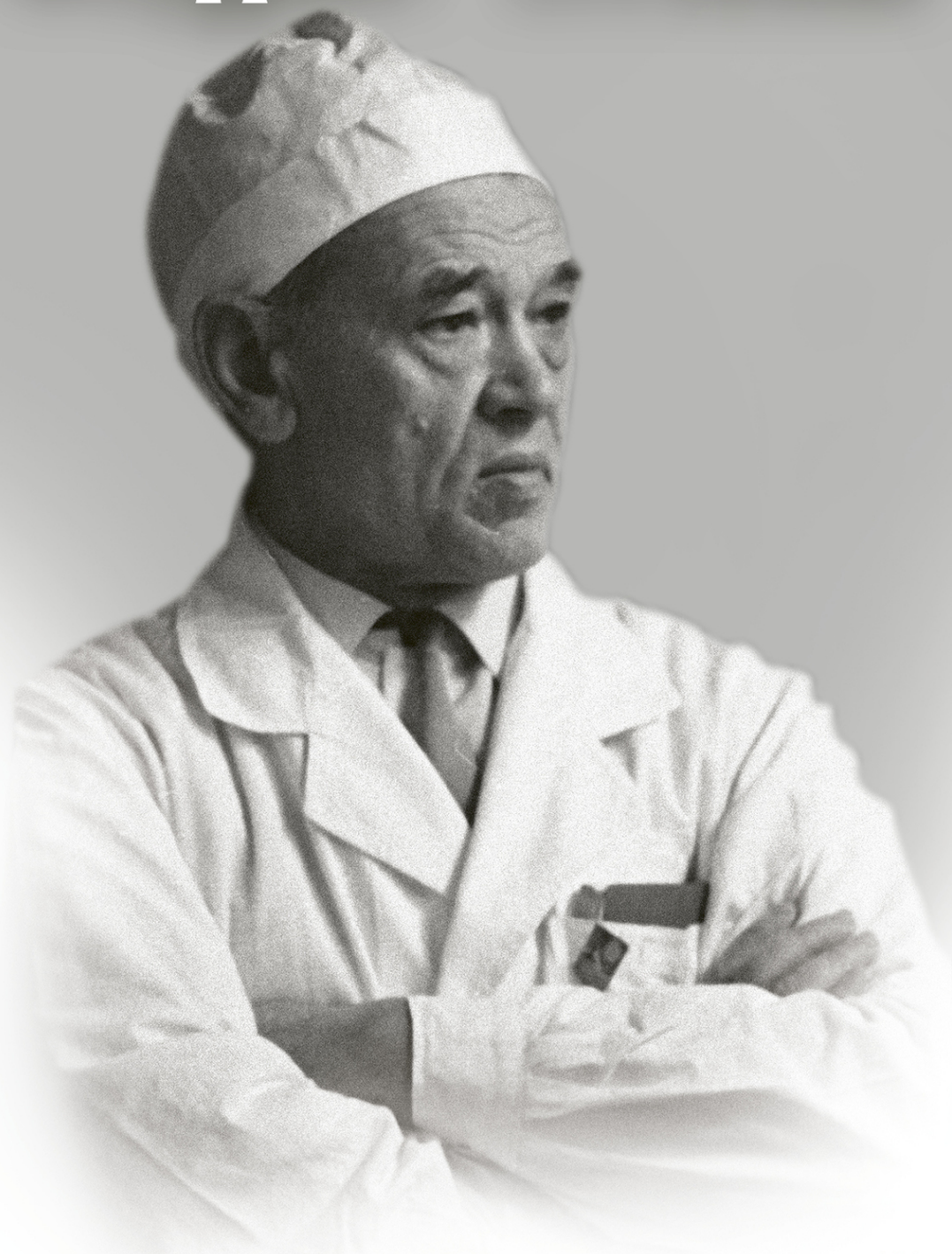




МЕДИЦИНСКИЙ БЕСТСЕЛЛЕР

ФЕДОР УГЛОВ



ПОД БЕЛОЙ МАНТИЕЙ

Медицинский бестселлер (АСТ)

Федор Углов

Под белой мантией

«Издательство АСТ»

1984

УДК 821.161.1-3
ББК 84(2Рос=Рус)6-44

Углов Ф. Г.

Под белой мантией / Ф. Г. Углов — «Издательство АСТ»,
1984 — (Медицинский бестселлер (АСТ))

ISBN 978-5-17-113188-3

Книга знаменитого хирурга – это и медицинский детектив, и точное описание жизни и быта людей советской эпохи, и бесценное свидетельство мужества, самоотверженности и доброты врача. Федор Григорьевич пишет о своих пациентах и реальных случаях из практики. В каждой строчке чувствуется, как важна для него человеческая жизнь, как упорно, иногда почти без надежды на успех, бьется он со смертью. Начав читать эту невероятную книгу, полностью основанную на реальных событиях, оторваться уже невозможно!

УДК 821.161.1-3
ББК 84(2Рос=Рус)6-44

ISBN 978-5-17-113188-3

© Углов Ф. Г., 1984
© Издательство АСТ, 1984

Содержание

1. Точки отсчёта	6
2. Каждый день и всю жизнь	41
Конец ознакомительного фрагмента.	71

Федор Углов

Под белой мантией

© ООО «Издательство АСТ», 2014

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

* * *

1. Точки отсчёта

1

Как-то мне позвонили из редакции «Правды»:

– У нас к вам просьба – проконсультировать и, если будет нужно, положить в клинику нашего сотрудника. Вы, наверное, слышали о Сергее Борзенко? Известный журналист, писатель, Герой Советского Союза. Он сейчас находится в правдинской больнице.

– Хорошо, завтра я собираюсь быть в столице и смогу посмотреть его.

...В палате я увидел высокого, крепкого сложения мужчину с добрыми, голубыми глазами. Пожимая мне руку, он улыбнулся. И было в его облике, улыбке что-то такое, что сразу располагало к нему, создавало впечатление, что мы давно знакомы. Однако у меня появилось и чувство тревоги: настораживали напряжённость больного, частые глубокие вздохи. Одышка в покое – признак тяжёлой сердечной и лёгочной недостаточности. Значит, дело зашло далеко.

– Расскажите, что у вас болит и когда вы заболели? – задал я стандартный вопрос, желая выяснить сущность болезни и знать, как сам больной её представляет.

– В моём теперешнем состоянии никого винить нельзя, кроме самого себя. Слишком небрежно относился к своему здоровью, считал, что его ничем не сломить.

– Нет, Сергей Александрович! Болезнь сильнее любого богатыря, если только её недооценить и дать ей развиваться. С нею, как со всяким злом, надо бороться, пока она не укоренилась, не перешла в необратимую стадию.

О себе он поведал следующее.

Болен давно. Пожалуй, несколько лет, с временными облегчениями и частыми обострениями. Врачи признавали воспаление лёгких. Лечился в стационаре, но каждый раз, не закончив курса, выписывался, чтобы уехать куда-нибудь на длительный срок. То на Дальний Восток, то на Байконур, то на военные манёвры (интерес к армии не ослабевал ни на минуту). С повышенной температурой ему приходилось ночевать в палатках, под открытым небом. И неизменно – рецидивы воспаления лёгких.

Сомнения не было: картина хронической пневмонии.

Просматриваю снимки, анализы, внимательно слушаю пациента и отмечаю, что здесь предугадывается нечто более грозное, понять которое при беглом осмотре трудно. Необходимо тщательное обследование. И главное – надо правильно лечить пневмонию, чтобы после устранения её симптомов лучше могло выявиться основное заболевание.

Сергея Александровича перевезли к нам в Ленинград, в Институт пульмонологии.

В каждодневном общении перед нами открылась незаурядная личность – с цельным, мужественным характером при внешней застенчивости и великой скромности. И в необычайной для себя обстановке Борзенко не мог обходиться без дела (мы постарались создать ему условия для творческой работы), жил заботами и думами о человеке, шаг за шагом вникал в проблемы клиники.

– Кого вы сегодня оперируете? – спрашивал он меня, когда я утром заходил к нему в палату.

– Девочку Люсю, вы вчера с ней беседовали. Предстоит операция с аппаратом искусственного кровообращения.

– Можно посмотреть?

– Пожалуйста, если вам будет не трудно выстоять.

Позднее он долго говорил с матерью девочки и с ней самой.

Потом ещё не однажды – одиннадцать раз – присутствовал на моих операциях. Обязательно разговаривал с врачами, сёстрами, с родственниками больных. Всё записывал в блокнот. Я любил приходить к нему в конце дня, когда в клинике становилось тихо.

Много услышал интересного.

Родился Борзенко в 1909 году в Харькове. Мать – учительница, отец – фельдшер. В пятнадцать лет остался круглым сиротой. Учился в фабзавуче харьковских трамвайных мастерских, работал электриком в депо. Закончил вечернее отделение городского электротехнического института. Рано начал писать стихи, сотрудничал в заводских многотиражках, пока не сделался постоянным корреспондентом областной газеты. Изъездил всю Украину, своими глазами видел свершения первых пятилеток, хорошо знал стахановцев Донбасса, строителей Днепрогэса. В двадцатилетнем возрасте, будучи уже зрелым по мысли, взялся за историко-революционную эпопею «Какой простор!», которую открывал роман «Золотой шлях», но опубликовал его только после победы над фашизмом.

Грянула Великая Отечественная война. Он добровольцем уходит на фронт в составе редакции армейской газеты «Знамя Родины» и, выполняя её задания, часто оказывается на самых ответственных участках боевых действий наших войск. С августа 1944 года – корреспондент «Правды». Вместе с передовыми частями Красной Армии 22 апреля 1945-го вошёл в Берлин.

В сборнике очерков «Герои битвы за Кавказ» есть материал, посвящённый самому Борзенко. Что же главное захотели отметить в нём товарищи? Лучше, чем они, я не скажу, а потому приведу цитату:

«Мужество журналиста на войне многомерно. Прежде всего нужна гражданская смелость, чтобы через газету говорить солдатам правду, какой бы она горькой ни была... Журналисту нужна и воинская отвага, потому что настоящий военный журналист пишет свои репортажи не с чужих слов, а с места событий... Он искал интересных встреч с интересными людьми, а они никогда не отсиживаются в тиши...

В первых же боях он убедился, что на войне надо быть прежде всего солдатом, а потом уже журналистом... И он учился быть солдатом. И стал им».

Сергей Александрович принимал участие в боях с немецкими танками, когда необходимо было развеять миф о непобедимости врага, ходил в рейды по тылам противника, вместе с разведчиками брал «языков», присоединялся к диверсионным отрядам, отправился с легендарным десантом на Малую землю и провёл там свыше полугода. Это он оставил нам такие строки: «Малая земля стала родиной мужества и отваги. Со всех сторон спешили сюда отчаянные души, горевшие неугасимой ненавистью к врагу. Тот, кто попадал на Малую землю, становился героем. Труссы или умирали от разрыва сердца, или сходили с ума. Здесь не было ни одного метра, куда бы не свалилась бомба, не упала бы мина или снаряд. Фашистские самолёты и пушки вдоль и поперёк перепаживали клочок земли, на котором не осталось ничего живого – ни зверей, ни птиц, ни деревьев, ни травы. Никого, кроме советских воинов». Плечом к плечу с ними сражался и Борзенко.

Он был награждён двадцатью боевыми орденами, не считая медалей. Первому среди журналистов и писателей ему присвоили звание Героя Советского Союза. Произошло это в 1943 году, когда освобождали Крым.

Мне довелось познакомиться с текстом наградного листа. Там говорится:

«В ночь на 1 ноября 1943 года писатель армейской газеты «Знамя Родины» майор С. А. Борзенко высадился с десантом 318-й Новороссийской стрелковой дивизии на крымской земле. В силу сложившихся обстоятельств ему пришлось руководить боем. Вместе с офицерами и солдатами С. Борзенко отбивал гранатами танки противника, которым удалось прорваться на 100 метров к командному пункту. Были дни, когда бойцам приходилось отражать контратаки противника по 17–19 раз, и всегда вместе с ними находился писатель С. Борзенко».

Текст скупой, без эмоций, что характерно для официальных документов. Куда больше поводов к раздумьям и восхищению человеческим духом даёт очерк самого Борзенко «Пятьдесят строк», где он вывел себя под именем Ивана Аксенова.

«Армия готовится к прыжку через Керченский пролив, и теперь понаедет уйма корреспондентов из фронтовой газеты, из Москвы. Только кто из них отважится идти с первым броском?» – раздумывал Аксенов незадолго до того момента, как его вызвали к редактору.

– Товарищи, получен приказ, – сказал редактор. – Одна из дивизий нашей армии должна форсировать Керченский пролив, ворваться на берега Крыма, захватить плацдарм. Кто из вас добровольно, – он с нажимом повторил, – добровольно пойдёт в десант?

Вызвался Аксенов. Среди сотрудников как-то само собой заходя решилось: в десант идти ему.

– Десант выходит в море завтра в полночь. Я оставляю, майор, на первой полосе пятьдесят строк и не буду печатать газету, пока не получу эти пятьдесят строк... Понятно? Отправляйтесь в Тамань к полковнику Гладкову. Он назначен командующим десантом, – закончил редактор.

В Тамани Аксенов узнал, что полку, который будет осуществлять прорыв, придаётся батальон морской пехоты. Во всяком наступлении кто-то идёт первым; даже если наступает армия – сто пятьдесят тысяч человек, – кто-то идёт первым. Такая задача стояла перед батальоном моряков. А уже по их расчётам, мотобот с корреспондентом должен был причалить третьим. Однако во время операции два передних мотобота потопили вражеские снаряды, и суденышко с Аксеновым первым подошло к берегу, заносимому ослепительной метелью цветных трассирующих пуль...»

Сергей Александрович рассказывал мне:

– Едва достигли мы середины пролива, как фашисты, понавесив ракет, обрушили на нас шквальный огонь из дальних и ближних орудий. Лишь немногие плавсредства достигли крымского берега – но и здесь нас обстреляли из окопов и оборонительных прибрежных укреплений. Зацепились на каком-то пятачке, огляделись. Оказалось, что среди высадившихся нет никого из командиров подразделений – или погибли, или не смогли пробиться. Из живых я самый старший по званию, и руководство операцией надо брать на себя. Отдаю приказ: «Резать проволоку! Приготовить гранаты!»

А вот – снова факты из очерка.

«На берегу, скользком от крови, корреспондент палил из автомата, бросал гранаты, дело дошло до пистолетной стрельбы, затем, вспомнив, что его задача – написать пятьдесят строк, с нетерпением ожидаемых в редакции, забежал в горящий дом и при свете пылающей крыши на разноцветных листках какой-то немецкой квитанционной книжки, попавшейся под руку, написал заметку «Наши войска ворвались в Крым». Он описал всё, что увидел в бою, назвал фамилии двенадцати матросов, храбро сражавшихся рядом с ним. Заметку завернул в тонкую противоопритную палатку, чтобы бумага не размокла в воде, отдал связному, и тот увёз её на последнем мотоботе, отчалившем на Тамань.

Опубликовав драгоценные сведения, газета «Знамя Родины» точно указала: «В ночь на 1 ноября. Берег Крыма (материал доставлен связным рядовым И. Сидоренко)».

Сведениям этим, как выяснилось позже, действительно не было цены. В штабе, на Большой земле, напряжённо ждали сообщений от десантников, а они всё не поступали. Рации не работали, их разбили, прорваться обратно сквозь сплошной огонь, видимо, никто не мог. О судьбе десанта неоднократно запрашивала Москва.

...Забрезжил рассвет, наступило утро, из тумана выглянуло бескровное солнце, осветило суда, понуро возвращавшиеся на таманский берег. К разбитому пирсу подошёл искромсанный снарядами сторожевой катер. С залитой кровью палубы поспешно снесли раненых, затем окровавленные тела убитых, бережно опустили мёртвого начальника переправочных средств Героя Советского Союза Сипягина. Последним, пошатываясь от горя, на берег сошел мокрый

с головы до ног, бесконечно усталый Гладков, в отчаянии схватился за непокрытую голову, с тоской подумал: «Лучше бы меня убили».

– Товарищ полковник, вас просит к себе командующий фронтом...

...Подпрыгивая, «Виллис» мчался вдоль моря, мимо покрытых зелёными сетками тяжёлых батарей. Глядя на пушки и горы стреляных гильз, полковник внутренне содрогался. Если солдаты не зацепились за крымский берег – тысячи снарядов выпущены зря. Если?.. Он не мог ответить: зацепились или не зацепились? Из-за сильного огня катер, на котором он плыл в Крым, вынужден вернуться, вернулся командир полка, вернулись штабы.

Машина подошла к дому. У крыльца толпилась дюжина корреспондентов. Часовой, почтительно козырнув, открыл заскрипевшую дверь, и Гладков очутился в полутёмной комнате, среди военных разных рангов. За столом, заваленным картами и донесениями, в шинели, накинута внапашку, сидел бритоголовый маршал Советского Союза.

– Вернулся? – укоризненно спросил он, не подавая полковнику руки.

– Так точно, – ответил Гладков.

– Высадились наши войска на крымский берег?

– Не знаю. – Гладков покраснел, готовый провалиться сквозь землю.

– А кто знает? – повысил маршал сорванный на телефонных разговорах голос...

– Видел на том берегу автоматные вспышки, слышал разрывы гранат, – сказал полковник.

– Твои люди высадились, а ты не смог, – сказал маршал и прикрыл выгоревшими ресницами серые, усталые глаза.

Гладков тоже закрыл глаза, и перед его внутренним взором возникло только что пережитое. Бурное, холодное море. Гибель судов, рвущихся не то на своих, не то на чужих минных полях. Плотная завеса заградительного огня, словно дождь, соединившая небо и землю, сквозь которую ничто живое не способно пробиться. Удар снаряда в катер, режущий свист осколков, напавал сразивших Сипягина и офицеров дивизии. Объяснять всё это маршалу не имело смысла. Полководец не понял бы его, как он сам не понял бы младшего по чину офицера, не выполнившего задания...

Вошёл дежурный офицер и отпрапортовал:

– На проводе Ставка Верховного главнокомандования. Запрашивают: высадились ли наши войска в Крым?

– ...Москва ждёт, что я скажу?.. У моего дома собрались корреспонденты всех газет. Что я скажу? Что ты побоялся подойти к берегу? Да?

– Не знаю, что им сказать, – тихо проговорил Гладков. – Только я не боялся...

Скрипнула дверь, и в ней, как в раме, возник высокий молодой полковник. В поднятой руке его, словно голубь, готовый вырваться, белела газета.

– Ура, товарищи! Наши на том берегу!

Наступила пауза.

– А ты откуда знаешь, начальник политотдела? – с облегчением и недоверием спросил маршал.

– Как откуда? В газете написано.

– Постой-постой, в какой газете? Что написано?

– В нашей, армейской, «Знамя Родины».

– Ну-ка читай, – попросил маршал, доставая из футляра очки в золотой оправе.

– Заметка называется «Наши войска ворвались в Крым», – громким голосом отчётливо прочёл начальник политотдела.

– Ничего не скажешь, заголовок хорош, – хором подтвердили корреспонденты, под шумок протиснувшиеся в комнату.

– А может, он с этого берега накропал? Знаем этих борзописцев – все могут выдумать, фантазии у каждого хватает на десятерых, – сказал маршал повеселевшим голосом.

– Э, нет! Я знаю Ваню. У нас была беседа перед десантом. Да и под заметкой написано: берег Крыма, – уверенно ответил начальник политотдела.

– Когда они успели?.. Ведь с тем берегом никакой связи... Оттуда ни слова... А тут газета, и с такими подробностями! – завосхищались вдруг офицеры и генералы.

– Товарищ маршал Советского Союза, – сразу оценив изменившуюся обстановку, попросил полковник Гладков, – разрешите отправиться на ту сторону пролива и принять командование над высадившимися войсками!

– Да-да, дорогой, езжай. Ни пуха тебе ни пера. – Маршал поднялся, пожал руку полковнику, обнял его и торопливо пошёл в аппаратную.

– ...Ставка? На проводе командующий фронтом... Наши войска ворвались в Крым... Ворвались в Крым, говорю... Да, ворвались и успешно продвигаются вперед...»

Сергей Александрович вспоминал:

– Окопавшись на захваченном участке в ожидании подкрепления и подвоза боеприпасов, мы готовились к отражению контрнаступления. Оно не заставило себя ждать. Враг хотел во что бы то ни стало сбросить в море и уничтожить десант. Атаки следовали одна за другой. На горстку бойцов обрушились танки, самоходки, самолёты. Бушевал сплошной огонь. Люди гибли у меня на глазах.

Настал такой момент, когда оставшиеся в живых решили пойти в открытую атаку, чтобы с честью умереть в последнем бою, – не было ни патронов, ни возможности обороняться.

Мы поднялись и пошли с песней. И в эту критическую минуту с Тамани раздались залпы дальноточных орудий. Противника охватило замешательство, а тут показались и наши подкрепления. Осуществлялся приказ Сталина – бросить все силы на расширение крымского плацдарма. Мы отбивали у фашистов новые и новые позиции.

О десантной операции в Крым, – заключил Сергей Александрович, – писали в общем-то немного, но героизма солдат и офицеров хватило бы на несколько романов...

Он говорил не о себе – о других, а то, что прошёл бесконечно длинные дороги войны, не прячась от опасности, жил с народом на одном дыхании, вроде бы само собой разумелось.

Материалы Борзенко, подчёркивали его товарищи, отличались исключительной правдивостью. Никакая выдумка, никакая фантазия никогда не заменит достоверности факта, живого примера. Он умел видеть то, что могло поразить воображение, чувствовать красоту и величие человеческого духа. Подтверждение этому он находил и на театре военных действий в Корее в 1950–1953 годах, и когда началась отечественная летопись освоения космоса, и в мирных буднях. В поисках именно достоверности факта он не переставал колесить по стране: «Передо мной текли реки людей...»

Разумеется, тут я попытался обобщить всё, что мне удалось узнать о Борзенко – писателе и человеке. Лишь малую долю информации дал он сам. Больше я основывался на собственных впечатлениях, да ещё помогли его сборники повестей и рассказов, предисловие к книге «По дорогам войны», написанное сыном – Алексеем Борзенко, опубликованные свидетельства очевидцев.

2

В Институте пульмонологии Сергею Александровичу с каждым днём становилось лучше. Этому, конечно, способствовали его оптимизм и жизнелюбие. Когда ни спросишь: «Как себя чувствуете?» – он ответит: «Прекрасно! Вы так лечите, что у вас нельзя не поправиться».

И всё-таки нас тревожили большие цифры РОЭ (реакция оседания эритроцитов), что свидетельствовало о торможении защитных процессов в организме. И мы снова подвергали Борзенко обследованию и лечению.

А Сергей Александрович, чувствуя себя бодрее, всё глубже вникал в наши интересы.

– Великолепную клинику построили! Всё продумано. И оборудование у вас, как мне кажется, первоклассное.

– В клинике была острая необходимость.

– Да, я знаю, вы не имели подходящих условий для сложных операций.

– По существу, не было никаких условий, и если мы что-то делали, то только благодаря энтузиазму врачей. Наша больница основана 125 лет назад, когда операции по поводу грыжи и аппендицита считались опасными и сопровождалась высокой смертностью. Резекции желудка совсем не производились. А мы стали оперировать на лёгких и сердце. Это всё равно что заводу вместо зажигалок на той же базе пришлось бы выпускать блюминги. Много мы хлопотали, добивались. Спасибо секретарю обкома Ивану Васильевичу Спиридонову.

– Я слышал о Спиридонове, – в раздумье проговорил Сергей Александрович. – Расскажите, пожалуйста, что он за человек, в чём выразилась его помощь?

О Спиридонове все ленинградцы очень хорошо отзывались. Его не просто уважали – его любили.

Мне пришлось пойти к нему в связи со строительством клиники. Позвонил и попросился на приём. Он сказал: «Заходите». И назначил день и час.

Во время нашей беседы внимательно слушал. Перебивал редко, чтобы задать уточняющие вопросы. И почти все мои предложения записывал в тетрадь. Вывод был краток:

– Постараемся удовлетворить ваши просьбы.

Прощаясь, я пригласил его посетить нас. Спиридонов ответил: «Приду обязательно».

С тем мы и расстались.

Через два-три дня мне сообщили: Иван Васильевич приедет посмотреть операцию.

Мы не думали, что визит секретаря обкома повлечёт за собой столь важные последствия. И всё же с некоторым волнением ожидали его. Меня не смущал посторонний: я уже привык оперировать в присутствии студентов, аспирантов, учеников, врачей из других клиник, городов и стран. Случается, операцию смотрят крупные специалисты. Неизменно сосредоточиваюсь, весь внимание, слежу за каждым своим движением, чтобы не ошибиться, не сделать неверного хода. Я забываю о том, что происходит вокруг меня. Тут помогает чувство высочайшей ответственности перед человеком, который доверил тебе свою жизнь.

Операция проводилась по поводу митрального стеноза. Риск был очевиден. В тот период, когда обезболивание ещё не было безупречным, подобная операция могла кончиться трагически даже на операционном столе.

От молодой женщины, решившейся на крайний для неё шаг, ничего не скрывали. Последние годы болезнь приковала её к постели. Муж, ребёнок совершенно заброшены, и она хотела любой ценой поправиться – не столько ради себя, сколько ради них. «Самый печальный исход, – говорила она, – лучше моего теперешнего положения. Я хоть не буду балластом для близких».

Мы рассказали Спиридонову об этой пациентке довольно подробно, чтобы он видел не просто хирургическое вмешательство, а стратегию, призванную вывести женщину из безнадёжного состояния. Показали рентгеновские снимки и объяснили сущность нашей операции на наглядных таблицах. Мои помощники надели на гостя халат, белые матерчатые сапоги и посадили на скамью амфитеатра.

Больной вскрыли грудную клетку, обнажили сердце, захватили ушко левого предсердия лёгким кривым зажимом и отсекли верхушку настолько, чтобы через это отверстие вошёл палец. С помощью расширителя, введённого через другое специальное отверстие в стенке левого желудочка, разорвали комиссуры (спайки), суживающие клапан, и восстановили надле-

жащее сообщение между предсердием и желудочком, то есть ликвидировали стеноз, или сращение створок, – последствие ревматического процесса.

На каждое наше прикосновение сердце отвечает дополнительными сокращениями, но если прикосновения мягкие и непродолжительные, а наркоз хороший, то быстро возвращаются и нормальный его ритм, и нормальная работа. При этом обычно большого кровотечения не бывает, но всё же мы допускаем кратковременное выплёскивание крови прямо из сердца, что, естественно, производит впечатление даже на специалиста, а на непосвящённых людей – тем более!

Иван Васильевич наблюдал молча, не отрывая глаз. Когда же операция кончилась, он так же молча направился в мой кабинет. Скоро и я пришёл. Нам подали чай.

– То, что вы делаете, – сказал он, – находится в вопиющем противоречии с имеющимися условиями. Нужно создать коллективу благоприятную обстановку.

Как мне потом стало известно, вернувшись к себе, он сразу связался с Советом Министров РСФСР, и в тот же вечер к нам позвонили из Москвы:

– Просим вас срочно представить свои соображения по строительству новой клиники госпитальной хирургии. Вопрос будет рассматриваться на ближайшем заседании...

Посещение секретаря обкома оставило неизгладимый след в памяти, и не только тем, что он так живо откликнулся на наши нужды. Иван Васильевич был прост, вежлив и тактичен со всеми, вплоть до санитарки. Он по-настоящему ценил труд других, понимал его значение. Сам был доброжелателен, спокоен, пунктуален и настойчив в делах. Добившись в Совете Министров республики разрешения на новую клинику, позднее навещался на строительную площадку и, если встречались заторы, препятствия, помогал их устранять.

Мне пришлось быть с ним на XXII съезде партии как делегату. И здесь в нём сказывалась государственная мудрость в сочетании с удивительной скромностью и человечностью. На строительство клиники ушло шесть лет. Все эти годы мы продолжали напряжённо работать. Не хватало кадров, аппаратуры, инструментария... Однако, несмотря на трудности, упорно продвигались вперёд.

При слипчивом перикардите предложили свой метод, который был продемонстрирован, в частности, в Индии. Впервые в нашей стране осуществили методику операции при циррозе печени. Освоили целый ряд разделов хирургии сердца и сосудов.

