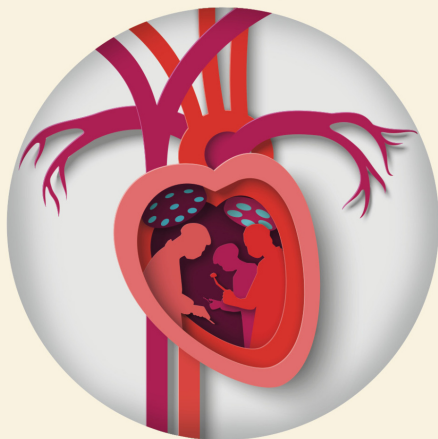




АЛЕКСЕЙ ФЁДОРОВ

БЛИЗКО К СЕРДЦУ

ИСТОРИИ
КАРДИОХИРУРГА



Алексей Ю. Федоров
Близко к сердцу.
Истории кардиохирурга
Серия «Звезда соцсети»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69923869

Близко к сердцу. Истории кардиохирурга: Издательство АСТ; Москва;

2023

ISBN 978-5-17-123207-8

Аннотация

Жизнь врача сплетена из сирен Скорой, счастливых слёз родственников излеченных пациентов и горьких, увы горьких слёз тех, чьих близких не получилось спасти, острых шуток в ординаторской, новогодних вечеринок в отделении, лекарственного запаха операционных и тревожных звуков реанимации. И каждый случай, каждый пациент оставляют свой след.

Автор живым языком делится удивительными историями: они дарят тепло и надежду, будоражат и заставляют задуматься, окунают читателя в мир хирургии и раскрывают детали врачебных будней.

Содержание

Мне страшно	6
Двадцать четыре часа	19
Первый сон на дежурстве. Кружок «Юный диггер»	38
В ординаторской	57
Раненое сердце	66
Улыбайся	77
В страну викингов	86
Конец ознакомительного фрагмента.	88

Алексей Фёдоров

Близко к сердцу.

Истории кардиохирурга

© Фёдоров А.

© ООО «Издательство АСТ»

* * *

Моим родителям

Бип-бип – надрываются сигналы тревоги на кардиомониторах.

Я вижу свои руки в перчатках в глубине операционной раны. Указательный палец постоянно соскальзывает с восходящей аорты, под ним расползаются ткани, и вот уже видны очертания кратера, из которого яростно хлещет кровь. Рана быстро наполняется до краёв, и я чувствую, как кровь стекает по моим ногам.

– Боковое отжатие, дренаж на максимум, – кричу я операционной медсестре и привычно протягиваю руку. Главное, не отводить взгляд от раны, не потерять на дне красного озера то самое место, куда нужно быстро наложить зажим.

Проходит несколько секунд, но ладонь так и остаётся пустой. Я возмущённо поднимаю глаза и готов извергать гром и молнии, но с ужасом понимаю, что операционной медсестры нет на месте. Нет ни ассистентов, ни анестезиолога, пусто за пультом аппарата искусственного кровообращения. Я в операционной один. Противная ледяная дрожь спускается вдоль позвоночника. Я судорожно пытаюсь спасти ситуацию, но одному расплзающуюся аорту не победить. С ощущением дикого ужаса я просыпаюсь.

Мне страшно

Наверное, истоки этого сна идут из ординатуры. Или из более раннего времени – добровольных ночных дежурств в городской больнице скорой помощи, которые я посещал будучи студентом. Мой преподаватель по хирургии: высокий, немного сутулящийся герой с чёрными, похожими на масляные глазами и длинной, окладистой бородой, напоминал молодого библейского пророка. Имя у него было тоже библейское – Михаил.

Михаил был самым рукастым хирургом клиники и абсолютным бессребреником, однажды он подвёз меня на своих подержанных Жигулях, и я, набравшись наглости, напросился к нему на дежурство.

– Ну что же, приходи, – нехотя согласился он. Но сначала хорошенько подумай, нужна ли тебе хирургия. Ночь лучше проводить в домашней постели.

Меня было трудно переубедить, и вот, в начале третьего ночи мы идём по сырому подземному переходу в приёмное отделение, я с трудом поспеваю за его широким шагом, а он бормочет себе под нос:

– Господи, ну почему я не стал инженером? Ведь папа меня предупреждал.

Первые месяцы всё было непривычно, я хвостом ходил за своим гуру и, как говорили ординаторы, «насматривал». Ме-

дицина начала нулевых казалась непохожей на то, что было написано в учебниках. Поступающих больных встречало лаконичное напоминание: «Из средств диагностики в приёмном отделении есть только градусник».

Постепенно меня начали использовать в интересах бригады: я первым шёл смотреть больного в приёмное, собирал анамнез, звонил в отделение и вкратце описывал ситуацию.

А потом началось время переживаний. Однажды хирург из бригады сказал мне: «Там в приёмнике бомж с разбитой головой, иди, наложи ему несколько швов». Мне уже несколько раз давали шить кожу в операционной, но на живом человеке – это совсем другое дело. Бомж оказался в стельку пьяным, но вполне добродушным. Медсестра выдала мне набор: одноразовый шприц, в который трясущимися руками я набрал новокаин, иглодержатель, иглу и капроновую нить.

Подбрав волосы вокруг линейного разреза кожи, полученного скорее от неудачного падения, нежели от удара, я приступил к обезболиванию. Пшшшш – внезапно меня обдало ледяным душем. Плотная кожа скальпа не спешила принимать лекарство, игла с лёгкостью отсоединилась, покрыв меня и пациента мелкими брызгами. Я чертыхнулся, положил шприц в эмалированный лоток и пошёл к сестре просить ещё одну ампулу анестетика.

– Дефицит, – окинув меня взглядом с ног до головы, строго сказала медсестра. – Крайнюю даю, больше не проси.

Студент в больнице абсолютно бесправен, даже санитары стоят намного выше по социальной лестнице.

Крепко придерживая иглу, я ввёл новокаин в кожу головы. Не без труда вставил нить в ушко хирургической иглы, занёс иглодержатель и не смог проколоть кожу. Я сильно выкручивал инструмент, бож морщился, скальп натягивался на лоб несчастного, но сделать один-единственный прокол никак не удавалось.

– Что-то не так, сынок? – спросил исподлобья трезвеющий пациент.

– Всё в порядке, работаю, – соврал я.

От грубых манипуляций усилилось кровотечение, и мне пришлось отвлечься, чтобы промыть рану перекисью водорода.

Наконец, с огромным трудом, получилось выколоть иголку и сделать ещё несколько проколов. Я вспотел, покраснел и мечтал об одном: как можно скорее наложить повязку, чтобы наше взаимное мучение закончилось. И вот последний оборот бинта поставил точку в первом опыте самостоятельной хирургической работы. Прямо скажем, не очень удачном.

Подавленный, я понёс инструменты на стерилизацию, как вдруг обратил внимание на иглу, которой работал. Её кончик, обязанный быть тонким и острым, оказался расщеплён надвое, словно язык змеи.

