



АРКАДИЙ АБРИКОСОВ

ИЗ ЖИЗНИ ПАТОЛОГОАНАТОМА



Аркадий Абрикосов

Из жизни патологоанатома

Серия «Звезда соцсети»

текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=64031256

Аркадий Абрикосов. Из жизни патологоанатома: АСТ; Москва; 2021

ISBN 978-5-17-132918-1

Аннотация

Таких искренних врачебных записок вы еще не читали. Столичный патологоанатом, получивший прозвище «доктор Абрикосов», рассказывает о своей очень непростой и ужасно интересной работе, о коллегах и пациентах и о многом другом. Он ничего не скрывает и не лакирует, его рассказ предельно честен, в нем нет ни преувеличений, ни замалчиваний.

Патологоанатом – это эксперт, который выносит окончательный вердикт в случае смерти пациента. Посмертный диагноз – это истина в конечной инстанции, главное, основное и неопровержимое врачебное заключение. Иначе и быть не может, ведь патологоанатом имеет возможность полного и всестороннего исследования тела умершего человека. То, что укрылось от лечащего врача при жизни, не может укрыться от патологоанатома.

А знаете ли вы, что патологоанатом не только устанавливает причины смерти, но и проводит гистологические исследования

– исследует образцы тканей, взятых у живых людей, чтобы в дальнейшем было принято верное решение о тактике лечения.

Предупреждение: не начинайте читать эту книгу на ночь глядя, потому что велик риск того, что вы не сможете заснуть, пока не дочитаете до конца.

В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

Содержание

Короткое предисловие	6
Кто такой патологоанатом и чем он отличается от судебно-медицинского эксперта?	10
Смерть не имеет к нам никакого отношения	16
Primum non nocere	28
Без вины виноватые	35
Конец ознакомительного фрагмента.	39

Аркадий Абрикосов

Из жизни патологоанатома

© Абрикосов А.

© ООО «Издательство АСТ»

* * *

Человеческая жизнь похожа на коробку спичек.

Обращаться с ней серьезно – смешно.

Обращаться несерьезно – опасно.

*Рюноске Акутагава,
японский писатель*

Смерть не имеет отношения ни к мертвым,

*ни к живым – одних уж нет, а других она не
касается.*

*Марк Туллий Цицерон,
древнеримский политик и философ*

Короткое предисловие

– Только не начинай книгу со слова «я»! – сказала мне жена, первый читатель и главный редактор моих записок.

– Хорошо, – согласился я и начал книгу с этого ценного указания.

Я – врач-патологоанатом. У меня есть прозвище «доктор Абрикосов», которое я получил как тезка Алексея Ивановича Абрикосова, знаменитого патологоанатома, автора множества научных трудов, руководств и учебников. «Абрикосовым» меня еще прозвали в студенческие годы, когда я писал свою первую научную работу по патологической анатомии. Не скрою, что мне льстило подобное сравнение и хотелось ему соответствовать. Я очень люблю свою работу. Да, вот представьте, что патологоанатом тоже может любить свою работу. Скажу вам по секрету, что я не один такой. Без любви в нашем деле долго не протягивают, уходят в другие сферы. Работа у нас специфическая, к ней надо испытывать склонность и иметь соответствующий характер.

Тут, конечно, хорошо было бы вставить абзац о том, что я мечтал стать патологоанатомом с раннего детства, но на самом деле в детстве я мечтал стать хирургом, как мой отец. С этим намерением я поступал в институт и проучился с ним два первых года. А затем увлекся патологической анатомией, да так, что «изменил» хирургии.

В настоящее время я работаю в одной из крупных московских больниц. В какой именно – умолчу, да это и не важно, ведь все, о чем я вам расскажу, могло произойти в любой больнице.

– Тебе на работе не хватает писанины? – удивилась моя жена, застав меня в разгар творческого процесса. – Или, может, не дают покоя лавры Чехова и Булгакова?

Лавры тут ни при чем, и писанины у меня на работе предостаточно. Протоколы, заключения, справки и прочее разное. Но иногда в голову приходят мысли о жизни и смерти, которыми хочется поделиться с миром. А еще больше хочется рассказать миру о патологоанатомах и об их интересной и трудной работе, которую люди, далекие от медицины, считают очень легкой.

Общераспространенная версия такова. Врачи, которые занимаются лечением пациентов, ломают головы над диагнозами, подбирают нужное лечение, думают, сомневаются, ищут верные решения. Лечащим врачам нужно много знать и уметь логически мыслить, иначе они не смогут правильно диагностировать и лечить болезни. А у патологоанатомов все просто – разрежали да посмотрели. Большого ума для этого дела не требуется, да и знаний тоже. Сделал врач разрез, увидел в брюшной полости пищевые массы, а в стенке желудка – дыру и установил, что пациент умер от прободной язвы желудка. Или же увидел омертвевший участок сердечной мышцы и установил, что пациент умер от инфаркта миокарда.

На самом же деле причина смерти бывает ясна «с первого взгляда» лишь в одном-двух случаях из ста. В остальных случаях приходится вести сложный и тщательный поиск. Но даже если причина смерти понятна с первого взгляда, все равно нужно исключать другие вероятные причины. Так что не верьте «гениям» из сериалов, которые прямо у секционного стола, то есть в процессе вскрытия, выдают окончательные заключения. Настоящие патологоанатомы так не поступают. У секционного стола врач может высказать предположение, которое станет истиной только после подтверждения. Пациент с прободной язвой желудка может умереть и от инфаркта миокарда, и от кровоизлияния в мозг, и от тромбоэмболии легочной артерии, и от каких-то осложнений, вызванных неправильным лечением...