Мне выпала счастливая судьба быть в числе тех, кто не ограничивается лёгкими, проторенными дорогами, а ищет новые пути в борьбе за жизнь и здоровье людей. Это трудный путь борьбы и надежд, путь успехов и поражений, поисков и разочарований. Не всегда мы пользовались помощью и поддержкой тех, кто обязан это делать. Но всегда нам сопутствовали участие и симпатии больных людей – тех, кого мы стремились избавить от страданий. Горе и слёзы больных – вот что заставляло хирургов идти неизведанными дорогами и искать способы лечения многих трудных, неизлечимых заболеваний. Как и каждый человек, врач может сказать, что его рабочий день кончился, что он идёт домой; он может сказать, что вообще эти болезни в настоящее время ещё не лечатся, и спокойно отдыхать в кругу семьи или друзей, забыть о больных, ждущих от него помощи. Однако многие врачи, в особенности хирурги, этого не делают. Зайдите в клинику почти в любой операционный день. Зайдите поздним вечером – у постели больного увидите не только дежурного врача. Здесь найдёте и лечащего врача, и ассистентов хирурга, которые принимали участие в операции, и наркотизатора – он давал наркоз больному, и уж, конечно, встретите вы здесь самого хирурга. Все они у постели тяжёлобольного, проверяют его пульс, давление, считают число дыханий, делают анализы состава крови, для чего специально просят лаборантку задержаться после работы. Завтра, как всегда, с утра у них напряжённый день. И за проведённые у постели больного часы и сутки им никто не платит сверхурочные. Да, впрочем, они и не думают об этом. Их интересует судьба человека. Его надо спасти во что бы то ни стало. А завтра другой больной пойдёт на операцию, они и за

него будут так же переживать, так же часами находиться у его постели, чтобы не пропустить какое-нибудь осложнение, вовремя его ликвидировать.

Таков труд врача, и таковым он был во все времена. Конечно, не будем говорить о людях, случайно оказавшихся на службе медицины. Они тоже есть. Я говорю об энтузиастах, хирургах-новаторах, врачах-исследователях – подвижниках, посвятивших себя трудному, но благородному делу.

Наша клиника институтская, в ней лечебная практика соединена с научным поиском. У нас стараются свято сохранять традиции отечественной медицины.

К нам идут люди, отягощённые недугом. Они знают, что исцеление может прийти только через операцию. Сознание этого приносит им дополнительное страдание, они обеспокоены ещё угрозой смерти и от самой операции.

Нынче много делается для обезболивания, уменьшения травматизма хирургического вмешательства, и всё-таки исцеление человека хирургом не бывает без болей. Поэтому особенно важно, чтобы хирург был твёрд, но и нежен, решителен, но заботлив, чтобы он был настойчив, но настойчивость его была бы проникнута гуманизмом. Нельзя идти в хирургию врачу, равнодушному к страданию больных, видящему в больных материал для научных исследований или путь к славе. В терапии, неврологии, может быть, это и не так заметно. В хирургии же это просто невозможно.

Если больные хирургу в тягость – операции у него не будут получаться, даже если он одержим в исследовательской работе. Смертность у такого хирурга будет большая. Это хирурги без призвания. Их прельщает слава, ради которой они готовы рисковать жизнью больного, лишь бы набить руку. Они не тяготятся жертвами. Но они и не знают постоянного глубокого удовлетворения от своей работы, которое испытывает врач, любящий больных, как своих близких. Последнему неважно – редкая ли это операция или ординарная, принесёт ли она ему славу или никто на неё не обратит внимания. Ему важно то, что он с помощью этой операции спас конкретного больного, вернув его в семью и рабочий коллектив. В этом и есть смысл и радость нашей профессии.

За долгую практику я видел множество людей, сражённых тем или иным недугом. Но болезни сердца явно стоят особняком, не говоря уже о том, что они держат печальное первенство среди прочих причин смертности.

Мы знаем по опыту, как чутко реагирует сердце на все события жизни, на каждое сказанное слово. Поэтому нет ничего удивительного в том, что «отказы» сердца тяжело отражаются на всём организме, на психике заболевшего. Он остро переживает ограничение, а то и полную потерю активности.

Человек прикован к постели. Сознание ясное, он привык и хочет трудиться, приносить пользу. Но... вынужден лежать. Зачастую сердечные больные не могут даже двигаться. И не день, не неделю, не месяц. Несколько лет. Чем дальше, тем хуже. И если другие боятся хирурга, стараются обойтись без него, то такие больные всегда настаивают на операции. Они знают: другого выхода нет, это их последняя надежда.

Помню нашу первую операцию по поводу митрального стеноза в то время, когда наркоз был ещё несовершенен. Опасаясь осложнений, решили оперировать под местной анестезией. И допустили очень большую ошибку.

Больная – у неё четвертая-пятая стадия сердечной недостаточности – при вскрытии грудной клетки стала задыхаться, состояние сердца резко ухудшилось. Нужно было вспомогательное дыхание, которое возможно при наркозе и невозможно при местной анестезии. Сердце, едва мы к нему прикоснулись, остановилось. Прибегли к массажу и в перерывах делали своё дело.

Закончили операцию, но деятельность сердца восстановить не смогли.

Мы были потрясены происшедшей на наших глазах катастрофой.

Повторилось то, с чем неоднократно сталкиваешься при разработке новых операций. Пока читаешь, экспериментируешь, всё кажется простым и ясным. Когда же перед тобой ослабленный человек, резервы которого истощены до предела, картина во многом меняется.

Роковой исход при применении нового способа всегда ложится тяжким моральным бременем и на самого хирурга, и на весь коллектив. Как бы ни утешало сознание того, что положение больного было безнадёжным, от этого не становится легче. Неудача порой надолго отбивает охоту к дальнейшим поискам – превалирует психологический фактор.

Перед врачами постоянно встают вопросы нравственного характера. Например, показания и противопоказания. Кого класть на операционный стол, чтобы проверить выбранный метод? Надёжнее – более лёгких больных, это ясно. Но если человек чувствует себя сносно, он не согласится на неизведанное испытание, да и лечащий его терапевт будет против, и он по своему прав. Пойдут на операцию, что называется, безоглядно те, кто иначе не имеет шансов выжить. Но они слишком слабы, и риск для хирурга велик. Получается заколдованный круг: или иди на риск, или брось, отступись от того, чего ещё никто не делал.

А как же с прогрессом медицины? И как быть с несчастными, поставленными судьбой на край могилы?..

Прошли месяцы упорного, напряжённого труда, прежде чем мы отважились на второй подобный шаг.

На этот раз, конечно, отказались от местной анестезии. Тщательно проверили действие внутритрахеального наркоза. Скрупулёзнейшим образом отработали анатомическую часть. Уделили пристальное внимание предоперационной подготовке.

С волнением готовился я ко второй операции.

Легко определил место сужения. Разорвал комиссуру. Палец вошёл в левый желудочек... От повторных попыток ещё больше расширить отверстие мы тогда отказались: длительные внутрисердечные манипуляции могли вызвать остановку сердца.

Теперь, анализируя свои ощущения, понимаю, что это расширение не было оптимальным. Но оно оказалось достаточным, чтобы состояние больной значительно улучшилось. В то же время наше вмешательство было не очень травматичным, и послеоперационный период протекал гладко.

Первый благоприятный исход окрылил. Мы шли теми же путями, что и прочие ищущие хирурги как у нас в стране, так и за границей. Ценный опыт по хирургии митрального стеноза накопили клиники А. Н. Бакулева, П. А. Куприянова, А. А. Вишневского.

Это было начало 50-х годов, когда отечественная хирургия (что нелишне снова напомнить) ещё не располагала хорошим оснащением и наркозной аппаратурой и условия работы были гораздо хуже, чем у наших коллег на Западе, которого почти не коснулись разрушения военных лет. И всё же энтузиазм, неистощимая энергия врачей и сама система советского здравоохранения, доброжелательное отношение со стороны не только центральных, но и местных органов власти стимулировали новаторский поиск – особенно в сердечно-сосудистой хирургии.

За первой успешной операцией последовали другие. Больные, узнав о том, что у нас осуществляют такие операции, стали приезжать в клинику и самостоятельно, и по направлению врачей. Из других городов поступали сотни писем с просьбой о стационарировании. Их авторы старались подробно описать свою болезнь, чтобы облегчить постановку диагноза. Прочесть все эти письма одному было уже не под силу. Между тем заведующему кафедрой, профессору «личный» секретарь не положен по штату.

По моему глубокому убеждению, политика экономии лишь тогда приносит полновесные плоды, когда учитывается не только очевидный сиюминутный, но и отдалённый результат. А разве не бывает так, что мы выигрываем в мелочах и проигрываем в главном? Сократили

в больницах, по существу, свели на нет институт санитаров. И бывает, что человека чудом возвращают к жизни (врачи вложили в уникальную операцию или в какое-либо реанимационное мероприятие всё своё умение), а он, переведённый потом в общую палату, лишается надлежащего ухода... Избавились от «лишней» единицы в штатном расписании клиники, но тем самым обнаружили... nepозволительную расточительность в использовании высокой квалификации специалистов. Вместо того чтобы заниматься наукой, консультировать больных, производить операции, они вынуждены тратить дорогое время на нехитрую техническую работу...

Трудно заподозрить капиталистов в нежелании считать деньги. И совсем не случайно они допускают определённые расходы, чтобы обеспечить рациональное, чёткое разделение труда. Это неизменно окупается конечной пользой.

В 60-х годах я побывал у профессора Де Беки в Хьюстоне, в Бейлор-университете, в хирургическом департаменте. Профессору «приданы» 5 ассистентов и 13 секретарей. Руководит ими так называемый хозяйственный ассистент. И каждый до отказа загружен конкретными неотложными делами. О такой армии помощников пока не стоит и мечтать, но наличие хотя бы одного секретаря при заведующем кафедрой резко повысило бы объём и качество научной продукции и самого учёного, и возглавляемого им коллектива.

У нас переписку с больными и разными учреждениями вела особо выделенная для этого группа врачей. Из письма они должны были уловить суть, затем коротко доложить профессору и правильно ответить адресату.

Ввиду того что сведений, сообщенных в письмах, не хватало, мы просили прислать данные анализов, рентгеновские снимки, медицинское заключение и выписку из истории болезни. Всё это внимательно изучалось, а уж потом высылалось разрешение приехать в клинику. Однако заочно, по бумагам, никогда не удавалось точно определить состояние больного. Как правило, в действительности картина была значительно хуже. Случалось, что люди появлялись без приглашения – обычно с тяжёлой сердечной недостаточностью, которая усиливалась в дороге. Создавалась сложная ситуация: оперировать нельзя, так как требуется двух-трёхмесячное стационарное терапевтическое лечение, и не положить в клинику нельзя – не бросить же в беде.

Вот и думай, как поступить. Госпитализировав неоперабельного больного, ты тем самым надолго блокируешь место, лишаясь возможности кому-то помочь немедленно. Здравый смысл и логика подсказывают: целесообразно отказать. Но как откажешь задыхающемуся человеку, как отправишь его обратно? Ведь он может умереть, не добравшись до дома!..

Так жизнь ставила перед нами, казалось бы, взаимоисключающие задачи.

Мы очень тщательно осматривали и обследовали всех на амбулаторном приёме. Нам помогала администрация института; доброго слова заслуживают сердобольные сотрудники клиники, которые нередко предоставляли кров тяжёлым больным, чтобы те могли отдохнуть, прийти в себя.

При пороке, подлежащем хирургическому исправлению, мы иной раз брали больного и в неоперабельном на тот момент состоянии, надеясь улучшить его предоперационной подготовкой и со временем сделать операцию.

Чтобы была понятней деятельность нашей клиники, расскажу о двух характерных примерах.

3

Большая, дружная семья была у Василия Карповича Соловьёва. Трёх сыновей и трёх дочерей подарила ему жена Федосья Гавриловна. Сыновья молодцы, как на подбор. Дочери скромные, разумные, работающие. В колхозе Соловьёвы были на хорошем счету. Василий Карпович, помимо сельского хозяйства, и по плотницкой и по столярной части мастер. Такими

вышли и сыновья. И если сперва, пока дети были маленькие, трудно было отцу с матерью их прокормить, одеть, обуть, то как стали подрастать они, семья зажила исправнее.

К 1941 году братья и сёстры, кроме младшей – Маруси, уже работали. Дом наполнился счастьем. Но вот разразилась война, и не было в нашей стране семьи, которая в той или иной мере не пострадала бы от неё. Тяжкое горе принесла она и Соловьёвым. Все три брата с первых дней ушли на фронт, и все трое сложили головы, защищая Родину.

Потеряв сыновей, Василий Карпович не мог находиться в родном доме. После войны оставил он колхоз и пошёл на производство, благо давно его приглашали на фабрику. Жили они с пятнадцатилетней Марусей. Через два года младшая дочь заболела суставным ревматизмом. Мать по совету врачей делала ей солёные ванны, и месяца полтора спустя болезнь вроде бы поутихла.

Соловьёвы уехали в Иркутск. Маруся окончила курсы бухгалтеров, поступила на завод. Вышла замуж, родила сына. Всё было спокойно в течение шести лет. Однако потом стала замечать Маруся, что быстро устает и сердце бьётся ненормально. Появился кашель, усиливавшийся при ходьбе. Обратилась в больницу. Там признали порок сердца и одновременно обострение ревматизма. Лечили долго, но облегчения не добились. Выписали. Началось сердцебиение, колющие боли в сердце. За два года Маруся много раз лежала в больнице. Чувствует себя сносно; выйдет домой, на работу – ей опять становится плохо.

В двадцать восемь лет получила инвалидность. Но это было бы ещё полбеды. Мучила одышка. Опухали ноги. Увеличилась печень, скапливалась жидкость в животе. Чуть подвигается, и сейчас же заболит грудь, не продохнуть, тут же – кашель, а за ним – кровь. Весь её дневной путь – от кровати до дивана. И как пройдёт, долго отдышаться не может.

Сколько врачи её ни наблюдали, какие лекарства ни давали, улучшения не наступало. А однажды от какого-то укола сердце так заколотилось, что она надолго потеряла сознание.

Невыносимым было ощущение, что нельзя вдохнуть глубоко. Казалось бы, ничего не пожалела, только бы раз вдохнуть полной грудью.

Проходили дни... Недели... Месяцы... Никакого сдвига.

Послали запрос в Москву. Но в письме указали: недостаточность митрального клапана. А про стеноз не упомянули. И из Москвы пришёл отказ: таких операций не делают. Было это в 1958 году.

Сообщение привело Марусю в отчаяние. Надежда, которая затеплилась в её душе, опять рухнула.

Семья страдала вместе с нею. Спасибо сестра, приехавшая в Иркутск, помогала. Иначе было бы совсем невыносимо.

Но жить так хочется!.. Ведь ей всего двадцать восемь, а сыну восемь. Он нуждается в матери! У неё хороший, заботливый муж. Ни словом не упрекнёт!.. Навещают и сослуживцы.

Как-то прибежала подруга и принесла газету с сообщением об операциях на сердце, производимых в Ленинграде. Маруся с жадностью прочитала статью, разволновалась. Попросила подругу пойти в поликлинику, настоять, чтобы оттуда отправили документы в Ленинград. Однако подруге сказали, что не видят оснований – лечить могут и в Иркутске. Маруся сама пошла в поликлинику. Уговаривала, умоляла, показывала газету... Никто не слушал. Тогда Маруся потребовала выписку из своей истории болезни, снимки. Ей охотно всё это отдали.

Появившаяся надежда удесятерила силы молодой женщины. Решили они с мужем сами адресоваться в Ленинград. Но куда? Точного адреса у них нет. Город-то большой! Обратились в облздравотдел. А там, по-видимому, устыдились. Говорят, давайте мы отошлём.

Ждали с нетерпением много дней. Наконец дождались вызова на обследование.

Приехала к нам Маруся в очень тяжёлом состоянии. Декомпенсация: асцит (водянка живота), резко увеличенная печень, одышка, большие застойные явления, синюшные губы, мерцательная аритмия и тахикардия. Пятая стадия заболевания, когда большинство хирургов

отказываются делать операции, и не только потому, что опасно. Вмешательство может уже не принести желаемых результатов. И в сердце и в лёгких развиваются изменения, которые после операции не исчезают. Почти никаких шансов на успех. Надо было искать новые пути спасения человека, оказавшегося в таких обстоятельствах.

Прежде всего необходимо знать картину болезни. А для точного диагноза нужно снова и снова учиться слушать сердце, различать малейшие отклонения от нормы. Опыт убедил нас, что как бы богато мы ни были оснащены всевозможной диагностической аппаратурой, обычное врачебное выслушивание никогда не потеряет своего значения. Поэтому мы старались овладеть этим искусством, чтобы раз от разу безошибочнее разбираться в звуковой сердечной полифонии.

В отношении Маруси выбрали поэтапную тактику: сначала преодолеть декомпенсацию, а затем попробовать лечить хирургически.

Существует закон Стерлинга. Он гласит: сила сокращений мышцы сердца напрямую зависит от степени наполнения его полостей, то есть чем больше крови в него поступает, тем сильнее оно сокращается, чтобы вытолкнуть её. Этот орган обладает огромными резервами – может активизировать работу в семнадцать раз. Но закон Стерлинга говорит и о другом. Сердце сохраняет свою силу до определённого предела, а за ним следует обратное явление: чем больше наполняется оно кровью, тем слабее мышечные сокращения, тем меньше возможностей выбросить поступившую кровь. Графически такая зависимость изображена в виде дуги, до вершины которой действует первая половина закона, после вершины – вторая.

Продумав положение Маруси, мы пришли к заключению, что именно здесь следует искать ключ к решению проблемы. Вершина кривой – начало декомпенсации. Больной противопоказаны любые дополнительные усилия, что только увеличивает сердечную недостаточность. Чтобы улучшить деятельность сердца, надо сократить его физическую нагрузку. При митральном стенозе даже небольшая нагрузка может вывести сердце из стадии компенсации на много месяцев. Иными словами, нужен строгий постельный режим.

Было у нас наблюдение. Из Чкалова приехала женщина с митральным стенозом. Раньше из писем мы знали, что у неё нет декомпенсации, а у себя на приёме обнаружили выраженную сердечную недостаточность. Видимо, так повлияла на неё дорога, волнения и пр. Больную положили в терапевтическую клинику. Через три месяца, убедившись, что состояние её хорошее, что она перенесёт операцию, мы дали указание перевести её к нам. По недосмотру врачей женщине пришлось пройти пятьдесят метров пешком, и этого было довольно для того, чтобы уже на следующий день ей стало хуже. Вновь её поместили в терапевтическую клинику. И лишь после двух с половиной месяцев упорного лечения удалось ликвидировать последствия её короткого пешего маршрута.

Этот и подобные факты убеждали в том, что при митральном стенозе чрезвычайно вредны такие, казалось бы, незначительные напряжения, как вставание с постели или несколько шагов по комнате. Потому-то мы взяли себе за правило для столь тяжёлых больных полностью исключать всякую физическую нагрузку, неукоснительно соблюдать постельный режим на долгий срок. При должной настойчивости реально добиться успеха.

Кроме строгого постельного режима важно создание соответствующей внутренней среды в организме. При длительном нарушении всех обменных процессов происходят глубокие изменения в белковом, солевом, витаминном балансе. И хотя по всем канонам терапии внутривенное вливание жидкости противопоказано, мы, чтобы выровнять обменные процессы, широко применяем переливание крови или белковых препаратов малыми дозами.

Эти мероприятия при одновременном очень осторожном назначении сердечных средств давали весьма обнадеживающие результаты. Целый ряд больных, которые годами не выходили из состояния декомпенсации, постепенно расставались с ним, и их можно было оперировать. Если же пациенту двух-трёх месяцев явно не хватало, мы выписывали его домой с условием

продолжать придерживаться строгого постельного режима, пока не исчезнет асцит, сократится печень, уменьшится одышка, пропадет синюшность губ. Тогда и операция возможна.

Вся эта работа была уже у нас отлажена к тому времени, когда в клинику приехала Маруся Соловьёва.

Врачи понимали, что у Маруси дела обстоят скверно, что для подготовки к операции потребуется по крайней мере полгода, а то и год. Нечего было и думать сразу же отправить её обратно для самостоятельного применения рекомендуемой нами методики. Она непременно погибла бы в пути.

Приняли в клинику и стали лечить. Поддавалась лечению Маруся с трудом. Всё же через три месяца она уже была способна перенести дорогу. Вернулась к нам снова, пролежав дома полгода. Правда, путешествие опять ухудшило её здоровье, но не в такой степени, как прежде. Мы вновь уложили Марусю на два с половиной месяца.

Операция выявила редчайший стеноз: отверстие менее 0,5 сантиметра в диаметре вместо 4 сантиметров по норме. Сердце несколько раз было близко к тому, чтобы остановиться. Приходилось делать массаж. Сросшиеся створки клапанов надо разделить, а они пальцем не разрывались. На этот случай подошёл бы комиссуротом – острый нож, который разрезал бы спайки, соединяющие створки и закрывающие отверстия. Но такой нож – целая проблема. Над ней хирурги всех стран бились много лет. Ведь нож должен пройти точно по комиссуре и не подсесть саму створку, иначе она будет болтаться, как тряпка, и не задержит кровь, то есть не выполнит функции клапана. Между тем внутри сердца, когда там «орудует» один палец, так легко ошибиться. Тогда возникает недостаточность клапана – новая болезнь, не менее тяжёлая и трудноизлечимая.

Предлагались разные образцы комиссуротомов, но они не получили признания.

В нашей клинике использовали комиссуротом, помещаемый под ногтем указательного пальца. Укреплялся он на кольце. Чтобы кольцо вместе с ножом ненароком не соскочило и не осталось бы в сердце, оно привязывалось на длинной крепкой нитке. Этим ножом мы надавливали на комиссуру, слегка разрезая её, редко повреждали створку. Естественно, нужна была ювелирная сноровка.

С помощью нашего ножа удалось полностью рассечь комиссуры и открыть отверстие до нормы. Маруся остро реагировала на хирургическое вмешательство. У неё развился послеоперационный психоз на фоне выраженной сердечной недостаточности.

Психоз у подобных больных – нередкое явление. Мозг, так же как и сердце, длительное время испытывает кислородное голодание от ненормального поступления крови. А тут прибавляется операция, и психика не выдерживает.

Две недели Маруся была невменяема, говорила невпопад, её одолевали разнообразные страхи. К тому же нарастала лёгочно-сердечная декомпенсация. Расширив отверстие, мы пустили ток крови в тот отдел сердца, который ряд лет «пустовал» и «бездействовал». В непривычном для него режиме ослабленное сердце не справлялось с нагрузкой. Очередной этап борьбы против недостаточности вёлся в новых условиях исправленного порока.

Постепенно мы одолели декомпенсацию, прошёл и психоз. Но две недели наши утренние конференции открывались сообщением о состоянии Соловьёвой.

Через полтора месяца после операции Маруся покинула клинику... Из дома она писала, что здоровье её с каждым днём улучшается, что она прибавила в весе 15 килограммов к своим прежним 45 (в период болезни ничего не могла есть из-за чувства переполненности желудка).

Из писем мы знали, что Маруся целые дни проводит на воздухе, начала быстро ходить, избавилась от одышки, от мучившей её жажды из-за необходимости все годы почти не потреблять питья. Исчезли отёки, приобрела обычные размеры печень. Наконец Маруся ощутила себя совсем здоровой и пошла работать по своей специальности – бухгалтером. Несколько лет ни

разу не была на больничном. Однако, дважды переболев гриппом, вновь почувствовала неладное с сердцем, обратилась к врачам. Те заподозрили рестеноз, возврат прежнего заболевания.

Так Маруся опять попала к нам. Была подвергнута всестороннему исследованию, в том числе и катетеризации. Тонкий катетер, «направленный» в полость сердца, помог измерить давление. Выяснилось, что имеются рецидив старого порока да ещё стеноз другого клапана. После соответствующей подготовки Марусе сделали операцию по исправлению одновременно двух пороков. Она с ней справилась и спустя полтора месяца уехала домой.

Истёк год. Всё было благополучно. И в дальнейшем мы исправно получали письма от Маруси. Правда, по её словам, пошаливали нервы, но это и неудивительно. Столько лет страдать, дважды перенести операцию на сердце!..

Маруся Соловьёва – одна из многих, возрождённых искусством хирургов. Судьба её «товарищей по несчастью» не менее красноречива.

«Ленинградская правда» как-то поместила маленькую заметку: «У Людмилы Иосифовны Соколовой хорошая улыбка, весёлые глаза. Но эта жизнерадостная молодая женщина не может говорить о недавнем без слёз. Не от горя, а от большой радости.

«Я просто воскресла, – говорит она с волнением. – Нет слов, чтобы выразить всю глубину благодарности людям, вернувшим меня к жизни».

Болезнь сердца подкрадывалась к молодой учительнице незаметно. Ещё в институте в Муроме ей стала мешать быстрая утомляемость. Дальше – хуже. Всякое движение вызывало головокружение и боль в груди. Пришлось расстаться со школой. Людмилу лечили, но никакое лекарство не помогало. Она слегла. Появились отёки на руках и ногах, развивалась водянка...

Невыносимо тяжело оказаться полным инвалидом в расцвете лет. Четыре долгих года Людмила была недвижимой. Родные считали её обречённой, написали брату в Ленинград: «Приезжай проститься с сестрой». А брат при встрече с Людмилой сказал: «Не отчаивайся, ещё не все потеряно. Есть у нас в городе клиника, где спасли не одного такого больного, как ты». Возникла цель, родилась надежда.

...Скрупулёзно обследовав пациентку, врачи предложили операцию. Людмила согласилась без колебаний. Впоследствии её вызывали в Ленинград, чтобы проверить, как идёт выздоровление. Остались довольны. Людмила возобновила преподавание в школе.

Я уже упоминал, оглядываясь на годы, когда утверждалась отечественная кардиохирургия, что в нашей стране заболеваниями сердца занимались ряд ведущих клиник и институтов, руководимых крупнейшими специалистами в данной области. Общим девизом было гуманное, бережное отношение к каждому больному, стремление предпринять всё для его спасения, сколько бы труда и времени это ни стоило.

4

Наши достижения при операциях на сердце, не уступавшие таковым у хирургов, работавших в специализированных, хорошо оборудованных институтах, позволяли надеяться, что вновь возведённая клиника станет центром сердечно-сосудистой хирургии в северо-западном регионе СССР. Этому же мнения придерживались местные власти и в Академии медицинских наук. В «Ленинградской правде» была опубликована статья, ратующая за необходимость открыть «свой» кардиологический институт. Первый секретарь Ленинградского обкома партии Иван Васильевич Спиридонов, помогая строительству клиники, тоже советовал более «полновесно» использовать её базу.

Принятая ориентация предопределяла и научные интересы сотрудников. Большинство из них изучали сердечно-сосудистую патологию, готовились к защите докторских и кандидатских диссертаций. Наладились связи с кардиологическими терапевтическими клиниками как

Ленинграда, так и других городов. Мы затратили немало энергии, чтобы оборудовать новое здание самой современной аппаратурой.

Когда же наконец клиника была построена и оснащена, её передали в ведение не республиканского, а союзного Министерства здравоохранения. Последовал приказ: организовать при нашей клинике Институт пульмонологии.

Поначалу этот приказ ошеломил. А как же быть с жизненной потребностью – обеспечить высококвалифицированной помощью население весьма обширной территории? Ведь помимо Ленинграда и округи к нам примыкали Новгородская, Псковская, Мурманская, Архангельская области, Карельская АССР. Шутка сказать! Как же оставить их без кардиологического центра?..

В течение долгих лет мы в невероятно трудных условиях разрабатывали важнейшие проблемы врождённых и приобретённых пороков сердца, и в частности хирургии митрального стеноза четвёртой-пятой стадий. Больные в этих стадиях, как видно из приведённых выше примеров, требовали особого подхода, длительной подготовки, очень щадящей хирургической техники и внимательного послеоперационного наблюдения.

Мы прошли путь напряжённых поисков, прежде чем утвердилась наша методика борьбы с сердечной недостаточностью и люди, выведённые из состояния декомпенсации, переносили радикальную операцию с минимальным риском. По нашим данным, процент летальных исходов у подобных больных не превышал аналогичных показателей для больных средней тяжести в других клиниках.

Мы стали производить операции по вшиванию искусственных клапанов и совместно с одним из научно-технических институтов совершенствовали клапаны.

Сформировался сильный коллектив кардиологов, приобретена первоклассная диагностическая аппаратура для распознавания самых сложных пороков – и вдруг: Институт пульмонологии! Значит, предстояло разрушить надёжно отлаженный механизм. Пульмонология в основном наука терапевтическая, а у нас хирургическая клиника. Свыше пятнадцати лет она специализировалась по своему профилю, завоевала признание. Где же логика?..