Брак! Бракованная игла стала причиной моей неудачи! Вот почему было так трудно проткнуть кожу!

Суровый урок запомнился на всю жизнь. Теперь, взяв в руки инструмент, я автоматически проверяю его на исправность перед тем, как прикоснуться к живой ткани. Ну а волнение и страх стали моими спутниками на ближайшие годы. И дело не в оставившем неприятный осадок первом опыте, а в том, что, обучаясь хирургии, ты практически каждый день делаешь что-то в первый раз. Сначала выполняешь манипуляцию под присмотром наставника, строгий взгляд фиксирует каждое действие, и ты раз за разом словно сдаёшь новый экзамен. А потом наступает момент, когда ты впервые работаешь один и за спиной никого нет.

Первый год ординатуры я провёл в отделении торакальной хирургии. Меня достаточно быстро научили делать плевральные пункции: спереди под ключицей, если в плевральной полости накопился лишний воздух, и сзади, на спине, если человеку мешает дышать сдавливающая лёгкое жидкость. Процедура завершалась установкой катетера и подключением его к отсосу. Второй «моей» процедурой была санационная бронхоскопия. У пациентов, длительно находящихся на искусственной вентиляции лёгких, в бронхах скапливается избыток мокроты. Она способна полностью перекрыть просвет, выключив сегмент или целую долю лёгкого из дыхания и тем самым спровоцировать пневмонию. Убрать мокроту можно с помощью гибкого эндоскопического прибора – бронхоскопа. Фокус в том, что пока ты отмываешь бронхи от мокроты, пациент отключён от аппарата ИВЛ и не

дышит, поэтому работать надо быстро.

Поняв, что я освоил базовые навыки, мне с радостью отдали все госпитальные реанимации, которых было около десяти. С утра, вооружившись блокнотом, я вместе с шумной толпой хирургов шёл на обход, записывая, кому потребуется выполнить пункцию, а кого необходимо «отсанировать». Через час возвращался в ординаторскую, брал чемодан с бронхоскопом, осветитель, несколько банок фурацилина, собирал в пакет стерильные наборы для пункции и повторял своё утреннее путешествие. Но теперь у меня была чёткая цель. А ещё волнение, ведь в реанимации все пациенты становятся нестандартными. Полные, которых трудно пунктировать лежащими, крайне тяжёлые, когда нужно успеть отсанировать бронхи как можно быстрее, иначе реаниматолог начинает кричать тебе на ухо: «Сатурация восемьдесят, заканчивайте, больному надо дышать!» И в каждом случае неловким движением или неправильно принятым решением ты можешь случайно искалечить, хуже того – убить человека. А впереди были более волнительные испытания: первая самостоятельная операция на лёгких, переход в кардиохирургию, первый распил грудины, первое подключение аппарата искусственного кровообращения, наконец первая операция на сердце. Намывая руки вместе с оперирующим хирургом и его ассистентом, я удивлялся: кажется, они совершенно не волнуются. Оператора ждёт явно нестандартный случай, а он шутит и увлечённо рассказывает истории из недавнего отпуска.

Один опытный хирург однажды сказал мне: «Волнение уйдёт, когда появится уверенность в руках». В карусели лет я пропустил момент, когда это произошло. Но однажды заметил, что мой пульс больше не ускоряется, что бы ни произошло в операционной. В сложной ситуации появляются сосредоточенность, максимум злость на себя или ассистентов, которые у оперирующего хирурга всегда виноваты, но не страх. Впервые об этом я подумал, сидя на залитом светом прожекторов диване в студии популярного телешоу, куда меня пригласили в качестве эксперта. Когда редактор объявил в микрофон минутную готовность, я вдруг осознал, что сердце в груди затарахтело, вспотели и похолодели ладони.

– Надо же, ты не волнуешься, проводя открытый массаж сердца, а тут разнервничался лишь оттого, что через минуту заработают камеры, и каждый неудачный дубль можно повторить сколько угодно раз, – подумал я.

Впрочем, я немного лукавлю. Если обычно за операционным столом больше не бывает волнения и страха, то изредка происходят нестандартные ситуации, когда внезапно накатывает волна первобытного ужаса. С которым нужно как можно быстрее справиться, чтобы работать дальше. Каждый из этих случаев крепко вбит в хирургическую память.

Первая самостоятельно выполненная операция – важнейшая веха в жизни каждого кардиохирурга. Сначала ты смотришь на работу бригады из-за ширмы, постоянно прогоняемый анестезиологом и его медсестрой.

– Смотри, смотри, только не мешай, – звучит примерно так же, как «Шёл бы ты отсюда печатать дневники».

Потом тебе один раз показывают, как правильно мыть руки, заходить в операционную, надевать стерильный халат и перчатки, и потом ещё полгода шипят: «Куда ты опустил руки, перемывайся!»

Вскоре ты начинаешь ходить вторым ассистентом. Если речь идёт о коронарном шунтировании, выпадает и первая самостоятельная задача: забрать с голени подкожную вену, которую хирург, разрезав на несколько частей, пришьёт к сердцу и аорте. Несмотря на кажущуюся второстепенность, это важный момент, поэтому сначала ты чаще скупаешь на крючках на клапанных операциях. Начиная ординатуру в торакальной хирургии, однажды я в одной позе удерживал крючок почти восемь часов.

– Кажется, у нас тут ассистент засыпает, – не упустит момента съязвить старший товарищ, стоит тебе незаметно зевнуть под маской.

Набив руку и заработав мозоли от крючков, зашив несколько километров кожных разрезов, ты готов выполнить хирургический доступ.

Как правило, это происходит неожиданно.

Ты заходишь в операционную вместе с хирургом, а он внезапно встаёт на сторону ассистента. Поймав твой удивлённый взгляд, кивает на место оператора: «Давай-давай, только время не затягивай».

Моментально накачивает мандраж, начинает потряхивать руки, но надо собраться и работать. В мою бытность ординатором в нашей операционной ещё не было стернотомы – электрической пилы для вскрытия грудины, и кость распиливали ручной пилой. Когда, много позже, я показал видео такой стернотомии парижскому кардиохирургу, он поставил кофе на стол, положил на салфетку круассан и пожал мне руку.

Распилить грудину на две равные части ручной пилой – непростая задача. Для начала сделать это нужно ровно по середине, чтобы потом половинки грудины хорошо срастались. С этой же целью важно сделать разрез тонким, стараясь не крошить кость острыми зубьями. Важно не ошибиться в линии распила и случайно не отпилить рёбра, страшилки про такие случаи гуляют среди ординаторов. Не менее важно постоянно удерживать пилу в горизонтальном положении, даже небольшой наклон носика вниз может травмировать залегающие под грудиной сердце и аорту.

Плюс ко всему пилить надо быстро, потому как анестезиолог на время отключает аппарат искусственной вентиляции, чтобы пила случайно не повредила лёгкие. Вот такой квест для новобранца.

– Давай, допиливай, больной не дышит, – всё настойчивее давит наставник, пока мне никак не удаётся досечь несколько миллиметров задней пластинки грудины. Наконец, она поддаётся, я заталкиваю в рану большую салфетку и коман-

дую анестезиологу:

– Стернотомия, подключайте лёгкие!