Есть простой тест, который показывает, насколько верно ваше личное представление о работе патологоанатома.

Назовите, пожалуйста, главный рабочий инструмент патологоанатома.

Почему-то я уверен, что большинство читателей сейчас подумали о секционном ноже и... ошиблись, потому что главным рабочим инструментом патологоанатома является микроскоп. За микроскопом я провожу втрое больше времени, чем у секционного стола. Вообще-то патологическую анатомию правильнее было бы называть патологической гистологией (гистология – это наука, изучающая строение тканей живых организмов). Мы же не просто смотрим на изме-

нения в органах при вскрытии, как анатомы, мы изучаем эти изменения на клеточном уровне, как гистологи.

А знаете ли вы, что патологоанатом не только устанавливает причины смерти, вскрывая тела умерших. Он еще и проводит так называемые гистологические исследования – исследует образцы тканей, взятых у живых людей. Например, у человека обнаружили опухоль в желудке. Для того чтобы принять решение о тактике лечения, врач должен понимать, что это за опухоль, доброкачественная она или злокачественная. Во время гастроскопии (наверное, не нужно объяснять, что это такое) от опухоли «отщипывается» крохотный кусочек и отправляется на гистологическое исследование. Я рассматриваю полученный образец под микроскопом и выдаю заключение. Ошибаться нельзя. Одинаково плохо принять доброкачественную опухоль за злокачественную и наоборот.

Здесь пора ставить точку, а то я увлекся и незаметно для себя перешел к первой главе моих записок.

Кто такой патологоанатом и чем он отличается от судебно-медицинского эксперта?

Врачам «лечебных» специальностей часто приходится выслушивать рассказы малознакомых людей об их проблемах со здоровьем. «Ах, вы врач-кардиолог? Замечательно! Это просто чудо, что мы познакомились! Ведь у меня огромные проблемы с сердцем...». И так далее. В моей копилке жизненных анекдотов есть рассказ коллеги-гинеколога о том, как на свадьбе племянника соседка по столу битый час рассказывала ему о выделениях из влагалища. Коллега несколько раз пытался заткнуть этот фонтан красноречия, ссылаясь на то, что он сейчас не на работе и что подобные разговоры за столом неуместны, но собеседница всякий раз отвечала: «Нет, вы послушайте, это же так интересно!» и продолжала рассказывать дальше.

– Впредь буду всем говорить, что я – патологоанатом! – сказал коллега-гинеколог в завершение своего скорбного повествования об испорченном вечере. – Вам-то не рассказывают о болезнях.

– Не рассказывают, – согласился я. – Это от нас требуют рассказов.

Да, при знакомстве от меня часто требуют (вот прямо

требуют) рассказать о каком-нибудь интересном случае из практики... Вы удивлены? Ничего удивительного в этом нет. Многие люди любят детективно-криминальные истории, а еще многие люди путают патологоанатомов с судебно-медицинскими экспертами. Точнее, нас не столько путают с нами, сколько объединяют в одну специальность. Людям кажется, что судебно-медицинский эксперт и патологоанатом – это один и тот же врач. Как офтальмолог и окулист или как оториноларинголог и ЛОР. Сериалы делают все возможное для того, чтобы закрепить это неверное представление. Следователь может ждать заключения от патологоанатома, а больничные врачи узнают истинную причину смерти от эксперта. Поэтому просьба рассказать об участии в расследовании убийства меня не удивляет. Я рассказываю... Рассказываю о том, чем отличаются друг от друга патологоанатом и судебно-медицинский эксперт.

Это разные врачебные специальности. Если мне вдруг захочется работать судебно-медицинским экспертом, я не смогу просто перейти с одного места работы на другое. Сначала мне придется пройти курс переподготовки по специальности «Судебно-медицинская экспертиза». Курс солидный – 576 академических часов. В переводе на месяцы из расчета «шесть часов в день, пять дней в неделю) это почти пять месяцев. То же самое придется сделать судебно-медицинскому эксперту, пожелавшему стать патологоанатомом. И пусть вас это не удивляет. Другую специальность можно приобрести

только путем обучения.

Задайте десяти патологоанатомам вопрос: «Чем ваша работа отличается от работы судмедэксперта?» и вы услышите десять разных ответов.

Наиболее лаконичным вариантом будет такой: «Наша работа спокойнее».

Да, так оно и есть на самом деле. Судебно-медицинским экспертам приходится иметь дело с живыми людьми, которые нуждаются в освидетельствовании по поводу полученных телесных повреждений. Эти люди часто пребывают в возбужденном состоянии, иногда находятся под воздействием алкоголя или наркотиков. Короче говоря, с ними бывает сложно работать. Кроме этого, судмедэкспертам приходится выезжать на место происшествия в составе следственно-оперативной группы. Патологоанатом с живыми людьми дела не имеет, он исследует трупы и биологический материал.

Так что ответ может быть и таким: «патологоанатом работает только с мертвыми, а судмедэксперт – и с мертвыми, и с живыми».

