

A close-up portrait of Paul Seward, a middle-aged man with short, graying hair and a goatee, wearing glasses and a blue plaid shirt. He is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a blurred highway with a white ambulance in motion.

ПОЛ СЬЮАРД

АНГЕЛЫ СПАСЕНИЯ

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНА

Спасая Жизнь: ИСТОРИИ ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Спасая жизнь. Истории от первого лица

Пол Сьюард

**Ангелы спасения.
Экстренная медицина**

«Издательство АСТ»

2018

УДК 616-08
ББК 54.5

Сьюард П.

Ангелы спасения. Экстренная медицина / П. Сьюард —
«Издательство АСТ», 2018 — (Спасая жизнь. Истории от первого
лица)

ISBN 978-5-17-110706-2

От страшного до смешного, от трагического до забавного – весь спектр переживаний, с которыми сталкиваются сотрудники отделения «скорой помощи», описывается Полом Сьюардом с искренностью и убедительностью не просто очевидца, а одного из главных действующих лиц. Помощь, спасение, сочувствие для автора – не просто слова, а профессиональное кредо, которому он и посвятил всю свою жизнь.

УДК 616-08
ББК 54.5

ISBN 978-5-17-110706-2

© Сьюард П., 2018
© Издательство АСТ, 2018

Содержание

Предисловие	6
Глава первая	8
Глава вторая	13
Конец ознакомительного фрагмента.	15

Пол Сьюард

Ангелы спасения. Такая работа

Оригинальное название:

Paul Seward, MD

Patient Care

A Life in the Emergency Room

Печатается с разрешения автора и литературных агентств Harvey Klinger Inc. и Prava I Prevodi International Literary Agency.

Нарушение прав автора, правообладателя, лицензиара в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, включая, но не ограничиваясь УК РФ, КоАП РФ, ГК РФ, влечет привлечение виновных к уголовной, административной и гражданской ответственности.

© 2018 by Paul Seward, MD

© И. Д. Голыбина, перевод, 2018

© Оформление. ООО «Издательство АСТ», 2018

Время от времени мне приходится отвечать на вопрос о том, когда, как мне кажется, американская система здравоохранения рухнет. Я отвечаю всегда одинаково: «Она уже рухнула, и давно. Но благодаря пунктам «скорой помощи» по всей стране мы пока что этого не осознаем». (Пол Сьюард, врач «скорой помощи»)

Предисловие

Я написал свою книгу, чтобы рассказать читателю о том, что это такое – работать в экстренной медицине. Я не имею в виду конкретные события, которые происходят в боксах экстренной помощи, скорее, речь идет о том, как чувствуют себя те, кто работает там.

Однако чувства, как всем известно, возникают в ответ на события. Поэтому книга про чувства обязательно будет и книгой про события. И все равно я старался описывать не просто события, а ситуации, связанные с ними. Событие – то, что произошло; ситуация – то, что требует реакции от людей, оказавшихся ее участниками.

В этой связи важно, чтобы вы, мой дорогой читатель, знали: описанные мной события подлинные. Если они отличаются от воспоминаний других людей, то лишь по трем причинам, и это время, точка зрения и осведомленность.

Во-первых, эти истории охватывают длительный период моей профессиональной деятельности, более сорока лет, которая забрасывала меня в больницы Калифорнии, Вашингтона и Аризоны на Западном побережье, Джорджии на Южном и Нью-Йорка на Восточном. Конечно, я не могу помнить все детали событий и все подробности разговоров, о которых пишу. Тем не менее основная канва моих историй писалась по воспоминаниям, которые я не сумел бы выбросить из головы, даже если бы захотел. Поэтому если я что-то упустил или вложил свои слова в уста моих героев, то сделал это не потому, что хотел обмануть читателя, а лишь с целью придать повествованию выразительности.

Во-вторых, у каждого человека своя точка зрения. Другие участники событий наверняка описали бы их немного по-другому, основываясь на собственных воспоминаниях. Однако я могу делиться с вами только своими. И излагаю их максимально честно.