Через несколько лет ты уже опытный первый ассистент, способный выделить внутреннюю грудную артерию, забрать вену любой сложности с голени и бедра, подключить и отключить аппарат искусственного кровообращения, пришить концы венозных шунтов к аорте. Но по-прежнему так и не сделавший ни одной операции от начала и до конца, чтобы твоя фамилия появилась в протоколе операции в графе «Хирург».

И вот однажды начальник отделения сказал мне: «Следующий аортальный клапан твой. Нужен больной с аортальной недостаточностью, чтобы в створках не было кальция». Технику операции требовалось отработать, и я побежал в морг – договариваться о возможности выполнить операцию на трупе. Предстояло дожидаться, чтобы появилось тело, родственники которого согласились на вскрытие и дали разрешение на отработку хирургических навыков.

На этот раз мне повезло, через несколько дней подходящий препарат был найден. Перекинув через плечо сумки со списанными хирургическими инструментами, мы с коллегой отправились в «храм мёртвых».

– Никогда не привыкну к этому запаху и ледяной человеческой коже, – поморщился мой напарник.

Здесь я с ним согласен, ничего приятного в помещении, где в холодильниках и на столах лежат окоченевшие тела,

для нормального человека нет. Лишь благая цель заставляет мириться с этим нас и патологоанатомов, которые, как известно, самые точные диагносты. Последнее слово всегда за ними.

Мы работаем вдвоём в полутёмном подвале морга. Открыв аорту, с удивлением вскрикиваю: «Смотри, здесь двустворчатый аортальный клапан! Порок сердца! Такой же диагноз у пациента, которого мне отписали на операцию».

Действительно, умерший через всю жизнь пронёс в себе аномальный клапан, который просто не успел себя проявить.

Он вполне мог не знать о диагнозе, тем более что умер внезапно от обширного геморрагического инсульта. Ещё одна аномалия развития – аневризма мозговых сосудов, иногда становится причиной неожиданной трагедии.

Работать в морге неприятно, но спокойно – сделать ничего плохого ты уже не сможешь, а если ошибёшься, это никому не навредит.

Я вшиваю старый механический протез, однажды уже извлечённый из умершего на вскрытии, зашиваю аорту, а потом срезаю нитки и вытаскиваю железный клапан обратно: он ещё пригодится.

И вот наступает долгожданный день: ночью я ворочаюсь и не могу уснуть, обдумывая каждое действие, стараясь предугадать, что может пойти не так. Сотни таких операций я провёл с противоположной стороны стола в роли первого ассистента, с закрытыми глазами могу помочь хирургу на каж-

дом из этапов, но другое дело, когда придётся стоять на его месте.

Утром, когда намывались в предоперационной, начальник повернулся ко мне: «Знаешь, там тонкие устья коронарных артерий, думаю, на первый раз это будет сложно. Сегодня я сделаю, а ты прооперируешь кого-нибудь потом».

Нужно было расстроиться, но в тот момент я испытал облегчение.

«Вот что значит гора с плеч», – подумалось, когда локтем нажимал на кнопку автоматического открывания двери.

Потянулись обычные будни. Разговор о самостоятельной операции казался сном, и в какой-то момент я действительно подумал, что он мне привиделся.

Через несколько месяцев в мою палату поступила женщина сорока лет. Не так давно её начала беспокоить одышка, в ходе обследования был обнаружен врождённый порок: дефект межпредсердной перегородки. Кровь из левого предсердия забрасывалась в правое, растягивая его и перегружая правый желудочек. В результате возникал застой крови в лёгких.

Мы привычно пошли в операционную. Я не выспался и был не в лучшем настроении.

– Подключись, я тебе помогу, – сказал старший коллега, которому предстояло выполнить операцию.

Я сделал стернотомию и подсоединил к сердцу канюли искусственного кровообращения. Пришло время меняться, но

наставник сказал: «Продолжай. Пережимай аорту и открывай предсердие».

Как потом шутили коллеги, я так перепугался, что «ментально остановил сердце, разрезал стенку предсердия и со скоростью ультразвука ушил сантиметровое отверстие в перегородке двухэтажным обвивным швом».

Сердце быстро запустилось, и вскоре я уже привычно накладывал внутрикожный косметический шов. Всё было как обычно, но я понимал – в этот день произошло нечто важное.

Когда я вышел из операционной, в отделении уже знали, что моя первая операция состоялась. Идущие навстречу медсёстры улыбались и поздравляли, коллеги пожимали руку, некоторые недвусмысленно намекали на необходимость проставиться.

Но для этого требовалось, чтобы больная открыла глаза, подвигала руками и ногами, выполнила простейшие команды, ведь операция по-настоящему заканчивается именно тогда, а не с последним узлом кожного шва. Это потом я понял, что на самом деле она заканчивается лишь в момент, когда здоровый и счастливый пациент на своих ногах покидает клинику. И только сейчас я осознал, что операция никогда не заканчивается.

Мысли по дороге с работы: о самоуверенности хирурга

В жизни каждого хирурга наступает момент, когда кажется, что ты можешь всё. Это самое опасное время. Значит, где-то за поворотом уже притаилась ошибка, которая вернёт тебя с небес на землю. Или серия ошибок, которая отбросит тебя туда, откуда ты начинал, а в худшем случае выкинет из профессии. Если почувствовал крылья за спиной – складывай их скорее, садись за учебники, снова ходи тренироваться в морг, и тогда проскочишь это время без потерь. Это не я говорю, это голос учителей.

Двадцать четыре часа

У каждого практикующего врача осталось в памяти одно, особенное дежурство. Конечно, в жизни их были сотни, у кого-то – тысячи, со временем они слились в одну сплошную бессонную ночь, разбитую на фрагменты приторным вкусом растворимого кофе. Но какое-то одно ты помнишь до конца дней своих.

Мои апокалиптические сутки выпали на то время, когда я даже не имел врачебного диплома. Студент пятого курса, я уже несколько лет ходил на дежурства в хирургическое отделение скорпомощной больницы на западе Москвы. В будни приходил после занятий и оставался на ночь, в выходные и на каникулах честно отработывал положенные сутки. Так было и в этот раз.

– Доброе утро, – поздоровался я со старшими коллегами, убрал в холодильник завёрнутые в фольгу бутерброды и принялся изучать истории болезни находящихся в отделении пациентов. Аппендициты, холециститы, прободные язвы – классический набор заболеваний для общей хирургии.

Серое февральское утро никак не давало проснуться, и мы старались победить воскресную дремоту кофеином.

Едва помыли чашки, как позвонили из приёмного отделения:

– Женщина с ножевым ранением живота, стабильная, ну-

жен хирург.

Сегодня «на воротах» молодой доктор Дмитрий Николаевич, мы спускаемся в подвал хирургического корпуса и идём по тёмному переходу в терапию, где расположен приёмник. На смотровой койке в кабинете хирурга лежит, согнувшись, грустная женщина без возраста, растрёпанные сальные волосы прилипли к влажному лбу. Руками она осторожно придерживает живот.