Третий вариант ответа: «Патологоанатом не участвует в следственном и судебном процессах». Так оно и есть, меня могут пригласить в суд в качестве свидетеля, но не в качестве эксперта. Свидетелем мне приходится выступать в тех случаях, когда в суде рассматривается какое-то из моих заключений. Например, родственники умершего пациента считают, что его лечили неправильно, а вскрытие тела делал я. Сле-

дователи или судьи выслушивают мои объяснения, не более того. Заключение для следствия и суда дают судебно-медицинские эксперты.

А теперь давайте посмотрим в корень.

Патологоанатом исследует тела пациентов, которые умерли от болезней при отсутствии подозрения на насильственный характер смерти. Если такое подозрение есть, исследование трупа должен делать судебно-медицинский эксперт. При исследовании трупа патологоанатом отвечает на вопрос: «от какой болезни умер этот человек и чем вообще он болел?» Перед судмедэкспертом вопрос стоит иначе. Им в первую очередь приходится определять характер причины смерти – насильственная она или ненасильственная.

В нашей больнице был такой случай. Одна из дежурных медсестер терапевтического отделения убила свою свекровь, находившуюся на лечении в том же отделении. Она явилась в палату поздно вечером, думая, что все пациентки спят (палата была четырехместной), и ввела в капельницу, стоявшую у свекрови, препарат, в больших дозах вызывающий остановку сердца. Но одна из пациенток не спала. Утром она рассказала заведующему отделением, что ее соседка умерла сразу же после того, как медсестра-невестка впрыснула что-то в капельницу. Медсестру арестовали, а тело ее свекрови вскрывали не в патологоанатомическом отделении при больнице, а в судебно-медицинском морге.

Патологоанатомы не исследуют улики, например – сле-

ды крови на полотенце или следы спермы на простыне, а судмедэкспертам приходится заниматься исследованием самых разных улик, обнаруженных на местах происшествия и у лиц, подозреваемых в совершении преступления.

Общее с судебно-медицинскими экспертами у нас только одно – и мы, и они исследуем трупы. Это условная «верхушка» айсберга, которая всем бросается в глаза. А о том, что скрыто под водой, знают только профессионалы.

Если формально я не участвую в следствиях, то каждый случай в моей работе – исследование тела или биологического материала – представляет собой маленькое следствие. Я изучаю «улики» и выдаю заключение.

Один из моих коллег дал самый «радикальный» ответ на вопрос о разнице между патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами.

– Патологоанатом прежде всего врач, а судмедэксперт – прежде всего эксперт, – сказал он.

Не ищите в этих словах чего-то обидного для судебно-медицинских экспертов. Мой коллега не отказывает им в праве считаться врачами. Он имеет в виду совсем другое. Судебно-медицинские эксперты привлекаются судом и следствием в качестве экспертов, то есть квалифицированных специалистов, которые могут выдать заключения по вопросам, рассматриваемым другими людьми, менее компетентными в данной области. А патологоанатомы дают свои заключения для коллег-врачей – компетентных представителей дру-

гих медицинских специальностей. Поэтому они скорее врачи, нежели эксперты.

Смерть не имеет к нам никакого отношения

«Смерть не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда смерть наступает, то нас уже нет», – считал древнегреческий философ Эпикур.

В первый день работы я повесил лист с этим выражением над своим столом в ординаторской. Мне казалось, что будет очень полезно иметь перед глазами такое замечательное высказывание. Ну и, конечно же, хотелось произвести впечатление на коллег, хотелось показать, что в отделение пришел умный и начитанный врач, ценящий меткое слово и читающий древних мудрецов. Я окончил ординатуру в те времена, когда интернет уже довольно прочно вошел в быт, но вот сборников цитат на всевозможные темы в нем еще не было, не дошли до них руки Великого Сетевого Разума.

Великий Сетевой Разум, или сокращенно ВСР, – это наш отделенческий мем. Мы употребляем его для характеристики людей, которые нахватались медицинских сведений в интернете и считают себя экспертами, способными дискутировать с врачами. Четверть века назад для получения информации о морфологических проявлениях патологических процессов нужно было идти в библиотеку, брать учебник по патологической анатомии и искать врача, который «разже-

вал» бы на доступном уровне всю эту медицинскую премудрость. Сложное дело, далеко не каждому под силу. А нынче достаточно набрать запрос в поисковике, и получишь кучу информации, а заодно и ссылки на форумы, где тебя с огромным удовольствием проконсультируют диванные эксперты, которые на самом деле в предмете совершенно не разбираются.

Когда пишут глупости на кулинарную тему, это не так уж и страшно. Максимум, чем рискует человек, решивший приготовить блюдо по неверному рецепту, так это потерей времени и какого-то количества продуктов. Самолечение, проводимое по советам сетевых доброхотов, может привести к очень плохим последствиям. «До стола доведет», как говорят мои коллеги, имея в виду секционный стол. А что если человеку дали неверную информацию по поводу причины смерти его родственника? Переживания по поводу того, что близкого человека «залечили», в лучшем случае приводят к конфликту с лечащими врачами, а заодно и с патологоанатомом, давшим «неверное» заключение. В худшем случае к этому добавляются траты на адвокатов и попытки доказать свою правоту в суде (я сейчас говорю не о реальных врачебных ошибках, а о выдуманных, порожденных неверной или обрывочной информацией).

