

-ЯРОСЛАВ- СОКОЛОВ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛИСТ

ВЫЗОВ ПРИНЯТ

НЕВЕРОЯТНЫЕ ИСТОРИИ
СПАСЕНИЯ, РАССКАЗАННЫЕ
РОССИЙСКИМИ ВРАЧАМИ

ВРАЧИ
БЕЗ
МАСКИ
РЕАЛЬНЫЕ
ИСТОРИИ



Ярослав Андреевич Соколов
Вызов принят.
Невероятные истории
спасения, рассказанные
российскими врачами
Серия «Врачи без маски:
реальные истории»

текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=28528199

*Я. А. Соколов. Вызов принят : невероятные истории спасения,
рассказанные российскими врачами: Издательство «Э»; Москва; 2018*

ISBN 978-5-04-090280-4

Аннотация

Наша медицина и наши врачи не просто способны на подвиги. Они совершают их каждый день, в режиме рядовых будней. В этой книге врачи разных специальностей делятся своими переживаниями, профессиональными проблемами, размышлениями о медицине, её прошлом, настоящем и будущем. Эти непродуманные, подлинные истории открывают мир медицины с неожиданной, часто шокирующей стороны,

предоставляя читателю уникальную возможность увидеть его изнутри.

[ul]приехать на вызов “ножевое ранение” и стать заложником маньяка

вытащить с того света миллионера, которого все приняли за бомжа

отказаться от неминуемой ампутации и спасти пациенту ногу
принять роды в машине скорой помощи, выбирая, чью жизнь спасти: матери или ребенка

получить радиационный удар, спасая от ожогов солдат и пожарных, и выжить.[/ul]

Содержание

1. ОСТРАЯ ГРАНЬ	11
Двойная ошибка	12
Лечить не только делом, но и словом	17
Очень счастливый человек	25
Есть только я и операционное поле	34
Прикоснуться к сердцу	42
Конец ознакомительного фрагмента.	45

Я. А. Соколов
Вызов принят:
невероятные истории
спасения, рассказанные
российскими врачами

© Соколов Я., текст, 2017

© Щепин С., иллюстрации, 2017

© ООО «Издательство «Э», 2018

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет за собой уголовную, административную и гражданскую ответственность.

«Мы привыкли думать, что лучшие врачи и уникальные

победы происходят только за рубежом. Но это ошибка. Наша медицина и наши врачи не просто способны на подвиг. Они совершают их каждый день, в режиме рядовых будней. Книга «Вызов принят» – красивые и очень трогательные истории, рассказанные от первого лица».

«Такие книги нужны, особенно сейчас! Они учат добру, уважению. Как глоток воздуха в суете повседневных забот. Спасибо автору».

А. Ш. Салиджанов, пластический хирург

*Выражаю свою благодарность моей маме,
семье Бельяниновых,
Андрею Ивановичу Кожушкову,
всем сотрудникам сети медицинских центров,
где я работал,
и Василию Кузнецову
за помощь в создании этой книги*



Нам иногда кажется, что врачи и пациенты стоят по разную сторону баррикад. На самом деле, рядовые врачи действительно стоят на переднем краю борьбы за наше здоровье и порой – жизни, но стоят они с нами плечом к плечу.

Сегодня в России огромное количество талантливых, увлеченных, искренне любящих свою профессию и своих пациентов врачей. Мы не всегда помним об этом. Кто-то из них молод, другие – пенсионного возраста. У нас, к сожалению, не все благополучно с системой постоянно реорганизуемого

здравоохранения, но люди в белых халатах и в голубых хирургических костюмах каждый день отдают свои силы и свое время, чтобы кому-то стало лучше.

В книге реальные истории из врачебной практики: с колес скорой помощи, из родильного отделения, из травматологии, реанимации и терапии. А также рассказы врачей, побывавших на месте катастроф и спасавших там жизни, рискуя своей собственной. Зная об этом не понаслышке, расскажу лишь один эпизод.

Когда в 1986 году произошла черновыльская трагедия, я работала научным сотрудником в Институте гематологии и переливания крови. Многие наши врачи были тогда командированы в черновыльскую зону для обследования пострадавших и забора анализов. Никто из них не отказался. Вместе с ними в той же группе были и сотрудники министерств, организаторы здравоохранения и других ведомств. По приезде наши коллеги с горечью рассказывали о малопримечательных фактах.

В Киеве в условиях замалчивания высокого уровня радиации прошла первомайская демонстрация. Пожарные чуть ли не руками разгребали завалы. В это же время облеченные властью сотрудники, бывшие с нашими врачами в одной группе, с жаром убеждали население, что ничего страшного не произошло, можно пить воду из-под крана и есть, как обычно. Что двигало ими при этом – медицинское невежество или сознательный обман – сейчас трудно сказать. Но са-

ми рассказчики ели отдельно и только привезенную с собой пищу; даже руки мыли только водой из бутылей, привезенных опять же с собой. Врачи же садились за общий стол. В книге есть отдельная глава о Чернобыле, и там все правда.

В тексте много смешного, забавного, невероятно позитивного. Но много и болезненного, напряженного, устрашающе притягательного. Правда же заключается в том, что каждый день рядовые медицинские работники принимают тяжелые решения, а, бывает, спасают чью-то жизнь, рискуя собственной. Одни принимают непростые роды в машине скорой помощи и вынуждены выбирать, кого спасти – мать или ребенка. Другие не в кино, а в реальности уговаривают влюбленного подростка не прыгать с моста и не завершать свою жизнь так трагично и пошло. Третьи, накладывая повязки буйным потерпевшим, оказываются в зоне заражения ВИЧ-инфекцией. Четвертые, прибыв на место происшествия, сами становятся заложниками маньяка.

Реальные истории о реальных врачах рассказывает талантливый медицинский журналист Ярослав Соколов, который слышал их лично. Многие врачи просили не указывать их имена. Правда, которой они делятся, иногда слишком болезненна. Ярослав долгое время работал пресс-секретарем крупного медицинского центра, где в разное время для получения психологической разгрузки находились работники «невидимого» фронта – врачи.