– Показывайте, – говорит хирург. Пострадавшая неловко задирает ночную рубашку, и мы удивлённо приглядываемся: из небольшого отверстия в дряблой коже свисает вниз что-то длинное и серое, напоминающее старый чулок.

– Что случилось?

– Петя ударил меня ножом.

– Кто такой Петя?

– Мой сожитель.

– Когда?

– Два дня назад.

– А что вы делали потом?

– Потом мы немного выпили, и я его простила. У нас был секс. Потом мы снова выпили и легли спать. Сегодня утром, когда я проснулась, заболел живот. – Она опустила ночнушку и села на кушетку, обхватив ноги.

– Так почему вы обратились за помощью только утром третьего дня?

Женщина опустила глаза и не нашлась, что ответить.

– Вам потребуется срочная операция, – поморщившись, произнёс дежурную фразу Дмитрий Николаевич. – Сейчас вас подготовят и отвезут в операционную.

– Доктор, а точно нужно оперировать, может быть, само рассосётся? – спросила пострадавшая, не поднимая глаз, но я заметил, как на тонкие голени капают слёзы.

– В вашем случае, знаете, я даже не удивлюсь, – ответил доктор. – Но рисковать мы не будем. Надо убрать отмирающий сальник и оценить состояние брюшной полости.

Ещё на ранних курсах меня научили – алкоголикам удаётся отделаться «малой кровью» там, где трезвый вряд ли бы выжил. Личный опыт потом не раз подтверждал эту закономерность: приходилось наблюдать молодого мужчину, упавшего с шестнадцатого этажа с переломом пяточной кости (конечно, помогла ветвистая крона дерева и сугробы после аномального снегопада). Или сквозное пулевое ранение черепа с повреждением обоих полушарий мозга, после которого единственным требованием пострадавшего было «налить что-нибудь для опохмела». Но это наблюдение – лишь вершина айсберга. Всё дело в том, что количество травм, которое получают пьяные, в десятки раз больше. И реальная смертность среди людей, находящихся в алкогольном опьянении, значительно опережает таковую среди трезвых.

Мы тем временем начали операцию. Зашли в живот, и, не увидев признаков перитонита, констатировали: имеет место проникающее ранение в брюшную полость, которое сра-

зу же затампонировал большой сальник. Получилось, что он мумифицировался снаружи и не пустил воспаление внутрь. Нам оставалось отрезать отмерший фрагмент и промыть брюшную полость антисептиками, оставив на всякий случай пару дренажей.

Женщину выписали через неделю. Медсёстры говорили, что Петя ожидал суда под подпиской о невыезде и приехал встречать. Но Изольда в последние дни твёрдо решила, что заберёт заявление из милиции. Другого имени у неё не могло быть по определению.

Только вернулись в отделение, как раздался новый звонок из приёмного. Подозрение на острый аппендицит.

– Иди сам, как соберёшь анамнез и осмотришь, позвони мне.

Середина зимнего дня, ранние сумерки, я спускаюсь по лестнице, на которой курят выздоравливающие, попадаю в подвал и снова иду по мрачному подземному переходу. В коридоре приёмного отделения меня ожидает больной на носилках Скорой. Рядом с ним – врач или фельдшер в фирменной голубой униформе. Издалека замечаю, что медработник борется с больным, уговаривая его лежать спокойно.

– Что вы постоянно вскакиваете, носилки неустойчивые, хирург уже идёт.

Больной в свою очередь раз за разом пытается подняться, чтобы присесть.

– Добрый день, – говорю я, подойдя ближе. – Завозите

больного в кабинет, я осмотрую.

Переместившись на кушетку, мужчина остаётся сидеть, придерживая живот.

– Ложитесь, руки вдоль тела, показывайте живот.

Поморщившись, несчастный принимает горизонтальное положение и вдруг, застонав, резко садится снова.

– Не могу лежать, больно.

– Вот так я с ним и мучилась всю дорогу, – сокрушается женщина-фельдшер. – Я его кладу, он садится.

«Симптом ваньки-встаньки!» – осеняет меня мысль. Недавно на госпитальной хирургии преподаватель рассказывал про этот типичный признак прободной язвы. Содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки изливается в брюшную полость и в момент, когда несчастный принимает горизонтальное положение, раздражает диафрагму. Заболевший испытывает сильные боли и старается как можно быстрее принять вертикальное положение.

Смотрю направительные документы Скорой: предварительный диагноз – острый аппендицит. Разрешаю пациенту присесть, после чего он сразу же перестаёт стонать.

– Расскажите, с чего всё началось, – спрашиваю его после того, как он отдышался и может разговаривать.

– С вечера побаливал живот, а утром внезапно появилась резкая боль, словно ножом ударили, бросило в холодный пот, после этого живот всё время болит, особенно сильно, если ложусь.

– Вот интересно, где фельдшер усмотрела в этом аппендицит? – думаю я, расписываясь в приёмном листе. Типичная клиника прободной язвы. Все симптомы, как говорят в таких случаях, на поверхности.

Обзорный снимок живота подтвердил моё предположение – свободный газ и свободная жидкость в брюшной полости не оставляли нам другого выбора, пациента надо было срочно подавать в операционную.

К счастью, дефект луковицы двенадцатиперстной кишки оказался относительно небольшим, перитонит невыраженным – хирург ушил отверстие, мы промыли брюшную полость, поставили дренажи и, удовлетворённые сделанным, пошли обедать.

Тем временем за окном стемнело. Я забрался в кресло с учебником по хирургии. Увидев операцию глазами, сразу же старался про неё прочитать – какие ещё возможны варианты в этом случае, а если бы была пенетрация язвы в поджелудочную железу, какую тактику нам бы пришлось выбирать.

Снова позвонили из приёмного – ножевое ранение в руку, «нетяжёлое», как его охарактеризовала медсестра.

– Ну ты сегодня матёрый диагност, иди опять разбирайся, – снова доверяет мне осмотр в приёмном отделении дежурный хирург.

Это настолько серьёзный кредит доверия, что я даже не замечаю, как оказываюсь в хирургической смотровой.

На кушетке сидит молодой человек, я смотрю в сопрово-

дительные документы – ему всего девятнадцать лет. На два года младше меня, но явно из другой социальной группы – короткая стрижка, сбитые кулаки, неприветливый взгляд из-под тяжёлого лба.

Обращаю внимание на перебинтованное левое плечо.

– Что случилось?

– Вызов во двор жилого дома с телефона-автомата, получил колото-резаную рану плеча во время драки с неизвестными, – докладывает фельдшер.

Надеваю перчатки, начинаю осторожно разматывать бинт. Последний умеренно пропитан кровью, значит, рана должна быть неглубокой.

– Как зовут? – начинаю разговор с пострадавшим.

– Андрей, – нехотя отвечает юноша. Я ощущаю запах алкоголя.

– Кто же тебя так?