Общение с ВСР – это тяжелая и неприятная часть моей работы. Трудно, обидно и чаще всего безрезультатно доказывать очередному неверующему Фоме, что твои коллеги все

сделали правильно и ты тоже выставил правильный посмертный диагноз. Человек, заранее запрограммированный на то, что врачи будут ему лгать, чтобы выгородить друг друга, не верит никаким объяснениям, хоть кол на голове ему теши. Но и отказаться от разговора с ним нельзя, это окончательно укрепит его в подозрениях. В одной из следующих глав я расскажу об одном таком случае, а пока вернусь к плакатику с изречением Эпикура.

– Зачем здесь это? – спросил заведующий отделением, увидев плакатик.

Я не сразу нашел, что ответить. Наконец, сказал:

– Мудрое изречение, оптимистическое.

– Идиотическое! – сказал заведующий. – Как может смерть не иметь к нам отношения? Снимите. Смешно.

Разумеется, плакатик я снял, а заодно немного обиделся на заведующего. Но спустя некоторое время, я понял, что он был прав. Ободряющее изречение древнегреческого философа в патолого-анатомическом отделении выглядело неуместным.

Меня часто спрашивают о том, не тяжело ли мне работать в морге, где тела умерших людей ежедневно напоминают о бренности бытия.

– А почему это должно быть тяжело? – отвечаю я вопросом на вопрос. – Разве смерть не напоминает всем нам о себе постоянно? Каждый день мы узнаем или о смерти какого-то известного человека, или о катастрофе, повлекшей за собой

гибель людей. Время от времени умирает кто-то из наших близких. Мы посещаем кладбища, отмечаем памятные даты, связанные с теми, кого уже нет, рассказываем детям об умерших предках. Мы ходим по улицам, названным в честь умерших людей и смотрим на памятники, которые принято ставить после смерти... Что к этому может добавить работа в морге?

— Ну как что? — смущаются собеседники. — Там же у вас очень мрачно и вообще...

В слова «и вообще» укладывается расхожее представление о морге как о темном и грязном месте, в котором работают мрачные небритые люди в запачканных кровью халатах. Эти люди не вынимают сигарет изо рта даже во время вскрытий, а под рукой, в углу секционного стола, у них стоит початая бутылка водки, к которой они время от времени прикладываются. С телами умерших эти люди обращаются небрежно, да еще и бравируют этим — иначе, мол, в нашей работе и нельзя. Пренебрежительное отношение к смерти и покойникам помогает нам преодолевать депрессию, которая неизбежно возникает на фоне подобной работы.

В каких-то фильмах вы такое видели, верно? И в каких-то книгах об этом читали. А я, представьте, видел, как у одной стены лежали штабелем трупы, а у стены напротив были сложены ящики с бананами. Проныра-заведующий сдал часть помещений под склад рыночным торговцам.

Говорят, в Рязани растут грибы с глазами, их едят, они

глядят... Грибы с глазами – это как бананы в морге. Небывальщина и чушь. И вообще традиционное представление о морге не имеет ничего общего с реальностью.

У нас светло и чисто. Секционные столы моются после каждого вскрытия. Полы просто сияют чистотой. В ординаторской стоит удобная современная мебель. За неопрятный вид сотрудники могут лишиться премии. В отделении запрещено курить, и около него тоже. Желающие подпортить свое здоровье вынуждены во время перерыва выходить за пределы больничной территории. Появление на работе в нетрезвом виде влечет за собой немедленное увольнение. То же самое наказание ждет того, кто вздумает приложиться к бутылке в рабочее время. Кстати говоря, работа в морге не располагает к вредным привычкам. Если постоянно видишь последствия курения, алкоголизма или чего другого вредного, то поневоле станешь адептом здорового образа жизни.

С телами умерших людей у нас обращаются точно так же, как и с телами живых, – бережно и уважительно. Иначе никак, тут уж, как говорится, без комментариев. В должностной инструкции сказано о том, что в своей деятельности врач-патологоанатом должен руководствоваться принципами врачебной этики и деонтологии¹. Нарушение этических принципов – это не просто недостойный поступок, но и дисциплинарный проступок. Небольшие отклонения от эти-

¹ Деонтология – это раздел этики, учение о проблемах морали и нравственности.

ческого канона позволяют только студентам-первокурсникам, которые с помощью бравады пытаются преодолеть свои страхи. Страхи эти совершенно необоснованны, потому что покойники никому ничего плохого сделать не могут, это живых надо бояться, но тем не менее эти страхи есть почти у каждого первокурсника. Были они и у меня, несмотря на то, что я вырос во врачебной семье и еще в восьмом классе внимательно изучил трехтомный анатомический атлас Синельникова. Первокурсники подбадривают друг друга анекдотами и шутками, говорят громко, а смеются еще громче, но им простительно – они адаптируются. Скоро это пройдет. Самые отчаянные пронесут тайком в секционный зал бутерброд или булочку и на глазах у товарищей съедят принесенное возле секционного стола, на котором лежит труп. Дальше все переходит в обычный рабочий режим. Но то, что простительно первокурснику, непροстительно врачу. Да и зачем врачу есть в секционном зале, рискуя получить выговор от заведующего отделением? Поестъ можно в столовой или в ординаторской, а бравада в норме должна проходить к первой сессии.