Эти истории помогут вам не только достоверно увидеть,

насколько ответственна и непроста работа врача, но и дадут реальное представление об уровне и возможностях современной медицины, помогут лучше понять происходящее и научат вовремя распознавать, когда что-то «идет» не так. Читая, вы без сомнения получите заряд гордости и вдохновения, которые неизменно возникают, когда слышишь истории, рассказанные самими докторами от первого лица.

*Главный редактор
медицинского направления
канд. биол. наук*

Ваша

Ольга Шестова

1. ОСТРАЯ ГРАНЬ

*Эта глава о том, как хирурги
борются за человеческую
жизнь, и о том, как сами
порой становятся жертвами
чужого непрофессионализма*



Двойная ошибка

Хирургам более, чем врачам другого профиля, приходится работать в жёстких, стрессовых условиях, принимать в ходе операции моментальные, порой нестандартные решения, основываясь не только на знаниях и опыте, но и полагаясь на свою профессиональную интуицию.

«Я ещё учился в выпускном классе школы и только начинал задумываться о своей будущей профессии, – вспоминает хирург Андрей Мельников. – В сторону медицины поглядывал уже довольно давно – мой дед проработал всю жизнь врачом в небольшой сельской больнице, где прослыл местной легендой. Когда до выпускных экзаменов оставалось чуть более полутора месяцев, у меня случился острейший приступ – боли в правой нижней части живота, сопровождавшиеся тошнотой и повышенной температурой. Некоторое время я стоически пытался терпеть, полагая, что это банальное несварение. Однако, когда температура поднялась до 39-ти, пришлось вызывать «скорую».

Доктор задал мне несколько вопросов, провёл пальпацию живота, чередующуюся с лёгким постукиванием, после чего констатировал острый аппендицит.

Так я попал на первую в жизни хирургическую операцию. Хорошо всё помню, поскольку мне почему-то не стали давать общий наркоз, а ограничились местной анестезией, что,

как я узнал впоследствии, очень странно при перитоните, когда рекомендован именно общий наркоз. Какими соображениями тогда руководствовались врачи – неизвестно. Сам процесс обезболивания тоже был проведён не вполне корректно: в течение всей операции я отчётливо ощущал манипуляции хирурга. Но то ли из юношеского максимализма, то ли по дурости старался не показывать этого ни врачам, ни молоденьким медсестричкам, терпел боль. Мало того, я даже пытался с ними шутить и поддерживать «светскую» беседу, несмотря на холодные капли пота, сползавшие по лбу.

После операции мне поставили укол морфина и на некоторое время я выпал из достаточно болезненной для меня реальности. На другой день лечащий врач рассказал, что у меня уже начинался перитонит и операцию провели весьма и весьма вовремя. Учитывая сложный случай, мне даже поставили специальную дренажную трубку для оттока воспалительного экссудата и для дополнительного введения антибиотиков.

Предполагалось, что я пролежу в клинике десять дней, но по причине тотального дефицита койко-мест меня выписали уже на четвёртые сутки после операции. Врач дал мне направление к хирургу в районную поликлинику и велел прийти туда на приём через две недели. За сим мы и расстались довольные друг другом – я был рад наконец-то отправиться домой готовиться, а он – освободить койку для ожидавшего своей очереди нового пациента.

По прошествии недели кожа под повязкой начала сильно чесаться, но я счёл, что именно так проходит процесс заживления и не стал беспокоиться по этому поводу. А еще через неделю явился в свою поликлинику на приём к хирургу.

Когда сняли повязку, по реакции врача я понял, что случилось нечто из ряда вон. Его благодушие сначала сменилось растерянностью, он развернулся к письменному столу, вновь разглядывая мою выписку и направление. Затем по его лицу пронеслась целая буря эмоций. Из потока слов мне запомнились лишь наиболее понятные – сепсис, тюрьма, коновалы, рукоуи и снова сепсис.

Как выяснилось, швы и дренажную трубку мне должны были снять ещё перед выпиской из больницы, но, видимо, в суматохе выписки об этом забыли, из-за чего у меня вполне мог развиваться сепсис и тогда всё обернулось бы крайне печально. Врач замерил мне температуру, поставил укол антибиотика и принялся удалять швы, бурча под нос нелестные эпитеты в адрес коллег. Тут в кабинет вошла медсестра и сообщила, что его срочно вызывают к главврачу. Перед уходом он быстро заполнил мои бумаги, велел медсестре закончить начатое и наложить повязку. Я был счастлив, что легко отделался.

**КОГДА В ДЕЛО ВМЕШИВАЮТСЯ ЛИЧНОСТНЫЕ СИМПАТИИ,
ВСЕ МОЖЕТ ЗАКОНЧИТЬСЯ ВЕСЬМА ПЛАЧЕВНО.**

В МЕДИЦИНЕ НЕТ МЕСТА ЧУВСТВАМ, ТОЛЬКО ХОЛОДНЫЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗМ.

Однако радовался я рано. Примерно через неделю я вновь почувствовал тот же неприятный зуд под повязкой. Устроившись в ванной перед большим зеркалом, я осторожно снял повязку, протёр рану спиртом и внимательно осмотрел послеоперационный рубец. Каково же было моё удивление, когда я обнаружил там почти половину от первоначального количества наложенных швов! Они всё ещё были на месте! Но и это еще не все – там же торчала так и не снятая дренажная трубка!

В памяти всплыло лицо юной симпатичной медсестры, которая обрабатывала мою рану. Смущение помешало мне заметить очевидное – в тот момент мне хотелось лишь побыстрее одеться и покинуть кабинет.

«Хочешь сделать что-то хорошо – сделай это сам», – вспомнил я старую поговорку. Достав оставшуюся от деда кювету для стерилизации медицинских инструментов, скальпель, пинцет, шприц, бинты, мазь и лейкопластырь, я приступил к делу. Аккуратно перерезав оставшиеся стежки швов, я принялся по одному вытягивать их пинцетом. Ощущения были достаточно своеобразные, но вполне терпимые. Самым критичным оказался момент удаления дренажной трубки. Когда это наконец получилось, меня слегка повело от внезапного головокружения и я был вынужден на пару минут прервать освоение хирургических навыков, при-

слонившись к стене. В итоге всё закончилось хорошо – я наложил новую повязку, закрепив её лейкопластырем, и мужественно поставил в левую руку укол с антибиотиком. Конечно, я никому не посоветую заниматься подобного рода самолечением, по крайней мере, без надлежащего образования и практического опыта.