Мысли эти будоражили, не давали покоя. Было обидно за зря потраченный труд – ведь сколько ждали новую клинику, какие надежды с ней связывали! Я отправился в Москву. Хотел убедить руководителей министерства, чтобы они отказались от намеченной ломки, оставили у нас всё как есть. Много я потратил пыла на доказательства, но мне неизменно возражали: «Институт пульмонологии тоже нужен».

Позиции, занятой министерством, видимо, способствовало то обстоятельство, что наряду с сердечной я занимался и лёгочной хирургией. К тому времени были известны мои монографии «Резекция лёгких» и «Рак лёгкого» – последнюю перевели на ряд иностранных языков, она служила учебным пособием для студентов. Я был удостоен Ленинской премии, мне вручили диплом доктора наук многие зарубежные институты. В министерстве говорили: «Вам одинаково близка и эта область хирургии, так что организовывайте пульмонологический центр в стране».

Делать нечего. Как специалист по лечению лёгких я не мог отрицать важность и этой проблемы: заболевания дыхательных путей – вековой бич всех народов мира. Трудно только было понять, почему понадобилось допустить ставшие теперь непроизводительными расходы и почему решение, идущее вразрез с нашими выношенными планами, было принято так поздно...

Меня назначили директором института на общественных началах, одновременно я оставался заведующим хирургической клиникой. Усилия врачей и всего персонала пришлось резко переориентировать.

Нас ожидала большая организационная, научная и кадровая работа. Требовались лаборатории, без которых институт не выполнил бы свои функции, но которые не предусматривались проектом. Среди них центральное место отводилось лаборатории физиологии дыхания. Времени, сил, волнений стоили розыски изготовителей и поставщиков необходимых приборов и аппаратуры. Расчёты на министерство не оправдывались. Наши заявки не удовлетворялись.

Врач Дёгтева и инженер Каретин, отвечающие за технику, настойчиво рекомендовали мне заключить договор о создании лабораторного комплекса по исследованию лёгких. Нашёлся и «исполнитель» – заведующий экспериментальной лабораторией одного из технических институтов, пообещавший нам нечто необыкновенное. Деловой, энергичный, с лауреатским значком на груди, он вызывал доверие. Мы соблазнились, подписали договор, однако по-прежнему упорно добивались импортного оборудования. Через год выяснилось, что наш исполнитель ничего не сделал, но запросил новые ассигнования. Мы собрали комиссию, убедились в бесперспективности дальнейшего сотрудничества и расторгли договор. Неприятная история. К сожалению, в семье не без урода. Не знаю, за что этот деятель получил регалии – может быть, и заслуженно, но совершенно очевидно, что, столкнувшись с хозяйственным поприщем, он превратился в дельца. И даже если «старался» не ради себя, а на благо своего учреждения, всё равно обман остаётся обманом...

Благодаря тому что мы не прекращали параллельных хлопот в разных инстанциях, драгоценное время упущено не было.

Откликнулось наконец и министерство. В итоге у нас появились превосходные лаборатории и возможность всесторонне обследовать любого сложного лёгочного больного.

5

Лёгочных заболеваний много. Туберкулёз и рак находятся в поле зрения целой сети соответствующих институтов и диспансеров. В ведении Института пульмонологии оказалась группа так называемых неспецифических заболеваний – это хронические пневмонии, бронхит, абсцесс, бронхиальная астма и некоторые другие. До недавнего времени они основательно не изучались, хотя частота их возникновения вызывала тревогу. Хроническая пневмония встречалась чаще других, а у людей в пожилом возрасте составляла половину всех неспецифических лёгочных заболеваний. Картина эта наблюдается сотни лет, но не получила исчерпывающего медицинского описания. В отечественной литературе существовало свыше 40 названий этой болезни, такая же разногласия мнений по существу её патологии. Пульмонологам трудно было разобраться в терминологии внутри страны, учёные мира тоже по-разному понимали друг друга, а практическому врачу тем более было непонятно, о чём идёт речь, когда одно и то же обозначается совершенно различно.

На Западе термин «хроническая пневмония» применяется редко, его заменяют хроническим бронхитом и эмфиземой, объединяя в общее понятие – хронические обструктивные заболевания лёгких. Подобному принципу абсолютно необоснованно следуют и некоторые советские авторы.

Отсутствие единого взгляда на проблему не может не породить неразберихи в оценке причин возникновения, патогенеза, диагностики хронической пневмонии, её места в ряду других неспецифических болезней лёгких.

С первых же дней работы института стало ясно, что пульмонология потребует от нас на 80 процентов знаний терапевтических, чтобы внести свой вклад в эту область медицины, наметить пути консервативного лечения. И только 20 процентов оставалось на родную и близкую мне хирургию лёгких в тех случаях, когда терапия не давала результатов.

Мы начали чуть ли не с нулевого цикла. Главные силы сосредоточили на хронической пневмонии.

Выяснили, что среди населения нашей страны сердечнососудистые заболевания и болезни органов дыхания стоят почти на одинаковом уровне; по последнему поводу в поликлинику обращается примерно седьмая часть городских жителей. При этом надо учитывать наклонность к хроническому процессу, в связи с чем нагрузка поликлиник увеличивается. Летальность же при таких болезнях в стационаре по удельному весу сравнима со смертностью при атеросклеротическом кардиосклерозе.

Сотрудники института, анализируя статистику в Ленинграде, установили, что частота лёгочных заболеваний за период с 1958 по 1963 год удвоилась. Аналогичную тенденцию подметили и зарубежные учёные.

По данным американских авторов, в США насчитывалось около 4 миллионов лёгочных хроников, ряды которых постоянно растут. Страховые компании свидетельствуют: эта группа больных занимает второе место по величине суммы выплачиваемых ей пособий. Отмечено: курение усугубляет опасность смерти от бронхогенного рака в 15–20 раз, вероятность заболеваний хронической пневмонией – примерно в 3 раза. Число её жертв в зависимости от возраста колеблется от 27 до 53 процентов. А если прибавить сюда значительную часть больных бронхиальной астмой, в основе которой лежит хроническая пневмония, то процент будет ещё больше.

Прежде чем приступить к лечению и профилактике, нам нужно было попробовать решить самый трудный вопрос: что рождает и в чём заключается недуг, поражающий миллионы людей?

Мы тщательно обследовали полторы тысячи больных тяжёлой формой хронической пневмонии, забрав их из терапевтических клиник. Для этого провели свыше 5 тысяч бронхографий (контрастных исследований бронхиального дерева) и не менее 6 тысяч бронхоскопий (визуальных осмотров бронхов). Подвергли контрастным исследованиям и сосуды лёгкого, изучили сотни анатомических и гистологических препаратов, иссечённых на операциях, результаты многочисленных биохимических и других анализов. За короткое время накопили уникальный материал. Пришли к выводу: хроническую пневмонию обуславливает нарушение дренажной и вентильной функций бронхов; изменения в бронхах развиваются сегментарно, в определённой последовательности; отсутствие лечения или неправильная терапия вызывают расширение бронхов, то есть бронхоэктазию; склероз и эмфизема лёгких – не самостоятельные заболевания, а следствие хронической пневмонии. И так далее.

Наши сообщения на заседаниях научных обществ неизменно выслушивали с исключительным интересом и вниманием.

Теперь уже на научной базе в институте разрабатывались оптимальные методики, утверждалась целая система профилактики, своевременного и правильного лечения острой и затянувшейся стадии преимущественно за счёт локального воздействия на патологический процесс.

Прежде всего больные с хронической пневмонией стали обязательно проходить через бронхографию. Это нововведение на первых порах некоторые терапевты восприняли как кощунство. Только постепенно врачи примирились и перестали бояться такой манипуляции. Между тем бронхография позволяет выявить, какие изменения происходят в бронхах, когда затруднено их опорожнение.

Дело в том, что с течением болезни увеличиваются бронхиальные лимфоузлы: с одной стороны – из-за поступающей внешней инфекции, а с другой – из-за бессистемного, бесконтрольного и обильного применения антибиотиков. Задержка в опорожнении бронхов от скопившегося там секрета усиливает воспаление и очаги инфекции, которая становится пусковым механизмом очередных обострений.

Мы выбрали стратегию – введение антибиотиков или антисептиков непосредственно в бронхиальное дерево.

Если изменения в бронхах были значительными, рекомендовали хирургические методы – экономную резекцию сегментов лёгкого.

Известие о возможности хирургического лечения людей, страдающих хронической пневмонией, восприняли с недоверием. Однако на ряде фактов мы убедили скептиков, что стоим на верном пути.

Вот один из первых наших пациентов.

Витя Комаров родился крупным, здоровым мальчиком. У него в срок прорезались зубы, и он начал рано ходить. Когда Вите исполнился год, родители пригласили на день рождения гостей. Среди прочих пришла женщина, больная гриппом, и поцеловала ребёнка. На следующее утро у Вити обнаружился насморк, а ещё через сутки температура подскочила до 39,5. Врач поставил диагноз – тяжёлая правосторонняя пневмония.

Постепенно опасность миновала, но кашель и небольшая (37°) температура держались долго. Мальчик испытывал слабость, часто ложился на пол, хотя раньше был очень подвижным.

Родители усиленно кормили сына, поили рыбьим жиром и под конец успокоились, полагая, что со временем все пройдёт.

Через год он опять простудился. Вывели гулять в тёплую погоду, а тут хлынул дождь. Витя промок, и картина повторилась – насморк, затем жар, правосторонняя пневмония.

Снова банки, компрессы, антибиотики. На этот раз острые явления прошли быстро, но мучили субфебрильная температура, кашель и слабость.

После этого обострения родители уже заволновались не на шутку. Летом увезли сына в деревню, где он пил парное молоко, ел свежие яйца и все дни проводил на воздухе. Заметно окреп, поправился.

Осенью последовала новая простуда. Прodelали полный цикл лечения по поводу пневмонии.

Из года в год ничего не менялось, кроме того, что кашель, слабость и изредка подъёмы температуры не проходили даже тогда, когда не было обострений. Витя был бледен, худ, легко утомлялся. Старался не играть с ребятами, так как сильно потел и задыхался, не мог постоять за себя.

К пятнадцати годам, когда мальчика впервые нам показали, он перенёс шестнадцать обострений хронической пневмонии. В промежутке между приступами жаловался на недомогание, общую слабость и почти непрекращающийся кашель, правда без мокроты. Рентгеновский снимок, сделанный в поликлинике, никакой патологии не выявил.

Но частые обострения не могли быть без какой-то серьёзной причины! Чтобы определить её, мы произвели двустороннюю бронхографию и обнаружили изменения в одном из сегментарных бронхов. Он был утолщён и мешковидно расширен. Вот в чём загвоздка! Пока этот дефект не устранён, вспышки неизбежны. Нечего было и думать в такой стадии добиться успеха терапевтическими средствами. Единственно, чем можно предупредить рецидивы, – это удаление небольшого участка лёгочной ткани вместе с «испорченным» бронхом.

Свои выводы мы изложили родителям Виктора. Они запротестовали. Как же так? При воспалении лёгких и вдруг – операция?! У сына эти пневмонии бывают каждый год. Что же, каждый раз оперировать? Мы объяснили, что возник опасный незатухающий очаг. Если от него избавиться, есть надежда, что повторные пневмонии исчезнут. Родители согласились.

Мальчика прооперировали, убрав ему лишь среднюю долю. Всё обошлось благополучно, наши расчёты оправдались. Больше воспалением лёгких он не болел. Температура оставалась нормальной. Кашля, мокроты, слабости не было.

Подобных «простых» больных оказалось не много. У людей, страдающих хронической пневмонией, как правило, поражён не один, а несколько сегментов лёгкого, причём обычно

вначале поражается средняя доля справа или слева, а затем захватывается и нижняя доля. Нередки случаи, когда лёгкие атакуются с обеих сторон, а изменения в бронхах настолько значительны, что тут терапия уже бессильна – необходима рука хирурга. Но встречаются процессы и обратимые – тогда реально помочь лекарствами. И точно определить, в каких случаях поражённую часть лёгкого можно оставить, а в каких надо убрать, часто бывает невозможно. Поэтому при решении вопроса об операциях на лёгких мы часто попадали в сложное положение. С одной стороны, чем радикальнее будут удалены все участки поражённого лёгкого, тем надёжнее и устойчивее будет выздоровление. С другой – чем экономнее будет резецировано лёгкое, чем больше лёгочной ткани останется у больного, тем легче ему будет дышать, тем полноценнее его жизнь после операции. Но в природе заболевания нет тех четких границ, которые бы так явно отличали здоровое от больного. Имеются промежуточные стадии, где восстановление деятельности ещё возможно. Но отличить эту ткань от той, которую оздоровить уже нельзя, часто бывает невозможно. Конечно, хирургу легче при малейшем сомнении убрать всё подозрительное. И это мы делаем без колебаний, когда дело касается опухоли. Однако при воспалительных заболеваниях такой решительный подход может привести к тому, что слишком много будет удалено лёгочной ткани и больной после операции будет страдать от дыхательной недостаточности.

Такие затруднения особенно часто встречались у нас при двусторонней хронической пневмонии в далеко зашедших стадиях. Здесь проще сказать: вас оперировать нельзя, у вас слишком распространённый процесс. Хирург, отказав больному, избавляет себя от многих тревог, но не всякий может это сделать. Как трудно подобное сказать пострадавшему больному! Поэтому там, где есть хоть какая-то надежда, мы старались с помощью двусторонних операций избавить больного от страданий. Не всегда наши настойчивые попытки приносят исцеление больному, но всегда доставляют хирургу много переживаний. Подобные случаи особенно ярко подчёркивают, как нелёгок труд хирурга...

Света М. в три года перенесла воспаление лёгких в тяжёлой форме. Шёл 1959 год. Время для страны всё ещё было трудное, родители не имели возможности летом свозить её на Южный берег Крыма, и у девочки, которая вроде бы и поправилась, сохранились остаточные явления пневмонии. Она покашливала, у неё часто бывала повышенная температура, она легко простужалась и все годы росла бледной и худой.

В 9–10 лет она перенесла несколько раз рецидив пневмонии, с которой практически больше не расставалась. Хроническая пневмония, захватившая несколько сегментов в обоих лёгких, не покидала девочку, то затихая, то обостряясь. Длительный воспалительный процесс в лёгких привёл к глубоким изменениям в бронхиальном дереве с обеих сторон, но особенно слева в нижней доле. В 1961 году, не у нас в клинике, ей была сделана операция удаления левой нижней доли.

Здесь была допущена ошибка, на которую мы указывали ещё в 1950 году, но которая проникала в сознание лёгочных хирургов очень медленно. Ещё в конце 40-х годов нами, как и некоторыми хирургами на Западе, указывалось на то, что поражение нижней доли левого лёгкого всегда сопровождается поражением язычковых сегментов верхней доли того же лёгкого. Поэтому, удаляя левую нижнюю долю, обязательно надо одновременно и удалить язычковые сегменты. Позднее, в Институте пульмонологии, мы не только подтвердили правильность этого положения, но и на тысячах примеров доказали, что сам разрушительный процесс в левом лёгком начинается с язычковых сегментов и лишь позднее этот процесс переходит на нижнюю долю. Если и ныне с этим положением не все согласны, то в 50-х и 60-х годах правила удалять вместе с нижней долей и язычковые сегменты придерживались далеко не все торакальные хирурги. Поэтому тот факт, что Свете была удалена только нижняя доля, в то время не считался ошибкой, но это сказалось на всей последующей её жизни.

В течение семи лет после операции девочка чувствовала себя удовлетворительно, хотя кашель у неё оставался и она, как и до операции, чаще, чем её сверстники, переносила простудные заболевания. Врачи всё время признавали у неё хроническую пневмонию в стадии затихания. В 1969 году, то есть в девятнадцать лет, она перенесла очень тяжёлые обострения хронической пневмонии, после чего впервые у неё отмечено было кровохарканье. Тогда же, при более детальном обследовании, были обнаружены мешетчатые расширения бронхов (bronхоэктазы) в языковых сегментах. То есть выявлено то, что должно быть удалено ещё при первой операции. Но длительное существование воспалительного процесса в языковых сегментах не было безразличным для остальной части лёгкого. Инфекция попадала и в другие отделы лёгкого. Поэтому при исследовании было обнаружено расширение бронхов уже и в нижней доле правого лёгкого. Процесс делался двусторонним, что резко ухудшало прогнозы и затрудняло радикальное лечение больной. Учитывая провоцирующую роль мешетчатых бронхоэктазов языковых сегментов слева, в 1969 году ей была сделана в том же учреждении операция – удаление языковых сегментов. Уже на следующий год у неё вновь возникло обострение хронической пневмонии с длительным и тяжёлым течением. В том же учреждении ей предполагалось удалить нижнюю долю правого лёгкого, но в связи с резким ухудшением состояния операция не была предпринята. В течение последующих пяти-шести лет у неё по два-три раза в год наступали тяжёлые обострения пневмонии.

В 1976 году – двадцати шести лет – Света поступила в нашу клинику в тяжёлом состоянии с очередным обострением. После длительного и упорного лечения нам удалось вывести её из тяжёлого состояния и провести всестороннее обследование. При этом была выявлена печальная картина. Поражены оказались оба лёгких, но слева изменения были более резкими, особенно в переднем сегменте оставшейся верхней доли. Мы долго думали над тем, что же нам делать. Справа неблагоприятно. Там поражено несколько сегментов, причём во всех долях. Но поражения не очень резкие, бронхоэктазы цилиндрические, которые не так часто ведут к тяжёлым осложнениям. В оставшейся левой верхней доле поражены все сегменты. Но в задних – цилиндрические расширения бронхов, а в переднем – мешетчатые, то есть такие, которые особенно часто при любых неблагоприятных обстоятельствах дают обострения. Конечно, по всем правилам надо удалять всю левую долю. Но, учитывая поражения с другой стороны, мы решили убрать только тот сегмент, где бронхоэктазы мешетчатые.

Операция протекала тяжело. После двух предыдущих операций в плевральной полости образовались мощные спайки, разделение которых – целая проблема. С большим трудом нам удалось осуществить задуманное, и все оказалось напрасным. Оставшийся сегмент, скованный спайками, практически не функционировал, а изменённые бронхи были только источником новых обострений. Поэтому через полгода пришлось пойти на новую операцию. Все эти месяцы она температурила и не выходила из тяжёлой интоксикации. Сердце, отравленное и истощённое высокой температурой и непрекращающимся воспалением лёгких, начинало сдавать. Это и заставило нас идти на операцию в самых неблагоприятных условиях. При перевязке сосудов и бронха наступила остановка сердца. Целый час продолжался его массаж, который с целым комплексом других мероприятий в конце концов восстановил его работу. Целый час жизнь в этом теле, и особенно в мозгу, поддерживалась массажем. Собственных сокращений сердца не было.

Нет ничего удивительного, что в послеоперационном периоде целый месяц у неё имела место лёгочная и сердечная недостаточность. Всё же больная поправилась и через месяц выписалась домой. Она пришла к нам на контрольное обследование через пять лет. За это время у неё были небольшие обострения, но в целом она чувствовала себя неплохо, хотя и не работала по инвалидности.

Нам удалось сохранить её жизнь, добиться того, что обострения у неё стали реже и более лёгкими, но мы не могли вернуть ей полную работоспособность. И это понятно. У неё осталось одно лёгкое, в котором тоже поражено несколько сегментов.

История жизни и болезни этой девушки поучительна и драматична. Она в три года перенесла тяжёлое воспаление лёгких. После этого она длительное время требовала врачебного наблюдения, и для неё было очень важно, чтобы она два-три летних сезона провела на Южном берегу Крыма. Она всё время кашляла, у неё часто были простуды, но она после этого ни разу всерьёз не лечилась, не обследовалась. Она вновь попала под наблюдение врачей уже в десять лет, когда в её лёгком развились тяжёлые, необратимые изменения. Операция, пережитая ею в одиннадцать лет, не была сделана достаточно радикально. Почему? Здесь очень сложный комплекс вопросов. Ей удалили нижнюю долю, а надо было убрать ещё и часть верхней. А это значит, что ребёнку надо сделать вместо одной практически две большие операции. Ребёнок ослаблен. Хирург решает, что лучше убрать не всё, но ребёнок останется жив, чем удалить всё больное, а он не перенесёт операцию. Но если бы девочка после операции была направлена на курортное лечение, особенно на Южный берег Крыма, и если бы она провела такое лечение повторно, то очень может быть, что на этом бы весь процесс в лёгких и остановился. Но этого не случилось. Ни на какой курорт девочку не послали. А ослабленный операцией организм девочки не мог справиться с находившейся в нём инфекцией, и это привело к тяжёлому поражению обоих лёгких.

Таких примеров, когда из-за отсутствия санаторно-курортного лечения у больных детей, перенёсших тяжёлую пневмонию, развивались осложнения, которые в дальнейшем требуют операции, мы видим на каждом шагу. Мы отлично понимаем, что сама операция не только несёт за собой угрозу для жизни, но и оставляет нередко тяжёлые последствия. Вот почему мы так болезненно переживаем, что на Южном берегу Крыма, в самом эффективном курорте для лёгочных больных, детской службе не уделено то внимание, которое необходимо, с моей точки зрения.

Второе, что невольно напрашивается, – это необходимость дополнительного лечения взрослых больных, перенёсших лёгочную, да и сердечную, операцию.

Вопрос о реабилитационных учреждениях давно поднимается учёными всех стран, в том числе и у нас, и разрешается очень медленно. А между тем такие учреждения разгрузили бы наши больницы, и особенно хирургические отделения, поскольку из-за их отсутствия хирурги вынуждены держать послеоперационных больных дольше, чем этого требует хирургическое лечение. И в этом отношении наши санатории должны быть особенно целенаправленны на лечение послеоперационных больных, перенёсших тяжёлые операции. У нас нередко путёвки на курорт, где должны лечиться больные после операции, выдаются за хорошую работу совершенно здоровым людям как премия. Здоровые люди тяготеют санаторным режимом, им бы туристическую путёвку или в дом отдыха, а они в санатории томятся, скучают и только нарушают режим. Необходимо более целенаправленное и целесообразное распределение нашего санаторно-курортного фонда, чтобы помочь более полно восстановить здоровье больных после лечения в больнице или после операции, чем мы в значительной мере сократим у больных такие страдания, которые выпали на долю Светланы.

Ценность наших предложений – не в расширении оперативных вмешательств, а, наоборот, в изыскании более щадящих способов лечения.

Как я упоминал, очень заманчиво было попытаться направить лекарства по точному адресу – прямо в бронхиальное дерево. Мы разрабатывали, испытывали, проверяли те или иные методики и убедились, что эффективность их различна, но всё же они лучше, чем внутримышечное введение антибиотиков. Так мы подошли к санации – очищению и промыванию бронхов.

Систематическое лечение хронической пневмонии местным воздействием давало впечатляющие результаты. И сейчас уже вряд ли найдутся специалисты, которые станут отрицать перспективность найденного нами метода.

6

Среди многочисленных лёгочных больных отдельное место занимают больные бронхиальной астмой, а поскольку в институт присылали самых тяжёлых, нам вскоре пришлось вплотную столкнуться и с этой проблемой.

В своём большинстве наши пациенты страдали астмой, спроецированной хронической пневмонией при глубоких изменениях бронхиального дерева. Следовательно, кардинальное излечение было возможно только оперативным путём. Такое решение тоже поначалу вызвало волну скептицизма среди медиков.

Существуют две точки зрения на этимологию бронхиальной астмы. Одни учёные, в основном западные, считают заболевание чисто аллергическим: дескать, под влиянием неизвестных причин в организме повышается чувствительность, например, к запахам, что и приводит к спазму бронхов. Особенно затрудняется выдох. Спазм продолжается от нескольких часов до нескольких дней, и, если не принять неотложных мер, человек может погибнуть от удушья.

– Доктор, он задыхается! – часто, вызывая о помощи, обращаются к врачам.

По данным других исследователей, и прежде всего русской школы, начиная от Боткина, бронхиальная астма – заболевание инфекционно-аллергическое. Аллергия возникает на почве длительно гнездящейся в организме инфекции, обостряет его реакцию на различные вещества, запахи, простуды и т. д., в результате чего и развивается тяжёлая картина бронхоспазма.

Эту точку зрения последовательно защищал наш современник, профессор Пантелеймон Константинович Булатов, крупнейший специалист по бронхиальной астме, известный и за рубежом.

Используя новейшую аппаратуру, мы задались целью выяснить, где же располагаются очаги инфекции, которая повергает больного в состояние аллергии. Обследовали более 250 человек. Почти всегда очаг инфекции находился в бронхиальном дереве. Там и идёт воспалительный процесс по типу хронической пневмонии со всеми её проявлениями.

Вывод напрашивался сам собой. Если изменения в бронхах не очень выражены, больных надо лечить терапевтически. Если последствия болезни уже необратимы, требуется удалить поражённый участок лёгкого.

Расскажу характерную историю.

Доктор Всеволод Михайлович Бачин по окончании института уехал в центр России, в небольшой районный город. Однажды осенью вместе с товарищами отправился на охоту. Там промочил ноги, простудился и заболел воспалением лёгких. Болел долго, принимал антибиотики, но так до конца и не поправился. Остались недомогание, кашель и боль в груди. Вышел на работу. Справляться с нагрузкой мешала слабость. Время от времени возобновлялась пневмония. Вводили пенициллин и стрептомицин; лекарства не действовали.

Стало трудно дышать. Чем дальше – тем больше, пока не случился тяжёлый приступ удушья. Затем приступы участились, и доктор поехал в Ленинград, в клинику профессора П. Н. Булатова. Однако и здесь, несмотря на все принятые меры, ему не сделалось лучше.

Нависла угроза над жизнью. Бачина перевели в Институт пульмонологии по просьбе самого Пантелеймона Константиновича, который с интересом относился к нашим работам.

Бачин был в предельно плохом виде. Дыхание поверхностное свистящее и очень затруднённое. Попробовали делать новокаиновую блокаду блуждающего нерва. Не помогает. Пришлось дать наркоз, вставить трубку в трахею и начать искусственное дыхание. Но спазм брон-

хов продолжался ещё долго. Это чувствовалось по тому, как опорожнялся резиновый мешок в наркозном аппарате. Только к вечеру спазм уменьшился и врачи прекратили наркоз. Больной проснулся. Через два дня приступ закончился. Дышалось легче. Постепенно явления удушья прошли совсем.

Обследование показало, что в правом лёгком есть затемнение, а соответствующий бронх деформирован. Полагая, что тут скрывается пусковой механизм бронхиальной астмы, мы предложили операцию. Бачин согласился и сразу же после удаления средней доли почувствовал себя хорошо. Мы радовались, что таким образом был найден путь радикальной борьбы со страшным заболеванием. Правда, путь не совсем простой, хирургический, но других никто не знал.

Бачина выписали домой. Через каждые 2–3 месяца он присылал письма с сообщением о здоровье. Прошло четыре года, он полностью вернулся к своим обязанностям, много работает, благодарит врачей за избавление от страданий.

В институте вслед за ним почти сорока больным провели такой же курс лечения – удаляли поражённую часть лёгкого – и неизбежно добивались хороших результатов.

А блокада блуждающего нерва, с чего начали спасение Бачина? Что это?

Углублённое изучение бронхиальной астмы навело нас на мысль, что в спазме бронхов «виноваты» перераздражения блуждающего нерва (вагуса). Значит, для купирования приступа надо блокировать новокаином именно вагус, а симпатический нерв, его антагонист, находящийся рядом, – не трогать. Между тем рекомендуемая некоторыми учёными вагосимпатическая блокада действует на оба нерва и потому не даёт должного эффекта. Исходя из этих соображений, мы разработали свою методику и вскоре же удостоверились, что были правы. «Избирательная» блокада, при которой к симпатическому нерву новокаин не подводился, оказалась результативной и заняла прочное место в ряду консервативных методов лечения бронхиальной астмы.

Чтобы блокировать не только ствол вагуса, но и его ветви, идущие к лёгким, и тем скорее добиться расслабления спазма бронхов, мы во время бронхоскопии «вкалывали» длинной иглой новокаин прямо в средостение. Но как видно из примера с Бачиным, медицинская помощь в столь экстремальных обстоятельствах требовала разнообразия тактики.