Угнетает ли меня то, что я ежедневно имею дело с трупами? Нет, не угнетает. Это моя работа, и она мне нравится.

Давайте посмотрим на вещи с научно-медицинской точки зрения.

Человек умер. Умер своей естественной смертью. Он лечился в стационаре или же амбулаторно. Не всегда причина

смерти бывает ясна. Не всегда диагноз, выставленный умершему при жизни, не вызывает сомнений. Патологоанатомическое исследование тела проводится для того, чтобы установить истинную причину смерти и выставить окончательный диагноз, самый правильный из всех диагнозов. Почему – самый правильный? Потому что, в отличие от лечащих врачей, патологоанатом не ограничен в исследовании. Он может заглянуть в любой орган, он может все исследовать. Лечащий врач может добросовестно ошибиться, а ошибка патологоанатома в подавляющем большинстве случаев является следствием небрежности, халатного отношения к работе. В подавляющем большинстве случаев, а не всегда, потому что некоторые случаи бывают очень сложными и неясными. Но они встречаются редко, и в таких случаях нужно звать на помощь коллег. «Один ум – хорошо, а три – это уже консилиум», – как шутят врачи.

Я устанавливаю истину. Я выясняю, чем на самом деле болел умерший человек. Любое расхождение прижизненного и посмертного диагноза обязательно обсуждается на врачебных конференциях, а самые интересные случаи становятся материалом для написания научных статей. Всем, наверное, знакомо выражение «на ошибках учатся»? Я помогаю коллегам учиться на ошибках. Я нахожу эти ошибки, я анализирую историю болезни и пытаюсь понять, на каком этапе лечения была допущена ошибка и можно ли было ее предотвратить. По правилам на вскрытии тела должен присутство-

вать лечащий врач или заведующий отделением. Это не формальное требование «для галочки» (кстати говоря, в протоколе патологоанатомического вскрытия есть соответствующий пункт – присутствовали или нет), а разумная необходимость. Врачи, которые лечили пациента, должны своими глазами увидеть то, что они в свое время упустили из внимания и осмыслить случившееся. Это поможет им впоследствии избежать подобных ошибок. Важно не только увидеть, но и осмыслить, иначе ошибки будут повторяться.

Недаром же над дверями анатомических театров традиционно писали «*Hic locus est, ubi mors gaudet succurrere vitae*» («Здесь место, где смерть рада помочь жизни») или «*Mortui vivos docent*» («Здесь мертвые учат живых»). Человека, который лежит на секционном столе, уже не воскресить, но его тело может дать информацию, которая поможет избежать чьей-то смерти в будущем. Я работаю с телами умерших людей ради того, чтобы живые жили дольше и были бы здоровее. Возможно, это звучит немного выпендренно, но иначе и не скажешь. Это я к тому, что сущность моей работы позитивная. Я помогаю мертвым учить живых. Я делаю хорошее и нужное дело. Так почему же меня должна угнетать моя работа? Не должна и не угнетает!

Однако в моей работе бывают и тяжелые моменты. Об одном я уже упоминал (это общение с пресловутыми ВСР). Обидно, когда добросовестную работу врачей пытаются очернить, выставить в неблагоприятном свете. Мне в этом

смысле немного повезло. Патологоанатомы не ведут частной практики и не заинтересованы в привлечении пациентов, в отличие от врачей, занимающихся лечебной работой. Если про меня напишут во всех сетях, что в такой-то больнице работает совершенно неграмотный доктор Абрикосов, то мне это никак не навредит. Коллеги и руководство знают, каков я на самом деле, и я это знаю, а что про меня напишет в своем аккаунте какая-нибудь Федосья Мартыновна Пупкина, мне совершенно безразлично. А вот кардиологу, эндокринологу, урологу или невропатологу совсем небезразлично, что о них говорят и пишут люди. Один возмущенный разум может погубить репутацию, которая создавалась годами, раскидав повсюду, где только возможно, негативные отзывы о враче. Вот ведь такой-сякой залечил насмерть моего несчастного родственника!

Кто может поставить точку в конфликте между родственниками умершего пациента и лечащими врачами? Патологоанатом. Если выставленный мной диагноз совпадает с прижизненным и проведенное лечение полностью соответствует тяжести состояния (это описано в истории болезни), то никаких обвинений в адрес лечащих врачей быть не может. Они все сделали правильно. Мне всегда бывает приятно сознавать, что мои коллеги не допустили никакой ошибки.

А вот врачебные ошибки я воспринимаю тяжело. Возникает такое ощущение, будто и сам я в этом отчасти виноват. Ошибка ошибке рознь. Иногда встречаются очень слож-

ные в диагностике случаи. Или симптомы проявляются неявно и стерто, или же одна болезнь «затеняет» другую, или же данных бывает недостаточно. В подобных ситуациях врачебные ошибки являются добросовестными. Все возможное сделано, но... В таких случаях я по многу раз перечитываю историю болезни и пытаюсь найти в ней какие-нибудь зацепки, которые могли вывести коллег на верный путь. Лечащие врачи делают тоже самое, а потом случай обсуждается на конференции. Все случаи расхождения прижизненных и посмертных диагнозов подлежат обсуждению.