– Неизвестные пристали на улице, просили денег, я не дал, так они сразу за ножи, – как-то слишком заученно протараторил Андрей.

– Как себя чувствуешь?

– Голова кружится.

– Давление сто десять на шестьдесят, – разворачивается на пороге кабинета не успевшая уйти фельдшер. – Кровопотеря сто.

В этот момент я слышу, как в приёмное кого-то быстро завозят на носилках. В приоткрытую дверь видно, как сбоку от

носилочек идёт врач, поднявший высоко над головой капельницу. Через несколько секунд в кабинет заглядывает Дмитрий Николаевич.

– Ну что тут у тебя, всё в порядке?

– Кажется, задеты только мягкие ткани, но я как раз осматриваю, – отвечаю я своему куратору.

– Закон парных случаев, будь он неладен, ещё одно ножевое, тяжёлый, – говорит он. – Возьму его в кабинете невролога, ты описывай и клади во вторую хирургию, вечером в перевязочной зашьём. Только рентген сделай.

Я киваю и завершаю осмотр. Сестра относит историю на рентген, я промываю рану перекисью, как вдруг мой халат окрашивается красным – из глубины бьёт пульсирующая струя крови.

Я пытаюсь зажать струю пальцем, и через какое-то время мне это удаётся. Но Андрей оседает по стенке, теряя сознание. Я не в силах его удержать, но продолжить пережимать артерию жизненно важно, поэтому перепрыгиваю кушетку и опускаюсь вслед за ним.

– Позовите кого-нибудь, – кричу я медсестре, но она и без этого уже выбежала за помощью. Через минуту в кабинете появился запыхавшийся травматолог.

– Ну-ка приспусти чуть-чуть палец, только аккуратно, – присев рядом со мной, говорит он. Пальцы соскальзывают, и струя бьёт практически в потолок.

– Держи, зажимай! Ясно. Ранение плечевой артерии. Да-

вайте жгут, – поворачивается он к медсестре. – А потом скажите дежурному администратору, чтобы вызывал сосудистую бригаду из Склифа.

Я помогаю доктору наложить и затянуть жгут, он шариковой ручкой прямо на коже пишет время наложения, наша тырь приводит Андрея в чувство, и мы кладём его на кушетку.

Я завершаю оформление бумаг.

– Неси историю и будем подавать в операционную. Ангиохирурги скоро будут здесь.

Я иду к рентгеновскому кабинету забрать историю болезни, рентген мы так и не сделали и теперь точно не будем тратить на это время.

С удивлением вижу, что внутрь вложены два снимка – грудной клетки и брюшной полости.

Стучусь в железную дверь.

– Простите, тут чьи-то снимки в истории Никифорова. Мы ему рентген не делали.

Доктор презрительно смотрит на меня поверх очков.

– Точно не делали? Только что мы Никифорова смотрели.

– Это невозможно. Никифоров не покидал кабинет хирурга.

– А вы вообще кто? – начинает раздражаться дежурный рентгенолог.

– Я стажёр. В смысле студент.

– Вот идите, студент, и научитесь знать фамилии соб-

ственных пациентов.

Озадаченный, я выхожу за дверь. Придётся оставить чужие снимки на столе и подавать пациента в операционную, кому надо, тот рано или поздно обнаружит их в кабинете хирурга.

Мы перекладываем раненого на каталку и выезжаем в коридор. Проходя мимо рентгена, внезапно слышу разговор на повышенных тонах. Дмитрий Николаевич, который занимается вторым ножевым ранением, почти кричит на вжавшегося в кресло рентгенолога.

– Где снимки моего больного? У него экстренная ситуация, необходимо быстро принимать решение.

– Так не делали, не делали вашему, – оправдывается потерявший былую самоуверенность специалист.

– Как не делали, вы что, не помните, десять минут назад на носилках закатывали?

– Минуточку, – говорю я медсестре, бегом возвращаюсь в кабинет, хватаю снимки и сравниваю их с историей болезни.

На чёрной плёнке рентгеновского снимка написано: Никифоров С. П.

На истории болезни моего пациента: Никифоров Андрей Сергеевич.

– Дмитрий Николаевич, у вашего ножевого какая версия событий?

– Неизвестные ворвались в квартиру, напали на него. Да какая разница, ты снимки его не видел.

– А какой адрес?

– Да Молодёжная какая-то улица, причём здесь это?

– Вот, – я протягиваю ему снимки. – Это отец и сын.

Зайдя в оперблок, я увидел их, голых, бледных, лежащих в соседних операционных, в нескольких метрах друг от друга по такому дурацкому, не заслуживающему понимания поводу. Вскоре приехала сосудистая бригада, и я пошёл посмотреть на операцию. Линейное ранение плечевой артерии, скорее всего, не затронуло внутреннюю оболочку сосуда – интиму. А когда я осматривал рану и попросил поднять руку, интима надорвалась окончательно. Ангиохирург велел ввести гепарин, наложил обвивной шов, запустил кровоток, и рука была спасена.

Отца – грузного мужчину сорока пяти лет, моя бригада оперировала в соседней операционной. Ему повезло намного меньше – несколько ранений толстой и тонкой кишки, повреждённая селезёнка, полтора литра крови в брюшной полости, развивающийся геморрагический шок на фоне застарелого цирроза печени. Операцию он перенёс, но в реанимации оставался нестабильным, доктора лишь пожимали плечами: как пойдёт.

Мы вышли из операционной около девяти вечера.

– Как же такое возможно, поножовщина между отцом и сыном, – задумался я вслух, пока в микроволновке разогревались бутерброды с сыром.

– Это хирургия, – задумчиво ответил доктор Михаил. – А

в хирургии бывает всё.

– Малец-то поправится, а вот папаша, похоже, тяжёлый. Если он не вытянет, сынок присядет на десяток лет строгача. Ещё одна собственноручно испорченная судьба, – Дмитрий Николаевич лишь отстранённо пожал плечами.

Час нас никто не беспокоил. Я даже решил пойти прилечь в свободную палату, как вдруг из приёмника снова позвонили.

– У нас опять ножевое. И, кажется, это задница.

– Раз задница, пойдём вместе, – сказал Михаил Александрович. – Димке дадим отдохнуть, он только прилёт.

Снова ставший уже привычным отсыревший коридор между корпусами.

В коридоре перед кабинетом хирурга носилки, на них на животе лежит пострадавший.

– Так тут задница в прямом смысле слова, – присвистнул Михаил Александрович, поднимая окровавленную простынку.

Грустная и смешная история: гражданин прибыл последней электричкой на платформу «Рабочий посёлок», где подвергся нападению неизвестных. Двое подошли сзади, вырвали из рук сумку и побежали. Гражданин не хотел уступать и побежал следом. С его слов, погоня длилась около пяти минут, во дворе первой пятиэтажки он, наконец, настиг грабителей. Преступники развернулись, в руках заблестели лезвия, и он, испугавшись, побежал обратно. Теперь двое с сум-

кой и холодным оружием преследовали одного – без сумки и оружия. За пять минут они преодолели расстояние до станции, и он почти спасся, но, забираясь на платформу, получил подлый удар сзади в левую ягодицу.