Астматический приступ, статус астматикус... Если вообще бронхиальная астма каждый раз – трудный случай для клинициста, то тяжёлый приступ приводит врача в отчаяние. Больной задыхается, его грудная клетка и без того раздута, а любой вдох лишь «накачивает» воздух, потому что выдох почти невозможен... Тут уж врач не думает о том, как вылечить пациента, – необходимы экстренные меры, чтобы восстановить нормальное дыхание, иначе он может погибнуть.

Много времени отдали мы поискам и раздумьям, прежде чем овладели тактикой борьбы с такими приступами. Едва к нам в реанимационное отделение поступал больной вроде Бачина, его немедленно усыпляли, вставляли в трахею трубку и с усилием подавали наркоз и кислород. Через промежутки в 10–20 минут откачивали из бронхов тягучую слизь. И снова продолжали искусственное дыхание. Порой человека приходилось держать на искусственном дыхании под наркозом по полтора и двое суток, пока он не начнёт дышать самостоятельно. После этого обследовали лёгкие. Установив изменения в них, назначали лечение – терапевтическое или хирургическое.

...Вдвоём с Сергеем Александровичем Борзенко мы сидели у меня в кабинете. Вошла сравнительно молодая женщина с заплаканными глазами.

– Извините, Фёдор Григорьевич, за вторжение. Я знаю, что у вас была тяжёлая операция и вы устали. Но горе матери заставляет меня прервать ваш отдых.

– Не смущайтесь. Я на службе. Чем могу быть полезен?

– В реанимационном отделении лежит мой сын, Коля Вольский, двенадцати лет.

– Что с ним?

– Приступ бронхиальной астмы. Его привезли без сознания, совсем без пульса.

– Вы считаете, что недостаточно хорошо лечат?

– У меня никаких претензий к врачам нет. Заведующая, Клавдия Никитична, почти не отходит от мальчика. Но я прошу вас: посмотрите сами. Уже целые сутки он находится под наркозом. Сколько же ещё его будут держать в таком положении?..

И вот наш обычный разговор с заведующей отделением Клавдией Никитичной Лазаревой у постели вновь поступившего больного.

– Что с Вольским?

– Ребёнка доставили вчера во второй половине дня в состоянии клинической смерти. Мы сразу же начали массаж сердца, интубацию и искусственное дыхание под наркозом. Как только у него выровнялась гемодинамика, стали систематически отсасывать содержимое бронхов, промывая их содовым раствором.

– Сколько времени мальчик под наркозом?

– Около суток.

– А это необходимо? Ведь длительное пребывание трубки в трахее может вызвать осложнения.

– Недавно переводили его на самостоятельное дыхание, но тут же возобновился приступ. Фёдор Григорьевич, вам же известно, что мы держали больных под наркозом более двух суток с хорошим результатом. Осложнений не было.

– Что собираетесь делать потом?

– Когда кончится приступ, применим новокаиновые блокады, введём лекарства в бронхиальное дерево. В дальнейшем с помощью бронхографии уточним степень поражения бронхов и тогда будем решать вопрос окончательно.

Вернувшись в кабинет, постарался успокоить мать. Наркоз даётся поверхностный, и для мальчика он безвреден.

– Припомните, как и когда начал болеть ребёнок?

– Когда Коле исполнилось полгода, я отдала его в ясли. Там он заразился насморком от своего соседа, такого же малютки. Их кровати стояли рядом. Болезнь перешла на лёгкие. Пневмония. Справились с ней, я отнесла сына в ясли. Через четыре дня он снова подхватил насморк, и опять пневмония.

– Часто это повторялось?

– Да, он больше был дома, чем в яслях. Потом его перевели в детский сад. Там продолжалось то же. Три-четыре дня походит в группу – месяц-полтора дома.

– А вы пробовали долгое время не водить ребёнка в детский сад?

– Пробовала. Брала расчёт и не работала несколько месяцев.

– И что же?

– Пока дома – не болеет. Ну, думаю, теперь окреп, может, и в садике не заболит. Устроюсь на работу, смотрю – через неделю-другую он сызнова с насморком, который тут же даёт воспаление лёгких. И ведь что интересно! Бегаёт Коля на улице, придёт – руки холодные, ноги холодные. И ничего. Но стоит кому-то около него побыть с насморком, он обязательно заразится и кончится у него воспалением лёгких. Значит, всё дело в контакте здоровых детей с больными.

– А как в школе?

– В школе такая же картина. Болезнь год от года делалась тяжелее. Присоединилось удушье. Не хватало воздуха. Врачи установили: бронхиальная астма. Мальчик терял сознание. Вот и в этот раз. И если бы не попали к вам в институт... Неужели так и не поправится? Он ведь не живёт, а мучается! На него жалко смотреть. Вылечите! Верните нашего единственного сына!

Легко сказать – вылечите. Процесс запущен, за двенадцать лет ребёнком не занимались всерьёз, в условиях специализированного учреждения. К хронической пневмонии прибавилась астма. И с одной-то хронической пневмонией непросто справиться, а тут – целый букет с астмой в придачу.

Бронхиальную астму, как и хроническую пневмонию, легче предупредить, чем лечить. Вот почему очень важно беречь детей от повторных инфекций.

Мать Коли ушла. Сергей Александрович, внимательно слушавший женщину и что-то записывавший себе в блокнот, спросил меня:

– Есть какая-нибудь надежда?

– Бронхиальная астма – сложнейшее заболевание, про которое один учёный сказал: «Мы про астму знаем много, а понимаем мало».

– Часто ли она протекает так тяжело, как у Коли?

– В последние годы – всё чаще и не так редко, как это было прежде, заканчивается смертью больного на высоте приступа.

– В чём же дело – в загрязнении среды или в больших нагрузках на нервную систему?

– Не берусь судить о причинах. Нужно глубокое изучение, нужна статистика по социальным слоям, географическим регионам.

Борзенко, как всегда, захотел разобраться и в этой проблеме. И я вкратце рассказал ему о выводах наших пульмонологов.

Во-первых, бронхологическое исследование показало, что у большинства астматиков такие же изменения в лёгких, как и у больных хронической пневмонией. Во-вторых, удаление поражённых участков кладёт конец проявлениям бронхиальной астмы. В-третьих, чтобы добиться купирования приступа, вводятся солидные дозы антибиотиков в кровь или непосредственно в лёгочную артерию; и если бы не инфекция вызывала астму, то антибиотики только усилили бы аллергическое состояние, а следовательно, и само заболевание.

Справедливость таких выводов подтвердило и течение болезни Коли Вольского. После того как кончился приступ, произвели бронхографию, распознали значительные изменения в бронхах нижней и частично верхней доли левого лёгкого. Ликвидировать их можно было лишь операцией. Я вызвал к себе родителей Коли, всё им объяснил, сказав, что мы надеемся на излечение не только хронической пневмонии, но и бронхиальной астмы.

Операция прошла без осложнений и оправдала наши расчёты.

Подобный метод лечения не был описан в мировой литературе. Понимая всю ответственность, мы применяли его с осторожностью, тщательно проверяли результаты.

Поиск путей борьбы с бронхиальной астмой стал самостоятельным направлением в деятельности коллектива учёных института. Требовались дополнительные кадры специалистов, особая аппаратура. В министерстве мало чем могли помочь. И тогда, памятуя уроки прошлого, обратился в Совет Министров.

Горький опыт научил, что когда товарищи на местах не любят, чтобы их тревожили, и потому остаются глухи к интересам дела, нет иного выхода, как «перешагивать» через инстанции.

В 1953 году меня назначили главным редактором журнала «Вестник хирургии», который издавался раз в два месяца на шести печатных листах. Этот порядок был установлен в период блокады Ленинграда при недостатке бумаги и общих трудностях. Но с тех пор прошло много лет. Условия давно изменились. Сама же хирургическая мысль была на подъёме, её надо широко освещать. Редакция хлопотала безуспешно. Я тоже включился в хлопоты. Получая отказ, не успокаивался и шёл дальше. Обошёл двенадцать инстанций. Конца не видно. Тут я и позвонил секретарю ЦК КПСС Петру Николаевичу Поспелову с просьбой принять нас, членов редколлегии. Он спросил, о чём идёт речь, и порекомендовал вначале прислать мотивированное письмо, чтобы ему вникнуть в суть.

И вот мы у товарища Пospelова. Он сказал:

– То, что вы просите, совершенно законно и очень скромно. Мы выделим вам 120 листов на 12 номеров в год. Через некоторое время, возможно, ещё увеличим листаж.

Так на самом верху быстро решился, казалось бы, весьма простой вопрос ведомственного значения.

Аналогичным образом поступил я и на этот раз. В Совете Министров все наши заявки удовлетворили. Институту дали первую категорию, отпустили средства на оборудование и лимит на жилплощадь для сотрудников.

Коллектив института напряжённо проводил научные изыскания, мы делали сложнейшие операции. Наш метод лечения таких тяжёлых заболеваний, как хроническая пневмония и бронхиальная астма, вносил новое в понимание неизлечимого в прошлом недуга.

Работами наших учёных стали интересоваться во многих клиниках и больницах, к нам чаще стали ездить зарубежные делегации.

7

В некоторых случаях пневмонии у резко ослабленного больного при бурно развивающейся инфекции происходит распад лёгочной ткани. Возникает острый абсцесс лёгкого, а то и гангрена.

Издавна люди с острым абсцессом ставили перед врачами неразрешимую задачу. При самой энергичной терапии, с применением антибиотиков, абсцессы ликвидировать не удавалось. Наоборот, распад продолжал увеличиваться или оставался в прежнем положении, вызывая тяжёлое состояние, близкое к общему заражению крови. Часто для спасения больного хирурги решались на крайнюю меру: удаляли долю или все лёгкое.

Изучая эту проблему в Институте пульмонологии, мы убеждались: здесь надо тоже идти по линии местного введения антибиотиков, подавать их тем или иным путём в поражённый участок.

Метод местного лечения, может быть, подсказала мне хирургическая практика ещё в 40-х годах. Хирург в своих операциях всегда конкретен, выходит в точно намеченное место организма. Обнажишь очаг болезни и нередко задумываешься: как хорошо было бы прямо сюда направить нужные лекарства. Подчас так и делал. И замечал удивительные по эффективности последствия – организм очищался от болезнетворных микробов, наступало облегчение. Но в клинике мы прежде редко встречали острые абсцессы, больше хронические.

И всегда при раздумьях о хронических лёгочных заболеваниях мысленному взору рисовались миллионы и миллионы жертв, унесённых в разные времена в могилу. Сколько среди них наших великих соотечественников! Белинский, Добролюбов, Чехов... Многие декабристы, тысячи революционеров, простуженных в сибирских далях... Давно, очень давно я, как и другие врачи, мучительно искал средства помощи таким больным.

Надёжного средства не было.

А мысль об интенсивной «осаде» поражённого участка лёгкого при острой пневмонии всё больше во мне укреплялась. Она вновь и вновь являлась при операциях на самых различных органах. Посмотришь, как сильно действуют лекарства в концентрированном виде, и снова догадка: а острый абсцесс лёгкого? Почему и его не попробовать лечить целенаправленной атакой?..

Как часто случается, экстремальные обстоятельства служат последним толчком к осуществлению смелых замыслов. Для меня таким толчком стала болезнь моего блокадного друга Александра Георгиевича Друина. На постороннем я бы, наверное, не решился испытать метод, основанный на одной лишь догадке, а тут заболел родной человек, почти что я сам. Спаси

его могла только отчаянная мера, ну я и отважился. Впрочем, расскажу обо всём подробно и по порядку.

Александр Георгиевич, или Саша, как мы его в семье называем, заболел у меня на даче. Выехали они с женой к нам в Комарово, захватив мою собаку Акбара. Я иногда поручал её Александру Георгиевичу, и она признавала его за второго хозяина. Ещё в дороге Друин почувствовал недомогание. Приехав на дачу, свалился на диван. Овчарка устроилась рядом и никуда не отходила. Меня дома не было. Хотели к Саше подойти, чтобы измерить температуру, собака никого к нему не подпустила. И когда я вернулся домой, моему другу было уже совсем плохо. Он терял сознание и в бреду то говорил о какой-то детали, которую не успел сделать на работе, то называл фамилию доктора, лечившего его ещё во фронтовом госпитале.

Я многое знал о жизни своего товарища на войне, известна была и история его ранения.

Случилось это на невском пятачке. Осколком снаряда Саше раздробило ногу. Он лежал несколько часов на снегу, боясь шевельнуться. На пятачке было жарко. Головы не поднять. Траншеи вырыть нельзя. Все наши солдаты как на ладони – ни куста, ни бугорка, а фашисты на железнодорожной насыпи, на возвышенности. Чуть кто двинется, забрасывают минами. Да и снайперы брали на прицел.

Пришлось Саше Друину ждать темноты, обливаясь кровью. Сапог застыл, превратился в льдину. О том, чтобы снять его и сделать перевязку, нечего было и думать. Он впал в полубытьё. Сколько времени прошло, не помнит. Ранило его до обеда. Значит, весь день пролежал неподвижно. Когда стемнело, пополз к реке – там, по слухам, располагался медсанбат. Полз медленно, с трудом волоча окровавленную, обледенелую ногу. От потери крови клонило ко сну. Сознание меркло. Усилием воли заставлял себя ползти. Понимал, что, если уснёт, никто его не найдёт и к утру он замерзнет. Голова кружилась, тошнило, и боль была такая, что при малейшем толчке кусал губы, чтобы не закричать. Всё пересиливал и упорно продвигался вперёд. У реки оказался уже ночью. Было совсем темно. Пить хотелось страшно. А берег завален трупами...

– Хорошо помню, – рассказывал Саша, – как я раздвинул трупы и припал к воде. Когда напился, почувствовал, как замерз. зуб на зуб не попадает. В медсанбате увидел горячую печь – попросил: «Доктор, можно к огню?» Хотелось самому в печку залезть – так простыл на холодной земле. – И добавлял: – Я всю жизнь с благодарностью вспоминаю врачей, которые меня лечили. Но в том, что я стою на обеих ногах, есть и моя заслуга.

В медсанбате подошёл к нему санитар, разрезал голенище и снял обледенелый сапог. Хирург долго смотрел на ногу и сказал:

– Отнимать придётся, иначе раненый погибнет.

Друин сквозь забытие услышал эти роковые слова и, едва шевеля губами, прошептал:

– Что хотите со мной делайте, доктор, а я не даю согласия.

Хирург опять внимательно посмотрел на него и подал полстакана водки.

С неохотой выпил Саша водку и тут же не то уснул, не то потерял сознание. Как перевязывали, как переправляли через Неву – ничего не помнит.

Очнулся уже в госпитале. Около него стоит врач.

– Вы отказались от ампутации, но на спасение ноги почти никакой надежды нет. Разовьётся газовая гангрена, резать надо будет много выше, да и жизнь окажется в опасности.

– Всё равно решительно возражаю!

– Что же нам с тобой делать? – задумчиво проговорил врач, которому, по-видимому, и самому было жаль калечить солдата. – Пригласите, пожалуйста, профессора, – распорядился он. Вошёл невысокого роста, худощавый человек с седыми подстриженными усами. Из-под медицинской шапочки выбивались совершенно белые волосы. Эта седина находилась в пол-

ном противоречии с его молодо выглядевшим лицом, блестящими голубыми глазами, смотревшими остро и даже весело.

– Что вас смущает, Георгий Иванович? – просто, не по-военному обратился профессор к хирургу.

– Вот, Александр Александрович, у солдата раздроблена нога, вырван большой кусок мягких тканей. Мне кажется, что нога нежизнеспособна, а он не позволяет отнимать её. Боюсь, что ногу-то мы сохраним, а человека потеряем.

Александр Александрович Немилев, консультировавший в блокаду одновременно в нескольких военных госпиталях, осмотрел Сашу, изучил рентгеновские снимки, проверил пульс, измерил температуру и заговорил спокойно:

– Вы, Георгий Иванович, правы, здесь реальная угроза для жизни. Но всё же побороться за ногу стоит. Если возникнет осложнение, мы должны его вовремя ликвидировать. Надо наложить прочный гипс, оставить в нём окно, чтобы можно было наблюдать за раной и делать необходимые перевязки, не травмируя раздробленные кости.

– Как я был благодарен профессору! – вспоминал Друин. – Множество больных у него, а ведь и про меня не забывал. Придёт, бывало, в госпиталь и обязательно ко мне заглянет. Случалось, и сам почистит рану, вынет осколки, положит лекарство. И так не раз и не два... Хлопот я им всем доставил!..

В блокадном Ленинграде оставались преимущественно лишь пожилые хирурги, не пожелавшие эвакуироваться. Молодые и здоровые – на фронте. Поэтому-то каждому профессору доводилось консультировать в нескольких госпиталях сразу. Работали они дни и ночи, не жалея сил и собственного здоровья.

Одним из самоотверженных тружеников был и Александр Александрович Немилев. Он умер в 1942 году от истощения и стенокардии, не прекращая работы, – на боевом посту.

Тот, кто был на фронте, кто видел врачей в деле, тот, как правило, с глубоким уважением относился не только к хирургу, но и к медицинскому учреждению вообще. За войну свыше семидесяти процентов раненых наших воинов были возвращены в строй.

Медсанбат стоял перед глазами Саши Друина, когда он лежал у нас в бреду, с высокой температурой. В тот же день мы поместили его в клинику. Рентгеновские снимки выявили крупозную пневмонию во всей верхней доле правого лёгкого, с распадом в центре. Ясно вырисовывался ряд крупных полостей с неровными контурами, что скорее свидетельствовало о гангрене. Тут было над чем призадуматься.

Гангрена – самое тяжёлое и почти безнадёжное осложнение крупозной пневмонии. В памяти отчётливо обрисовывалась подобная картина у больного Г., умершего сколько-то месяцев назад. Его доставили из терапевтической клиники поздно – от начала заболевания прошло свыше двух недель. Верхняя доля справа полностью омертвела. Мы откачивали ему жидкость с помощью толстой иглы и даже дренажной трубки – всё напрасно. Процесс нарастал. Позднее присоединилось кровохарканье, и больной погиб. На операцию по удалению омертвевшей части лёгкого в таких условиях мы пойти не могли. Слишком ясно было, что риск неоправдан и мы лишь ускорили бы печальный исход.

И вот теперь, глядя на своего друга, я поневоле заколебался: что предпринять? Лечить большими дозами антибиотиков?! Но там, где распад и скопление жидкости, ни внутримышечные, ни внутривенные введения антибиотиков не помогут. Вскрыть абсцесс через грудную клетку, как практиковали раньше? Но опыт показал, что это неэффективно. Решиться на изъятие омертвевшей доли? Операция тяжелейшая, Саша в таком состоянии её не выдержит.

Однако надо что-то делать. Произойдёт непоправимое – никогда себе не прощу! А тут ещё Наталья Ивановна сидит над своим Сашей и плачет. С ним они прожили сорок лет, вырастили двух замечательных сыновей. Как же она останется без него?..

Острые абсцессы и гангрена лёгких и поныне представляют собой одну из труднейших проблем медицины. Тогда же вообще не знали, почему в одних случаях воспаление лёгких рассасывается, в других, наоборот, переходит в абсцесс, а в третьих – наступает даже омертвление целой доли. Не знали эффективных методов лечения, и больные нередко умирали или становились инвалидами.

Как предупредить столь грозные осложнения? А если они возникли, как с ними бороться?

Когда в начале 70-х годов я был по линии Всемирной организации здравоохранения в Париже с целью изучения лёгочной патологии, то обратил внимание, что у французов абсцесс или гангрена лёгких встречаются исключительно редко. Почему? Оказывается, при пневмонии они назначают дозы антибиотиков, намного превышающие наши; используют препараты, которые и в таких концентрациях не дают побочных эффектов. Если того требуют обстоятельства, вводят их одномоментно и внутривенно, и внутримышечно.

Вернувшись из командировки, я составил подробный отчёт в своё министерство, рассказал об этом и внёс кое-какие предложения. Сожалею, что они остались без ответа.

...У нас не было способов лечения больных, к каким относился Друин, и порой хирурги шли на «операции отчаяния». Почти всегда безуспешно.

Между тем уже со второй половины 40-х годов мы удачно применяли лёгочные пункции – подавали антибиотики непосредственно в полость хронического абсцесса. Но ведь у Саши абсцесс острый! И если при хроническом, как правило, имелись спайки между лёгкими и грудной стенкой, то при остром их могло и не быть. А если спаяк между лёгким и плеврой нет, то при проколе воздух попадёт в плевральную полость, спровоцирует острый пневмоторакс; туда легко проникнет гной, и тогда возникнет разлитый гнойный плеврит. То есть будут уже два тяжелейших заболевания – острый абсцесс лёгкого и острый гнойный плеврит. Больной и вовсе не выберется из критического положения.

Вот эти опасения и заставляли хирургов воздерживаться от подобных активных действий.

Но сейчас, мне казалось, другого выхода не придумаешь.

Я снова взял Сашу в рентгеновский кабинет, примерился и наметил точку в том месте, где полость абсцесса ближе всего подходила к грудной стенке, в надежде, что, может быть, здесь уже успели сформироваться спайки. Затем отвёл его в перевязочную, усадил в ту же позу, какая у него была в рентгеновском кабинете, и подготовил грудную клетку для пункции.

Тщательно проведя анестезию кожи и глубоких слоев, наполнил большой шприц раствором новокаина, надел длинную иглу и стал осторожно вкалывать её в грудную полость, всё время нажимая на поршень. Последний поддавался с некоторым трудом. Вдруг почувствовал, как поршень легко пошёл внутрь. Значит, я попал в полость! А если это кровеносный сосуд?! Со страхом потянул назад...

К моему и Сашиному счастью, в шприце крови не было.

Я не ошибся!

Откачав жидкость, взял другой шприц, наполненный раствором пенициллина с новокаином, повторил ту же операцию. Соблюдая правила, извлек иглу...

Больному сделали укол морфия, и он, откашлявшись, уснул.

На следующий день Александра Георгиевича Друина было не узнать. Температура упала, сознание прояснилось, боли в груди исчезли.

После 26 таких уколов он полностью поправился...

С каждым годом к нам поступало всё больше лёгочных больных; нередко попадались случаи, похожие на друинский. Вот тут-то и помогал метод интенсивных местных атак антибиотиками. Им вскоре уверенно овладели врачи. Удалось спасти сотни людей, которых ещё вчера не умели лечить.

В институте этому методу дали научное обоснование и составили рекомендации для сети лечебных учреждений. Бывая за границей, я не однажды встречал коллег, с успехом его применявших. Но следует сказать: не всегда он результативен.

И мы продолжали работу. Поручили В. Ф. Егизаряну дальнейший поиск; он исследовал триста пациентов, систематизировал показания, вывел закономерности и внёс ряд толковых предложений. Впрочем, и ныне медики не перестают совершенствовать данный метод.

История моего блокадного друга наглядно иллюстрирует и ещё одно непреложное правило: за жизнь больного, каким бы тяжёлым он ни был, надо бороться до конца. И проявлять при этом решительность, смелость.

Много переживаний доставили нам больные с острыми абсцессами и гангреной лёгких, которым и внутрилёгочные пункции не приносили облегчения. Все виды лечения тут оказывались напрасными. Смертность была высокой. А у тех, кто выживал, часто держалось нагноение плевры, бронхиальные свищи, гнойная интоксикация и т. д.

Со временем мы разнообразили тактику. Если ни хирургическое вмешательство, ни терапия, ни введение антибиотиков в полость абсцесса не были успешными, мы прибегали к более сложным, но эффективным методам, сулившим нам определённые надежды.

Как-то заходит ко мне ассистент Путилов Максим Григорьевич, опытный хирург с хорошими руками.

– Фёдор Григорьевич, посмотрите, пожалуйста, больного Иванова. Несмотря на все принимаемые меры, ему все хуже. Боюсь, что мы его потеряем.

– А что с ним?

– Он уже несколько лет болеет хронической пневмонией. Каждый год у него бывают обострения, которые надолго выводят его из строя. С каждым годом эти обострения протекают всё тяжелее.

– А что является причиной обострения?

– В этот раз он был где-то с приятелем на рыбалке. Выпили, и он полегал на земле. На следующий день у него температура поднялась до 39,5 градуса и, несмотря на самые энергичные меры, не снижается. Больной слабеет, временами теряет сознание.

– Что выявлено на рентгеновских снимках?

– Множественные абсцессы в верхней доле правого лёгкого.

Действительно, на рентгенограммах была выявлена довольно грозная картина. Все правое лёгкое было инфильтрировано воспалительным процессом, и на фоне затенения в верхней доле ясно были видны различной величины полости с горизонтальным уровнем.

– А вы вводили ему антибиотики через грудную стенку?

– Да, несколько раз, но почему-то без эффекта.

– А как вы думаете – почему?

– Думаю, что из-за множественности абсцессов. Кроме того, некоторые из них находятся глубоко у корня лёгкого, их иглой не достанешь. Опасно – можно проткнуть сосуд.

– Пойдёмте, покажите мне больного.

Это был средних лет, крепкого сложения мужчина. В момент осмотра он был в сознании; лежа на подушках, тяжело и часто дышал. Пульс был частый, слабый. Бледный, с запавшими щеками и лихорадочно блестящими глазами, он производил впечатление обречённого. И в самом деле, положение его было почти безнадёжное. Абсцессы располагались очень близко к корню лёгкого, то есть к крупным сосудам и бронхам. Попасть в абсцесс почти невозможно, но зато легко проколоть иглой сосуд и вызвать кровотечение.

– А внутривенно и внутримышечно вы вводили ему антибиотики?

– Да, и в больших дозах. Эффекта никакого. Между тем если мы что-либо не предпримем – он погибнет. У него и теперь уже намечаются признаки общего заражения крови.

Положение было очень сложным. Больной поступил к нам из терапевтической клиники, где опытные клиницисты признали своё бессилие и направили к хирургам как к последней надежде. А что нам делать? Операцию? Но какую? По литературе было известно, что некоторые хирурги идут в подобных случаях на удаление лёгкого. Но во-первых, это же калечащая операция, а во-вторых, выдержит ли он её в таком состоянии? Между тем что-то надо делать. Больной не только с каждым днём, но с каждым часом становился тяжелее, и казалось, что ничем не удастся предотвратить печальный исход. Силы больного истощены, сопротивления никакого, а наше лечение не достигает цели.

Я опять вызываю М. Г. Путилова.

– Как больной?

– Ему всё хуже.

– А что, если нам ввести антибиотики непосредственно в тот сосуд, который снабжает кровью поражённый участок лёгкого? То есть в верхнедолевую ветвь правой лёгочной артерии, в зоне которой и располагается распад ткани.

– А если возникнет тромб, который закупорит лёгочную артерию, тогда гибель неотвратима...

– Вместе с антибиотиками в раствор добавить небольшие дозы гепарина, предупреждающего свёртывание.

– А каким путём вводить?

– А вы не читали, в журнале сообщалось о введении химиопрепаратов при лечении рака лёгкого. Они применяли подобную же методику. А катетер ввести через бедренную вену.

– Значит, путь катетера будет таким: бедренная вена, нижняя полая вена, правое предсердие, правый желудочек, главный ствол лёгочной артерии, правая лёгочная артерия, верхнедолевая ветвь.

– А вы не пугайтесь такого длинного пути. Возьмите рентгеноконтрастный тонкий катетер и в рентгеновском кабинете проведите его. Установив конец его в нужном месте, закрепите и начинайте непрерывно капельно вводить лекарство. Составьте список, что вводить, в какой пропорции, и согласуйте со мной.

– Иду выполнять немедленно. Это единственный шанс на его спасение.

– Помните только, что строжайшая асептика – это первое условие для достижения успеха.

Катетер был установлен в нужном месте, и мы начали вводить сложный состав лекарств непосредственно в сосуд, снабжающий поражённую долю. В основе этого состава были сверхмощные дозы антибиотиков. Уже на следующий день состояние больного улучшилось и температура снизилась. Больной начал поправляться. Через двадцать восемь дней мы извлекли катетер при хорошем состоянии больного. На рентгеновском снимке абсцессы исчезли, инфильтрация уменьшилась. А ещё через полтора месяца все рассосалось и в лёгком не осталось никаких следов от бывшей катастрофы.

Так было положено начало новому методу в лечении одного из самых грозных осложнений хронической пневмонии – абсцесса и гангрены лёгкого.

После этого, ввиду того что ассистент М. Г. Путилов ушёл на базу для занятий со студентами, мы поручили применение этого метода В. Ф. Егизаряну и, испытав его более чем на ста самых тяжёлых больных, получили хорошие результаты.