Хуже всего, когда ошибка допускается из-за небрежности, когда она является следствием халатного отношения к работе. Читаешь историю болезни и понимаешь, что прижизненный диагноз должен был быть другим, должен был быть правильным. Коллеги пропустили важные симптомы или же неверно их интерпретировали. В результате умер человек, который мог бы жить.

Когда знаешь, что ничего нельзя было сделать, смерть воспринимается спокойнее. Грустно, когда умирают люди, и хочется, чтобы все мы жили вечно, но у природы свои законы, которые мы изменить не в силах. Но когда понимаешь, что пациента можно было спасти, то на душе становится очень тяжело. Смерть в результате явной врачебной ошибки, которую можно было бы избежать, – это, пожалуй, самое тяжелое в моей работе. Таким случаям уделяется особое внимание, виновные как-то наказываются вплоть до судебного

приговора, но наказанием ничего не исправить и никого не воскресить.

– Опять? – понимающе спрашивает жена, когда я прихожу с работы мрачным.

– Опять, – отвечаю я.

Далее следует привычный диалог. Жена говорит, что я ни в чем не виноват, а я отвечаю известной фразой из «Белого солнца пустыни»²: «Мне за державу обидно». Не за державу, конечно, держава здесь ни при чем, а за нашу больницу. Хочется, чтобы у нас все было так, как должно быть. Недаром же во время встречи Нового года мы произносим тост «за стопроцентное совпадение диагнозов!». Некоторые врачи считают нас врединами, которые из кожи вон лезут ради того, чтобы найти какое-либо расхождение, но это мнение ошибочно. Мы стараемся установить истину, а расхождения прижизненных и посмертных диагнозов нас несколько не радуют.

Нас не угнетает тот факт, что мы имеем дело с телами умерших. Нас могут угнетать обстоятельства смерти тех, чьи тела мы исследуем. Ну а вообще у нас очень позитивная работа, ведь мы работаем для живых.

В заключение скажу, что в некотором смысле патологоанатомам приходится тяжелее, чем остальным врачам. Мы являемся «крайними», то есть последними из врачей, с кото-

² «Белое солнце пустыни» – советский художественный фильм 1970 года, режиссер В. Мотыль, киностудии «Ленфильм», «Мосфильм».

рыми контактируют родственники умерших людей. Поэтому нам высказывают все, что думают по поводу лечения, а с учетом того, что пациент умер, чаще всего высказывают в негативном ключе. Если человек настроен на диалог, ему можно что-то объяснить. Если же человек просто хочет выговориться, то его нужно выслушать. Лечащие врачи обычно спрашивают у нас:

– Что вам сказали родственники умершего?

Это очень правильное любопытство, потому что нам высказывают все, без обиняков, а критика помогает совершенствованию. При отсутствии конфликта между родственниками и лечащим врачом с нами люди обычно бывают более откровенными, чем с лечащими врачами.

Primum non nocere

«Primum non nocere» («прежде всего – не навреди») – это важнейший врачебный принцип.

– Вам хорошо, – говорят патологоанатомам врачи других специальностей, – вы не можете причинить вреда пациенту, даже если что-то сделаете неправильно. Спокойная работа.

– Спокойная работа у дворника, – обычно отвечаю на это я. – Навел порядок на своем участке – и радуйся жизни!

Тревог у нас хватает, и причинить вред пациентам, живым людям, мы тоже можем, если дадим неверное заключение при гистологическом исследовании тканей.

У известного американского писателя Артура Хейли, специализировавшегося на производственной теме, есть роман «Окончательный диагноз», в котором рассказывается о врачах и, в частности, о патологоанатомах. Сразу оговорюсь, что этот роман был написан шестьдесят лет назад. С тех пор многое изменилось и возможности медицины невероятно выросли. Но безграничными они пока еще не стали. Иногда при гистологическом исследовании приходится долго ломать голову.

В романе Хейли описана вот такая драматическая ситуация. Главный патологоанатом больницы Пирсон должен дать заключение по поводу костной опухоли медсестры-практикантки Вивьен. Если опухоль злокачественная, Вивьен ам-

путируют левую ногу выше коленного сустава. Решать надо быстро, пока процесс не распространился по организму. Случай трудный, точно определиться Пирсон не может. Он обращается за помощью к двум признанным авторитетам, но это не помогает. Одно светило считает опухоль доброкачественной, а другое – злокачественной.

В медицине существует так называемое «правило перестраховки», которое велит толковать все сомнения в худшую сторону. Но если опухоль будет признана злокачественной, молодой женщине ампутируют ногу, она станет инвалидом в юном возрасте.

Другое правило гласит: «не торопись с решением, понаблюдай за развитием событий». Но в описанном случае промедление смерти подобно. В прямом, а не в переносном смысле. Если процесс распространится по организму, молодая женщина умрет.

Пирсон колеблется, но в конечном итоге дает заключение, что это саркома – злокачественная опухоль. Детальное исследование опухоли после ампутации конечности подтверждает правоту Пирсона. Это действительно саркома.