Наконец, по мере возможности я постарался внести в истории некоторые изменения, которые не искажали их сути, но позволяли сохранить инкогнито пациентов и их родных, упомянутых в книге. Это, например, возраст или пол, город или время, когда произошла ситуация. Кроме того, случаи, подобные описанным, встречались мне по многу, очень многу раз. Поэтому если вам кажется, что вы узнали какого-то конкретного пациента, будьте уверены – не узнали.

В остальном все, о чем я пишу, происходило на самом деле, и я, к добру или к худу, действовал именно в той роли, которую указал. Если я справился с задачей как писатель, то вы скоро узнаете, что я видел и что запомнил.

Однако у меня была и другая цель. Одной из причин, по которым я выбрал работу в скорой помощи, стало то, что там я приносил людям реальную пользу. В заявлении на зачисление в медицинский колледж был такой вопрос: «Почему вы хотите стать врачом?» Я ответил, что, по моему мнению, эта профессия – лучший способ делать две вещи: во-первых, изучить, глубоко и в подробностях, что в действительности представляет собой человек, а во-вторых, действовать исходя из того, что ты узнал.

Сейчас этот ответ кажется мне претенциозным. Мне было каких-то двадцать лет; теперь, когда мне за семьдесят, я ясно вижу, что любой жизненный путь дает те же возможности. Однако тогда я видел их только в медицине. Поэтому и поступил в медицинский колледж. И теперь, полвека спустя, считаю, что действительно кое-что узнал о том, кто мы такие и для чего предназначены.

В рамках этой книги мой ответ будет прост: я считаю, что главная задача, ради которой мы приходим на эту планету – постоянно прилагать все усилия к тому, чтобы заботиться о людях, окружающих нас. Когда я оглядываюсь вокруг, то вижу целый мир, в котором, каждую минуту своей жизни, мы неизбежно сталкиваемся с вопросом: ценны ли жизни и чувства дру-

гих людей настолько же, насколько наши. Тот, кто отвечает утвердительно, действует одним способом, тот, кто говорит «нет» – другим.

Однако почему хорошо относиться к чужим для нас так тяжело? Разве мы не рождены для любви? Мы же любим своих детей и родных, заботимся о друзьях. Конечно, это так. Но на долгом пути эволюции все это были единственные люди, которые нас окружали. Нам приходилось любить их, чтобы выжить.

Но я не соглашусь что любовь, раз она врожденная, не зависит от личного выбора. Любовь как выбор выходит на сцену при встрече с чужаком. Наша инстинктивная забота о семье и племени на него не распространяется. Такой любви приходится учиться. И, как мне кажется, отделение скорой помощи именно то место, которое способно этому научить.

Однако – и это последний и наиболее принципиальный момент – убеждение в том, что мы приходим на землю, чтобы научиться любить других людей, не столько определяет наш выбор, сколько задается им. Да, в какой-то конкретной среде некоторые убеждения усваиваются быстрее. Но, как в любой учебе, главное тут – желание ученика стать лучше, чем он есть.

Большую часть жизни я прилагал все усилия, чтобы стать хорошим доктором. Не знаю, удалось мне это или нет, но точно знаю, что очень старался.

Глава первая

Друг юноши

Была вторая половина дня – насколько я помню, на удивление спокойного.

Эта карточка не лежала следующей в очереди; она даже не попала на стол, где я сидел, заполняя документы пациента, которому только что зашил рану. И тут медсестра, отвечавшая за прием пациентов, подошла к центральному посту, где я работал. Она ничего не говорила, просто молча ждала, руками прижимая карту к груди.

Я дописал предложение и поднял на нее глаза.

– Что случилось?

– Тут такой пациент... я подумала, вам лучше бы сразу пойти его посмотреть. Он, похоже, сильно болен.

Я тут же поднялся со стула.