И вот мы снова в операционной, пытаемся поймать скрывающуюся в мышцах ягодичную артерию. Анестезиолог давно перестал заглядывать за перегородку и, смирившись, дремлет на своём столике. В центральную вену размеренно капает кровь.

– Вот она, дура! – торжественно вскрикивает Михаил Александрович, наконец, захватив зажимом пульсирующую глубину ягодичных мышц артерию.

Раздаются вялые аплодисменты. Выходя из операционной, я посмотрел на часы – три часа ночи. Когда в приёмное поступил больной с ранением ягодицы, ответственный дежурный врач связался с департаментом и закрыл больницу на приём хирургических больных, иначе мы бы просто не справились. Значит, есть время несколько часов поспать, ведь завтра понедельник и предстоит полноценный учебный день в институте. После воскресных дежурств я не заезжал домой и обычно сразу ехал на учёбу. Хорошо, что в молодости подобные марафоны переносятся относительно легко. Я лёг на пустую койку в резервной палате. В полудрёме мне приходили картины из насыщенного рабочего дня: омертвевший сальник, мутные глаза Изольды, отец и сын, лежащие рядом в длинном коридоре оперблока, какие-то гобли-

ны с ножами, бегущие за человеком с барсеткой.

– Вставай, к нам везут интересный случай, – казалось, я ещё не успел уснуть, а кто-то уже меня расталкивал. Я открыл глаза – Дмитрий Николаевич повесил на шею стетоскоп и выглядел слегка возбуждённым.

– Давай, умывайся, одевайся и приходи в операционную, к нам везут что-то нереальное, минуя приёмник, сразу поднимут в оперблок.

Я посмотрел на часы – семь утра, по идее мне через час надо выходить, чтобы не пропустить первую лекцию, но если после всего, что было на этом дежурстве, мне обещают интересный случай, значит, его точно надо увидеть. Через десять минут прямо к нашему корпусу подъехал оранжевый реанимобиль, за ним следовал микроавтобус спасателей. Лифт уже ждал на первом этаже, и буквально через минуту несколько врачей аккуратно выкатили носилки в коридор. На них лежала бледная женщина, она была в сознании и то закрывала глаза, то открывала их снова. Из-под одеяла, которым была накрыта пострадавшая, выглядывал фрагмент ржавой арматуры.

Носилки аккуратно закатали в операционную и начали готовить женщину к перекладыванию на операционный стол. Когда скинули одеяло, я оторопел – где-то снизу, в районе промежности, в её тело входил стальной прут, сплетение которых обычно используют в качестве скелета железобетонных конструкций. Этот же прут выходил наружу в районе ле-

вой ключицы. Спасатели, тем временем, размещали в коридоре своё оборудование. Я понял, что они срезали арматуру на месте происшествия и, возможно, их помощь потребуется на операции.

Тем временем, после некоторого замешательства, в операционной закипела работа: лаборант закатывал передвижной рентгеновский аппарат, врач УЗИ водила датчиком по брюшной полости, эндоскопист аккуратно выполнял погружённой в наркоз раненой гастродуоденоскопию.

Я дождался, пока было завершено предоперационное экспресс-обследование и абдоминальная бригада, усиленная гинекологом, начала свой этап операции на животе. Увидел, как после вскрытия брюшины в глубине раны показался непривычный предмет – закрученная спиралью поверхность металлической арматуры. Он входил в брюшную полость из малого таза и, пройдя по боковому каналу, не задев ни кишечник, ни селезёнку, ни левую долю печени, исчезал в диафрагме. Посоветовавшись, решили намыть одного из спасателей, и, предварительно замочив в растворе антисептиков пневмокусачки, с их помощью перекусили арматуру посередине. Аккуратно удалили нижний фрагмент через промежность. К счастью, кровотечения не произошло. На стульях своего этапа ждали приехавшие из другой больницы торакальный и сосудистый хирурги.

К сожалению, пришло время уходить: лекцию я ещё мог себе позволить пропустить, а вот на семинаре был заплани-

рован зачёт, неявка на который грозила проблемами перед сессией. Вздохнув, я переоделся и вышел на морозный воздух: светило редкое для Москвы февральское солнце, вокруг кипела бурная столичная жизнь, идущие мне навстречу люди не представляли и малой доли того, что в эту ночь происходило совсем недалеко от них, в типовом светло-зелёном здании за железным забором.

Конечно, на следующем дежурстве я узнал все подробности произошедшего. Людмила, женщина сорока двух лет, ранним утром заказала такси – ей необходимо было съездить к началу рабочего дня на Московский завод шампанских вин в очаковской промзоне. Были запланированы переговоры с одним из руководителей предприятия, которые он, дабы избежать суеты, назначил на семь утра. Путь к заводу лежал по территории промышленной зоны, некоторые дороги которой представляли собой уложенные друг за другом бетонные плиты. Плиты разбились от времени, из одной из них торчал наверх кусок железной арматуры. Она и упёрлась в дно автомобиля, который, продолжая движение, начал выдирать её, в результате стальной штырь пробил переднее пассажирское сиденье и насадил Людмилу на себя, словно коллекционную бабочку. Таксист услышал скрежет и жуткий крик и ударил по тормозам, но к этому времени штырь уже пробил крышу «Волги». Машина вместе с Людмилой оказалась прикована к дороге. К счастью, у таксиста оказалась радиосвязь, и он через диспетчера вызвал на место происшествия Скорую

и МЧС.

Спасатели перекусили стальной штырь в двух местах: под сиденьем и чуть ниже потолка. Удалять ранивший предмет на месте в такой ситуации запрещено – может развиваться болевой шок, массивное кровотечение. За несколько минут пострадавшую доставили в ближайшую больницу.

Людмила точно родилась в рубашке. Арматура вошла через промежность, не зацепив ни прямую кишку, ни влагалище, ни матку, покинула малый таз, проникла в брюшную полость. Не задев жизненно важных органов, через диафрагму попала в плевральную полость, пробила лёгкое, вызвав пневмоторакс и гемоторакс – скопление воздуха и крови в плевральной полости, к счастью, с достаточно умеренной кровопотерей менее литра. Не ранила пищевод и сердце и вышла через левую надключичную область, сломав ключицу, зато пройдя всего в нескольких миллиметрах от подключичной артерии и вены. Торакальный хирург ушил лёгкое, дренировал плевральную полость, хирурги провели хирургическую обработку ран, травматолог соединил ключицу пластиной и через две с половиной недели, живая и практически здоровая, Людмила выписалась домой.

Младший Никифоров отделался швом плечевой артерии, и на память о ножевом остался лишь глубокий шрам на плече. Через три дня к палате приставили милиционера. Его отец умер в реанимации на пятые сутки после ранения, так и не приходя в сознание.

Мысли по дороге с работы: работа или служба?