Иногда заключение приходится давать срочно, даже не срочно, а экстренно. Из операционного блока приносят кусочек опухоли, взятый в ходе операции, и просят сказать – доброкачественная она или злокачественная. На все про все у патологоанатома есть не более 20 минут, ведь операция продолжается, пациент лежит на столе, а хирурги ждут

результата гистологического исследования опухоли для того, чтобы определиться с тактикой. Если опухоль доброкачественная, операция будет менее объемной, а вот если она злокачественная, объем операции резко возрастет. Грубо говоря, придется производить масштабную «чистку» вокруг опухоли – удалять лимфоузлы и др. Разница как между простым подметанием пола и генеральной уборкой. Чем объемнее операция, тем тяжелее она переносится, тем больше возникает осложнений, тем выше риск летального исхода. Поэтому перестраховываться нельзя, случай примерно тот же, что и у Пирсона. Надо в сжатые сроки дать верный ответ...

А до этого нужно приготовить препарат для исследования под микроскопом.

Вы думаете, что кусочек ткани, принесенной для исследования, можно сразу класть под прицел микроскопа и рассматривать? О, нет! Так вы ничего не увидите. Вам нужен тонюсенький просвечивающий срез, находящийся на предметном стекле.

Приготовление гистологических препаратов представляет собой сложный процесс.

Прежде всего образец ткани нужно «зафиксировать». Фиксацией называется метод обработки ткани с целью закрепления ее прижизненной структуры. Врач должен видеть под микроскопом реальную картину, а не какую-то хаотическую мешанину. Для фиксации образец ткани обрабатывается специальными растворами-фиксаторами, вызы-

вающими свертывание белков. 96-градусный спирт или 20-процентной раствор формалина – это простые фиксаторы. В обычных условиях образец выдерживается в фиксаторе от нескольких часов до суток, а иногда и дольше.

Зафиксировали структуру?

Теперь нужно промыть образец в воде для того, чтобы удалить из него фиксатор и осадок, который образовался от воздействия фиксатора. Промывка – дело долгое, она может длиться несколько часов.

Промыли?

Теперь извольте удалить из образца воду. Это делается при помощи спирта. Спирты «вытягивают» воду из тканей. Но если сразу взять и опустить образец в 96-градусный спирт, то вода из него вытянется очень быстро и образец сморщится, нарушится его структура. Поэтому обезвоживание начинают с выдержки образца в относительно слабых растворах спирта 50°, а на каждом последующем этапе повышают градус на 10. В каждом из спиртовых растворов образец находится несколько часов, время выдержки зависит от величины образца.

Вот у вас в руках зафиксированный, промытый и обезвоженный образец. Можно делать срез для исследования? Нет, нельзя, ведь образец мягкий. Предварительно нужно его уплотнить – залить парафином. Это тоже долгое дело. Быстро только срезы делаются. Разумеется, не вручную, а с помощью специального инструмента, который называется

микротомом. После того как срезы сделаны, из них при помощи растворителя удаляют ставший ненужным парафин. Залитый парафином образец называется гистологическим блоком. Запомните этот термин, мы к нему еще вернемся.

Наконец-то вы держите в руках предметное стекло со срезом... Но радоваться рано. Под микроскопом вы увидите какие-то бледные тени. Препарат нужно окрасить. Красителей существует много, обычно для окраски препарата используется не менее двух красителей, потому что разные структурные элементы окрашиваются разными веществами. В самом простом случае окраска препарата займет около 10 минут. Окрашенный препарат накрывается тонюсеньким покровным стеклышком и помещается на предметный столик микроскопа для изучения.

Теперь вы представляете хотя бы в общих чертах, как долг и тернист путь превращения образца ткани в препарат для исследования. Слово «тернист» я употребил не машинально, а к месту. Если что-то сделаешь не так, будешь начинать процесс сначала. Знаете, кто самый ценный сотрудник в патологоанатомическом отделении или на кафедре патологической анатомии? Лаборант, изготавливающий гистологические препараты. На корифеев этого дела идет такая же охота, как и на суперэффективных топ-менеджеров. Ни один заведующий кафедрой или отделением не упустит случая переманить к себе такого ценного специалиста.

Сейчас вы думаете о том, как можно дать заключение по

образцу за 20 минут. Создается впечатление, что без машины времени тут не обойтись. Увы, такого полезного устройства в нашем распоряжении нет. В экстренных случаях мы меняем технологию изготовления препарата, упрощаем ее до предела. Образец быстро охлаждается в криостате (это такой суперхолодильник), затем с отвердевшего от холода образца делаются срезы, которые монтируются на предметные стекла и окрашиваются какими-то «быстрыми» подручными красителями. В результате получается пригодный для исследования препарат, но такая быстрая «картинка» в большинстве случаев оказывается хуже классической. Для пущей ясности классическую картинку можно сравнить с разрешением экрана монитора Full HD, а экстренную – с разрешением 720 × 400. Разумеется, чем ниже разрешение, чем хуже картинка, тем сложнее диагностика. Вдобавок и время поджидает, долго думать или сверяться со справочниками некогда – пациент лежит на операционном столе, хирурги ждут ответа. Вы представляете уровень ответственности патологоанатома? Цена ошибки – жизнь человека, и это не пафосные слова, а реальность. Если опухоль будет ошибочно сочтена доброкачественной, хирурги не произведут необходимую «чистку», и в результате произойдет распространение онкологического процесса по всему организму. Думаю, что последствия такой ошибки не нуждаются в разъяснениях. В противном случае, когда доброкачественная опухоль будет принята за злокачественную, жизнь пациента подвергнется

необоснованному риску из-за более масштабной хирургической операции. И последствия у таких операций более значимые. Если неверное заключение патологоанатома не убьет пациента, то может сделать его инвалидом. На пустом месте, то есть совершенно необоснованно.