Естественно, пациент был болен, но медсестра вряд ли пришла бы за мной только поэтому. В конце концов, мы в отделении скорой помощи. Здесь все больны – ну, или считают себя больными. Конечно, пациентов в критическом состоянии сразу доставляют в реанимацию, а не в приемный покой. Но если бы сестре было что добавить, она бы так и сделала.

– Ладно, – кивнул я, взял карту и пошел за ней.

По дороге я бегло просмотрел записи: мужчина, двадцать два года, пациент дома инвалидов; в хроническом вегетативном состоянии; утром этого дня повысилась температура, а реакции упали ниже обычного уровня – не слишком информативно, прямо сказать. Жизненные показатели (так вместе называют пульс, частоту дыхания, кровяное давление и температуру, то есть признаки, демонстрирующие, собственно, жизнь) были указаны тоже: давление 125/60, пульс 120, частота дыхания 20 и ректальная температура 39,5. Я ускорил шаг.

Температура, повышенный пульс и частота дыхания, снижение реакций...

Возможно, у него просто простуда. Но своим интернам я всегда говорю, что наша задача – не перебирать возможности, а установить наверняка.

Одновременно у меня не шел из головы возраст пациента: почему юноша двадцати двух лет лежал в доме инвалидов в состоянии овоща?

Теперь мы с медсестрой шли бок о бок.

– Мы можем запросить его старую карту? – спросил я.

– Я ее уже получила. Она в палате.

Эта девушка явно не первый год работала медсестрой. Еще в самом начале своей карьеры я понял, что сестры могут уберечь вас от самых кошмарных ошибок – главное, дайте им шанс, и дальше они все сделают сами. Сестре нужно лишь знать, что ей за это ничего не будет.

«Ну что ж, – подумал я, – давайте посмотрим».

На первый взгляд передо мной был самый обычный молодой мужчина: он лежал на спине, голова на подушке, и как будто спал. Однако стоило мне подойти поближе, как картина поменилась.

Он дышал слишком быстро – двадцать вдохов в минуту или около того, и с тяжелым хрипом, указывающим на недостаточную проходимость дыхательных путей. Нам пришлось быстро поднять изголовье кровати, поправить подушку и слегка выдвинуть вперед его нижнюю челюсть. Хрипы стихли, но пациент не проснулся, а дыхание осталось таким же учащенным. Он был бледным, кожа – сухая и горячая, без видимой дрожи. Прослушав грудную клетку, я отметил достаточное дыхание с обеих сторон, но также наличие жидкости в бронхах и, возможно, в легких. Живот оказался спокойным, но в нем не слышалось периодического бурчания, указывающего на работу кишечника.

И, что самое неприятное, он никак не реагировал на наши манипуляции. Я ущипнул его за кожу на плече, костяшками пальцев нажал на грудь, но он только слабо шевелил пальцами, не пытаясь остановить меня или оттолкнуть.

У него явно была какая-то генерализованная инфекция – в крови, легких, нервной или мочеполовой системе, а может, и в кишечнике. Однако подобное снижение реакций нехарактерно для обычной инфекции, пусть даже серьезной.

Ну и, конечно, сохранялась проблема его «хронического вегетативного состояния». Всегда ли он реагировал на стимулы так слабо, или инфекция тоже внесла свой вклад?

Но в данный момент это было не так уж важно. Правило скорой помощи гласит, что, если вы не уверены в диагнозе, сначала облегчите состояние пациента – диагностикой займетесь потом. Мы должны были сохранить ему жизнь. А уж затем позволить себе роскошь разобраться, что же с ним все-таки не так.

У него явно наличествовали инфекция и обезвоживание, поэтому я командовал медсестре взять кровь на анализ – все необходимое уже имелось в палате, – а потом поставить катетер для внутривенных вливаний, чтобы обеспечить поступление жидкости. Ему следовало влить литр физраствора, и как можно быстрее. Также надо было ввести катетер Фолея, чтобы измерить объем мочи и получить стерильный образец, потом сделать рентген грудной клетки и посеять на разные типы инфекций. И сразу после этого, не теряя ни минуты, дать антибиотик широкого спектра действия.