Конечно, этот метод очень сложен и при несоблюдении всех правил чреват осложнениями. Тем не менее в хороших руках это, несомненно, очень сильное средство лечения наиболее тяжёлых больных.

Чем больше мы занимались пульмонологией, тем яснее становилось для нас, что эта проблема в нашей стране незаслуженно заброшена. Изучение мировой литературы, а также собственные массовые осмотры населения и изучение контингента больных в поликлиниках и стационарах показывают, что лёгочные заболевания выходят на одно из первых мест. А главное,

темпы роста этих заболеваний вызывают беспокойство во всём мире. Причём рост заболеваний идёт главным образом за счёт так называемых неспецифических воспалительных заболеваний лёгких: хронической пневмонии, хронического бронхита, бронхиальной астмы.

Как-то разговорились мы с Иваном Владимировичем.

– Что это, Фёдор Григорьевич, за последнее время мы всё чаще встречаем больных, которым ставят диагноз хроническая пневмония. В чём дело? Почему пневмония так часто переходит в хроническую стадию? Или, может быть, нам так кажется?

– Нет, это не кажется. И на самом деле сейчас хроническая пневмония стала встречаться чаще, чем раньше.

– А почему это так? Что за причина?

– А причин тут много. Начать с того, что с появлением антибиотиков и других лечебных препаратов мы стали предупреждать печальный исход у тех больных, которые прежде неизбежно погибали.

– Так это же хорошо.

– Это действительно очень хорошо. Но, спасая больного от грозящей ему смерти, мы нередко не можем полностью ликвидировать те осложнения в лёгких, которые уже наступили, и они в дальнейшем дают обострение, что и приводит к хронической пневмонии.

– Какие же ещё причины?

– Недостаточно квалифицированное и не вовремя применённое лечение.

– А от чего это зависит?

– Прежде всего от того, что у нас нет руководств по лечению больных пневмонией, написанных на современном уровне.

– А это почему?

– Потому, что этот вопрос никто всерьёз не изучает. У нас же нет ни одного научного учреждения, кроме Института пульмонологии с его малым количеством коек, которое бы всерьёз изучало этот вопрос, хотя как по нашим данным, так и по данным мировой литературы лёгочные, не туберкулёзные заболевания выходят на одно из первых мест. Так, например, в нашей стране уже в 1966 году таких больных было в три раза больше, чем больных туберкулёзом и раком лёгкого вместе взятых.

– А как за рубежом?

– В Америке, например, в 1974 году по этим заболеваниям было свыше восьмидесяти миллионов дней нетрудоспособности, то есть если считать, что каждый проболел в среднем двадцать дней, то, значит, болело четыре миллиона человек. И учёные подсчитали, что количество таких больных удваивается приблизительно каждые пять лет.

– Это же очень тревожные сообщения и положение. Какие же меры предпринимаются?

– К сожалению, внимания к этому вопросу не уделяется в том размере, как он заслуживает.

– Что вы этим хотите сказать?

– Вот, например, для лечения туберкулёзных больных имеется целая сеть институтов и диспансеров, где не только такие больные лечатся, но и вопрос подвергается дальнейшему изучению. Больные раком лёгкого могут обратиться в институты и диспансеры по онкологии, правда, с этими больными дело обстоит хуже, чем это необходимо.

– А что предпринято для лечения больных хроническими не туберкулёзными заболеваниями? Ведь их же, наверное, миллионы?

– Совершенно верно. Их миллионы. И среди них сотни тысяч детей. Но для их лечения ничего не предпринимается.

– Почему?

– Тот, от кого это зависит, занимает странную позицию, своего рода «страусовую политику». Закрывает глаза на эти миллионы больных и ведёт себя так, как будто их нет совсем.

– А вы обращались куда-либо?

– Ещё будучи в институте, мы не раз вносили предложения и проекты по организации пульмонологической службы в стране. Но ни разу из этого ничего не выходило. Те, кто должен решать этот вопрос, так сильно увлеклись сердцем, что про лёгкие и не вспомнили ни разу, о чём можно судить по их публичным выступлениям.

– А что показали научные изыскания института, которым вы руководили?

– Изучив этот вопрос всесторонне, мы установили, что чаще всего люди болеют хронической пневмонией с различными осложнениями в виде бронхиальной астмы, абсцедирования, эмфиземы лёгких, лёгочно-сердечной недостаточности.

– А что сейчас изучает Институт пульмонологии?

– К сожалению, в институт пришли люди, увлекающиеся операциями на сердце. Не довольствуясь стенами своего учреждения, они уходят для этой цели в другие учреждения.

– Но это же хорошо, операции на сердце – очень важное дело.

– Совершенно правильно. Важное и очень нужное дело. Но двумя этими проблемами одновременно заниматься очень трудно, особенно если одна из них для тебя дело новое. В результате пульмонология стала страдать. От полученных нами научных данных отказались, пошли в сторону от того курса, на котором мы имели столь ободряющие результаты.

– Но эти труды ваши и ваших сотрудников анализированы, обобщены? Ведь очень важно, чтобы они не пропали даром!

– К сожалению, они не обработаны, и боюсь, что они пропадут для науки.

– Этого ни в коем случае нельзя допустить. Вы обязаны это сделать. Ведь как директор института вы руководили работой всех разделов и лабораторией. Результаты исследований могут быть правильно оценены только вами, и потомки вам не простят, если вы этого не делаете.

– Я и сам понимаю, что это, при создавшемся положении, могу и обязан сделать я сам. На этом же всё время настаивает и Эмилия Викторовна, которая хорошо знакома с работой института. Но где взять время? А кроме того, вы же знаете, в каких условиях находится сейчас наша клиника? Где тут творческая обстановка?

– Всё это ясно. Но может быть, кто-то сознательно поставил вас в такие условия, чтобы затруднить ваш творческий процесс? В таких случаях как истинный патриот вы тем более обязаны преодолеть все трудности и сделать то, что так важно для русской науки, то есть, обобщив весь материал, написать солидную монографию!

– Не могу не согласиться с вашими доводами. Они слишком логичны, да и я сам так же думаю. Поэтому, пожалуй, не буду больше откладывать и возьмусь за научную книгу!

– Но всё же вы мне не ответили, почему же хроническая пневмония стала встречаться чаще, чем раньше. Почему тяжёлые больные с острой пневмонией не излечиваются, а часто у них процесс переходит в хроническую стадию? Что нужно, чтобы тяжёлая пневмония заканчивалась полным выздоровлением?

– Во-первых, надо понимать те процессы, которые происходят в организме, а во-вторых, таких больных надо лечить долго, упорно и нередко повторно.

– А что этому мешает?

– Самое главное, что нет учреждений, оснащённых необходимой аппаратурой, имеющих специальные лаборатории, в которых эти больные могли бы получить квалифицированную помощь на современном уровне. В обычных же клиниках и больницах основной показатель хорошей работы – это короткий койко-день. И все стремятся выполнить этот показатель, нередко в ущерб больному и на радость администратору. Между тем определённые процессы требуют определённого времени, и преждевременная выписка больного неизбежно приводит к переходу процесса в хроническую стадию. Кроме того, бездумное и часто в малых дозах применение антибиотиков приводит к тому же. В результате количество больных с хронической

пневмонией растёт из года в год. Особенно большой контингент таких больных даёт каждая эпидемия гриппа.

– Почему это?

– Потому что гриппозная инфекция, подобно туберкулёзной, с самого начала предрасположена к длительному, хроническому течению. А это в повседневной практике не учитывается, и больные с гриппозной пневмонией так же рано выписываются на работу, как и при обычном воспалении лёгких. А это обеспечивает переход в хроническую стадию у очень многих больных. По нашим данным, у 14 % больных пневмонией, возникшей при эпидемии гриппа, процесс переходит в хроническую стадию... А учитывая массовый характер болезни – каждая эпидемия гриппа оставляет после себя тяжёлый след.

– Всё это чрезвычайно интересно, и будет непростительно с вашей стороны, если вы ваши труды и труды своих сотрудников тщательно не проанализируете и не обобщите в виде отдельной монографии.

В самом деле. Наши исследования как внутри института, так и по стационарам и поликлиникам города показали, что основное заболевание, приводящее больных к инвалидности и преждевременной гибели, а также дающее тяжёлое осложнение в виде бронхиальной астмы, абсцедирования, эмфиземы лёгких и лёгочно-сердечной недостаточности, является хроническая пневмония. Поэтому мы все разделы института, все его лаборатории направили на изучение всех сторон этого заболевания.

Не ставлю перед собой задачу перечислять и описывать все поиски, находки, а подчас и подлинные научные открытия, которые появились на счёту Института пульмонологии. Его штат составляли несколько сот человек – в большинстве увлечённые, пытливые люди. За короткий период в три-четыре года они сумели найти и определить сущность ряда тяжёлых лёгочных заболеваний, верные способы борьбы с ними. (В опубликованной потом объёмной монографии подведены итоги теоретических и практических исследований.) Главное же, что важно подчеркнуть, – в институте с первых дней заботились о продвижении нового в практику больниц и клиник всей страны. Печатали научные труды, инструкции, разъяснения, рассылали на места. Была налажена широкая сеть консультаций. Сотрудники выезжали в другие города. Устраивались сессии учёного совета, симпозиумы, семинары, конференции...

Наша деятельность завоевала признание и за рубежом.

К нам зачастили многочисленные делегации. На встречах с ними сообщения наших специалистов неизменно сопровождались аплодисментами. Из ряда стран делегации стали приезжать систематически, причём группами до ста человек.

Приведу выдержку из отчёта президента Американского общества хирургов Гарольда Холстранда. Во втором номере журнала «Интернациональная хирургия» за 1970 год он писал: «12 мая я посетил 1-й Ленинградский медицинский институт и был приглашён на первое научное заседание, открывшееся докладом профессора Ф. Г. Углова об оригинальных работах по пневмонии... На следующий день мы вновь посетили институт. В этот раз мы имели честь наблюдать, как профессор Углов резецировал аневризму левого желудочка сердца под искусственным кровообращением. Техника и оборудование были высшего калибра, а руки профессора Углова – сказочно мягки...»

Именно наши работы по пневмонии в первую очередь привлекли внимание учёного, и он выразил желание, чтобы я выступил перед американскими врачами. По возвращении на родину профессор Холстранд прислал письмо: «Как президент секции Соединённых Штатов Международной корпорации хирургов и от имени всех наших членов я хотел бы пригласить вас участвовать в нашем очередном конгрессе, который состоится 20–25 ноября сего года в Лас-Вегасе, штат Невада... Для нас было бы большой честью, если бы вы приняли приглашение...»

Крупный перуанский хирург Эстебан Рокка, в начале 70-х годов познакомившийся с нашими методами лечения пневмонии, бронхиальной астмы и острых гангренов лёгкого,

будучи президентом XIX Международного конгресса хирургов, попросил меня присутствовать на заседаниях в качестве его личного гостя и сделать доклад. Заочно я был избран почётным членом конгресса.

Директор ВОЗ профессор Ямомото письменно уведомил, что поставлен вопрос об организации у нас Мирового центра пульмонологии. Это сулило большие ассигнования и прекрасное техническое оборудование по линии ВОЗ. К тому же было приятно, что престиж института вырос в международном масштабе.

2. Каждый день и всю жизнь

1

Во фронтовых очерках Борзенко есть такой эпизод. В минуту откровения кто-то из командиров спрашивает военного журналиста, с которым только что вышел из боя:

– Если бы тебя убили, какие бы ты произнёс последние слова?

Журналист, не задумываясь, отвечает:

– А всё-таки я прожил хорошую жизнь.

Здесь нет натяжки, ложного пафоса. И не стал бы лукавить всегда предельно искренний Сергей Александрович ради красного словца. Он и себя судил по большому счёту и именно на войне окончательно понял простую истину: цену человека определяют его дела. Сознание выполненного долга – высшее счастье. В этом смысле сам Борзенко был, безусловно, счастлив. И я полностью разделяю его точку зрения.

Свыше полувека отдал я служению людям, преимущественно – в качестве хирурга. Мне приходилось работать в различных условиях, начиная от участковой амбулатории в сибирском селе и кончая первоклассной ленинградской клиникой.

По существу, в любой обстановке врач может почувствовать свою «нужность». Конечно, приятнее оперировать в помещении с бестеневым освещением, пользоваться многочисленной аппаратурой, помогающей установить подлинную картину болезни. Но в конце концов, если с душой отдаёшься делу, если его знаешь и беспрерывно совершенствуешь, если у тебя умные руки, доброе сердце, то удовлетворение, радость от полученных результатов ты испытываешь там, где приносишь больше пользы.

Врачи-гуманисты во все времена тяжело переживали поражения, отступая перед непобедёнными болезнями. Боткин писал своему другу Белоголовому: «Из всей моей деятельности лекции – это единственное, что меня занимает и живит; остальное тянешь, как ляжку, прописывая массу ни к чему не ведущих лекарств. Это не фраза и даёт тебе понять, почему практическая деятельность в моей поликлинике так тяготит меня. Имея громадный материал хроников, я начинаю вырабатывать грустное убеждение в бессилии наших терапевтических средств».

Приблизительно в таком же духе высказывался знаменитый немецкий хирург Бильрот в переписке с композитором Брамсом.

Разумеется, с тех пор возможности медицины резко возросли. Однако и по сей день остаются недуги, в сражениях с которыми медицина пока беспомощна. И вот перед лицом этих-то так называемых «неизлечимых болезней» врачи ведут себя по-разному. Одни сравнительно легко смиряются, стараясь всё же участием и нейтральными лекарствами как-то успокоить и облегчить страдания больного. Другие не признают инертности – наоборот, всю энергию, талант, силы отдают постижению способов борьбы за человека. Таким врачам нелегко. Их испытывают на прочность и всякого рода стрессы, и наветы тех, кто уже «смирился»; они первыми идут по бездорожью, прокладывая путь другим.

Мне запомнились строки из стихотворения Василия Фёдорова:

Ну, а если нам до ста
не придётся дожить,
значит, было не просто

в мире первыми быть.

И ещё как не просто!

В. Вересаев утверждал: «...настоящим врачом может быть только талант, как только талант может быть настоящим поэтом, художником или музыкантом».

И дальше: «...“научиться медицине”, т. е. врачебному искусству, так же невозможно, как научиться поэзии или искусству сценическому. И есть много превосходных теоретиков, истинно «научных» медиков, которые в практическом отношении не стоят ни гроша».

Если так правомерно сказать про врача вообще, то тем более – про хирурга, ибо считается общепризнанным, что хирургия – это наука, помноженная на искусство.

В нашей стране период с 1945 года характеризуется крупными достижениями в освоении новых разделов хирургии. Очевидно, экстремальные условия, в которые были поставлены врачи в лихолетье Великой Отечественной войны, явились мощным стимулом к прогрессу, пробудили их творческую активность. Я и сам был главным хирургом фронтового госпиталя. Не перечислить, какие увечья я повидал, какие сложные задачи пришлось мне решать у операционного стола!.. И чаще всего без предварительной подготовки, без дополнительных консультаций, при отсутствии должного числа квалифицированных ассистентов. Глаза боялись, а руки делали. И нередко с успехом завершались операции, казалось бы, требующие в обычной обстановке коллективного ума маститых учёных и звёзд хирургического мира.

Война, страшные картины мучений побудили и меня к интенсивным поискам нехоженных дорог в медицине.

В первые же послевоенные годы особое внимание стали уделять операциям на органах грудной клетки – лёгких, пищеводе, сердце, сосудах, – так как многие тяжёлые заболевания этих органов считались неизлечимыми. У каждой болезни тут свои особенности и свои проявления, а хирургическое вмешательство в каждом отдельном случае – это совершенно самостоятельные разделы хирургии, которые были созданы и внедрены в практику за сравнительно короткий промежуток времени.

Некоторые хирурги, освоив какой-то вид лечения, на том и останавливались. Иные же, разработав одну методику и передав её ученикам, принимались за другую. И так, не унимаясь, не довольствуясь достигнутым, день за днём брали все новые и новые высоты.

Можно говорить о двух типах хирургов. Одни – специалисты в узкой области. Они знают, может быть даже в совершенстве, небольшое число операций на конкретном органе. Вторые – оперируют на многих органах в общем-то одинаково. Кто из них более ценный? Так ставить вопрос нельзя. Оба типа ценны, оба имеют достоинства и недостатки. Всё зависит не от узости или широты взглядов хирурга, а от его таланта. Талантливый человек, к тому же если он честен и добросовестен, окажется весьма полезен и в ограниченном круге своих знаний. Но мне больше по сердцу многогранные специалисты. Очевидно, это идёт от моего характера.

Я воспитан в среде простых сибиряков, землепроходцев. С детства меня приучали к деловитости. Сколько помню, всегда слышал наставления отца: все делай быстро! У нас в семье не было слова «сходи», а было «сбегай». Если ты «пошёл», то сейчас же кто-то другой побежит, тебя обгонит, и тогда останется только краснеть за свою нерасторопность. Для работы мне не нужны были никакие «условия». Уроки готовил или лежа на животе рядом с горящей печуркой, или приткнувшись к какому-нибудь «чужому» свету. Я и затем, став взрослым, мог трудиться где угодно: в трамвае, в очереди, в поезде, – лишь бы можно было достать ручку и писать.

Во время операции приучил держать себя в руках. Здоров я или болен, спокоен или взвинчен – всё равно: подошёл к операционному столу – будь хладнокровен, сосредоточься исключительно на том, что тебе предстоит.

Судьбу мою определила Октябрьская революция. Не будь её, не попал бы я, деревенский парень, в институт, не открылись бы для меня двери лучших клиник, и уж конечно нико-

гда бы мне не стать ассистентом и учеником Николая Николаевича Петрова – крупнейшего русского хирурга, культурнейшего и благороднейшего человека, одного из основоположников отечественной онкологии.

Революция распахнула мир перед прежде бесправными массами, она дала им всё, считая и медицинскую помощь.

В. Вересаев, к которому я питаю большое уважение, в своих «Записках врача» с горечью размышляет: «Медицина есть наука о лечении людей. Так оно выходило по книгам, так выходило и по тому, что мы видели в университетских клиниках. Но в жизни оказалось, что медицина есть наука о лечении одних лишь богатых и свободных людей. По отношению ко всем остальным она являлась лишь теоретической наукой о том, как можно было бы вылечить их, если бы они были богаты и свободны; а то, что за отсутствием последнего приходилось им предлагать, на деле было не чем иным, как самым бесстыдным поруганием медицины».

В. Вересаев приводит многочисленные примеры того, как социальное неравенство, бедность и нищета, равнодушие власть имущих к участи тех, кто обеспечивал их благополучие, обрекали на бессмысленную гибель тысячи несчастных.

«В деревне ко мне однажды обратился... мужик с одышкой. Все левое лёгкое у него оказалось сплошь поражённым крупозным воспалением. Я изумился, как мог он добрести до меня, и сказал ему, чтобы он немедленно по приходе домой лёг и не вставал.

– Что ты, барин, как можно? – в свою очередь изумился он. – Нешто не знаешь, время какое? Время страдное, горячее. Господь батюшка погоду посылает, а я – лежать! Что ты, господи помилуй! Нет, ты уж будь милостив, дай каких капелек, ослобони грудь.

– Да никакие капли не помогут, если пойдёшь работать! Тут дело не шуточное – помереть можешь!

– Ну, Господь милостив, зачем помирать? Перемогусь как-нибудь. А лежать нам никак нельзя: мы от этих трёх недель весь год бываем сыты.

С моею микстурой в кармане и с косою на плече он пошёл на свою полосу и косил рожь до вечера, а вечером лёг на межу и умер от отёка лёгких».

Невозможно читать эту сцену без гнева и боли!

После победы Октября в вузы пришла новая смена – выходцы из рабочих и крестьян. Взять хотя бы мою семью: из шести братьев и сестёр пятеро получили высшее образование, о котором раньше не смели бы и мечтать. Народная интеллигенция формировалась на народные средства...

Бывая за границей, в самых развитых капиталистических странах, я видел там совсем другую картину. Профессор Бек из Кливленда (США) – крупный кардиолог, один из пионеров хирургии сердца. Он предложил ряд операций при коронарной недостаточности, получивших его имя: «операция Бек I», «операция Бек II» и т. д. Так вот, в откровенной беседе профессор говорил нам, что дать образование детям даже ему было очень трудно. Обойтись зарплатой, чтобы платить за их учение, он не мог. Пришлось выкручиваться – купить участок земли и сделать её источником дополнительных доходов.

Лесли Смит, старший научный сотрудник ракового института Андерсена (Хьюстон), на наш вопрос ответил:

– Я не женюсь потому, что содержу брата, пока он учится, а родителям это и вовсе не по карману.

– Каков же ваш оклад? – спросили мы.

– Немалый – 1200 долларов в месяц. Но квартира, налог, страховка... Едва свожу концы с концами. Если женюсь, то или перестану помогать брату, или родители будут голодать...

В последний раз я посетил Америку в 1971 году. Однако мои коллеги и ученики, ездившие в США недавно, рассказывают, что условия жизни медиков там остаются прежними, –

разве что инфляция ещё больше осложнила их материальное положение. Высокой остаётся у них и плата за обучение в вузе.

Я же всю студенческую пору получал стипендию, как и мои товарищи. Стипендию, конечно, скромную. Но и сама страна в то время была разорена. И всё же из скудного бюджета выделялась часть на подготовку необходимых специалистов.

Закончив университетский курс, я несколько лет проработал практическим хирургом, а потом ощутил острую потребность совершенствовать дальше свои знания. Приехав из Сибири, попросил место аспиранта в выбранной мной клинике. И это место дали. Три года я постигал премудрости хирургии высшего класса, причём был обеспечен настолько, что мог учиться и жить вместе с семьей.

Я вспоминаю здесь известные истины. Но о них не надо никогда забывать. Дети и внуки пусть тоже знают, что никакие удобства и блага жизни с неба не валятся, что за сегодняшнее благополучие уплачено потом и кровью миллионов прекрасных людей.

Как бы ни было теперь богато и могуче наше государство, его возможности не безграничны. Много у нас тратится на здравоохранение, и всё-таки не всегда хватает. То нужно строить новое помещение для клиники, то малы штаты, то недостаёт оборудования. В те же времена, когда я начинал работать, проблемы возникали одна за другой.

В сибирской больнице, куда я попал по распределению, не было даже операционного стола. Захватил учебники с рисунками и описаниями, пошёл к главному инженеру завода:

– Прошу помощи. Вот по этой схеме необходимо срочно изготовить операционный стол.

– А вы не могли бы выбрать более подходящий момент? – полушутя-полусерьёзно спросил он. – У меня все до единого человека заняты. Сейчас самые ударные дни.

– Ну что же, – говорю я. – Если вам или кому-нибудь из ваших близких понадобится вдруг экстренная операция, я скажу, что она откладывается, пока у речников не кончится аврал.

Что можно было возразить? Вопрос серьёзный. Главный инженер тотчас вызвал к себе проектировщика и, как тот ни ссылся на запарку, велел немедленно взяться за чертежи. Примерно такой же разговор состоялся с начальником столярной мастерской. Ему было приказано все отставить и сделать операционный стол.

Примечательно, что сами рабочие, как только узнавали, что от них требовалось, с энтузиазмом выполняли заказ. Операционную оборудовали своими силами, и с год она функционировала так, пока из Ленинграда не прислали специальный стол заводского производства.

Зачем я рассказываю об этом вроде бы незначительном случае? Тогда я впервые, наверное, понял наглядно, что такое долг. Мало хорошо выполнять обязанности «от» и «до», пассивно воспринимая препятствия, которые-де не от тебя зависят. Борись, настаивай, добивайся, проявляй инициативу, становись организатором, хозяйственником, если нужно. Иди к людям, и тебя всегда поддержат, потому что на твоей стороне правда.

2

Когда в Ленинграде мы начали строить здание клиники госпитальной хирургии, обком партии и горсовет живо интересовались ходом работ. Заведующий в то время отделом строительства в обкоме М. М. Команов часто у себя в кабинете устраивал совещания, считая клинику самым важным объектом. Начальник Главленинградстроя А. А. Сизов в предпусковой период сам проводил пятиминутки, проверял, как идут дела. Он продолжал помогать нам и когда стал председателем горсовета.

Новой клиники ещё не было, а жизнь шла своим чередом. И тяжёлые больные не переставали к нам поступать. Врачи старались предпринимать всё возможное, даже если шансы на удачу почти равнялись нулю.

Однажды приняли больного с опухолью. Оказалось, что это огромная саркома средостения, заполняющая чуть ли не всю правую половину грудной клетки. Явно неоперабельный вариант.

– Фёдор Григорьевич! Неужели так и оставить человека, ничего не попытавшись сделать? Ведь он обречён и не проживёт больше двух-трёх недель. А может быть, удастся опухоль убрать? Облегчим положение и жизнь продлим! – взмолился наш ассистент, горячий и чуткий к страданиям больных В. Ф. Егизарян.

Действительно, почему не попытаться? Дорог каждый миг, саркома коварна и безжалостно душит свою жертву. И хоть мало было надежды на успех, мы решились на операцию. С большим трудом, по частям, но всё же опухоль удалили. К сожалению, на всех участках, с которыми она соприкасалась, началось профузное (непрекращающееся) кровотечение из мельчайших сосудов – капилляров. И как мы ни бились, сколько крови ни переливали, больной умер на операционном столе. В общей сложности мы не отходили от него часов семь или восемь. Совсем обессилели. Но едва я спустился в кабинет, тут же раздался телефонный звонок. Меня участливо спросили: «А надо ли оперировать такого больного? Не лучше ли было его совсем не трогать?» Лучше – для кого? Бесспорно, спокойнее и проще не вмешиваться – случай-то ясный, никто не попрекнёт. Мы же хотели подарить лишние крохи жизни своему пациенту, и не наша вина, что всё так кончилось...

Тут я позволю себе снова обратиться к замечательной книге В. Вересаева «Записки врача». Автор оспаривает философию обывателей в науке, утверждающих, что надо «употреблять только испытанное». В. Вересаев пишет: «Пока я ставлю это правилом лишь для самого себя, я нахожу его хорошим и единственно возможным. Но когда я представляю себе, что правилу этому станут следовать все, – я вижу, что такой образ действия ведёт не только к гибели медицины, но и к полнейшей бессмыслице».

Что касается хирурга, то дело тут ещё щекотливее. Как бы ты ни боролся за жизнь больного, но если он умер, в глазах обывателя ты всегда виноват.

Практикуя на далекой периферии, я проводил сложные и новые для того времени операции. Позднее, в клиниках, тоже вторгался в малоисследованные области. И не сумел бы спасти множество людей, если бы боялся идти на риск. Однако ни в Сибири, ни потом, будучи уже зрелым специалистом, никогда не разрешал себе брать с родственников, а тем более с больного, расписку в том, что они предупреждены об опасности операции.

Эта формальная акция, которую требует наше ведомство, по моему глубокому убеждению, унижает человеческое достоинство и врача, и его подопечных. Хирург и без такого рода «индульгенции» обязан проявить максимум добросовестности, используя весь свой опыт и знания. Никто и ничто не снимает с него личную ответственность. Ни разу за все годы хирургической деятельности мне не пришлось раскаиваться в том, что я отказался от подобных расписок, и ни разу я не сталкивался с нареканиями, хотя, конечно, как у каждого хирурга, у меня были неудачи.

Считал и считаю, что в трудных ситуациях вполне достаточно предварительной беседы. Поставил в известность больного или его близких, взвесил вместе с ними все «за» и «против», принял решение, записал в историю болезни. Надо доверять мнению хирурга, если мы вручаем ему нашу жизнь, а коль скоро есть основания сомневаться – поможет ли тут чьё бы то ни было письменное согласие?

На эту тему мы разговаривали как-то с американским коллегой из штата Небраска. Он сказал:

– У нас врач должен известить больного или его родных о том, каких осложнений можно ожидать при данной операции и какие возможны последствия. Отразить это в истории болезни и потребовать подписи.

– И если больной умрёт, к врачу претензий не предъявляют?

– При предвиденных осложнениях – нет. Но если больной умрёт от других причин, о которых родственники не предупреждены, то они вправе подать в суд.

– Что же будет хирургу?

– Суд может приговорить его к выплате семье умершего суммы, какую тот заработал бы, останься он жив.

– А как избежать таких последствий?

– Врачи, помимо скрупулёзного заполнения истории болезни, страхуют себя. Внося в год определённые проценты, они избавляются от разбирательств и от угрозы компенсации. Все хлопоты и расходы берёт на себя страховая компания.