Все мы люди со своими заморочками, у всех бывают проблемы, трудные периоды, запарка, плохое настроение, срывы. Но подобное хирург обязан оставлять за порогом операционной, да и вообще за дверями больницы. Хирургия подразумевает чрезвычайную ответственность. Этому меня научил первый опыт хирургической операции».

Лечить не только делом, но и словом

«Если говорить о сущности нашей работы, будет важным упомянуть, что с древнегреческого слово «хирургия» переводится как «работа руками», – рассказывает хирург Антон Валеев, практикующий в настоящее время в столичном частном медицинском центре, а ранее 5 лет проработавший в областной клинической больнице в Алтайском крае. – Да, в ходе развития медицины мы обретали новые знания и создавали новые технологии и инструменты, но главный принцип оставался неизменным – когда другие способы лечения оказываются неэффективными или попросту бессильными, надежда остаётся только на скальпель в руках хирурга.

Среди моих коллег я иногда встречаю тех, для кого хирургия становится обычной рутинной работой: есть проблема, есть инструменты и есть последовательность стандартных манипуляций для решения задачи – бери и делай. Однако большинство хирургов всё же видят свою миссию несколько иначе. Когда ты собственными руками правишь творение Божие, каковым является человек, созданный по Его образу и подобию, невозможно совсем абстрагироваться от философского аспекта этого действия, а точнее говоря, от его метафизической составляющей. Конечно же, любые другие методы лечения, я имею в виду консервативного лечения, терапии и прочих, тоже суть вмешательство в работу организма

человека, но вмешательство хирургическое самое непосредственное и его результат радикальный, к тому же видимый и осязаемый.

Приведу показательный пример. Была у меня пациентка шестидесяти лет, которая обратилась по поводу удаления липом на обоих бёдрах. Липома – это доброкачественное образование, происходящее из жировой ткани. У этой женщины они были настолько большими, что она уже практически не могла ходить, запущенный случай. Мы провели операцию по удалению опухолей, всё прошло без осложнений. Эти две удалённые липомы вместе весили 12 килограммов, представляете, сколько она их растила?! Ведь это не за день и даже не за год так разрастается жировая ткань. Почему она не обратилась раньше, трудно сказать. Возможно, из-за каких-то своих страхов или из-за недоверия к врачам, но факт остаётся фактом – пациентка довела свой организм до такого состояния, что стала с трудом передвигаться. И вот простая операция – и решена многолетняя проблема, человек снова в форме, нормально ходит.

Кстати, хирурги всегда ставят диагноз до операции и после, по факту, в подтверждение или уточнение первоначального. А нередко бывает и так, что мы идём на одно, а находим совершенно другое, порой весьма неожиданное. И хотя алгоритм предстоящих манипуляций, будь то плановая или экстренная операция, известен, организм каждого человека глубоко индивидуален и случиться может всякое. Поэтому все-

гда нужно быть готовым к различным непредсказуемым поворотам в ходе операции. Такое происходит примерно в 10-ти процентах всех операций, что довольно много.

Пациентка, женщина 29 лет. Проводим плановую операцию по удалению послеоперационной вентральной грыжи брюшной полости. После вскрытия и иссечения грыжевого мешка на правом яичнике обнаруживаю кисту, довольно существенного размера, порядка 5 сантиметров. Как ни странно, но при обследовании на УЗИ она никак не просматривалась. Признаков перерождения новообразования в злокачественную опухоль или других осложнений не наблюдается, судя по всему, киста дермоидная, что позже и подтвердилось. То есть содержимое тератомы – это, в основном, жировая ткань, волосы, клетки дермы, как правило, её формирование обусловлено особенностями эмбрионального развития. После проведения тщательной ревизии брюшной полости, визуального обследования яичников, состояния матки и маточных труб принимаю решение об удалении кисты, поскольку её наличие чревато разного рода неприятностями – существует опасность перекрута ножки кисты и, конечно, всегда остаётся риск перерождения в злокачественное образование. Так, уже после благополучного удаления кисты приступаем к пластике брюшной стенки, первоначальной цели операции.

Всё прошло успешно, более того – примерно через год

моя бывшая пациентка пришла ко мне на консультацию по поводу вынашивания беременности, а ведь прежде, до операции, она довольно долгое время безуспешно пыталась забеременеть. Вряд ли причиной бесплодия была сама киста, скорее всего, какой-то гормональный сбой, который и привёл к её формированию. Тем не менее в результате оперативного вмешательства решила и эта проблема.

К сожалению, не всегда всё проходит так радужно, порой приходится отступать, когда в ходе операции ты сталкиваешься с непреодолимыми препятствиями. Здесь вспоминается другая моя пациентка. Женщине 76-ти лет диагностировали камни в почке, консервативное лечение эффекта не давало, наблюдались признаки острого пиелонефрита, возникали также подозрения на почечное кровотечение. Было принято решение об оперативном вмешательстве: если возможно – удаляем камень, если же почка сильно повреждена острыми краями камней, отчего и могли быть кровотечения, – удаляем почку. С пациенткой и её родными все эти варианты, естественно, оговаривались, и решение зависело от того, что мы увидим по факту. Однако то, с чем мы столкнулись, вскрыв брюшную полость, полностью перечеркнуло все наши планы и заставило опустить руки. У пациентки обнаружилась опухоль в брюшной полости 4-й степени, которую, казалось, ничто не предвещало – она не диагностировалась ни при одном из проведённых исследований. Случай был совершенно неоперабельным, метастазы были настоль-

ко обширные, что захватили уже и печень, и лимфоузлы, и даже лёгкие.