Я уже хотел перевести его в реанимацию и подготовиться к интубации, но потом передумал. Дыхательные пути функционировали, жизненные показатели стабилизировались – по крайней мере, на тот момент. Оксигенация¹ была достаточной. Кроме того, если мы могли что-то для него сделать, это следовало делать немедленно и прямо тут. Мне требовалось поразмыслить пару минут, прежде чем принимать какое-то решение.

– Вон там, – сказала вдруг медсестра, указывая на плотный картонный конверт на тумбе. – Это его выписка после прошлой госпитализации.

Она продолжила возиться с катетером.

Я взял конверт, вынул из него выписку на трех машинописных листах и быстро ее просмотрел.

Парень не всегда был инвалидом. До девятнадцати лет он вел обычную жизнь, если считать обычными проблемы в школе, эксперименты с наркотиками и дружбу с плохими компаниями. У него имелась девушка, к которой он определенно был неравнодушен: когда она забеременела, они не поженились, но продолжали жить вместе, а наш пациент устроился сразу на несколько работ, чтобы прокормить ее и сына.

К сожалению, он ввязался в торговлю наркотиками. И однажды, примерно два года назад, попал в переделку. Произошла драка – то ли из-за денег, то ли из-за наркотиков, в бумагах это не пояснялось. Говорилось только, что в драке юношу ударили по голове обрезком трубы, который проломил череп, что вызвало тяжелую контузию мозга. Скорая отвезла его в нейрохирургию, где ему тут же сделали операцию, чтобы отвести лишнюю кровь. Врачи временно удалили крышку черепа, чтобы из-за отека давление на мозг не возросло. Ему ввели противосудорожное, проверили уровень глюкозы и кислорода в крови и погрузили в медикаментозную кому, чтобы дать организму передышку и запустить процесс восстановления. Иными словами, своим оперативным вмешательством нейрохирурги спасли пациенту жизнь.

Вот только разбудить его после этого они так и не смогли.

¹ «оксигенация»: Процентное содержание кислорода, переносимого красными кровяными тельцами, по сравнению с их общей способностью переносить кислород. Красные кровяные тельца у обычного человека, дышащего воздухом в помещении, на уровне моря, должны быть полностью заряжены кислородом. Однако люди, длительное время испытывающие проблемы с дыханием, могут нормально жить и чувствовать себя при значительно сниженной оксигенации.

С тех самых пор парень находился в доме инвалидов. Через брюшную полость ему в желудок ввели трубку, по которой поступала пища. Его регулярно переворачивали и по мере необходимости меняли подгузник. Он время от времени открывал глаза, но лиц не различал; он не реагировал на речь, и сам ничего не говорил. Мать, которая часто его навещала, считала, что иногда он ее узнает. Сестры же в этом сомневались.

За эти два года он неоднократно оказывался у нас в больнице. Один раз у него выскочила трубка, ведущая в желудок, и надо было вставить новую. Случались также респираторные заболевания и воспаление мочевых путей. Но в таком тяжелом состоянии он поступил впервые.

Я еще раз пролистал карту. Потом посмотрел на пациента. И перевел взгляд на медсестру.

– Слушайте, – сказал я. – Берите все анализы, но образцы оставляйте здесь – никуда не отправляйте. Потом, когда поставите катетер, начинайте вливать физраствор по 20 кубиков в час и приходите за мной. Мне надо позвонить.

Давайте-ка прервемся на минуту. По сути, в тот миг я понял, что юноша в палате – не просто больной с инфекцией. Мне надо было решить, как позаботиться о нем с человеческой точки зрения. С учетом своего положения, чего бы он в действительности хотел от нас? И как мы могли бы понять, чего он хочет?

Конечно, его случай представлял серьезную медицинскую проблему: тут и инфекция, и распознавание и предотвращение раннего септического шока, и поддержание дыхания у пациента с тяжелыми повреждениями нервной системы, и сложности с артериальным давлением.