Я подумал тогда: в мире бизнеса медицина с комплексом своих проблем тоже вовлечена в круг обнажённо деловых отношений. Соображения гуманности тут явно отходят на второй, а то и на третий план.

По утвердившемуся в нашей стране порядку первое суждение по каждому летальному исходу выносит врачебно-контрольная комиссия, призванная объективно установить причины смерти больного. Будет в протоколе зафиксировано, что смерть произошла, скажем, по вине хирурга, – последуют серьёзные неприятности, вплоть до судебного разбирательства.

Но ведь вина вине рознь! Да, непростительны халатность, грубая некомпетентность, легкомысленные эксперименты или такие деяния, когда врач прямо или косвенно вступает в конфликт с юридическим законом. А если он, движимый благородными чувствами, искренне заблуждался? Пытался спасти человека, но во время экстренной операции ему не хватило опыта?

Хирурга нельзя судить за неполноту знаний, несовершенство мастерства, потому что никто не становится специалистом сразу. И никто не гарантирован от ошибок, как бы ни старался. Значит, в случаях, когда со стороны хирурга нет преступных нарушений, в протоколе врачебно-контрольной комиссии так и надо писать – не виновен.

Мой учитель, академик Николай Николаевич Петров, придавал большое воспитательное значение разбору профессиональных промахов. В интересах будущих больных страх перед наказанием не должен заслонять истину.

Однажды мы, его ученики, обратились к Николаю Николаевичу с вопросом:

– Как вы смотрите на существующий порядок оценки роковых результатов у нас по линии хирургии?

– Полагаю, что делается это без учёта воспитания молодёжи. Чтобы не подвести хирурга под угрозу суда, мы вынуждены в протоколах подчёркивать элемент случайности в его действиях. Но важен-то именно элемент ошибочности, а не элемент случайности. Все ошибки непременно требуется вскрывать и выносить на обсуждение без попытки их приуменьшить. Нужно создавать такую атмосферу, чтобы никто не стеснялся указывать на упущения других и анализировать свои собственные. Только тогда из оплошности хирурга можно извлечь урок, не повторить её снова, обогатить постепенно опыт. – Потом он продолжал: – Трагический случай мы более подробно разбираем на совещании кафедры уже без «протокола» и там говорим открыто об ошибках и их конкретных виновниках.

– На чём, по вашему мнению, основана эта двойственность?

– Тут задаёт тон как бы заранее существующее недоверие к хирургу. А хирургу надо верить. Он всегда рискует, вступая в борьбу за жизнь человека. Как же не прислушаться к его словам?

– Но всё-таки бывает и преступная халатность!

– Если это подтверждено высококвалифицированными экспертами, суровое наказание неминуемо. Во всех остальных случаях ошибки хирурга неподсудны.

В самом деле, хирург неизменно работает исключительно напряжённо. За один день, например, к нам в клинику доставили 45 больных. Бригада из 3–4 врачей (среди них и совсем

молодые специалисты) должна в кратчайший срок их осмотреть, поставить правильный диагноз и принять соответствующие меры: одних срочно прооперировать, других – подготовить к операции, третьих – лечить консервативно, четвёртых – перевести в другую клинику, подходящую по профилю, пятых – выписать, признать здоровыми и т. д.

Кроме осмотра и заполнения документации, врачи за сутки проделают 15–20 операций, каждая из которых может продолжаться и час, и два, и даже больше! Они осуществляют целый ряд других манипуляций, вроде вправления вывихов, наложения гипса, и это – при весьма ограниченном лимите времени! А на завтра администратор, сам ни разу подобной работы не проводивший, строго спросит врача: «Почему вы задержались с операцией больному Х.?» И не ведает того, что привезли сразу 10 человек, нуждающихся в хирургическом вмешательстве.

Наша ещё не изжитая беда в том, что администрация порой понимает свои функции только как контролирующие. Контроль необходим, кто спорит, но при обязательном условии: выяснить до конца специфику данного труда, быть в курсе повседневно возникающих трудностей, предпринимать конкретные усилия, чтобы их ликвидировать. Иначе что толку в окриках? Вносится излишняя нервозность в сложную и без того обстановку.

Хотел бы повторить: хирург, как правило, совершает ошибки невольно, руководствуясь единственной целью – оказать срочную помощь. Ещё меньше оснований обвинять его в правомерной попытке спасти больного путём недостаточно апробированной операции – используя последний шанс, если действительно не было иного выхода. Резкое осуждение ударит хирурга по рукам. При слабом характере у него вообще отпадёт охота рисковать, он будет «употреблять только испытанное», а к чему это приводит – видно из слов В. Вересаева.

Помню, оказался у нас пациент с тяжёлой формой миастении – хронического нервно-мышечного заболевания, сопровождающегося большой мышечной слабостью, отчего у человека затруднено дыхание. Мы решили удалить зобную железу, ибо знали, что от неё эта слабость зависит. Пригласили специалиста с солидным опытом подобных операций. Однако все старания не облегчили положения больного. Наши врачи в течение двух недель делали ему искусственное дыхание ручным способом, не отходя от его постели ни на минуту. Несмотря на такую самоотверженность, больной умер. Через некоторое время родственники написали жалобу в несколько учреждений, в том числе и в ряд газет.

Каждая инстанция создавала свою комиссию, которая не удовлетворялась выводом предыдущей, снова вызывала медперсонал, учиняла допрос. Коллектив лихорадило, людей отрывали от дела, волнение мешало работать, страдали другие больные. И хотя комиссии всё же признали, что причиной гибели послужила неизлечимая стадия болезни, но самим фактом столь бесцеремонного обследования клиники они нанесли заметный моральный вред.

Здоровье – самое большое и неоценимое богатство человека. Оно – источник радости и счастья. Без него жизнь теряет не только свою прелесть, но и нередко смысл. А если у человека болезнь сопровождается болями, он делается мучеником, страдальцем.

Пока человек здоров, он не понимает, каким богатством обладает. А если и понимает, то совсем его не бережёт, растрачивая попусту, подвергает ненужной опасности.

Но стоит человеку занемочь, как сразу же с обострённой ясностью сознаёт, что он потерял самое дорогое, и готов идти на всё, чтобы восстановить здоровье. К сожалению, в начале заболевания, пока самочувствие сносно, пока болезнь ещё не зашла далеко, иные не оценивают во всей полноте своё положение и относятся к себе легкомысленно. И лишь когда болезнь основательно подточит организм, когда жизнь поставлена под угрозу – тогда только понимают в полной мере, чего они лишились. Трудно это осуждать, но нужно способствовать тому, чтобы больной активно боролся за свою жизнь и здоровье. Когда человек понимает, что над его жизнью нависла угроза, а врачи, к которым он обращается, не могут ему помочь, он ищет других врачей, едет в авторитетные клиники, обращается к учёным, специалистам. Можно ли ему отказать в совете, в помощи или в операции только потому, что он живёт не в нашем городе или

не в нашем районе? На этой почве у меня иногда возникали объяснения с администраторами. К счастью, люди, которых судьба посылала мне в начальники, по большей части не чинили препятствий в лечении больных, прибывающих из других районов страны. Однако несколько лет назад был издан приказ, запрещающий принимать в клиники пациентов из других городов и областей. Нужно направление из облздравотдела или из Минздрава республики. Бывали случаи, когда койки в клинике свободны, а человеку, которому мы могли бы помочь, в приёме отказывают. Хирург принять больного не имеет права. Нужна бумага из облздравотдела. Почему такое недоверие хирургу? Если он злоупотребляет своим положением, его можно проверить и решить, прав он или нет, силами администрации на месте. Но нельзя же больного человека гонять за бумажкой сотни километров. Последние годы мы имели немало примеров того, что больные погибали на пути за направлением. При наших расстояниях больному иногда приходится ехать за бумажкой в облздрав 300–400 километров совсем в противоположном направлении от клиники. Почему работник облздрава лучше решит, чем хирург, надо ли его принять в клинику?

Недавно Центральное телевидение показало спектакль, поставленный по пьесе А. Софронова «Операция на сердце». Я испытал удовлетворение оттого, что многомиллионная зрительская аудитория смогла воочию представить себе проблему защиты не только профессионального, но и человеческого достоинства врача. Впрочем, эти понятия редко разделимы.

Взят внешне нехитрый сюжет. В некую клинику сердечной хирургии является инспекция в составе двух человек, чтобы проверить обоснованность претензий, содержащихся в поступившем заявлении. Объект нападков – главный хирург: он-де ведёт неверную кадровую политику, выдвигает любимчиков, затирает неугодных, враг справедливости, творит, что пожелает, а вокруг беспорядки, расхищается государственное добро... Инспекция приступает к расследованию.

Драматург художественными средствами рисует предельно выразительные образы. На одном полюсе – заранее воинственно настроенный член инспекции, который не сомневается, что ему даны права вершить праведный суд. Размеренный тон в разговоре, холодный, пристальный взгляд, тонкая усмешка, ложная значительность. Он внимательно выслушивает явных клезушников, с удовольствием цепляется за любой мелкий предлог, способный очернить руководителя клиники. В специально отведённом кабинете с пристрастием допрашиваются врачи, сестры, лаборанты, завхоз. Очень важно узнать, куда пропал старый телевизор (его просто списали) или насколько велик перерасход спирта, и пропускается мимо ушей возмущение сотрудников клеветой на их шефа. Присланный «ревнитель правды» воспринимает законное возмущение происходящим как проявление групповщины, он весь полон злой силы и рад, если подмечает её в других.

На другом полюсе – второй член инспекции, стоящий на объективных позициях, которому в конце концов делается стыдно за своего коллегу, а также все честные люди врачебного коллектива, порой мучительно преодолевающие собственную нерешительность.

Как бы там ни было, моральный климат клиники нарушен, следствие продолжается, нравственная борьба обостряется.

По большому счёту идёт поединок между творчески беспомощным чиновником от медицины и талантливым хирургом, совершающим чудеса исцеления. Каждый производит операцию на сердце. Хирург – очередную, запланированную, виртуозную. Инспектор – в переносном смысле этого слова: его методы разбирательства, оскорбительные для чистого душой человека, делают своё дело. Выйдя из операционной, хирург скоропостижно умирает.

Спектакль получил общественный резонанс. Актуальность его темы несомненна, как всегда актуально противостояние добра и зла.

Повторяю вновь: я отнюдь не ратую за анархию и не предлагаю отменить контролирующие нас органы. Речь идёт о другом – о такте, чувстве меры, доброжелательной помощи,

а не о грубом администрировании, когда почему-то считается, что всё дозволено. Нет, нормы нашей жизни никто не отменял. И любые вопросы надо решать, не переступая этических границ.

3

Сергея Александровича Борзенко, человека пытливого, чутко воспринимавшего всё, что касалось людских судеб, особенно интересовал период, когда интенсивно осваивались новые методы кардиохирургии. Я уже говорил, что в то время мы много оперировали больных с митральным стенозом, с врождёнными пороками сердца. Это были первые опыты.

Мы разработали и осуществили операцию при сужении аорты, незаращении межпредсердной и межжелудочковой перегородок. Учились делать внутрисердечные операции вначале под гипотермией (охлаждением), а затем и с аппаратом искусственного кровообращения.

Очень часто в те годы, встретив больного, которому ещё не могли помочь, мы не отказывали ему вовсе, а просили подождать: «Пока нужной вам операцией мы не овладели. Поезжайте домой и пишите нам. Может быть, скоро вызовем». Так было, в частности, с одним больным, кому довелось впоследствии перенести уникальную операцию.

Ко мне в кабинет из операционной позвонила Антонина Владимировна Афанасьева, уже самостоятельно бравшаяся за сложные случаи:

– Фёдор Григорьевич, помогите, пожалуйста! Попробуйте сами войти пальцем в сердце. Я не могу понять, что там.

– А с чем больной? – спрашиваю.

– Была типичная картина митрального стеноза. Диагноз не вызывал сомнения, а вот теперь стеноза я не нахожу. Но всё же есть какое-то препятствие для поступления крови в левый желудочек.

Войдя пальцем в сердце, я убедился, что створки клапана не сращены, но над отверстием между предсердием и желудочком нависает какая-то масса, которая и прикрывает его, имитируя стеноз. Тщательно ощупал стенки левого предсердия. Как же быть? Иссечение опухоли, расположенной внутри сердца, возможно только с аппаратом искусственного кровообращения, которого у нас нет. Сейчас мы должны зашить рану и выходить больного, потом вызвать его снова, когда во что бы то ни стало приобретём такой аппарат.

И действительно, года через два мы с успехом повторили операцию, удалив у этого человека большую опухоль из стенки левого предсердия. Он поправился и с тех пор чувствует себя совсем здоровым.

Много напряжённого труда, долгих часов, проведённых в библиотеке, потратили мы, чтобы научиться предупреждать тяжёлые осложнения, нередкие спутники операций на сердце у людей с запущенной болезнью.

Операция прошла, казалось бы, хорошо, отверстие в сердце расширили, гемодинамика (движение крови по сосудам) выровнялась... Но когда больной проснулся – у него паралич одной половины туловища. Что его породило? Оказывается, частички тромба из предсердия попали в сосуд мозга и закупорили его. Грозное осложнение!

Опять книги, эксперименты, мучительные раздумья... Наконец мы предложили способ профилактики, снижающий риск этих осложнений в двадцать раз!

Борзенко слушал меня с интересом, и я продолжал:

– Внедряли у себя в клинике метод искусственного охлаждения.

– Кстати, держал как-то в руках брошюрку, описывавшую такую методику...

Известно, что чем эрудированнее человек, тем с большим вниманием он воспринимает всё новое, что услышит. Здесь, по-видимому, есть своя закономерность. Он потому высокообразован, что в нём развито стремление познавать непознанное. И в то же время чем больше он

знает, тем острее у него желание узнавать ещё. Сергей Александрович очень много знал и был благодарным слушателем.

– Какие же операции вы производили под охлаждением?

– Самые различные, в том числе на сердце и на лёгких.

– Если не торопитесь, расскажите подробнее, – попросил Сергей Александрович.

– С падением температуры тела жизненные процессы в организме замедляются: все ткани, включая мозг, потребляют меньше кислорода, медленнее течёт кровь в сосудах, тормозится деятельность центральной нервной системы, чувствительность уменьшается, благодаря чему любая травма, и операция тоже переносится легче, чем при обычном наркозе.

При охлаждении потребность мышцы сердца в кислороде снижается настолько, что оно в состоянии выдержать кислородное голодание, от которого в других условиях наступают необратимые изменения.

Гипотермия позволила нам оперировать сердечных больных с явлениями декомпенсации, что было совершенно невозможно под обычным наркозом. Заметили, что молодой организм лучше реагирует на охлаждение, – начали делать операции у детей с врождёнными пороками сердца.

Вы запомнили девочку, с которой позавчера беседовали?

– Да.

– Так вот, она одна из тех, кого мы вылечили, применив гипотермию.

– А что у неё было?

– Врождённый дефект межпредсердной перегородки.

– А как вы определяете, что это именно дефект, а не что-то иное? Ведь сердце не прощупаешь, не остановишь, и оно всегда переполнено кровью...

– Выявить порок нетрудно. Будут ненормальные тона и шумы. Но установить точно, в чём он заключается, и правда нелегко. Потребовались годы, чтобы овладеть методикой исследования. Без точного же диагноза нет и кардиохирургии.

Постепенно мы научились вставлять тонкие трубочки – катетеры – во все отделы сердца и крупные сосуды, набирать оттуда порции крови и по содержанию в них кислорода и углекислоты определять характер нарушений. Удалось также вводить в сердце контрастное вещество. На серии снимков по 8–10 кадров в секунду можно увидеть изменения в гемодинамике.

– Вы так говорите, как будто всё давалось просто.

– Далеко не просто. К тому же наша медицинская промышленность отставала от требований жизни.

– Вы хотели рассказать про операцию той девочки.

– Хирурги, не имея ещё аппарата искусственного кровообращения, упорно искали более или менее безопасные пути проникновения в полость сердца.

Гипотермия, казалось, открывала такие возможности. Опыты на животных обнадёживали. Однако природа поставила свой предел – организм нельзя переохладить, переходя границу 33–34°. Чем ниже градусы, тем вероятнее осложнения, которые сводят на нет преимущества гипотермии.

Мы и остановились тогда на таком уровне охлаждения. Вот например, как было с девочкой. Мы её усыпили и повезли в ванную комнату. Там опустили в ледяную воду. Когда температура тела снизилась до 34°, больную вынули, завернули в простыни и доставили в операционную.

Сердце обнажили, сосуды, идущие к нему и от него, перехватили тесемками. Когда все подготовили, по команде тесемки натягивались, и сосуды пережимались. Кровообращение прекращалось. В считанные минуты надо было разрезать сердце, ушить дефект в перегородке и обработать рану.

Девочка справилась с операцией хорошо и сейчас, как вы знаете, вполне здорова.

– Наверное, не у всех заканчивалось благополучно?

– Безусловно. И это самое главное, что не удовлетворяло хирургов, заставляло их усиленно форсировать создание аппарата искусственного кровообращения. Но в то время у нас выхода не было, а даже небольшая отсрочка порой могла стать роковой.

– Представляю себе ваши переживания...

– Каждую операцию, а новую особенно, сопровождают психологические моменты, которые понятны и неизбежны, но которые всегда приводят к излишнему расходу нервов.

– Вы имеете в виду взаимоотношения с семьей больного?

– Вот именно. Мне понятна тревога родных за судьбу близкого им человека, и я всегда стараюсь говорить с ними предельно откровенно, не боюсь высказать и сомнения в успехе, признаться в своей неопытности, в том, что операцию такую делаю впервые.

– А как было с девочкой?

– Отец у неё профессор, мать – учительница. Единственная дочь. Родилась, когда они уже потеряли надежду иметь детей. Я объяснил им, что лечение откладывать нельзя, и сказал, что операция предстоит сложная, новая для нас и неотработанная. На неё отводится всего 300 секунд. За пределами этого срока – неотвратимая угроза кислородного голодания мозга и смерть.

Неизведанная операция, как это часто бывает, проходила в чрезвычайном нервном напряжении, охватившем всю врачебную бригаду. Пережав сосуды, мы рассекли предсердие, отсосали кровь и увидели большой дефект. Накладываю непрерывный шов. Ассистент затягивает его, наркотизатор считает минуты. Вроде бы мы только что приступили, а он уже говорит: «Три!» Надо спешить... Но тут ассистент переусердствовал, натянул нитку слишком сильно – и шов порвался. Снова прошиваю это место... Когда заканчивали, вдруг нитка запуталась... Пять! Необходимо завершать операцию, а ещё два стежка!.. Шесть! Предел. Срезаем нитки, закрываем рану предсердия зажимом, распускаем тесемки... Начинаем активную подачу кислорода и лёгкий массаж сердца. Оно отозвалось, забилось.

Но самое главное – как мозг?

Зашиваем сердце и грудную клетку. Согреваем девочку грелками. Температура выровнялась. Работа сердца не внушает опасения. Остаётся неясным, что с мозгом? (Электроэнцефалографом ещё не обзавелись.) Девочка стала просыпаться. Рефлексы сохранены, зрачки узкие. Открыла глаза. Заговорила. Мозг сохранён!

– Да... – задумчиво протянул Сергей Александрович. – Это, конечно, не метод операции. Слишком велик износ нервных клеток хирурга.

...Испытание и применение аппарата искусственного кровообращения знаменовало собой заметный этап в развитии сердечной хирургии. В передовых клиниках приступили к операциям, считавшимся ранее невозможными. Многим страдальцам, которым мы раньше отказывали в лечении, послали вызов; другие, узнав из газет о прогрессе в медицине, сами к нам приехали.

Казалось бы, теперь проблема операций на открытом сердце решена. Нам удалось спасти немало детей с дефектами межжелудочковой и межпредсердной перегородок, отнять их у неминуемой смерти. Но по мере того как у нас появлялись больные с более сложными пороками, возникали новые вопросы, и ответ на них надо было искать в книгах. И вновь мы шли в библиотеку, брали литературу, учились у тех, кто имел большой опыт.

Основное, что волновало хирургов, – это защита сердца от кислородного голодания при необходимости пережать аорту. Дело в том, что при искусственном кровообращении, осуществляемом с помощью аппарата, кровь, вводимая в одну из артерий человека, наполняет всю артериальную систему, в том числе и аорту. От аорты ответвляются коронарные сосуды, питающие сердце. Через них поступает довольно много крови. По мнению ряда специалистов, 25–35 процентов всего её количества идёт на питание мозга и сердца.

Такой значительный кровоток мешает хирургу, ибо при самом энергичном отсасывании остаётся ещё достаточно крови, чтобы заливать места, где нужны тонкие и точные манипуляции.

Если пережать аорту, внутрисердечный кровоток прекращается. Кроме того, под влиянием наступившего кислородного голодания сердце постепенно перестает сокращаться, затем и вовсе останавливается. Создаются идеальные условия для работы: сухое неподвижное сердце. Но кислородное голодание небезразлично для сердечной мышцы. В ней происходят настолько глубокие изменения, что сердце потом не возобновляет свою деятельность. А если возобновляет, то сердцебиение слабое, всё равно человек погибает. Так и было со многими детьми. Когда мы пережимали аорту на 10–15 минут, тут ещё добивались успеха. Но срока этого часто не хватало. Например, при операциях на аортальных клапанах, рассечении комиссур при стенозе, вставлении искусственного клапана при сердечной недостаточности.

В мире продолжались поиски. Была высказана идея – охлаждать сердце кусочками льда, потому что тогда оно легче переносит кислородное голодание и можно увеличить время «отключения» аорты. Однако данный метод оказался ненадёжным; здесь трудно регулировать степень охлаждения. Если последнее будет слабым, кислородное голодание повредит мышцу сердца и приведёт к плохим последствиям в послеоперационном периоде; если очень резким – скажется на состоянии сердца в дальнейшем.

Поиски не прекращались. Было испытано в эксперименте, проверено, а затем перенесено в практику предложение поддерживать искусственное кровоснабжение сердца через коронарные сосуды. Для этого по вскрытии аорты в устья коронарных артерий вставлялись и закреплялись катетеры. Через них отдельным отводом из аппарата подавалась кровь. Тем самым обеспечивалось «питание» сердца при открытой аорте. Эта методика довольно сложна, но, выполненная безупречно, она давала хорошие результаты. Мы успешно применяли её несколько раз на детях при врождённых пороках и врождённых стенозах клапанов аорты.

Чем больше мы делали операций при искусственном кровообращении, тем отчётливее понимали, как важно суметь более или менее надолго остановить сердце. Обкладывание его кусочками льда не годилось. А что взамен?..

В лучших клиниках внедрялся другой метод – так называемый метод коронарной перфузии: в коронарные сосуды попадала кровь, охлаждённая до плюс 2–4 градусов. Это вызывало моментальную остановку сердца, которая держалась до тех пор, пока длилась перфузия. Но вот операция закончена, организм получает кровь нормальной температуры, сердечная функция быстро восстанавливается. Метод неплох, однако и он не устраняет ряд неудобств, и прежде всего – его можно применять только при вскрытой аорте. И вновь поиски, ответы, эксперименты...

Нашли и стали упорно совершенствовать способ остановки сердца при помощи общей глубокой гипотермии. Кровь из правого предсердия в этом случае забирается в аппарат для насыщения кислородом. Но прежде чем она будет нагнетаться в бедренную артерию, её охлаждают до плюс 5–6 градусов. Под влиянием холодной крови все ткани и органы постепенно теряют тепло, мозг и сердце – в первую очередь. По мере снижения температуры биения сердца становятся редкими, затем беспорядочными, наступает фибрилляция. Наконец, при плюс 10–12 градусах сердце останавливается. И в таких идеальных для врача условиях он может работать 30–40 минут. Картина своеобразная – хирург оперирует на человеке, у которого нет признаков жизни. Он лежит «замороженный», сердце неподвижно, никакой циркуляции крови. Мало того, электроэнцефалограф показывает, что полностью отсутствует биоэлектрическая активность мозга. Прибор записывает прямую линию.

После окончания внутрисердечной части операции кровь в аппарате доводят до 39° и заполняют ею артерии. Организм согревается, в сердце появляются сперва мелкие сокраще-

ния, потом они нарастают, при температуре 37° наблюдается уже обычный ритм. Если этого не происходит, через сердце пропускают короткий электрический удар.

Сочетание искусственного кровообращения с глубокой гипотермией позволило осуществлять сложные хирургические вмешательства. Медицина сделала большой шаг вперёд.

Взять хотя бы такой факт. При охлаждении, когда тормозятся жизненные процессы, все ткани и органы потребляют значительно меньше кислорода. Значит, можно сократить объём циркуляции крови через аппарат, а при глубокой гипотермии – вообще остановить её движение. Почему это важно? В течение длительной операции форменные элементы крови (эритроциты, лейкоциты и др.) понемногу подвергаются разрушению, что очень вредно для больного. И поэтому чем меньше объём циркуляции, тем меньше подобная опасность.

Вырывая пациентов из когтей смерти, персонал клиники – дежурные врачи, сёстры, санитарки – затрачивает огромный труд. Малейший недосмотр или небрежность могут стоить больным жизни. А сколько душевной теплоты отдают им медицинские работники, чтобы поддержать в тяжёлые минуты! Тут и сверхурочные часы, и бессонные ночи. Бескорыстно, безвозмездно, ради одного только долга перед людьми и наукой...

Сама операция, кровь, медикаменты и всё, связанное с уходом, обходится государству весьма дорого.

Первенство по дороговизне держит медицинская помощь в США.

Если там кому-то предстоит та или иная манипуляция или сложное обследование, не говоря уж об операции, на это требуются солидные суммы.

В Нью-Йорке мне довелось присутствовать на бронхоскопии, которую проводил профессор. Процедура обошлась больному в 110 долларов. Сложные внутрисердечные исследования оцениваются ещё выше. Заметьте – лишь исследования. В платных госпиталях ряда городов пребывание в хирургическом отделении в начале 70-х годов стоило 35 долларов в сутки, а в послеоперационном периоде – 50 долларов. Что касается собственно операций, то за нормальные роды в платном роддоме ещё в то время брали 700 долларов, за простой аппендицит – 600–700, а за осложнённый – 1000 долларов. Резекция желудка – 1–2 тысячи долларов, резекция лёгкого – 2–3 тысячи, операция на сердце с аппаратом искусственного кровообращения – до 5–10 тысяч долларов. Нам было странно, что цены за медицинское обслуживание в разных штатах резко колеблются, – они могут быть в два-три раза ниже, чем, скажем, в Нью-Йорке или Хьюстоне. Тем не менее одна операция, особенно крупная, часто уносит все сбережения, которые средний американец скапливает за долгие годы. Далеко не все эти деньги поступают в руки врачей. Значительная часть их отчисляется в распоряжение администрации госпиталя, а из того, что получит врач, 50–80 процентов – в виде налога – пойдёт государству.

От многих американских коллег я слышал, что они, несмотря на высокие заработки, тяготеют частной практикой и охотно бы предпочли пусть скромное, но стабильное жалованье. Для больных же плата за лечение – поистине катастрофа. Правда, они могут обратиться в муниципальные госпитали, где лечение бесплатное или доступное. Но там вся обстановка и помощь несколько отличаются в худшую сторону.

Глядя на своих маленьких пациентов, оперированных с аппаратом искусственного кровообращения, я невольно думал о том, каково бы пришлось их родителям, окажись они в американской действительности. По валютному курсу это выглядело бы так: амбулаторный осмотр с анализами – 100 рублей, пребывание в клинике в течение месяца – минимум 1000, операция – 5 тысяч рублей...

По самым приблизительным подсчётам, на уровне цен почти двадцатилетней давности, родители заплатили бы за каждого ребёнка 6 тысяч. А ведь известно, что цены в США с тех пор неизмеримо выросли.

Побывал в нашей клинике один прогрессивный американский юрист с женой. Спросил меня:

– Как вы считаете, нужно ли жене делать косметическую операцию на носу?

Внимательно присмотревшись, я заметил, что кончик несколько уплотнен, в остальном нос выглядел вполне нормально.

– Нет, – говорю, – думаю, что никакие косметические операции здесь не нужны.

– Ну вот видите, – обрадовался мой гость, – а жена настаивает ещё на одной операции.

И он рассказал, что года полтора назад у неё был установлен диагноз: рак кожи на кончике носа. Участок этот удалили. Всё было хорошо, в том числе и внешне, но жену её нос беспокоил. Понадобились ещё три операции – по 600–700 долларов.