КОГДА ВРАЧ СТАЛКИВАЕТСЯ С ПОЛНОЙ НЕВОЗМОЖНОСТЬЮ

ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ, У НЕГО «ОПУСКАЮТСЯ РУКИ».

НО ЖИЗНЬ КУДА ЗАГАДОЧНЕЕ, ЧЕМ КАЖЕТСЯ.

ИНОГДА ОНА ПРЕПОДНОСИТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО

НЕВЕРОЯТНЫЕ СЮРПРИЗЫ.

В подобных ситуациях главное не паниковать. При любом развитии событий ты должен быть собран и сосредоточен, ведь от тебя зависит вообще всё – и ритм операции, и состояние пациента, и состояние твоих коллег, медсестер, анестезиолога. Ты всё должен видеть и контролировать. Но в той ситуации я не ощущал ни намёка на панику, лишь глубокое опустошение и горькое разочарование – ведь я ничем не мог помочь пациентке.

Мы не стали ничего делать – зашили и всё. Оперировать не было смысла, наше вмешательство лишь существенно ухудшило бы общее состояние больной. Я не стал сообщать ей столь жестокий диагноз, сказал, что всё сделали и месяца через два будет полегче. Однако её дочери всё рассказал – родным лучше знать истинное положение дел и быть готовыми к неизбежному.

Но история на этом не закончилась! Через полгода бабушка снова появилась в нашей клинике, пришла ко мне на приём. Тогда, после операции, она уехала в Абхазию, где у неё были многочисленные родственники, которые могли обеспечить хороший уход и всяческую заботу, и, по словам самой пациентки, там она всегда лучше себя чувствовала. И вот приходит ко мне – и ничего у неё нет: ни камней в почках, ни раковой опухоли. Чудо, да и только! А как иначе это воспринимать? Помню, мы все тогда были в шоке, даже представить не могли, что когда-нибудь увидим её снова, а тем более излечившейся. Случай уникальный, безусловно, и интерпретировать его можно по-разному, но это уж точно не про хирургию.

Если любишь свою работу, то всегда будешь выполнять её добросовестно, с полной самоотдачей. У меня даже, знаете, как иногда бывает – вот не было пациентов сегодня, я с работы ухожу и осознаю, что никому не помог, ничего не сделал. Чувствую, день зря прожит. Очень не люблю такие смены, гнетущее ощущение после них. А когда работы полно – понимаешь, что всё было не зря, учёба, лекции, книжки, весь твой предыдущий опыт. Всё это было, чтобы кому-то помочь.

Раньше, когда работал в стационаре, бывало, что из операционной не выходил вообще весь день. В 8 утра захожу, в 16 выхожу, а то и гораздо позже. А медсестры привозят и привозят новых пациентов, прямо как на конвейере. И всё

равно была радость и удовлетворение. Вообще говоря, я мог ровно в 16:00 скальпель бросить и уйти – и никто бы слова не сказал. Только это совсем не про меня. Так что, когда надо, я всегда оставался, хоть до ночи.

Безусловно, работа хирурга – это не только операции, но и установление контакта с пациентами, помимо осмотра. Прямое общение обязательно. Нужно собрать анамнез максимально подробный. Попытаться выяснить, в чём главная причина заболевания. Опять же, нет ни одной операции, при которой стопроцентно исключены какие-либо осложнения, и я обязан рассказать пациенту о перспективах лечения.

Кроме того, не все операции проходят под общим наркозом, многие под местным. Даже ампутации некоторые делаются при спинальной анестезии, когда блокируется только нижняя часть тела. Общий наркоз – это ведь не есть хорошо, не все больные его нормально переносят. Это и на сердце большая нагрузка, и многие болезни могут из-за него обостряться, лёгочные и неврологические, например. А региональная анестезия, то есть обезболивание конкретного участка тела, не так вредна. Чтобы морально подготовить пациента к ампутации, тоже необходимо большое искусство хирурга, о котором мало кто говорит. Ампутировать больному ногу и разговариваешь с ним. Ты должен очень тонко чувствовать человека, знать, что и как ему говорить, как отвлечь, исключить лишнее волнение.

Любая хирургическая манипуляция – серьёзный стресс

для организма, вмешательство в его работу. Больной отдаёт своё тело и свою жизнь в твои руки и он должен полностью тебе доверять. Если он идёт на операцию, позитивно настроенный на лечение, на улучшение своего состояния, шансов на успех гораздо больше. Повторюсь, очень важно общение с пациентом. Врач должен лечить не только делом, но и словом.

Очень счастливый человек

«Стать хирургом я решил ещё со школьной скамьи, – говорит Александр Харитонов, хирург с 15-летним стажем. – В колледже, где я учился, существовали медицинские классы, их как раз проходили для того, чтобы можно было понять – твоё или нет. Понял – мое. Поступил в мединститут. Там разделения на специализации не было очень долго – учишься просто на врача. Только на старших курсах выбираешь конкретную область медицины, в которой будешь в дальнейшем работать.

Сосредоточившись на обучении в клинической ординатуре Института хирургии им. Вишневского и развитии практических врачебных навыков, я скоро отметил для себя, насколько втянулся в работу, стал находить в ней истинное удовольствие. Мне фантастически повезло с руководителем обучения, им был Игорь Петрович Иволгин, которому я благодарен и по сей день.

Хорошо помню свои первые самостоятельные операции. Куратор мне говорит: «Приходи и рассказывай от и до, пошагово, что и как будешь делать, полностью анатомию органа, который будешь оперировать, какие нервы есть вокруг, какие возможны осложнения». Первая операция – удаление вросшего ногтя. Я ночь не спал – изучал, читал книги, статьи. Это была не зубрежка, а чёткое понимание всего процесса.

После того как я всё это подробнейшим образом изложил, Игорь Петрович разрешил мне оперировать. Руки дрожали немного, но всё прошло хорошо. Наставник ничего не говорил, стоял рядом со мной и смотрел. Потом только сказал: «Молодец!»