Но человеческое существо – не просто набор медицинских проблем. Это еще и вопросы этики. И качества жизни. И религии – или духовности. Кто должен задавать эти вопросы и отвечать на них, если сам пациент больше не может?

Нельзя забывать и том, что я для него не пастор для прихожанина, и не учитель для ученика. Он мой пациент, а я врач, обязанный обеспечить ему медицинскую помощь. Мы встретились при таких обстоятельствах, когда я должен немедленно предоставить ему высококвалифицированные, экспертные врачебные услуги, сделать все возможное, чтобы спасти ему жизнь, чтобы вылечить его. Такова моя роль. Но в то же время я человек, имеющий дело с другим человеком, и не могу не спрашивать себя, достаточно ли будет просто исполнить эту роль, или придется все-таки выйти за ее пределы?

Хочу сразу сказать, что даже теперь, после тридцати лет практики, я не претендую на знание всех ответов. Но уже тогда я понимал, что незнание ответов не освобождает меня от необходимости задавать вопросы. Хочу я или нет, но мои знания и полномочия заставляют меня действовать от лица пациента. Все, что я сделаю – или не сделаю – для него, ляжет на мою совесть. Я сам выбрал свою работу; много лет учился и трудился, чтобы оказаться здесь. Госпиталь нанял меня и платит мне немалые деньги за то, чтобы я делал свое дело, то есть принимал верные решения.

Итак, какое же решение я принял?

Я сел за стол, из-за которого поднялся пару минут назад, взял трубку телефона и набрал номер, указанный на обложке карты. Женщина на другом конце провода ответила после первого же звонка. Я представился и спросил, с кем говорю. Потом сказал, что звоню из госпиталя, что я врач экстренной помощи и сейчас лечу ее сына.

Я уже не помню все подробности нашего разговора. Если вкратце, она сказала, что ей уже звонили из дома инвалидов и что она ждала моего звонка. Она спросила, как чувствует себя ее сын. Я объяснил, что он серьезно болен, вероятно, у него тяжелая инфекция – судя по состоянию легких, пневмония, – от которой, с учетом остальных его проблем, он может быстро умереть. Я сказал также, что мы влили ему физраствор и нам удалось его стабилизировать, но если мы собираемся спасти ему жизнь, надо принимать куда более решительные меры, и как можно скорее. Я спросил, что она думает по этому поводу. Женщина ответила, что будет в госпитале через пару минут; могу ли я подождать ее приезда? Я сказал, что ничего не стану

предпринимать без нее, и повесил трубку. Потом попросил медсестру пригласить сотрудника по связям с родными (это специальный человек, которого госпиталь нанимает, чтобы он созванивался с родственниками пациентов, покупал журналы, приносил кофе и в целом обеспечивал комфортные условия для пациентов и членов их семей) и больничного священника и вернулся в палату к юноше, чтобы проверить, как идут дела.

Не прошло и четверти часа, как приехала его мать. Сотрудник по связям дождался ее, встретил в приемной и проводил к сыну. Я все еще находился в палате, так что видел, как она сразу же подошла к кровати, взяла юношу за руку и заглянула ему в лицо. Она заговорила с ним: сказала, что всегда рядом и что любит его. Потом подняла глаза на меня.

Я попросил сестру присмотреть за пациентом пару минут. Мы с сотрудником по связям отвели мать в соседнюю комнату, предназначенную для родственников тяжелобольных, где можно было уединиться. На полу там лежал ковер, а у стен стояли диваны и кресла; на тумбах со светильниками были разложены журналы.

Наша беседа заняла совсем немного. Она спросила о состоянии сына. Я ответил, что на текущий момент благодаря внутривенным вливаниям его пульс и давление немного стабилизировались. Мы ввели ему суппозиторий с тайленолом, слегка облегчивший жар, так что, вероятно, ему стало полегче, хотя он и не мог нам об этом сказать.