Я много раз слышал от коллег, что врач ходит не на работу, а на службу. В чём отличие? В том, что работа продолжается с девяти до шести, а служба нередко выходит за границы рабочего времени, не знает выходных и праздников. И даже если ты в этот момент свободен, мыслями и телефонными звонками постоянно возвращаешься в отделение. Или разгадываешь загадку диагноза сложного пациента, параллельно обдумывая предстоящую операцию. Офицеры, врачи, учителя, священники – профессии, которые не подходят под параграфы трудового договора, ведь они, по сути, служат, а не работают. Не зря именно эта прослойка общества в девятнадцатом веке сформировала мощный класс русской интеллигенции. Однако затем слово «служить» незаметно заменили на «обслуживать». В Союзе врача наказали низкой зарплатой и развратили условным «сам себе заработает», а затем он и вовсе начал оказывать услугу лечения. В то же время услуга крещения вошла в церковный прейскурант. Но, несмотря на это, тысячи докторов по-прежнему каждый день выходят на службу. Тысячи учителей задерживаются в кабинетах, проверяя тетради своих учеников. Офицеры прошли через разруху военных городков и лихие девяностые, когда денежное довольствие не просто было нищенским, его

даже не платили. Сельский храм в далёкой провинции каждое утро открывает умный священник с добрыми глазами.

* * *

На хирургическом дежурстве, если нет экстренной операции и никто не поступает по профилю, можно украсть несколько минут или даже часов сна. Привыкая к правилам игры, организм переходит в ночной режим сразу, как только ты принимаешь горизонтальное положение. И почему-то на дежурстве снятся самые яркие сны. Несколько запомнившихся я воплотил в небольшие рассказы.

Первый сон на дежурстве.

Кружок «Юный диггер»

В детстве притягивает неизвестность. Тем более, если она лежит у тебя под ногами. Затерянный мир отделял от нас лишь толстый слой потрескавшегося московского асфальта. Через канализационные люки рвалась на волю непознанная изнанка города, окутанная завесой тайны система подземных коммуникаций. К счастью, сухие технические названия нас не интересовали, зато по двору из уст в уста передавалась история про таинственный подземный город, строить который под столицей начал ещё Иван Грозный. Потерянная библиотека, тоннель из Кремля в Коломенское, Метро-2 – услышав эти слова, мы сгорали от любопытства.

В городе набирало популярность движение диггеров. Старшие ребята рассказывали про Никиту с улицы Довженко, который спустился в люк в начале Мичуринского проспекта, а вылез около аэропорта Внуково. Может и не было никакого Никиты, но всё это настолько подогрело наш интерес, что мы решили во что бы то ни стало обследовать московское подземелье. Дело осложнялось тем, что открыть люк можно было только с помощью специального приспособления – слесарного ломика. Последний обитал на поясе у водопроводчиков. Все попытки поднять люк без ломика потер-

пели фиаско. Украденный у дворника обычный лом помог чуть приподнять люк, но вставленные в зазор палки ломались под его тяжестью и так не помогли сдвинуть машину в сторону. К тому же лом нужно было постоянно перепрыгивать, и его украли снова.

– Нам нужен слесарный ломик, – сказал однажды Макс.

– Как ты его достанешь? Слесари никогда с ним не расстаются.

Я замечал, что водопроводчики берегут свой ломик как зеницу ока.

– Десятого у них аванс, мой сосед сорок лет в ЖЭКе отработал, – не обращая внимания на мои возражения, продолжал Макс.

Мы почувствовали, что зреет план.

– Тот безногий, который орёт на весь двор по праздникам? Он же алкаш, – добавил сарказма Хоха.

– Они все алкаши, – продолжал Макс. – Особенно в день аванса.

База слесарей была в бойлерной, возле недавно открытого гольф-клуба. Зелёное здание с мощными чугунными дверями и увесистым замком в опиле большой трубы. Внутри постоянно что-то жужжало, шелкало, переключалось, из щелей струился тёплый сладковатый аромат, коктейль из запаха горячих труб, влажного бетона и отсыревшего пластика. Этот приторный запах будет постоянным спутником наших подземных путешествий.

Желание завладеть ломиком было настолько сильным, что мы договорились отпроситься с последнего урока. Макс сказал, что у него разболелась голова, я придумал срочную необходимость открыть дверь приехавшей из деревни бабушке, Тима давил на жалость и рассказывал учительнице о заболевшей маме, которой срочно необходимо купить жаропонижающее. Самым недалёковидным оказался Хоха: он сказал, что отравился, и его отправили к медсестре промыть желудок.

В середине рабочего дня в бойлерной гремел скрытый от чужих глаз банкет. Шумело радио, то и дело звенели стаканы, кажется, даже сквозь толстые стены было слышно, как хлёстко ложились карты на украденные с овощной базы деревянные ящики.

– Уже хороши, – сказал Макс. – Главное, чтобы там же не заснули, а то, чего доброго, заночуют.

– Там спать негде, к тому же их жёны дома ждут, – раздражённо ответил Тима. Во всех чувствовалось волнение.

– Не забывай, у жён в столовых и детских садах тоже сегодня аванс, неизвестно, где они сами заночуют, – хихикнул Макс.

Кто бы мог подумать, что предположение Макса окажется правильным: за следующие четыре часа нам продемонстрировали всё, на что способен советский слесарь в рабочее время, а именно танцы, песни, ссоры, драку, объятия, и, наконец, тихий спокойный сон. Прождав ещё час и предчувствуя

скорое наступление сумерек, мы решили действовать. Идти за ломиком вызвался я. Бойлерная давно манила меня, сидя на уроках я мечтал, как однажды окажусь внутри этого таинственного сооружения. А там... Я живо представлял себе огромное электрическое табло, на котором мигают десятки лампочек, показывая путь горячей воды в дома нашего района. Перед ним обязательно стоит пульт управления. А на стене, конечно же, висит красный телефон. Друзья немного побаивались пьяных слесарей и мне не возражали.

Я на цыпочках подкрался к бойлерной – большая железная дверь была приоткрыта. Внутри горел тусклый свет. Большое квадратное помещение было заполнено трубами: одни из них возникали из пола, поднимались вверх, образуя подобие арки, и снова прятались в пол, другие попадали в помещение откуда-то сбоку, чёрные и белые, толстые и тонкие, с изоляцией и без. Дёргались стрелки десятков больших и маленьких манометров. Тёплый влажный воздух перемешался с парами этилового спирта. Не было ни пульта, ни электрического табло.

По углам лежали пустые бутылки: водка «Столичная», пиво «Ячменный колос», – стандартный набор того времени. Слесари спали. Один на трубах, второй на топчане в углу, третий – прямо на бетонном полу. У первого был подбит глаз, у другого разбит нос, да так, что при каждом выдохе из ноздри надувался большой кровавый пузырь. Ещё один участник застолья лежал лицом к стене. Рядом, на полу, я

увидел вожделенный ломик. Его раздвоенное, напоминающее змеиный язык жало, то самое, которое проникает в паз канализационного люка, сжимало пивную пробку.