Вторая операция – удаление инородного тела из пальца. Пациент работал столяром, поранил палец, туда попала стружка. Наружная рана вскоре закрылась, а сама стружка так и осталась внутри, началось воспаление. Это только кажется совершенной ерундой – подумаешь, поранил пальчик. Но нет, от такой маленькой занозы могут быть большие проблемы, причём чреватые и ампутацией – когда гнойное воспаление распространяется глубже, переходит на костную ткань и развивается уже остеомиелит. Прооперировал я работягу. Фрагмент стружки, действительно, оказался мизерным, малюсенькая крошка, её вообще не видно было, но я нашёл. По-другому нельзя.

МАЛЕНЬКАЯ ЗАНОЗА

МОЖЕТ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ БОЛЬШОЙ БЕДЫ.

ВСЕГДА НАДО БЫТЬ ВНИМАТЕЛЬНЫМ И ОСТОРОЖНЫМ.

**ЕСЛИ ЖЕ РАНА НАЧАЛА ВОСПАЛЯТЬСЯ —
ЭТО ПОВОД ОБРАТИТЬСЯ КО ВРАЧУ.**

Первым опытом абдоминальной хирургии, то есть полостной операции, для меня стала аппендэктомия – удаление аппендикса. Ассистентом был мой наставник, Игорь Петрович,

которому прежде долгое время ассистировал я сам. Я стоял и всю операцию говорил, проговаривал вслух каждое своё движение, вплоть до инструментов, которые использую. И хотя методика операции отработана годами, и я, конечно, отлично знал её, к тому же сам не раз ассистировал коллегам, тем не менее определённое волнение перед операцией присутствовало. Но всё прошло без каких-либо эксцессов.

Если говорить о самой сложной части моей последующей практики, то это, пожалуй, работа с ожогами и обморожениями. Много раз с этим приходилось сталкиваться. Поступали больные, у которых до 90–95 % тела обгорело, и шансы спасти человека при этом минимальные. Тут целый комплекс факторов действует, реагирует весь организм, не только поверхность тела – это и сильнейший болевой шок, и обезвоживание, и нарушение кровообращения, и интоксикация. Через раневую поверхность происходит огромная потеря жидкости и белка, истекает много плазмы крови, лимфы, потом возможно и присоединение гнойной инфекции.

Я работал на севере, и пациенты с обморожениями разной степени тяжести там постоянно поступают. Вплоть до последней, когда развивается тотальный некроз всех тканей и начинается гангрена. А это уже ампутация.

Ампутация для меня вообще одна из самых трудных операций с психологической точки зрения. Подобное вмешательство очень опасно и для самого хирурга, оно сильно влияет на психику, может либо совсем тебя сломать, либо сде-

лать чёрствым. Но если ты способен удержаться на этой грани, становишься не столько чёрствым, сколько жёстким. Ты не имеешь права поддаваться эмоциям, когда нужно спасать жизнь человека. Не будешь охать и жалеть пациента, тебе надо отрезать ровно столько, чтобы инфекция или гангрена не пошла дальше. Нужно быть очень жёстким и уверенным в себе. К этому не сразу приходишь. Скажу откровенно, меня однажды, ещё в ординатуре, даже стошнило в самой операционной. Правда, я тогда только ассистентом был, и операция очень долго продолжалась, несколько часов. Потом научился справляться с эмоциями и отстраняться от них.

Тяжелее всего бывает объяснить пациенту необходимость ампутации. Говорить об этом непросто, но выбора в этом случае нет, ты должен поставить пациента в известность. Вот и думаешь, как грамотно это сделать, как донести нужную информацию, обосновать, рассказать, чем чревато его состояние, какие перспективы после операции и так далее. Иногда приходится обращаться к помощи родственников, предварительно с ними обсуждать ситуацию. По телефону о таких вещах нельзя разговаривать, только с глазу на глаз. Я часто сначала рассказывал всё родственникам, убеждал, почему это единственный выход, и отправлял их разговаривать с больным, а потом уже сам шел. Считаю, что такие новости лучше узнавать от своих, от близких.

Хирургу тоже не всегда легко даётся подобное решение. По сотне раз продумываешь и передумываешь всё – ты дол-

жен на триста процентов быть уверен, что других вариантов, нет, что все возможности терапии исчерпаны.

Я, кстати, всегда в первую очередь стараюсь лечить консервативно, если это возможно. Скальпель в руки всегда успеем взять. Был у меня случай: мужчина получил травму на работе, рука попала в вальцы – это станок для гибки металлического листа, там вращаются два или три вала навстречу друг другу. И вот у этого работяги по неосторожности правую руку между ними затянуло. Кисть вся как пережёванная, кости переломаны, сильное сдавление мягких тканей. Такое сдавление чем опасно – в повреждённых тканях начинаются дистрофические изменения, возникают участки некроза, которые становятся источником токсинов. Может развиться травматический токсикоз, сепсис, со всеми вытекающими – нарушением функции почек, печени, повреждением нервной системы, лёгких, словом, последствия нарастают как снежный ком. Не говоря уже о повреждении нервов, параличе и прочем. И вот этого пациента направили ко мне, сразу поставили вопрос об ампутации кисти. Я посмотрел, можно ли что-то сделать. Провёл две операции по иссечению нежизнеспособных тканей и восстановлению кровоснабжения, обработку антисептическими растворами и так далее. В итоге кисть пациенту удалось спасти и даже сохранить подвижность пальцев. Несколько ограниченно, правда, но тем не менее.

Еще история. Мужчина, возраста немного за 30, что-то

дома ремонтировал и неудачно у него сорвался тонкий надфиль и проткнул палец. Он вроде бы всё промыл как следует, продезинфицировал рану, но, видимо, какие-то микроскопические частицы, то ли металла, то ли ржавчины там остались, началось воспаление. Пока он мазал рану йодом и ждал, что всё само рассосётся, воспаление распространялось всё глубже, и когда он ко мне поступил, оно уже дошло до кости. Этому пациенту также пришлось делать несколько операций, чтобы по возможности минимизировать потери. Сначала я попытался ограничиться ампутацией первой и второй фаланг, но через некоторое время обнаружил, что инфекция всё же зацепила и оставшуюся кость, третью фалангу. Пришлось отнять и её.