У американцев существует система страхования, при которой в случае болезни часть расходов на лечение покрывают страховые компании. Однако величина такой части всецело зависит от величины взносов. И так как взносы достаточно велики, то, по словам американских врачей, полностью застрахованные, то есть те, кто совсем не платит за лечение, не превышают 5 процентов от всех клиентов компании.

Вскоре после войны в США приняли законодательство: рабочий, потерявший трудоспособность на производстве, получал с предпринимателя какую-то долю зарплаты. В случае стопроцентной потери трудоспособности – в продолжение пяти лет. Мы поинтересовались у врача: а на что же будет жить инвалид труда потом? Врач пожал плечами: «Конечно, наше законодательство в этом вопросе ещё далеко не совершенно, но спасибо, что хоть такое есть».

В США имеются прекрасно оснащённые передовой техникой госпитали и клиники, много отличных специалистов – врачей разных специальностей, любящих свою профессию. Они понимают всю трудность положения тяжело заболевшего бедного человека, но сами ничего изменить не могут. Такая система действует, как машина, и у больного отберут всё причитающееся заблаговременно, до того, как проведена операция, вне зависимости от её исхода.

Большинство врачей ищут такую службу, где они были бы свободны от денежных расчётов с пациентами. Стремятся в институты. Там нередко лечат бесплатно, взяв с родственников больного расписку, что они заранее согласны на любую, даже на экспериментальную операцию, которую институт сочтёт нужным сделать. Это, конечно, не гуманно, но в США с такой системой мирятся. Однако и в институтах мест слишком мало, и туда попадают, по существу, единицы. Основная масса врачей частично или полностью живёт на средства от частной практики.

Но вернёмся к нашим делам.

Большая работа по внедрению операций с искусственным кровообращением, с гипотермией и остановкой сердца сама по себе отнимала силы, время и главное – внимание всего коллектива. При этом нас не оставляла забота о сотнях других больных. А они между тем поступали непрерывным потоком.

В Ленинграде много лечебных учреждений, где принимали и принимают сейчас тяжёлых, так называемых неоперабельных больных, чтобы попытаться радикально им помочь. И нередко это удавалось. Нам – тоже. Наша репутация крепла.

Расставаясь с очередным выхоженным «чудом» человеком, мы изучали отдалённые результаты операции. Подавляющее большинство бывших наших подопечных чувствовали себя хорошо, они вернулись в строй полноценными тружениками. Контраст между их состоянием до хирургического вмешательства и после был столь разительным, что они считали операцию своим вторым рождением и праздновали этот день.

Нет нужды говорить, какую радость приносили их письма сотрудникам клиники.

Вот одно из многих:

«Дорогой Фёдор Григорьевич!

С наступающим Новым, 1982 годом! Желаю Вам, чтоб Дед Мороз мешок со счастьем Вам принёс, другой мешок со смехом, а третий пусть с успехом! Желаю Вам и всем Вашим близким доброго здоровья, бодрости,

хорошего настроения. Пишет Вам Ваша бывшая пациентка. 19 января исполняется 23 года, как Вы мне сделали операцию на сердце, ведь только подумать, Фёдор Григорьевич, как много я прожила, и это все сделали Ваши золотые руки, ум и находчивость, а ведь я была совсем безнадёжная. Спасибо Вам, дорогой Фёдор Григорьевич!!! Сейчас здоровье, конечно, идёт на убыль, да и старость подбирается, но я стараюсь не поддаваться, занимаюсь дыхательной гимнастикой, а лет мне 53. Уже много. Может, Вам и неинтересно всё это, нас много, а Вы – один, но мне кажется, все помнят Ваши руки, бессонные ночи Ваши, мы ведь переписываемся друг с другом, бывшие Ваши пациенты, и всегда помним о Вас! Радости Вам, счастья в новом году! Всего Вам доброго.

*С искренним уважением и пожеланиями
Кныш Екат. Ив. из Уфы.
450055, г. Уфа, пр. Октября, 114–46. Кныш Е. И.»*

При прочтении подобного письма перед мысленным взором встаёт не только эта, но и сотни подобных тяжелейших больных. Предварительно они пишут слёзные письма, которые читать без волнения нельзя. Из них видно, что больные по тяжести состояния неоперабельны. Об этом же говорят и сами больные. С болью сообщают они о том, что уже обращались с письмами или даже приезжали в те немногие города, где подобные операции в то время производились, и получали отказ.

Мне было трудно устоять, я разрешал приехать на консультацию, чтоб лично убедиться в возможности помочь человеку. Некоторые, наименее тяжёлые, сами приезжали и садились перед кабинетом измученные, синюшные, тяжело дышащие; как их можно было не принять? Вот мы и принимали их, а вместе с ними принимали на себя все упреки и выговоры от главного врача за большой койко-день, за перерасход крови и медикаментов.

Такие больные обычно лежат долго. Они все перезнакомятся между собой, вместе переживут горе каждого и потом надолго остаются друзьями, поддерживая связь перепиской, а время от времени встречаясь в клинике при контрольных осмотрах.

Операции у таких запущенных больных редко протекают гладко. То или иное осложнение – обычное явление. Это-то и отпугивает хирургов. Каждая операция оставляет немалый рубец на сердце самого хирурга. Вот почему подобные письма, которые сообщают о двадцати и даже тридцати годах жизни после операции, вырвавшей обречённого человека из лап смерти, доставляет истинное счастье хирургу.

Врачи нашей клиники в 60-х годах оперировали без нужной аппаратуры и инструментов. Достать (именно «достать», а не купить) их было невозможно. И всё же мы не отступались: оперировали и одновременно доставали оборудование, строили клинику.

4

Александр Александрович Сизов всю войну прошёл простым солдатом. Может быть, поэтому и на посту председателя Ленинградского горисполкома он отличался поразительной чуткостью и добротой к людям. И не зря пользовался всеобщим уважением и любовью.

Некоторое время спустя после окончания строительства клиники заходит ко мне в кабинет Александр Александрович:

– Пришёл проверить. Я ведь помогал оснащать лаборатории – вот вы меня и посмотрите при помощи тех самых приборов и аппаратов.

– Что вас беспокоит? Сердце? Рано. Вы ещё молодой человек. Наверное, пятьдесят с небольшим?

– Так точно, Фёдор Григорьевич. Да ведь какие нагрузки! Много лет я был начальником Главленинградстроя. А сейчас председатель горсовета. Сами понимаете...

– Да, конечно. Так что вас беспокоит?

– Появились сжимающие боли в области сердца, в левой руке и лопатке. Временами одышка.

Сделали электро- и баллистокardiограмму (регистрация механических движений тела, обусловленных сердечными сокращениями и движением крови по крупным сосудам).

– У вас выраженная коронарная недостаточность, – сказал я Сизову. – Вызвана она спазмом сосудов сердца. К счастью, это пока ещё только спазм, но его надо снять, иначе всё может кончиться инфарктом. Ложитесь к нам в институт, проведём курс энергичного лечения. Думаю, что боли пройдут и угрозы инфаркта не будет.

– Хорошо. Я подумаю, – как-то неуверенно ответил Александр Александрович.

Вскоре я узнал, что он находится в ведомственной больнице. Там он спросил врачей:

– Не пригласить ли Углова для загрузинной блокады?

– Зачем вам колоться? – возразили ему. – Мы дадим лекарства, и у вас всё как рукой снимет. Загрузинная блокада – дело новое, не совсем ясное. К тому же процедура сложная, мало ли какие вызовет последствия.

Но боли скоро к нему вернулись. Летом Сизов уехал на курорт, а осенью его настиг инфаркт.

И на этот раз он был помещён в ту же больницу – пролежал там недолго и выписался на работу.

Встретившись на каком-то совещании, я вновь предложил Александру Александровичу взять его в институт, однако он опять отказался, сославшись на занятость.

Кстати, замечу, что мало кто из тех, кто прикреплён к ведомственной больнице, соглашается лечь в обычную, хотя бы и специализированную. По-видимому, их привлекают условия: отдельная палата, хороший стол, меньшая загруженность персонала. А кого это не привлекает? Каждый больной крайне в этом нуждается. Но если стоит вопрос – квалифицированное лечение или бытовые удобства – я как врач выбрал бы первое.

Наступила длинная пауза. Он не показывался и не звонил. Неожиданно меня попросили приехать в ведомственную больницу на консультацию. Заведующая хирургическим отделением Евгения Эмилиевна Суни начала рассказывать:

– Три месяца назад у больного случился острый приступ холецистита. Картина тяжёлая. Требовалась неотложная операция.

– Я опасался оперировать один, – вступил в разговор хирург Евгений Васильевич Смирнов. – Хотел заручиться вашей помощью, но вас не было в городе. Ждать нельзя, и я скрепя сердце пошёл на операцию. У Александра Александровича оказался флегмонозный холецистит. Промедли мы – развился бы перитонит. Общий желчный проток мы не дренировали. Правда, был озноб, что свидетельствовало о наличии инфекции в желчных путях, но состояние больного не позволяло затягивать хирургическое вмешательство.

– Недомогание и слабость остались и после выписки, – продолжала Евгения Эмилиевна. – Вероятно, инфекция угнездилась прочно, она и давала время от времени высокую температуру с ознобом. Больной снова поступил к нам с признаками восходящего холангита – инфекции в печёночных ходах.

– Думаю, что здесь показана повторная операция, – высказал я своё мнение. – Надо поставить дренаж в общий желчный проток, что постепенно приведёт к очищению желчных путей. Другого выхода не вижу.

Сизов взмолился:

– Помилуйте! Я только что провалялся в постели полтора месяца! У меня же вся работа стоит. Нет, я возражаю категорически!

Евгений Васильевич не настаивал, Евгения Эмилиевна молчала. Решили положиться на антибиотики. И действительно, Александру Александровичу стало лучше – озноб прекратился. Он заторопился на службу.

Как-то Академия медицинских наук поручила мне обследовать московский Институт сердечной хирургии. Вдруг сообщают, что меня вызывает междугородная. Говорят из приёмной председателя Ленинградского горсовета. Уже несколько часов идут розыски. Звонили моему секретарю в клинику, звонили домой, затем в академию и, узнав, где я, позвонили в кабинет директора института.

– Александр Александрович в больнице, – услышал я в трубке. – Поставлен вопрос об экстренной операции, но он не даёт согласия, просит вас срочно приехать.

Я связался с президентом, объяснил ситуацию и бросился в аэропорт Шереметьево. В восемь часов вечера уже был у постели больного. Тут же дежурили профессор Смирнов и доктор Суни.

Сильнейшие ознобы сменялись у Александра Александровича обильным потом. Когда лихорадило, его буквально подбрасывало на кровати, а после падения температуры наступала такая слабость, что он лежал распростертым, не в силах пошевелить ни рукой, ни ногой. Так продолжалось уже несколько суток. Состояние с каждым днём становилось все хуже. Смирнов серьёзно опасался, что во время одного из приступов больной может умереть.

Было совершенно ясно, что непобеждённая злая инфекция вышла из-под контроля и, бурно развиваясь, захватила всё желчные протоки. Речь шла о гнойном холангите, переходящем в септический. Об угрозе заражения крови. Анализы подтверждали перенапряжение всех кроветворных органов.

После осмотра больного мы удалились в соседнюю комнату на совещание. Первым заговорил профессор Смирнов:

– Очевидно, все согласны с диагнозом. – Он повернулся в мою сторону: – Фёдор Григорьевич, положение крайне тяжёлое. Хотел бы оперировать вместе с вами.

– Спасибо за доверие. Предлагаю делать операцию немедленно.

– Пойдемте к Сизову, поговорим. А пока, Евгения Эмилиевна, распорядитесь, чтобы все подготовили.

Александр Александрович лежал в сознании, но был очень слаб.

– Необходима неотложная операция. Вы согласны?

– Согласен. Я и сам чувствую, что иначе не жилец...

В десять часов вечера мы вошли в операционную. В два часа ночи вышли из неё. Это были часы чудовищного напряжения, сомнений и ежеминутного риска. Повторная операция на том же самом месте во много раз сложнее, чем первая, которая влечёт за собой сращения, нарушение топографии органов и сосудов. Если же сюда присоединяется гнойная инфекция, то все усложняется ещё больше. В данном случае, помимо гнойного холангита, под печенью около общего желчного протока оказались гнойники, «вторгшиеся» во взаимоотношения тонких структур. Надо было отыскать этот проток, вскрыть и вставить в него широкую резиновую трубочку-дренаж. По нему желчь будет свободно отходить и как бы вымывать инфекцию. Задача в обычных условиях довольно простая, а здесь почти непосильная: доступ к общему желчному протоку был закрыт сращениями, гнойниками и прочными рубцами. К тому же совсем рядом, интимно с ним спаянные, расположены важные сосуды – печёночная артерия и воротная вена, а также нижняя полая вена, «спрятанная» глубже, в забрюшинном пространстве. Печёночная артерия не более 2–3 миллиметров в диаметре. Найти её в рубцах и спайках очень трудно, а если повредить – неминуемы некроз печени (омертвение из-за плохого кровообращения) и гибель больного. Воротная вена – это крупный сосуд 1–1,5 сантиметра в диаметре, с тонкими стенками. Она находится сзади протока. Но при рубцовых перетяжках и её легко поранить. Словом, малейшая неосторожность чревата смертельной опасностью, а неуверенные, робкие

продвижения вперед ничего не дают. Мы не можем обнаружить желчный проток. Как же быть? Уходить из операционной? Расписаться в своей беспомощности? Значит, столь травматичное для больного и единственно возможное для его спасения хирургическое вмешательство было предпринято зря?..

Тревога нарастала, мешала трезво оценивать обстановку, сковывала движения. И больной-то необычный. Случись что, завтра подымется шум: «Углов зарезал нашего мэра». Может быть, прекратить поиски? Пусть умирает, только не на операционном столе... Но какой же ты тогда врач?! Ты перестраховщик, заботящийся о собственном благополучии. Больной так ждёт, так надеется, а ты, заведомо зная, что он погибнет без дренажа, бросил его, беззащитного, потому что побоялся ответственности. Нет, надо во что бы то ни стало добраться до этого окаянного протока! Взять себя в руки, удесятерить внимание...

Такие мысли, сомнения, страх, ужас, когда вдруг покажется, что ты пересёк «недозволенный» сосуд, как вихрь, проносились в голове, бросая то в жар, то в холод. Когда наконец общий желчный проток обнаружили, вскрыли и дренировали, мы все – и хирурги, и ассистенты – были мокры от пота... Из операционной выходили, едва передвигая ноги.

Домой я уехал в четвёртом часу ночи. Жена встретила с испугом: «Что случилось? Ты бледен и осунулся. Как больной?» В одиннадцать утра я уже опять был у его постели...

Выздоровление затянулось. Долгих два месяца, изо дня в день я ездил в больницу к Сизову, как на вторую службу. Процесс очищения желчных путей от коварной инфекции требовал, кроме правильной тактики хирурга, внимательного наблюдения и безукоризненно точного выполнения назначений, ещё и времени.

Однажды, когда у Александра Александровича появилась температура и мы возились два часа, чтобы наладить дренаж, главный врач предложил:

– Может быть, нам собрать консилиум, пригласить специалистов из Москвы?

Я всегда ратовал за то, чтобы лишний раз посоветоваться со специалистами. Но тут попросил отсрочку. Неизвестно, кто приедет, какие даст рекомендации. Длительное время больной балансировал на грани жизни и смерти в состоянии неустойчивого равновесия, и я очень боялся, что один неверный шаг – и будут сведены на нет и наша операция, и весь наш уход.

Когда же клиническая картина, словно нехотя, стала меняться в лучшую сторону, консилиум состоялся. В нём приняли участие опытные московские хирурги – профессора Розанова и Маят, хорошо знакомые с печёночной патологией. Внимательно осмотрев Александра Александровича и ознакомившись с нашими назначениями, они записали в историю болезни, что полностью согласны с курсом лечения и ничего добавить не могут.

Выздоровление, однако, продвигалось медленно. Ослабленность организма сказывалась на том, что отделение желчи, а следовательно, и процесс очищения желчных путей происходили не так быстро, как нам хотелось бы.

Вспомнив, что в Индии я приобрёл таблетки, содержащие ряд ингредиентов из натуральных веществ, в том числе знаменитое желчегонное «каскара сограда», я отдал Сизову целый флакон.

Рано или поздно, но настал момент, когда Александр Александрович поправился и вернулся на работу. Постепенно забылась опасность, которую удалось чудом избежать. А может, он так до конца этого и не сознавал. У меня же надолго сохранилось беспокойство за его здоровье.

Председатель горсовета снова с головой ушёл в дела, не жалея себя, не считаясь с тем, что у него уже был инфаркт. Часто можно было видеть, как он, оставив машину, идёт по городу пешком; заходит в школу, в детский сад, просто и по-доброму беседует с учителями, воспитателями, что-то записывает в свой блокнот. Сизов всегда охотно откликался и на наши

просьбы, доброжелательно, где можно, помогал. Он заботился о нуждах всех лечебных учреждений города. Руководители их и теперь вспоминают его с теплотой и признательностью.

Сизов много работал: объём перегрузок создавал напряжение нервной системы, которое приводило к спазмам сосудов сердца. Инфаркт миокарда повторился. Оправившись, Александр Александрович не снижал трудового ритма. Постоянно занятый, он всё же иногда заглядывал в нашу клинику. Как-то сотрудники, собравшись у меня в кабинете, попросили его сфотографироваться с нами. И мы храним эту фотографию. Затем посещения пошли на убыль. Когда я встречал Сизова, видел на его лице следы большого переутомления. Уговаривал пощадить себя – он отшучивался. Людям его поколения, прошедшим войну, не свойственно думать о своих недомоганиях; долг для них – превыше всего.

Думать об этом, по-моему, должны окружающие, движимые высоким чувством гуманизма, уважения к ветеранам. Учитывая их заслуги, надо бы сказать каждому: «Вот что, друг, не злоупотребляй здоровьем, оно принадлежит не только тебе, но и народу. Лечись как следует. Ты ещё многое сможешь».

...В городе свирепствовала эпидемия гриппа. Александр Александрович температурил, но ходил на службу. А тут его пригласили в Москву – 8 мая 1967 года зажигался Вечный огонь на могиле Неизвестного солдата. Бывший фронтовик, он не мог не поклониться памяти своих павших товарищей. Врачи не особенно препятствовали, и Сизов поехал.

Он стоял в Александровском саду у Кремлевской стены с непокрытой головой в непогоду. К вечеру – молниеносная форма пневмонии, и в два дня его не стало...

Выслушав эту историю, Борзенко помолчал, потом задумчиво проговорил:

– Да, жаль, настоящий, видно, был человек... А кстати, Фёдор Григорьевич, любопытно было бы знать ваше мнение о ведомственных больницах. У них, бесспорно, есть свои преимущества, но ведь они универсальны. Взять ту же терапию – туда поступают с заболеваниями сердца, лёгких, желудочно-кишечного тракта и прочее, и прочее. Трудно представить, что бывают эрудиты, которые одинаково хорошо знают все разделы своей специальности. Значит, в чём-то они достаточно сильны, в чём-то ориентируются хуже и будут лечить больных на соответствующем уровне. А особые случаи, по себе знаю, им совсем не по плечу. Правда, остаётся сеть консультантов – как штатных, так и «чужих», возможности привлечь любого узкого специалиста...

– Моё глубокое убеждение, что судьба больного зависит не от консультантов, а от того, к какому лечащему врачу он попадёт. Судьба больного зависит от раннего диагноза, а за его правильность в ответе лечащий врач и заведующий отделением, именно те, кто повседневно наблюдают пациента. Теперь представьте, что что-то важное упущено. Никто и не догадается запросить помощь до тех пор, пока болезнь не войдёт в такую силу, когда никакой консультант уже ничего не сделает. Или сделает, но ценой громадного напряжения, в экстремальной ситуации.

Я частенько вспоминаю Евгения Васильевича Смирнова – консультанта той больницы, где лежал Сизов. Он был признанным авторитетом, к нему приезжали отовсюду для операций на желчных путях. А в ту тяжёлую для нас обоих ночь он побоялся брать вторично огромную нагрузку на свою нервную систему, ибо довольно пережил после первой операции. Побоялся ради блага больного, стремясь подстраховаться присутствием ещё одного хирурга. Да и потом я постоянно ездил в больницу, не рискуя кому-либо перепоручить выхаживание Сизова, разумеется, в дополнение к остальным обязанностям, от которых меня никто не освобождал. Так что консультации – это ещё как посмотреть...

К тому же не надо забывать и другое обстоятельство. Ведомственные больницы не являются клиническими, то есть в них не ведётся преподавание, на этой базе не разворачивается научная работа профессоров, ассистентов, доцентов, аспирантов, не обучаются студенты.

Между тем латинская пословица гласит: «Уча, мы учимся». А если учимся» все – от начинающих до маститых, – то тем самым постоянно повышаем квалификацию, овладеваем новейшими методами исследований и лечения.

Поэтому при самых больших затратах на эти больницы больные не смогут получить там квалифицированной помощи, которую они могли бы получить, находясь в специализированных больницах, институтах, клиниках. Отсюда ясно, что такая система не обеспечивает наилучшей лечебной помощи своим больным на современном уровне при затрате даже огромных средств. Я уверен, что те, кто подальновиднее и поумнее, понимают, что созданием ведомственных больниц они обедняют себя и подвергают большей опасности, чем если бы они лечились в специализированных лечебных учреждениях на общих основаниях.

Если говорить откровенно, то нас не везде может удовлетворить состояние дел в лечебных учреждениях. В самом деле, в поликлиниках имеют место большие очереди, скученность в коридорах, где находятся больные, грубость со стороны некоторых малокультурных врачей. Но больной не может пойти к другому врачу, а тем более поехать в другой город, потому что он прикреплен к какому-то участку. Очень плохо у нас с анализами и сложными исследованиями. Ко мне часто обращаются мои знакомые с просьбой дать направление в платную лечебницу, где бы они могли сделать анализ или рентгеновский снимок, так как у них в поликлинике или большая очередь, или нет плёнок.

Не лучше дело обстоит с внутрибольничной помощью. Больницы перегружены, и в них часто больные лежат в коридорах. Почти полное отсутствие санитарок, резкий недостаток сестёр, отсутствие должного оборудования, необходимой аппаратуры, штата лаборантов и нужного инструментария, недостаток в медикаментах – всё это приводит к тому, что больные надолго задерживаются в больнице без пользы для себя. В результате резко уменьшается фактическая обеспеченность населения больничной помощью. У нас средний койко-день в стране выше, чем таковой в некоторых высокоразвитых странах, а это значит, что фактическая обеспеченность стационарной помощью у нас ниже, чем номинальная. Резко отрицательно сказывается на уровне обслуживания населения неудовлетворительное снабжение стационарных больных медикаментами. Нередко дежурные врачи заявляют: «У меня на дежурство остаётся две ампулы кордиамин на сто больных. Как я могу их распределить?!» В то же время выписать рецепт больному, находящемуся в стационаре, для приобретения лекарства в аптеке категорически запрещено, чтобы не нарушать принципа «бесплатной помощи». Разве может это нас удовлетворить?

В настоящее время каждый застрахованный, даже в капиталистических странах, получает медицинскую помощь бесплатно. При этом лечебные учреждения, где оказывается помощь застрахованным, часто несколько не хуже, чем многие из наших больниц и поликлиник.

Между тем в ряде стран дело обслуживания застрахованных поставлено неплохо. Например, в Англии застрахованный может пойти к любому врачу, не обязательно к своему «участковому». За приём он отдаёт врачу жетон, выданный страховкомпанией. Чем лучше врач, чем большей любовью и авторитетом он пользуется, тем больше у него будет больных, а значит, и жетонов, и тем выше заработок. В Италии при госпитализации больных проявляется большая гибкость в сочетании платной и бесплатной помощи.

Будучи в Риме, я посетил целый ряд госпиталей и реанимационных отделений. Профессор Бега, показывая мне больных, рассказывал о порядке организации медицинской помощи. Как-то мы были в частной лечебнице. Показывая на больного, профессор Бега говорит: «Этот больной застрахован. Он имеет право на то, чтобы страховые компании оплачивали его лечение, где бы он ни лечился». И они действительно оплачивают лечение по стоимости муниципальных больниц. Остальное доплачивает сам больной, совсем немного. Зато он имеет отдельную палату, индивидуальный уход и т. д. Следовательно, дело не в бесплатной медицинской

помощи, а в её уровне. А уровень её у нас в некоторых больницах и поликлиниках весьма невысокий.

Будучи в Бостоне в гостях у профессора Оверхольта, мы осматривали обычный госпиталь. Подведя нас к одной из палат средней величины, профессор Оверхольт сказал: «В этой палате почти два месяца находился Роберт Кеннеди после автомобильной катастрофы в бытность Джона Кеннеди президентом США».

В Гааге мы осматривали госпиталь для обычных больных. Подойдя к одной палате, профессор сказал:

– Мы не будем заходить сюда. Здесь лежит король. Он пожилой человек и плохо спит. Не будем его беспокоить.

– А что же, у короля нет специальной больницы для лечения!

– Нет, – отвечали, – он лечится в тех же госпиталях, что и все граждане.

Так же обстоит у нас дело и с санаторно-курортным лечением. Слишком большой разрыв между так называемыми профсоюзными санаториями и санаториями, принадлежащими ведомствам. На если с этой разницей в положении санаториев для взрослых ещё можно как-то мириться, то с состоянием курортного лечения детей в профсоюзных санаториях мириться вряд ли возможно, учитывая общую политику нашей партии и государства в отношении забот о детях.

С этим я случайно столкнулся в связи с необходимостью провести санаторно-курортное лечение сыну восьми лет. Выяснилось, что не только взрослых, но даже детских санаториев, обслуживающих пятимиллионную армию медицинских работников, не существует. Во всяком случае нам об этом ничего не известно. Это тем более досадно и удивительно, что медицинские работники и их дети болеют много чаще, чем работники других профессий и их дети.

Я обратился в курортное управление Минздрава Украины, где мне любезно предоставили путёвку в один из детских санаториев Евпатории под названием «Юбилейный». Дети в этом санатории, по словам воспитателей, выходят из-за стола не всегда сытыми, и родители, как правило, подкармливают их. Кроме того, этот санаторий стоит на мысу, окружённом водой и степью. Ветры, часто холодные, не прекращаются там ни на один день. Почти все дети простужаются, ходят с насморком, болеют ангиной. Присматривать за детьми и обтирать их после купания некому, так как воспитатель один на сорок человек.

На следующий год мы решили поехать в район Ялты, на Южный берег Крыма.

Оказалось, что в Ялтинском районе нет ни одного неведомственного оздоровительного учреждения для детей, которое бы располагалось на берегу Чёрного моря. Все они ютились высоко в горах на 150 метров выше над уровнем моря, а подъезды к ним были очень неудобны из-за плохих дорог. Детей на берег моря доставляли автобусами, а как происходит эта доставка, можно судить по словам отдыхающих и сотрудников санатория «Ясная Поляна», куда, например, на 900 человек подают всего два автобуса.

На мой вопрос, почему детские учреждения расположены не на берегу моря, мне ответили, что весь берег целиком на всем протяжении занят санаториями для взрослых союзного или республиканского значения. Дети же вынуждены ютиться высоко в горах, хотя, казалось бы, на автобусах легче и безопаснее возить взрослых, чем детей. А кроме того, взрослые могли бы и пешком добраться до моря, тем более что большинство из отдыхающих имеет много излишнего веса и им такой моцион был бы только на пользу.

На меня ещё большее впечатление произвёл быт детских учреждений. Я познакомился с санаторием для детей с хроническими заболеваниями лёгких. Этим детям нужны просторные помещения, а они спят на спаренных кроватях. Им нужно лечение, а им отпускают в день на лечение всего 16 копеек. Им нужно усиленное питание, а они получают продуктов всего на один рубль 22 коп. в день (для сравнения: в ведомственных санаториях на взрослых, среди которых 80 % имеют излишний вес, отпускают продуктов от 3 руб. 10 коп. до 6 рублей в сутки).

Мало этого, в то время как эти взрослые получают и рыбу и мясо, свежие овощи и фрукты до персиков и ананасов включительно – дети в двадцатых числах июля в Крыму не получали ни свежих овощей, ни фруктов, потому что их снабжение идёт с другой базы, в которой совсем нет тех продуктов, которые имеются на базе снабжения ведомственных санаториев.