Потом она спросила, что с ним будет дальше. Я сказал, что, с одной стороны, если дать ему сильные антибиотики и перевести в реанимацию для интенсивной терапии, он, возможно, протянет еще некоторое время в доме инвалидов. С другой стороны, без антибиотиков он, скорее всего, скончается в течение нескольких часов. Я также упомянул, что, насколько можно судить, никакой боли он не испытывает.

Я признался, что не могу сказать, надо ли пытаться спасти ему жизнь, зная, что за этим эпизодом последуют другие точно такие же, или лучше дать отойти с миром. Такое решение могла принять только она.

Мгновение мать юноши молчала. Потом ответила: «Думаю, нам надо его отпустить». Я кивнул и встал с кресла, чтобы проводить ее назад в палату.

Тут в дверь постучали: священник спрашивал, можно ли ему присоединиться к нам. Это был сдержанный человек, в нужных случаях прибегавший к юмору, неизменно спокойный и внимательный. Он не носил церковное облачение: просто брюки цвета хаки и рубашку с галстуком, а на именном значке у него было написано «капеллан».

Он был христианином – баптистом, но заботился обо всех одинаково, принимая любую веру и не навязывая свою.

Я познакомил его с матерью пациента и спросил, можно ли рассказать ему, что происходит. Она кивнула, и я вкратце обрисовал священнику ситуацию, а также сообщил о принятом решении. Втроем мы отправились обратно в палату. Сотрудник по связям отходил, чтобы принести матери пациента кофе, но как раз вернулся. Он отдал ей чашку и, не задавая вопросов, пошел с нами. Мать со священником вошли к пациенту.

Я задержался за дверью, чтобы рассказать медсестре и сотруднику по связям наш план, потом спросил, не против ли они, чтобы все произошло в их присутствии. Оба кивнули, и мы трое тоже вошли.

Палата была небольшая, так что мы пятеро – я, сотрудник по связям, священник, медсестра и мать юноши – встали кружком вокруг кровати. Мать молча вглядывалась сыну в лицо. Священник спросил, не хочет ли она произнести молитву. Мать кивнула, мы все взяли за руки и склонили головы.

Слов молитвы я уже не помню, помню только, что она была не длинная, но и не короткая, и говорилось в ней не о религиозных догмах, а лишь о вере в Бога и о его любви, о надежде и мирном переходе в его приделы.

Священник закончил, и мать поблагодарила его. Потом, пока все мы стояли молча, обратилась к сыну. Еще раз повторила, как любит его. Сказала, что у его малыша все в порядке, что его девушка скучала по нему и часто его навещала, что она хорошо заботится об их сыне. Пообещала, что сама будет и дальше присматривать за ними и помогать растить ребенка. Снова повторила, что любит его и всегда будет любить.

Когда мать остановилась, медсестра вышла из круга, взяла в углу палаты стул и поставила рядом с кроватью, приглашая ее присесть. Та села, по-прежнему держа сына за руку. Я немного подождал, потом спросил, могу ли еще чем-то помочь. Она покачала головой и поблагодарила меня. Я сказал, что должен идти к другим пациентам, но она может послать за мной в любую минуту, и вышел из палаты.

Все произошло быстро. Сорок пять минут спустя сестра сообщила мне, что давление у юноши упало, а дыхание стало прерывистым. По пути в палату я увидел сотрудника по связям, сидящего в холле: он сказал, что мать хотела остаться с сыном наедине, поэтому он вышел.

Я приоткрыл дверь, чтобы заглянуть в палату, не заходя внутрь. Мать сидела молча, глядя на сына, и держала его за руку. Дыхание юноши действительно было прерывистым, когда за коротким быстрым вдохом следует затяжная пауза, которая длится по полминуты, постепенно увеличиваясь. Это называется дыханием Чейна – Стокса и является признаком надвигающейся смерти.

Я спросил, не нужно ли ей чего-нибудь и понимает ли она, что происходит. Она кивнула, не говоря ни слова. Я сказал, что мы будем здесь, за дверью, на случай, если ей что-то потребуется. Потом как можно тише прикрыл дверь.