Мужчина очень тяжело всё это переживал, для него это была трагедия – человек привык всё делать своими руками, а тут такая напасть, рука-то правая, да и указательный палец к тому же. Но потом понемногу успокоился, стал привыкать. Говорил мне: «Я, конечно, сам виноват, что так затянул. Спасибо вам, доктор, что я совсем без руки не остался, хотя бы кисть смогли сохранить. Придётся как-то приспособливаться и отвёртку держать, и другие инструменты. А куда деваться?»

Это два таких, можно сказать, банальных примера, коим несть числа в обычной практике. Что-то удаётся спасти, а чем-то порой приходится пожертвовать. По крайней мере ты знаешь, что сделал всё возможное, всё, что от тебя зависит.

И всегда стремишься именно к этому.

От летальных исходов, конечно, ни один хирург не застрахован, но я могу сказать, что лично у меня на столе никто, слава Богу, не умирал. Были онкологические пациенты, которым проводились паллиативные операции, а потом они умирали. Такое вмешательство не радикальное, оно лишь позволяет немного облегчить состояние больного, снять некоторые симптомы, уменьшить его страдания. Но в подобных случаях ты заранее знаешь, что человек неизлечим и итог, увы, неизбежен.

К огромному сожалению, и мне приходилось терять пациентов, осознавая и глубоко переживая свою беспомощность в определённых, пусть даже не зависящих от меня обстоятельствах.

Одна из самых горестных страниц в моей практике связана с девочкой Машей, было ей всего 4 годика. Малышка попала к нам в больницу с обширным ожогом, обгорело около 65 % тела. Семья неблагополучная, мать алкоголичка с двумя детьми. И вот однажды мать велела детям пойти самим затопить печку. Они и пошли. Старшая девочка, которая всего-то на два года старше Машеньки, взялась растапливать печь – плеснула туда бензина да и подожгла. Пламя моментально занялось и тут же выпорхнуло наружу. Сразу загорелся дом. Мать и старшая дочка смогли выскочить, а Машенька не смогла, не успела. Привезли её потом с ожогами, несопоставимыми с жизнью. Она была в сознании, чув-

ствовала всю эту боль... Постоянно просила пить, мы смачивали ей губки... Старались делать всё, что могли, и врачи, и медсёстры, но организм был и без того сильно ослабленный, не справлялся. Мы её потеряли. А мать так и не пришла ни разу, пока мы боролись за жизнь её ребёнка...

**САМОЕ ТРУДНОЕ ДЛЯ ВРАЧА —
БОРОТЬСЯ ЗА ЖИЗНЬ РЕБЕНКА.
И ТУТ ГЛАВНОЕ – НЕ ОЧЕРСТВЕТЬ,
НЕ ПРЕВРАТИТЬСЯ В ХОЛОДНОГО СКЕПТИКА.**

Очень тяжёл такой опыт для любого медика, но приходится порой и через это проходить. Главное не растерять при этом самообладания и уверенности в своих силах, ведь ты нужен и другим пациентам. Чтобы закончить мой рассказ на позитиве – а он жизненно необходим в работе любого врача! – поделюсь историей, которой я очень горжусь.

У меня был пациент – Руслан Валерьевич, военный лётчик. В стационар он поступил с диагнозом атеросклероз сосудов нижних конечностей – сосуды не кровоснабжаются, конечности холодные. При этом заболевании поражаются артерии, из-за нарушения циркуляции крови развиваются трофические изменения в тканях, потом происходит сужение и закупорка вен, возникают отёки, может начаться гангрена. И вот Руслан был к нам направлен уже на ампутацию конечностей. Мы взяли его на стол. Я внимательно осмотрел в очередной раз – а конечность-то тёплая! Жалко было отнимать эту ногу, и я отменил операцию уже на самом столе. Ре-

шил, что стоит попытаться полечить консервативно. Не буду углубляться в специфику лечения, скажу лишь, что Руслан ходит на своих двоих. Да, он постоянно на таблетках и раз в три месяца проходит терапию в стационаре, но у него свои ноги! Так что спасти можно, не просто отняв конечность... Я сам порой не верю, честно говоря, что у меня всё получилось. Это как раз то, что укрепляет уверенность и придаёт силы. И это делает меня очень счастливым человеком!»

Есть только я и операционное поле

«Каждый врач, если говорить о специализации, по-своему уникален, – считает Владимир Орлов, хирург с опытом работы в стационаре более 25 лет, – но, думаю, хирурги во многих смыслах отличаются от других врачей. В первую очередь, у них более устойчивый психоэмоциональный фон, потому что в этой профессии огромная нервная нагрузка. Здесь больше, чем где-либо надо быть устойчивым и жёстким. Это, пожалуй, главное отличие.

Вот, смотрите, возьмём, например, терапевта и хирурга. Хотя это, конечно, не очень корректно, сравнивать хирурга и терапевта – у них разные задачи, разные подходы, разные сложности. Но, тем не менее. Терапевты работают с болезнью, с микробами, если хотите; над ними меньше довлеет ответственность при проведении каких-либо процедур или манипуляций. Назначил лечение – смотришь на реакцию организма, следишь за динамикой, корректируешь, назначаешь обследования и анализы. Согласитесь, это всё же не операции, где можно навредить малейшим неточным движением. Те, кто занимается хирургией, видят плоть человека и работают именно с ней. Тут нет болезни в общем виде, ты видишь конкретную проблему и устраняешь её. Видишь метастазы – удаляешь их, видишь кровотечение – лигируешь сосуды и так далее.

Это, конечно, дано не каждому. Я думаю, некая предрасположенность к этой профессии у человека должна присутствовать изначально. Впрочем, как и во многих других областях, здесь точно так же нужно обладать какими-то определёнными врождёнными способностями, по большому счёту, талантом, чтобы быть успешным профессионально и стабильно добиваться положительных результатов. Отчасти это касается и области философии, мировоззренческих принципов человека, но сейчас речь не об этом.

