тестов. Заказать такой тест может и сам хирург. Результаты конфиденциальной оценки отправляются заказчику. Однако эти программы не могут автоматически привести к отставке или переназначению стареющего хирурга. Низкая оценка требует дальнейшего обсуждения хирургом и представителями аттестационной комиссии больницы перспективы занятости. Запрет на занятие профессиональной деятельностью возможен только при зафиксированных фактах грубой небрежности или преступного поведения, в остальных случаях решение уйти в отставку хирург принимает самостоятельно. Хочется процитировать одного врача: «Если хирург решает уйти в отставку, это счастливый конец».

Выводы

Знаменитый хирург Николай Михайлович Амосов писал: «Хирургия всех равняет — простого врача и академика: покажи, что ты можешь сделать! А степени — это дело второе».

Введение обязательного пенсионного возраста для хирургов может быть наиболее простым решением, но в то же время неуместно и несправедливо уравнивать всех специалистов по причине значительной вариативности функций среди людей старшего возраста.

Физические и умственные способности человека ухудшаются с возрастом, однако им свойственна изменчивость. Поэтому решение относительно компетентности конкретного врача-хирурга должно быть основано на оценке функциональных возможностей, а не хронологическом возрасте.

Приведенные результаты исследований свидетельствуют против введения обязательного пенсионного возраста в пользу объективной оценки функционального возраста. Такая оценка обеспечит балансирование адекватности врача и его значения для общества с безопасностью для пациентов и риском ответственности.

Одним из способов осуществления этой задачи являются вышеприведенные программы, включающие комплексную, междисциплинарную цель и конфиденциальную оценку.

И хирург, и общество заслуживают этого!

Литература

- Hartz A.J., Kuhn E.M., Pulido J. Prestige of training programs and experience of bypass surgeons as factors in adjusted patient mortality rates. Med Care. 1999; 37: 93-103.
- O'Neill L., Lanska D.J., Hartz A. Surgeon characteristics associated with mortality and morbidity following carotid endarterectomy. Neurology. 2000; 55: 773-781.
- Neumayer L.A., Gawande A.A., Wang J. et al. Proficiency of surgeons in inguinal hernia repair: effect of experience and age. Ann Surg. 2005; 242: 344-348; discussion 348-352.
- Waljee J.F., Greenfield L.J., Dimick J.B. et al. Surgeon age and operative mortality in the United States. Ann Surg. 2006; 244: 353-362.
- Lee H.J., Drag L.L., Bielauskas L.A. et al. Results from the cognitive changes and retirement among senior surgeons self-report survey. J Am Coll Surg. 2009; 209: 668.e2-671.e2.
- Davis D.A., Mazmanian P.E., Fordis M. et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. JAMA. 2006; 296: 1094-1102.
- Powell D.H. Profiles in Cognitive Aging. London, UK: Harvard University Press; 1994; p87.
- Eva K.W. The aging physician: changes in cognitive processing and their impact on medical practice. Acad Med. 2002; 77: S1-S6.
- Bielauskas L.A., Langenecker S., Graver C. et al. Cognitive changes and retirement among senior surgeons (CCRASS): results from the CCRASS Study. J Am Coll Surg. 2008; 207: 69-78; discussion 78-79.
- Drag L.L., Bielauskas L.A., Langenecker S.A. et al. Cognitive functioning, retirement status, and age: results from the Cognitive Changes and Retirement among Senior Surgeons study. J Am Coll Surg. 2010; 211: 303-307.
- Hyde G., Miscal B. Impairment due to aging. The Impaired Surgeon: Diagnosis, Treatment, and Reentry. Chicago, IL: American College of Surgeons; 1992:5.
- Greenfield L.J. Farewell to surgery. J Vasc Surg. 1994; 19: 6-14.
- Mark R. Katic., JoAnn Coleman. The Aging Surgeon. Annals of Surgery. 2014; 260 (2): 199-201.
- Carolyn Buppert, I'm a Nurse Ready to Retire: What Do I Do Next? <http://www.medscape.com/viewarticle/837283>
- Ашбель С.И. Пигиена труда и промышленная санитария в производствах пестицидов. — М.: Химия, 1973. — 208 с.
- Грановская Р.М. Элементы практической психологии DJVU. — СПб.: Речь, 2003. — 560 с.