Через пару минут все было кончено. Он умер мирно и – думаю – безболезненно. Сэр Уильям Ослер, знаменитый врач начала XX века называл пневмонию «другом старика» – легким способом расстаться с этим миром. Пожалуй, в нашем случае она оказалась другом и для юноши.

Мы переговорили с его матерью еще раз: в основном она спрашивала, что ей предстоит еще сделать. Затем мы попрощались, она всех поблагодарила и уехала. А я? Я пошел на пост, взял следующую карту и отправился к пациенту.

Потому что такова моя работа.

Глава вторая

Ножницы

Тот случай совершенно точно произошел летом. Я в этом уверен, потому что закончил третий курс и впервые проходил практику в больнице, в хирургическом отделении, а практика всегда была летом, с июля по сентябрь.

Помню еще, что стояла жара.

Современные больницы в крупных городах – высотки из стекла и металла, с коридорами, выложенными плиткой, и скоростными лифтами, бесшумно скользящими между этажами. Зачастую в них даже не открываются окна: температура внутри поддерживается централизованно, на одинаковом уровне, зимой и летом.

Но дело было пятьдесят лет назад, и больницы выглядели по-другому. Никакого стекла и металла, только кирпич и цемент – таким запомнился мне городской госпиталь Бостона. Зимой он отапливался с помощью батарей, которые издавали угрожающее рычание, когда в них пускали горячую воду. Летом же приходилось спасаться кондиционерами – если так можно назвать громоздких, похожих на ящики чудовищ, занимавших половину окна, которые с громким свистом нагоняли в помещения холодный воздух своими пропеллерами. Была суббота, первая половина дня. Утренний обход закончился, и у меня выдалась минутка передохнуть от всяких мелких дел, которыми обычно приходится заниматься студентам-медикам. Помню, что присел выпить кофе, но тут один из интернов нашей смены сунул голову в дверь и позвал: «Пошли в операционную. “Скорая” привезла парня с ранением в шею».

Наверняка я так и подскочил: ради такого студенты и рвутся на практику. Добежав до операционной, я встал поближе к стенке рядом с другим третьекурсником, чтобы не мешать врачам.

Та операционная запомнилась мне особо – наглядный пример того, как в действительности работает – или делает вид, что работает – наша память. У меня в голове сохранилась не одна, а сразу две картинки, существующие сами по себе. Первая – смутное воспоминание о комнате с серыми стенами, хирургическим столом по центру и стальными стеллажами вдоль стен. Так выглядели тогда все операционные, а многие выглядят и теперь.

Однако ее перекрывает вторая, гораздо более яркая. На ней потолок в операционной стеклянный, как в оранжерее. Помещение залито солнечным светом. По стенам расставлены верстаки с садовыми инструментами и карабкаются вверх, к солнцу, какие-то вьющиеся растения. Естественно, я понимаю, что это воспоминание целиком вымышленное, а появилось оно у меня потому, что раненый был садовником.

Мужчина средних лет, в потертом джинсовом комбинезоне, грубых рабочих ботинках и поношенной клетчатой фланелевой рубашке.

Все произошло на работе. Такой же садовник внезапно напал на него. Причины я не помню, не помню даже, сообщил ли нам ее кто-нибудь. (Я вообще никогда не помню причин, по которым люди нападают друг на друга, потому что все они одинаково бессмысленны.) Судя по всему, преступление было спонтанным: в конце концов, кто будет хладнокровно обдумывать удар коллеге в шею... садовым секатором.

Пришлось немного подождать, пока сестра из приемного отделения закатит его в операционную. Он не лежал на каталке, а сидел с прямой спиной в кресле на колесиках. Секатор я заметил не сразу – мешали раздвигающиеся двери, а спереди ничего не было видно. Однако тут она подкатила кресло к столу и развернула его, поставив продольно, и я все увидел. Мужчина сидел неподвижно, глядя прямо перед собой. Он был похож на гигантскую заводную игрушку с ключом в шее, который по форме выглядел точь-в-точь как ручки садового секатора.