Многие качества, конечно, приобретаются – в процессе учёбы, а затем работы, накапливается не просто опыт, а вполне конкретные навыки, развиваются и оттачиваются не только сами движения, но и поведение вообще. Даже после первой операции начинаешь уже иначе себя вести – думаешь иначе, больше фокусируешься на каких-то моментах, стараешься минимизировать риски.

Я, кстати, заметил, что после того, как начал работать в хирургии, вообще не могу смеяться над анекдотами. Не знаю, почему. Наверно, стал смотреть на многие вещи иначе. Ещё, когда сам операции стал делать, понял, что очень сложно менять лицо, переставать быть хирургом со своими близкими, с друзьями. И очень сложно, выходя с работы, выходить с нее и психологически. То есть меняются внешние проявления эмоций, выражение лица, хотя внутренне всё остаётся прежним. И дело не в закрытости или холодности человека, совсем нет.

Вот был у меня на прежнем месте работы коллега, Иван Семёнович, исключительно серьёзный товарищ и строгий, все медсёстры перед ним трепетали, хотя он ни разу ни на кого не повысил голоса, словом, гроза отделения. За глаза его так и называли Иван Грозный. Так вот однажды он пригласил нас к себе домой на юбилей – и мы вдруг узнали, что он давно и методично собирает динозавриков из киндер-сюрпризов! Огромная коллекция у него была.

Я часто замечал, что у всех хирургов присутствует повышенное стремление делать что-то руками: в детстве, как правило, они увлекались конструкторами, разными поделками, любили модели собирать. То есть у них априори более развито конкретное, предметно-действенное мышление, нежели абстрактное. Ну, а потом в работе уже усиливаются эти навыки. Но они должны быть изначально заложены в тебе, надо уметь делать что-то руками, иметь развитую тактильную чувствительность.

В каждой профессии есть свои нюансы, требующие каких-то особых свойств мышления или темперамента человека. Кому-то, например, не дано автомобиль водить, кому-то – лампочку вкрутить – руки под это не заточены. А бывает с точностью до наоборот – всё дано, но человек не работает в этой области. И медицина тут не исключение.

У меня в институте в группе было 12 человек, так сейчас семеро уже не работают в медицине, ушли в другие сферы. Один понял, что сидеть в Волгограде и получать 6 ты-

саяч рублей – это нищенство, перешёл в фармацевтическую компанию медпредставителем и ему только на старте дали 40 тысяч оклада. Купил машину, семью завёл, обустроивает квартиру. Другая сокурсница отработала два месяца в больнице, поняла, что не хватает денег на нормальное питание и тоже ушла, работает в косметическом бутике. А у обоих красные дипломы! В реальной жизни, к великому сожалению, способности человека и возможности для их реализации не всегда находят консенсус.

А на тему особой тактильно-кинестетической чувствительности хирургов расскажу забавный случай из собственной жизни. У меня брат работает в автосервисе, и я как-то раз договорился с ним, что заеду стеклоподъемники починить. Приезжаю, он мне говорит: «Слушай, я сейчас там закончу с клиентом, освобожусь и подойду к тебе. А ты пока разбирай панель, вот возьми инструменты». Ну, я открыл колонку, рукой залез, нащупал тросики, поменял моторчик стеклоподъемника, закрутил всё обратно. Подходит брат: «Ну ты чего не снимаешь панель-то?» – Отвечаю: «Да я всё поменял уже» – «Как ты поменял?!» Рассказываю. Он обалдел: как это можно было сделать, никогда прежде не видя ни одной детальки своими глазами, ты ведь делаешь всё руками и даже не представляешь себе, как это выглядит?!. Автомеханикам ведь сначала всё показывают, учат наглядно, на ощупь они только потом начинают делать, это уже со временем, с опытом приходит. Так что да, это такая очень ха-

ракторная черта хирургов: ты «видишь» руками, распознаёшь предметы, внутренние органы на ощупь, понимаешь их объёмы, формы и так далее. Твои руки как аппарат УЗИ работают – сканируют.

Одно из ключевых качеств хирурга – стрессоустойчивость. Она уже в ходе обучения проверяется. Если не будешь справляться, ты просто не дотянешь даже до первой сессии. Всё от тебя зависит. Помню, на первом курсе института чуть ли не первая пара прошла в анатомичке – нас сразу повели показывать, как вскрывают тело. Ведь анатомию нам предстояло не по атласам учить, а по телам. На этом этапе, кстати, многие как раз и отсеиваются. И вот заходим мы, зелёные и глупые, а там запах формалина и тела лежат. Кто-то в обморок сразу хлопается, кто-то выскакивает. Кто-то держится, потом привыкает.

САМОЕ СТРАШНОЕ В РАБОТЕ ПАТОЛОГОАНАТОМА —

**ТАТУИРОВКИ. ДВИГАЕШЬСЯ ПО ТЕЛУ И
ВДРУГ ПОНИМАЕШЬ,**

ЧТО ЗДЕСЬ ТАТУИРОВКА, КАКОЙ-ТО РИСУНОК,

**ЧТО-ТО, ИМЕЮЩЕЕ ОТНОШЕНИЕ К ЖИЗНИ,
К ЖИЗНИ ЭТОГО ЧЕЛОВЕКА.**

В анатомичке труп – это просто труп, предмет исследования. То же самое, что для химика колба, в которой он смешивает вещества. Ты работаешь – и всё. Это словно нечто,

не имеющее отношения к людям. Самое страшное в такой работе – татуировки. Двигаешься по телу и вдруг понимаешь, что здесь татуировка, какой-то рисунок, что-то имеющее отношение к жизни, к жизни этого человека. И вот тут становится жутко. Татуировки это самое страшное в работе с мёртвым телом. Запах, конечно, тоже действует, запах смерти, да. Он особенный. Не знаю, как объяснить, но его потом всегда узнаешь точно.