Навредить живым людям можно и при вскрытии мертвого тела, как бы парадоксально это не звучало. Патологоанатомическое вскрытие – это диагностика качества работы лечащих врачей. Выявленные ошибки анализируются и обсуждаются для того, чтобы предотвратить их повторение в будущем. Если я что-то пропущу, то эта ошибка может повториться, может умереть кто-то еще. Так что и патологоанатом в своей работе должен руководствоваться принципом «не навреди».

А тем, кто хочет спокойной работы, прямая дорога в дворники... Или в статисты. Получил данные за месяц по больнице, обработал их и спи крепким сном, не волнуясь насчет того, что где-то мог допустить ошибку. В конце концов статистическую ошибку можно исправить и позже, большой беды от этого не произойдет.

Без вины виноватые

Если родственники умершего пациента считают, что в его смерти виноваты врачи, то разбирательство начинается со сравнения прижизненного и посмертного диагнозов. Допустим основным прижизненным диагнозом была язвенная болезнь желудка в фазе обострения, а патологоанатом выявил острый инфаркт миокарда. Налицо явная, грубая ошибка. Вина врачей, пропустивших инфаркт, не вызывает сомнения. Но если диагнозы совпадают и проведенное лечение соответствовало тяжести состояния, то в чем можно обвинять врачей? Они все сделали правильно.

При желании – можно. Время от времени происходят странные случаи. Я сказал бы не «странные», а «курьезные», но это слово кажется мне не совсем уместным. Ситуация трагическая – умер человек, родственники переживают. Для душевного спокойствия им нужно знать, что врачи сделали все возможное для того, чтобы человек жил. Родственники умершего пытаются вникнуть в тонкости диагностики и лечения... А это ведь темный лес для непосвященных. В специальных вопросах может разобраться только специалист.

Скажите честно – рискнете ли вы монтировать электрическую проводку, не имея нужных знаний и навыков? Подозреваю, что вряд ли. А теперь ответьте на другой вопрос (медиков он не касается) – занимались ли вы когда-нибудь самолетами?

чением? Подозреваю, что занимались и не раз. Кто-то посоветовал или сами нашли соответствующую информацию... И хорошо, если нашли ее в медицинском руководстве, а не в каком-то сомнительном источнике.

В кардиологическом реанимационном отделении умер сорокапятилетний пациент с инфарктом миокарда. На третьи сутки болезни произошла остановка сердца. Реанимационные мероприятия оказались неэффективными.

Если в истории болезни написано о проведении реанимации, патологоанатомы обязательно обращают внимание на следы, которые остаются после реанимационного пособия. К сожалению, иногда в историях болезни пишут неправду. На деле реанимация не проводилась, а в истории болезни мероприятия расписаны, словно в учебнике. Но в данном случае следы полностью соответствовали тому, что было написано в истории болезни. В течение получаса врачи добросовестно пытались вернуть пациента к жизни, но не смогли.

Протокол патологоанатомического вскрытия – это очень обстоятельный документ, включающий в себя подробное описание всех органов. Для примера я приведу здесь фрагмент протокола, посвященный сердцу и сосудам.

Органы кровообращения :

сердце: размеры –, масса –,
эпикард и перикард –,
консистенция сердечной мышцы –,
кровенаполнение полостей сердца –,

сгустки крови —,
проходимость предсердно-желудочковых отверстий —,
толщина стенки желудочка левого —,
правого —,
толщина межжелудочковой перегородки —,
эндокард —,
миокард —,
клапаны сердца —,
венечные артерии —,
аорта —, легочные артерии —,
крупные вены —.

Пустых мест оставлять нельзя, надо заполнить все графы. Вдобавок к этому, при наличии инфарктного очага в сердечной мышце надо указывать в протоколе его размеры и локализацию. Читая правильно написанный протокол, можно представить вскрытие как наяву.

Я провел вскрытие, заполнил протокол и указал в диагнозе в качестве основного заболевания острый трансмуральный (крупноочаговый) инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка давностью около 3 суток. Осложнение основного заболевания, вызвавшее смерть, — острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность. Проще говоря, инфаркт вызвал остановку сердца.

Поводов для жалоб не было никаких. Пациенту своевременно выставили правильный диагноз и назначили адекват-

ное лечение. Он лежал там, где ему положено было лежать, – в специализированном реанимационном отделении. Реанимационное пособие было проведено в полном объеме.

Поверите ли вы, если я скажу, что жена умершего пациента жаловалась на врачей (в том числе и на меня) в течение семи месяцев? Наверное, не поверите, но так оно и было.

Началось все с меня, как с врача, производившего вскрытие.

«Я хочу знать, от чего умер мой муж», – сказала мне она.

Признаться, эта фраза меня немного удивила. Родственники говорят так в тех случаях, когда причина смерти бывает неясной. Но сейчас-то все ясно. Пациента госпитализировали по скорой с инфарктом, в отделении диагноз подтвердился.

– Инфаркт вызвал остановку сердца, – ответил я. – Врачи пытались спасти вашего мужа, но им не удалось восстановить сердечную деятельность.

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.