С учетом молниеносности удара, нападавший проявил чудо точности. Секатор был сложен, ручки соединены, так что лезвия образовывали одно целое. Он схватил его как нож, обхватив обе ручки ладонью, и вонзил лезвия глубоко в шею жертвы. Цель оказалась поражена идеально: секатор вошел в шею точно по центру, на полпути от плеч до основания затылка. Он торчал ровно посередине – ни левой, ни правее. Мало того, он был воткнут практически под углом девяносто градусов, так что плоская сторона лезвий оказалась параллельна позвоночнику.

Как же удавалось пациенту так держаться – с таким-то ранением! Длина лезвий была не меньше десяти сантиметров, секатор ничем не поддерживался. Его явно вонзили достаточно глубоко, чтобы он крепко засел в ране. И нацелен он был точно в позвоночник. Почему же пациент сидел в кресле, дышал, держался за подлокотники? Почему он все еще был жив?

Не теряя времени даром, старший интерн наклонился к каталке и начал стандартный опрос. Мужчина сидел по-прежнему неподвижно, с перепуганным лицом, но сам ни о чем не спрашивал, не поинтересовался даже, насколько тяжело ранен и не грозит ли ему смерть. Тем не менее когда интерн задавал обычные вопросы – как он себя чувствует? когда в последний раз ел? есть ли у него хронические заболевания? – пациент отвечал с готовностью, короткими простыми фразами.

Сам он так ни о чем и не спросил. Можно было подумать, что ему не хочется знать ответов: скоро все и так станет ясно. От жары мы все слегка вспотели, и пациент тоже. Помню, он попросил, чтобы кто-нибудь вытер ему лицо, хотя вполне мог сам двигать руками. Ему пришла на помощь медсестра.

И руки, и ноги у него действительно продолжали работать. Это поразило меня. Хватка не ослабела; когда его попросили встать, он поднялся с кресла. Конечно, его поддерживали два интерна; они же усадили пациента на хирургический стол, который специально опустили, чтобы ему было удобно. С их помощью он повернулся и лег на живот, лицом вниз. Изголовье стола опустили еще сильнее, а часть его сняли, чтобы голова пациента поддерживалась, как на массажной кушетке. И так, не прошло и пары минут, как пациент уже лежал на столе с секатором, торчащим из шеи. Он по-прежнему молчал, терпеливо дожидаясь вместе с нами, пока придет тот, кто попробует спасти ему жизнь.

Нейрохирурга вызвали из дома, но добрался он очень быстро. Он вошел в операционную, держа в руках рентгеновские снимки, сделанные в приемном отделении, которые ловко вставил в зажимы на световом коробе. (На самом деле это не так легко, как кажется; для нас, студентов-медиков, изящно вставить снимок в зажим – один из способов явить миру свое вящее мастерство.)

Достаточно было одного взгляда на снимки – и нам все стало ясно. И очень страшно. С одной стороны, перед нами был пример точнейшего удара. Нападавший попал не просто по центру, точно в середину шеи, так что лезвия оказались строго параллельно позвоночному столбу, но и всадил секатор прямо между двух позвонков, остановившись в миллиметре от спинного мозга. Вот почему у жертвы не было никаких неврологических симптомов, будто ничего и не произошло.

Пациент, вроде бы, находился в безопасности, но это была безопасность человека, привязанного к взведенной бомбе. Проблема заключалась в том, что позвонки представляют собой не просто кость. В них проходят кровеносные сосуды, артерии, вены. Там содержится костный мозг. И когда вы прорезаете их, они кровоточат – и очень сильно. На тот момент у пациента не было кровотечения, по крайней мере, в позвоночнике. Но что если лезвия секатора просто прижимали разорванные сосуды? Оставить секатор на месте нельзя, но если он – единственная преграда для кровотечения, то что произойдет, когда его удалят?

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.