В мединституте вся учёба построена так, что постепенно привыкаешь ко всему – к виду плоти и крови, к запахам разным. Медики ведь обычные люди, нас точно так же пугает кровь и отвращает запах гноя и фекалий, но мы просто этого больше видели. У студентов довольно рано (со второго семестра) начинается практика в больницах – они выполняют обязанности младшего персонала, говоря простым языком, работают «утконосами», ухаживают за больными. Потом присутствуют на операциях, смотрят, опрашивают пациентов. А на старших курсах есть судебная медицина, где ты на трупном материале ставишь диагноз, отчего умер человек. Всё это тоже составляет процесс обучения, не только лекции и книги, ты должен смотреть, касаться этого всего и привыкать.

Однако стрессоустойчивость врача определяется не столько привычкой работать с человеческой плотью как с любым другим органическим материалом. Хотя этот навык, безусловно, необходим в работе. Во время операции тоже

ведь присутствуют и запахи плоти, но здесь они, в основном, смешиваются с другими, с запахами всяких медицинских препаратов, поэтому их уже особо не ощущаешь и не отвлекаешься на всё это. Разве что когда коагулируются ткани или сосуды, тогда да, чувствуется запах жареного мяса, он более резкий. Есть даже такая шутка юмора, что маска хирургам нужна, чтобы слюна не капала на рану.

Так вот, про стресс. Основные его причины для хирурга – постоянное нервное и психическое напряжение, ответственность, ментальное и эмоциональное переутомление. Это то, с чем ты должен уметь эффективно справляться, семь дней в неделю, 24 часа в сутки. Ты не можешь дать слабину и позволить себе такую роскошь как паника, нервы, сопли, слёзы. Увы, этого не понимает никто, и это не ценят. Но, поверьте, для хирурга подобные вещи – непозволительная роскошь!

Эмоции никак нельзя допускать, не место им в операционной. Именно поэтому, например, ни один хирург не возьмет на стол своего родственника или близкого человека. С незнакомыми пациентами отключаешься вообще от посторонних мыслей. Меня вот иногда родители спрашивают: «А не жалко? Это ведь живой человек». Но когда ты работаешь скальпелем, ты не видишь человека, не думаешь о его жизненных обстоятельствах, переживаниях, чувствах. От всего этого абстрагируешься. Перед тобой операционное поле и проблема, и есть задача провести определённые манипуляции в этом поле для достижения нужного результата. Ты

сконцентрирован на решении задачи, увлечён процессом и просто чётко делаешь какие-то вещи. Поэтому, образно говоря, если я провожу операцию, и рядом со мной вдруг снаряд упадёт или пушка выстрелит – я не замечу. Просто не имею права на это как-либо отреагировать, если у меня пациент на столе. Я делаю операцию – значит, я максимально сосредоточен только на ней, отключён от всего остального мира. Есть только я и операционное поле».

Прикоснуться к сердцу

«Говоря о проблемах и общем уровне современного российского здравоохранения, нужно отдавать себе отчёт, что медицина ровно такая же часть системы, как и любая другая область деятельности, – считает Владимир Алексеев, заведующий отделением хирургии городской клинической больницы, – и все процессы, происходящие в жизни общества, не могут не отражаться на её состоянии. Скажу больше – все врождённые и приобретённые пороки общества, болезни его развития и гангренозные язвы, поражающие систему, медицину затрагивают в первую голову и здесь протекают в самой острой клинической форме. Думаю, оттого, что в медицине человеческий фактор как нельзя более значим.

Можно часами говорить о недостатке финансирования медицины и отсутствии должного обеспечения медучреждений современным оборудованием, о бестолковых реформах и закрытии уникальных институтов и больниц, о позорно низких зарплатах врачей, о коррупции, дипломах на продажу и так далее. Да, всё это имеет место и у нас, об этом часто говорят и пишут. Но мало кто обращает внимание на то, что из нашего обихода и нашей жизни постепенно исчезают такие понятия, как призвание, служение, смысл жизни. А ведь настоящая медицина без них немыслима! Без наполнения этих понятий живой энергией человеческой лич-

ности, без их постоянной подпитки, вся наша работа из оказания медицинской помощи превращается в «предоставление услуг», то есть становится предметом товарно-денежных отношений, объектом продажи.

НАСТОЯЩАЯ МЕДИЦИНА – ЭТО СЛУЖЕНИЕ ЛЮДЯМ.

**БЕЗ ЛЮБВИ К ЧЕЛОВЕКУ,
БЕЗ ОЩУЩЕНИЯ ПРИЗВАНИЯ
НЕВОЗМОЖНО СТАТЬ ХОРОШИМ ВРАЧОМ.**

На мой взгляд, это принципиально важная разница! Услуга по умолчанию предполагает оплату и бюрократию, помощь – бескорыстие и участие. И многие перекосы, как в организации здравоохранения, так и в менталитете тех, кто так или иначе с ним связан, на мой взгляд, не что иное как последствия этой тонкой и незаметной, но столь фатальной подмены понятий – мы стали оказывать услуги, а не помощь. Вот материалисты говорят: бытие определяет сознание, а ведь эта формула не так проста, как кажется, по терминологии лингвистов это амфиболия, то есть двойственность. И её смысл зависит от того, какое слово здесь понимается в именительном падеже, а какое – в винительном, в роли дополнения. Лично для меня оба варианта прочтения равнозначны и равноценны, поскольку то, как мы мыслим, непосредственно влияет и на то, как мы существуем.

Безусловно, хорошая материальная база и нормальное финансирование медицины крайне важны для нашей рабо-

ты. Согласитесь, невозможно быть высококласным врачом, если не владеешь современными технологиями и не можешь оказать квалифицированную помощь больному из-за отсутствия необходимого оборудования и оснащения. Невозможно работать с полной отдачей сил, проявляя чудеса выдержки и профессионального мастерства, когда твоя семья еле сводит концы с концами и после полутора суток дежурства в стационаре дома тебя ждет пустой холодильник. А ведь профессия врача вообще, и хирурга в частности, сегодня не очень ценится, прежде всего, в финансовом выражении. Хирург – очень низкооплачиваемая профессия, несмотря на высочайший уровень ответственности за жизни пациентов. И меня крайне огорчает, когда из-за зарплаты оставляют медицину классные специалисты, а это, к сожалению, встречается на каждом шагу. Но есть и альтруисты, кто работает за идею.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.