А можно было решить эти проблемы просто: детей перевести на берег моря, а взрослых – в санатории, расположенные в более высоких местах, некоторую часть средств отнять у взрослых, и без того, как правило, располневших, и передать их детям, которые в возрасте 7–14 лет наиболее интенсивно растут, им требуется высококалорийное и витаминизированное питание значительно больше, чем взрослым, а особенно если принять во внимание, что эти дети с хроническими пневмониями. Но даже и в эти детские санатории очень многие не могут попасть, так как родители не относятся к тому или иному ведомству и даже при желании уплатить любые деньги не попадут в эти лечебные учреждения, ибо они рассчитаны только на определённую категорию людей, отмеченных, по-видимому, определёнными ведомствами.

Я ни в какой мере не хочу умалять тех достижений, которые мы имеем за годы Советской власти, и особенно за последние 10–15 лет, в вопросах санаторно-курортного лечения наших трудящихся. Они огромны и признаны во всём мире. Тем досаднее диспропорция в обслуживании взрослых и детей. Южный берег Крыма наиболее благоприятный, несомненно самый лучший курорт для больных хронической пневмонией. Проведённое здесь лечение больного с затянувшейся пневмонией может дать полное излечение, чем избавит больного от хронической пневмонии, т. е. предупреждает инвалидность человека. А лечение больных хронической пневмонией, особенно проведённое повторно, может надолго, а то и полностью избавить больного от тяжёлого недуга.

И в этом отношении Южный берег Крыма – с его воздушными и морскими ваннами, с его гелиотерапией – имеет исключительно большое значение для детей, у которых, несмотря на тяжёлое клиническое течение хронической пневмонии, в бронхах ещё не развились необратимые изменения и санаторно-курортное лечение в Крыму может дать полное излечение ребёнку, возвратив ему отнятую болезнью радость жизни. Но здесь очень важно комплексное лечение: солнце, воздух и вода в сочетании с усиленным питанием, витаминизацией и благоприятными условиями быта. Всё это для детей во много раз важнее, чем для взрослых, и не учитывать это, не предоставить больным детям должного лечения в Крыму мы просто не имеем морального права...

В общем, я бы предпочёл специализированную клинику. Посудите сами, где ещё вы найдёте такое оборудование, предназначенное для обследования лёгочных больных, как не в Институте пульмонологии? Сердечников – как в нашей клинике? Заболеваний желудочно-кишечного тракта – как в клинике А. А. Русанова или в Институте гастроэнтерологии? И дело не только в оборудовании, но и в строгой «профильности» медперсонала, когда даже санитарки приобретают опыт ухода за определённой категорией больных. И результаты несравненно эффективнее, и ошибки практически исключены.

Мой добрый знакомый, директор Книготорга Сергей Васильевич Капустин, внезапно заболел. Почувствовал сильные боли в животе и самостоятельно на электричке поехал с дачи в город.

Жена его, Вера Ивановна, дорогой спрашивает:

– Может быть, в клинику поедem?

– Да нет, в нашу больницу. Там меня знают, и я уж привык.

Их приняла женщина-хирург. Диагноз – острый аппендицит – не вызвал у неё никаких сомнений, и она, что называется, с ходу предложила немедленную операцию. Капустин согласился. Через семнадцать часов звонят Вере Ивановне:

– Мы будем оперировать Сергея Васильевича вторично. У него непроходимость.

Оказалось, что непроходимость запущенная, и хирурги решили вывести поражённые петли кишок наружу. Капустин промучился десять дней и умер. Время для срочного принятия мер было упущено, обследование – явно неудовлетворительное.

Конечно, от несчастных случаев не застрахован любой врач, но о такой грубой ошибке я давно не слышал.

Такие факты в настоящее время в медицинском мире считаются ЧП и подвергаются тщательному изучению и разбору с участием главного хирурга города. Когда я спросил об этом профессора Ф. К. Кутышева, он сказал, что эта больница на положении экстерриториальности. Главный хирург ничего об этом не знает, эти случаи нигде не обсуждаются, а следовательно, врачи никаких уроков из этих ошибок для себя не извлекают. К сожалению, насколько мне известно, и в других ведомственных больницах подобные факты не обсуждаются.

Как видите, мы недаром тратим столько времени и усилий, чтобы обзавестись нужной аппаратурой, воспитать кадры, соответствующие требованиям того или иного специализированного лечебного учреждения. Однако если смотреть шире, то организация своевременной и квалифицированной медицинской помощи населению ещё нуждается в преодолении ряда серьёзных недостатков.

Мы должны от них избавиться. Уже делается многое. Растут больничные корпуса. Открываются поликлиники в местах новостроек. В здравоохранение направляются средства, полученные от субботников. Медучилища увеличивают выпуск специалистов среднего звена. Разнообразится ассортимент препаратов.

Бесплатное медицинское обслуживание – великое завоевание социализма, и государство неустанно предпринимает меры, направленные на его совершенствование. Но я имею в виду сейчас другую сторону вопроса. Вспомните, как мы начинали свою кардиохирургию, как добились строительства клиники. Чего бы мы достигли, оставаясь пассивными? Наверное, и по сию пору ждали бы, когда нам преподнесут готовенькое на блюде. Нет, если ты истинно радеешь за вверенного тебе больного человека, становись не просто хорошим специалистом – будь настойчивым и в устройстве всех сторон жизни больницы. Всегда можно найти неиспользованные резервы, попытаться рационально перестроить лечебный процесс, отыскать способ компенсировать сверхнормативный труд сестёр и т. д. Инициатива должна исходить сверху и снизу, тогда будет успех. И на это не жалко сил – по себе знаю.

И ещё. Без сомнения, лучше работается на крепкой современной базе, но база как таковая не гарантия правильного лечения. Опасно, когда врач подчиняется потоку, действует по шаблону, самоуспокаивается под влиянием ложного чувства непогрешимости, игнорирует необходимые этапы проверок и обследования. Цена ошибки непомерно высока! Всем нам, независимо от занимаемой должности, надлежит руководствоваться сознанием величайшей ответственности – за диагноз, выбранную тактику, наконец, за отношение к больному. Древние были сто раз правы, передав нам неустаревающий завет: «Врач – сам лекарство...»

5

В один из приездов в Москву меня встретил мой давний пациент Евгений Георгиевич. По натуре он человек общительный, шумный, любит весёлую беседу, остроумную шутку и сам умеет красочно рассказывать. От него я позвонил своему другу – писателю Петру Трофимовичу, предупредить, что задержусь. Ответил упавший хрипловатый голос. Друг сообщил, что заболел, лежит и не может подняться. Евгений Георгиевич махнул рукой:

– Не может быть! Я ведь с ним говорил по телефону, всё было в порядке. Он притворяется!

Я начал объяснять, что ему не свойственно притворяться. На это Евгений Георгиевич с обычным своим простодушием сказал:

– А если не он, так это вы придумали уловку. Никуда я вас не пушу, а лучше позову Петра Трофимовича сюда. И вы убедитесь, что никакой он не больной. Сплошные фантазии!

Я знал широкую натуру Евгения Георгиевича, его искусство поднимать дух, увлекать, но эта затея показалась мне несерьёзной. У человека болит сердце, может быть, спазм сосудов – в любом случае ему нужна медицинская помощь. И я уже вышел в коридор, хотел одеваться. Евгений Георгиевич силой затянул меня в столовую, стал набирать номер. Я услышал, как он говорит в трубку:

– Сердце, сердце! И у других есть сердце, и у меня оно, между прочим, вот уже шестьдесят семь лет стучит без отдыха. Тебе ж только пятьдесят пять, можно сказать, щенячий возраст, а ты уже – сердце! Ну ладно, нечего нам с тобой тары-бары разводить. Вставай и выходи к подъезду. Там через пятнадцать минут будет машина. И не возражай. У меня есть японские таблетки, живо тебя на ноги поставлю. Да, ну вот и молодец! Я знал, что ты меня послушаешь. А Фёдор Григорьевич нам не указ. Он хоть авторитет в своём деле, а дружеская солидарность превыше всех врачей. Сядем вот сейчас, таблетку кинешь под язычок, и споём сибирские песни.

За столом засмеялись, но мне было не до смеха. Снова позвонил Петру Трофимовичу. Тот охал, однако поддался на уговоры. Я предложил ему сесть и просчитать по секундомеру пульс. Оказалось – 76.

– О, – вскричал Евгений Георгиевич, – а у Наполеона пульс был 40, и это не помешало ему до Москвы чуть ли не пешком дошлёпать!

Я немного успокоился: пульс нормальный, значит, беды большой нет. Посоветовал Петру Трофимовичу одеваться осторожно, идти по ступенькам тихо. Вскоре он присоединился к нам. По лицу, по блеску глаз я понял, что ничего серьёзного не случилось. Но почему же он не мог ходить по комнате, да и теперь сидит как деревянный? Евгений Георгиевич дал ему таблетку, запить велел крепким чаем, и Пётр Трофимович постепенно развеселился, все забыли о его болезни.

Спиртного никто не пил. Хозяйка дома угощала душистыми соками, чаем, на столе лежали фрукты. И мой друг ел наравне со всеми, смеялся и шутил тоже наравне со всеми.

Евгений Георгиевич стал рассказывать о нашей с ним первой встрече:

– Я давно страдал язвой двенадцатиперстной кишки, но после войны она обострилась так, что меня кормили только жиденькой манной кашей, и даже при этом я испытывал постоянные боли.

– Что же вы не оперировались? – спросил Пётр Трофимович.

– Боялся. Как подумаю об операции, дурно становилось. В то время я был начальником Кировской железной дороги, и врачи, зная мою «слабость», даже не заикались об операции, стараясь помочь другими средствами. Правда, безрезультатно. Отощал до предела. При моём росте я весил тогда сорок шесть килограммов.

– Что же вы не пошли к Фёдору Григорьевичу? – опять спросил Пётр Трофимович.

– Признаться, он настойчиво приглашал. Да он же хирург, и очень активный хирург. А я никак не мог преодолеть свой страх. Но однажды, когда я был в Ленинграде по службе, мой заместитель всё же настоял на том, чтобы посетить клинику. «Хирург не зверь, – убеждал он. – Может, он даст добрый совет, и вам станет легче». Так мы попали к Фёдору Григорьевичу. Он принял нас ласково, обо всём расспросил, осмотрел и порекомендовал лечь в клинику для уточнения некоторых данных. Дня через два подошла сестра и сделала укол, от которого сразу же исчезли боли. Затем двое молодых людей положили меня на каталку и привезли в какой-то кабинет. Уложили на стол. «Зачем?!» – ужаснулся я. «А вы никогда не лечились вдыханием кислорода?» – спокойно спрашивает сестра. «Нет, никогда». – «Ну вот, сейчас и полечитесь». Я вдохнул несколько раз и больше ничего не помню. Очнулся в палате. К руке и ноге прикреплены трубки, подающие не то жидкость, не то кровь, а на животе марлевая наклейка. Я сразу

все понял. И такой страх напал, что не только пошевелиться – дышать боюсь. Врачи требуют: дыши глубже, а я дышу – как цыплёнок. К вечеру поднялась температура.

Наутро приходит Фёдор Григорьевич. «Вставайте», – приказывает. «Вы что это, серьёзно, доктор? У меня же все болит!» Он пощупал мой живот, нахмурился: «Ну, если встать не можете из-за болей, придётся вскрывать снова». Делать нечего, надо подниматься. А Фёдор Григорьевич берёт меня под руку и осторожно ведёт по палате. Пересекли её раза два, подошли к койке. «Теперь ложитесь. Ходить нужно каждый день и дышать глубже, а иначе живот будем расшивать».

Я принял его слова всерьёз. Один страх пересилил другой. И вставал, и дышал, как полагось. Температура быстро упала, и дышать стало легче. Дня через три – обход. Появился профессор, за ним человек двадцать врачей и студентов. Я думаю: это меня смотреть. А он, поравнявшись с палатой, говорит: «Здесь ничего интересного, банальный случай – резекция желудка при язве. Гладкое течение». И они пошли дальше.

С того момента я полностью успокоился. Спустя неделю меня выписали из клиники и поместили в нашу железнодорожную больницу. За месяц восстановилось хорошее состояние. Потом санаторий. И десять лет я не показывался врачу, пока не прихватил острый холецистит. Но это другая история. Что же касается желудка, то я ем все, что хочу, и никаких болей не чувствую.

Рассказ Евгения Георгиевича, пересыпанный шутками, содержал преувеличения, столь обычные для больных, перенёсших операцию. Выходило, будто мы его взяли в операционную, никого не предупредив. На самом деле это не так. Все вопросы согласовали с его родными, ближайшими помощниками, с лечащими врачами. Больной об этом ничего не должен был знать: учитывая психический настрой, мы не хотели его зря травмировать. Да и чрезмерную мнительность после операции тоже надо было каким-то образом снять. А в интерпретации Евгения Георгиевича как раз это-то и выглядело особенно комично.

Вместе со всеми дружно смеялся и Пётр Трофимович, ни разу не вспомнив про свою болезнь. Но ведь он-то не мнителен и жалуется, когда у него действительно что-нибудь сильно болит. Что же произошло? Неужели под общее настроение и болезнь отошла сама по себе? Такие случаи бывают, но всё-таки так магически подействовать перемена обстановки не могла.

Когда мы ехали к нему на квартиру, я поинтересовался:

– Вы правда не могли встать?

– Да, Фёдор Григорьевич, ночью вступило под лопатку, словно гвоздь вбили. Дышать тяжело было.

– А сейчас?

– Вроде бы полегчало, видно, японская таблетка помогла, но всё равно – болит.

После минутной паузы поделился своими переживаниями:

– Оно бы ничего, проснулся утром с сильной болью под лопаткой, но ходил, хандре не поддавался. Приехал врач, послушал меня и велел лежать в ожидании, когда сделают кардиограмму. Сказал: «Кажется, у нас инфаркт, дело пахнет керосином...»

Я перебил:

– Так и сказал – керосином?

– Да, Фёдор Григорьевич, так и сказал. И глаза такие тревожные, как будто я уже отхожу туда... где «тишь и благодать». Ну, я сник, лёг и не шевелюсь. Врач отбыл, а я смотрю в потолок и слушаю, что там у меня творится внутри. Вскоре окончательно уверовал, что с сердцем моим плохо. Спасибо Евгению Георгиевичу, он меня прямо к жизни вернул.

Сообщение об инфаркте встревожило.

– Да как же вы решились подняться, если у вас обнаружили инфаркт? При инфаркте покой нужен и серьёзное лечение.

– А вот видите, решился. Теперь и вовсе не верю заключению врача.

В квартире я попросил его раздеться, принялся прощупывать и прослушивать. Под лопаткой нашёл болевую точку, посоветовал выпить пирамидон и на ночь поставить на спину горчичники. Утром моему пациенту стало лучше, но боли ещё оставались. Сделали электрокардиограмму. Всё в порядке. Я наклеил на больное место перцовый пластырь и предложил Петру Трофимовичу вместе со мной нанести деловые визиты. В бегах по Москве он и не вспоминал о хвори, а когда мы вновь вернулись к нему на квартиру, боль совсем его покинула.

Я ничего не сказал Петру Трофимовичу, но сам задумался над этим вроде бы проходным эпизодом. Невольно возникали вопросы: а если бы Евгений Георгиевич не уговорил моего друга подняться? А если бы я не нашёл истинную причину болей? А если бы?.. Так и дрожал бы он от страха в ожидании врачей с аппаратами. Может, и впрямь хватил бы инфаркт.

Как часто поспешный, ещё не подтверждённый диагноз врача повергает пациента в тяжёлое нервное состояние! Но даже если есть веские основания, надо ли выносить приговор? Не лучше ли сказать что-либо предположительное, успокаивающее и не прибегать к словам, которые действуют хуже ножа? В крайнем случае скажи родственникам, жене, отцу, брату. И уж совсем непростительно, когда угнетающие душу диагнозы ставят походя: изрёк – спичку бросил – и пошёл, не оглядываясь, а пожар занялся. Жди, пока наступит конец всем твоим счётам с жизнью.

Врачи, поступающие таким образом, не просто нарушают врачебную этику – по моему убеждению, они совершают преступление. Сколько раз мне доводилось слышать от больного, ввергнутого в полную апатию: «Доктор предупредил, что я проживу от силы год. Вот и жду всё это время смерти. Прошло уже три года – живу на удивление!» Что же это за жизнь, если он непрестанно думает о приближающейся смерти, видит её во сне, мысленно прощается с родными и близкими! Дела забросил, стремлений нет, личность разрушена...

Нередко врач не выбирает выражения в разговоре с пожилым пациентом: «Что вы хотите – возраст! Пора быть болезням. Никакие таблетки вам радикально не помогут». Или в таком духе: «Ваша болезнь хроническая, надо готовиться к худшему». Выслушает эти слова человек и повесит голову. Упадочное настроение, ослабленный тонус – глядишь, болезнь и прогрессирует.

Бехтерев сказал: плох тот врач, от беседы с которым больному не становится лучше. Нет лекарства более стойкого и живительного, чем сочувствие, душевный такт, доброта. А как прикажете характеризовать доктора, если от него уходят в слезах?!

Помимо низкой культуры и, как правило, невысокой квалификации, грубость врача, как, впрочем, и каждого человека, свидетельствует о его преувеличенном мнении о себе и пренебрежительном отношении к тем, кто обращается к нему за помощью. Образно и точно представил Л. Н. Толстой, как определяется суть личности: это дробь, в числителе которой то, чего объективно стоит человек, а в знаменателе – то, что он о себе думает. И чем больше самомнение, тем меньше ценность данного индивидуума. Скромность и простота – самые важные человеческие достоинства. Недаром старинная пословица гласит: «Можно быть скромным, не будучи мудрым. Но нельзя быть мудрым, не будучи скромным».

Что бы я ответил, если бы меня спросили: какие проблемы существуют сегодня в медицине, что следует считать главным? Я не стал бы перечислять болезни, и поныне непобеждённые, – это известно. Не стал бы упоминать о нехватке у нас стационарных мест или о задачах улучшения технического оборудования больниц, – это поправимо. Проблемой проблем остаётся чуткость врача к больному, и её не решить только прослушиванием курса лекций по деонтологии, – тут сказываются недочёты в системе воспитания.

После выхода моих книг, адресованных массовому читателю, я получаю множество писем, и если в них жалуются на врачей, то в основном – на грубость и невниманье. И на консультативных приёмах иногородние приезжие говорят о том же ненормальном положении.

Пришла женщина, жительница столицы одной из республик. Болезнь явно запущена. Интересуюсь: почему не обращаетесь к своим специалистам? У вас есть прекрасные хирурги. Называю фамилию. Она чуть не плачет – больше к нему ни за что не пойду. Не было нужды уточнять, виноват ли тут сам профессор или «отличились» его помощники, но факт остаётся фактом: в учреждении со значительными научными достижениями не соблюдается основополагающий принцип медицины – её гуманизм.

А ведь люди в белых халатах издавна олицетворяли собой по праву! – именно гуманизм, готовность идти на жертвы ради спасения человека. Особенно в годы народных бедствий и тяжких испытаний.

Мы как-то разговорились с Сергеем Тимофеевичем Зацепиным, замечательным хирургом, который поднялся до вершин совершенства в лечении травм и тяжёлых болезней костей.

– В начале войны, – вспоминал он, – я был санитаром, со мной рядом трудились простые деревенские женщины. Меня поражало их ласковое, любовное отношение к раненым. С иным возились, как с малым ребёнком...

Да и я, работая в госпитале в блокадном Ленинграде, мог бы привести нескончаемое количество примеров самоотверженности медперсонала, не считавшегося ни с какими опасностями.

Было бы неверным утверждать, что сейчас утрачена столь славная традиция, – нет, конечно. И наша клиника не единственная, где большинство врачей, сёстры, няни предельно заботливы, отдают много тепла при уходе за больными. Меня больше всего радует, что они способны на сопереживание. Какие бы трудности ни сулила предстоящая операция, сколько бы бессонных ночей ни предвиделось, это их не пугает. Я никогда не слышал от своих учеников, что не надо оперировать больных, имеющих ничтожный шанс на спасение. И слабая надежда – надежда...

Но исключения из непреложных правил медицинской этики, к сожалению, ещё встречаются. На общем фоне они тем более бросаются в глаза, и они непростительны. Врач, который приезжал к Петру Трофимовичу, вроде бы и грамотный специалист, наверное, аккуратно выполняет свои обязанности, а вот элементарной человечности не обучен. И только ли в служебной сфере?... Худший вариант – когда любят не медицину в себе, а себя в медицине, видят в пациентах лишь «материал» для научной карьеры. Это уже крайняя степень душевной глухоты и равнодушия.

И именно потому, что среди массы честных врачей попадаются – пусть, к счастью, редко, – такие вот равнодушные, необходимо бить тревогу. Подвергать их резкому общественному осуждению. Я бы сказал: проблема заключается в том, чтобы всеми средствами, комплексно, воспитывать у врачей чувство высокого долга перед больными, безупречное рыцарское благородство.

6

Мой друг, ныне уже покойный, Александр Иванович был крупным специалистом, его нередко приглашали и на консультации, и на операции. Однажды он рассказал мне историю, очень поучительную во многих отношениях. Я позволю себе привести её почти целиком.

– Когда человек в любом деле проявляет излишнюю самоуверенность – это плохо, – начал Александр Иванович. – Но в медицине, а в хирургии особенно, это просто недопустимо. Причём интересно, что апломб-то хватает только до трудного момента, который он сам же и спровоцировал, а когда возникает опасность, весь апломб улетучивается. В сложной ситуации с такого человека сразу слетает шелуха ложной значительности, он панически ищет выхода, думая лишь о том, как бы не нажать неприятностей.

У меня перед глазами стоит хирург П. П., с которым пришлось не однажды сталкиваться. С возрастом у него развилось высокомерие, которое накладывало отпечаток на все его поступки, в том числе и на хирургическую деятельность. Перед ним заискивали главным образом те, кто стоял ниже на служебной лестнице. Товарищи, равные по рангу, относились к нему сдержанно. Им не импонировало, что у их коллеги нет подлинного чувства собственного достоинства, заставляющего уважать и других. В одном он был мастер: удивительно ловко умел приспосабливаться к обстоятельствам, неизменно заботясь о своём благополучии.

Относясь к окружающим людям, к их делам скептически, с иронией, такой человек выступает не как критик, а как критикан. Чуждый благородных идеалов, он бежит в область личного благополучия и ради его достижения подчас не брезгует ничем. Сколько бы он ни имел, какой бы властью ни обладал, ему всё мало. Дать ему волю, он бы объединил все должности вместе и занял бы их сам. К категории таких людей и относился мой коллега.

Лихачи подобного рода по справедливости так или иначе терпят фиаско. К великому сожалению, в нашей профессии они имеют дело со здоровьем людей. Невозможно при этом всегда рассчитывать на удачный случай и слепое везение. Хирургу требуются обширные знания, большое искусство, непрерывный напряжённый труд...

Как-то в приёмной П. увидел посетителя – назовем его Князев, – знакомства с которым добивался по личным соображениям.

– Проходите в кабинет, – поздоровавшись, любезно пригласил он.

Пациенту близились к шестидесяти. Красиво посаженная голова, шапка густых волос с проседью, высокий лоб, выразительные глаза, решительные жесты – все говорило о недюжинном уме и волевом характере.

– Уже давно у меня выделяется кровь, – начал больной, – но я не обращал внимания. Думал, геморрой. Много ведь приходится сидеть. Пешком почти не хожу. Вот пришёл посоветоваться.

– И правильно сделали. Пройдите в соседнюю комнату и разденьтесь... Я вас посмотрю. После беглого осмотра врач сказал:

– Надо оперироваться.

– Вот это новость! Что же у меня?

– Небольшой полип. Мы его удалим.

– У меня много дел, самый ответственный период. Откладывать нельзя.

– Вам и не придётся откладывать. Это лишь звучит громко: операция! А в действительности – пустяки! Мы сейчас же, в амбулаторном порядке.

– Ну, если так...

Князев позвонил на работу, распорядился его не ждать и ничего не приостанавливать. И даже домашних не предупредил, чтобы не волновать понапрасну.

Поскольку предполагалась амбулаторная операция, то ни особых исследований, ни какой-либо подготовки к ней не проводилось. У больного заныло в груди: «Спешка».

– А наркоз не понадобится? – спросил ассистент.

– Зачем? Убрать полип – всего-то! Обойдёмся местной анестезией.

Применив локальное обезболивание, хирург, как принято у нас говорить, подошёл к полипу. И сразу же увидел, что картина здесь значительно серьезнее, чем он думал. Полип оказался не на узкой ножке, которую прошить легко, а на широком основании, глубоко уходящем в подслизистый слой; он сильно кровоточил. И чем больше вытирали кровь, тем больше травмировали его поверхность.

Сомнений не оставалось: при таком строении прошивать полип у основания бесполезно! Операция не принесёт облегчения, наоборот, может способствовать превращению полипа в рак. Но в то же время удалить его, как положено, со стороны кишки будет, по-видимому,

очень трудно: неизвестно, на какую глубину он распространяется. Ведь рентгена не сделали, а пальцем из-за мягкости стенки ничего прощупать не удалось.

Хирург забеспокоился. Больной потерял порядочно крови. К тому же он постанывает, жалуется на боль – местная анестезия не рассчитана на столь травматичные манипуляции.

– Обеспечьте переливание крови и дайте наркоз!

– Ответственного наркотизатора в больнице сегодня нет, – подавленно ответил ассистент. – У него грипп... Есть только практикант...

– Хорошо, зовите его!

Князев стонал уже громко, порой от нестерпимой боли и потери крови лишался сознания... Скоро начало падать давление.

– Перенесите больного в операционную! И поскорее наркоз!

Практикант-наркотизатор стал готовить аппаратуру. Долго возился. Бежало дорогое время.

Чтобы как-то выйти из положения, хирург решил ограничиться полумерой: прошить и отсечь сам полип, а основание удалить при другой операции, через новый разрез – сверху.

Однако едва он прошил полип и хотел его перевязать, рыхлая ткань разорвалась, и полип здесь же, у основания, был срезан ниткой, как бритвой. Кровотечение неукротимое! Попытки захватить кровоточащие места зажимами ни к чему не привели – ткань угрожающе расползлась...

Хирург растерялся. А тут ещё практикант не справляется со своей задачей.

– Когда же наконец дадите наркоз?

– Не можем вставить трубку в трахею.

– Попробуйте через маску!

– Язык западает и закрывает гортань. Накладываем маску – больной синееет...

И тут врач совсем теряет самообладание:

– Чёрт бы вас побрал, таких помощников! Ну как же продолжать операцию под местной анестезией! Что угодно придумайте, только дайте поскорее наркоз! Больной уже в шоке!

Хирург решается на отчаянный шаг – иссечение всей кишки, из-за полипа-то!

Сделав круговой разрез, он принялся выделять опухоль снаружи – вместе с кишкой. Но та плотно примыкала к копчику, никак не поддавалась... Тогда он пошёл на ещё больший риск для больного: вскрыл брюшную полость, чтобы удалить кишку изнутри.

На помощниках лица не было. Гнетущая атмосфера повисла в операционной.

Интратрахеальную трубку ввести так и не удалось. Кислород не поступал в трахею. Кислородное голодание и кровопотеря вызвали тяжёлый шок. Сердце больного сдаёт, несмотря на могучий организм. А вдруг совсем не выдержит?.. От этой мысли похолодел... Спокойствие его покинуло окончательно. Он понимал, что страшная беда нависла над... ним! Нет, в тот момент он меньше всего думал о своей жертве.

Надвигалась гроза! Слишком уж отчётливо предстанет перед всеми его легкомысленный поступок, непростительный даже студенту-медику! Где, в чём, у кого найдёт он оправдание своим действиям?! И что будет с ним, с его карьерой, которая так блестяще развивалась... Когда он судил сам, то был беспощаден, за ошибки, в сто раз меньшие, требовал самого сурового наказания, и ему нравилась эта роль – неподкупного ревнителя правды защитника больных...

А сейчас? Здесь даже не ошибка... хуже! И никто другой не виноват – он один!

Куда девались его гордыня, недоступность для окружающих... Склонившись над больным, он слепо тыкал зажимом то в одно, то в другое место раны, не зная, что предпринять.

– Постарайтесь закончить операцию скорее, – робко заметил ассистент. – Трубка в трахею не входит, а через маску давать наркоз трудно. И у больного совсем слабый пульс...

– Я не могу кончить быстро! Операция продлится долго. Пошлите-ка за наркотизатором в клинику Александра Ивановича... – Хирурга осенило. – Кстати, пригласите его сюда. Скажите, что я очень прошу его немедленно приехать.

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.