Я на цыпочках пересёк комнату, осторожно взял ломик и юркнул к выходу. Здесь я немного поторопился и, раньше времени посчитав свою миссию выполненной, тут же за это поплатился: пролезая в щель чугунной двери, слегка задел её своей добычей. Этого было достаточно чтобы на всю бойлерную ухнул глухой удар – дверь резонировала, как басовый колокол. Словно ошпаренный, я выскочил прочь и понёсся через кусты, заметив, как вскочили и метнулись вслед за мной тени товарищей. Лишь через пять дворов, ощутив себя в безопасности и не видя погони, мы остановились. Сердце выскакивало из груди, в глазах темнело, мокрая рука крепко сжимала добычу.

На следующий день мы отправились в первое подземное путешествие. Для этого заранее выбрали люк в скверике, примыкавшем к ограждению гольф-клуба – там не было лишних глаз, свежая апрельская зелень обеспечивала неплохую маскировку. Узнав, что мы завладели ломиком, к нам присоединились самые молодые члены нашей компании, учившиеся на два класса младше, – Руслик и Славик. Остальным обитателям двора говорить о ломике строго запрещалось: вещь дефицитная, узнают – пиши пропало. Само собой, носить его можно было только под курткой, и хранителю ломика Хоху пришлось одеться не по погоде.

– Потный, но незаменимый, – гордо говорил он каждому из нас при встрече.

Интересно, как во дворе назначали хранителя той или иной общественной вещи, попавшей в разряд «kozyрных». Определяющим фактором была лояльность родителей. Те, у кого «предки» не слишком внимательно относились к воспитанию, равно как и обладатели отдельной комнаты, получали почетное звание хранителя чаще других. Иногда на первый план выходили совершенно неожиданные достоинства, например, на четвёртом этаже в подъезде Хохи неизвестными был грубо испорчен гипсокартон. Между ним и кирпичной кладкой образовалась вместительная ниша. В этом тайнике и было решено хранить ломик.

Итак, Хоха нёс под курткой орудие преступления, Тима взял фонарик, я моток бельевой верёвки. Мы приближались к люку. Предварительно в двух противоположных концах сквера расположился боевой дозор, Славик и Руслик встали на шухере. При возникновении непредвиденной ситуации стоящий на шухере должен был предупредить нас, крикнув громким зловещим шёпотом – «Шухер!» Если шухера не случилось, последнему опускавшемуся в подземелье полагалось свистом снять часовых.

Оказалось, что даже имея в наличии ломик, открыть люк не так просто. Изрядно прокопавшись, нам всё-таки удалось приподнять его и сдвинуть немного вбок, после чего навалились все вместе и свернули чугунную махину окончательно.

Перед нами разверзлась чёрная пустота московского подземелья. Хорошо, что Тима взял фонарик, иначе никто из нас так бы и не решился сделать первый шаг. В луче электрического света мы увидели бетонные стены, две огромные трубы и ведущую вниз ржавую лестницу. Первым спустился Макс, за ним Тима и Хоха, я позвал мелких и шагнул навстречу неизвестности.

В колодце стоял удушливый сладковатый запах, уже знакомый мне по бойлерной. Здесь пересекались трубы, идущие с разных направлений, поэтому помещение было достаточно большим. В разные стороны от колодца уходили тоннели, в центре каждого пролегли две трубы, покрытые то штукатуркой на каркасе из мелкозернистой проволочной сетки, то чёрной прорезиненной изоляцией. Протиснуться можно было только между трубой и стеной, но места было так мало, что почти всегда приходилось идти боком. Иногда труба чуть меняла траекторию, но этого было достаточно, чтобы места не осталось вовсе, тогда единственный вариант был – забираться наверх и ползти прямо по трубе, то и дело ударяясь головой о потолок. Этот способ передвижения был самым неудобным, он отнимал много сил и пуговиц на одежде, при этом сама одежда моментально пачкалась.

Мы двигались вперед около получаса. Спёртый воздух, мёртвая тишина, давящая атмосфера подземелья. Становилось по-настоящему страшно.

– Макс, может, пойдём назад? – по очереди обращались

мы к нему, как к идущему (ползущему, протискивающемуся, скользящему) впереди колонны.

– Ещё немного, пацаны, надо обязательно дойти до следующего люка, – раз за разом, как заклинание, повторял Макс, но в голосе всё больше чувствовалась неуверенность. Наконец, в лучах фонаря мелькнул поворот трубы.

– Ну вот, дождались! – радостно воскликнул Тима. Макс громко похлопал по трубе, я свистнул, мелкие сзади одобрительно пискнули. Настроение резко улучшилось. Тем сильнее был ужас, который мы испытали, приблизившись к повороту. Перекрёстка с другими трубами не было, а значит, не было ни колодца, ни люка.

Мы в западне! Кажется, что дышать уже нечем, тошнит и кружится голова, продираться обратно никак не меньше получаса, а быстрее из-под земли не выйти.

– Ничего не поделаешь, надо идти дальше, – нерешительно, но громко сказал Макс.

– Неужели ты не видишь, что все устали? Мы ползём неизвестно куда, – вспыхнул Тима. Я посмотрел на его испачканную, местами порванную дорожную кофту и пыльные, потеревшие свой изначальный цвет джинсы и понял – дома ему здорово достанется.

– Лично я вообще никуда не пойду, – обречённо сказал Хоха. – Останусь здесь. Пускай меня достают спасатели.

Мелкие в унисон заплакали.

– Американских фильмов ты пересмотрел, нет у нас ни-

каких спасателей, а пожарные в такой узкий проход никогда в жизни не полезут. Крысы вас съедят, вот и вся любовь, – огрызнулся Макс. – Надо решать – либо вперёд, либо назад.

Как ни трудно было себе в этом признаться, но каждый из нас понимал: идти назад слишком долго, а впереди наверняка должен быть выход на поверхность.

Уверенности нам придала свечка, которую предусмотрительно захватил с собой Хоха. Свечу поставили на трубу сразу после поворота, отметив таким образом начало нового этапа нашего пути. Оглядываясь назад, мы ещё долго видели её мерцающий огонь.

– Надо же, какую надежду может давать маленькая свечка в тёмном подземелье, – подумал я.

Наконец, когда чувство времени было уже окончательно потеряно, впереди забрезжил дневной свет и проявились очертания лестницы. Макс добрался до неё первым, ловко подтянулся на руках, подставил под люк спину и... натужившись, замер в таком положении на несколько секунд. Я увидел, как его лицо побагровело, а затем внезапно стало бледным. На шее напряглись канаты вен. Макс зажмурил глаза и натужно застонал. Люк не поддавался. Видеть свет из глубины подземелья и не иметь возможности дотянуться. В такой момент как нельзя лучше понимаешь тюремных узников и попавших в завал шахтёров. Хорошо, что недавно в одной научно-популярной книге я прочитал об опасности паники под землёй. Паника заставляет человека потеть и дышать,

стораёт дефицитный кислород, становится нестерпимо жарко.

– Пацаны, если запаникуем, задохнёмся, – я неуклюже попытался разрядить обстановку. Мелкие снова заплакали. Задышаться никому не хотелось.

– Мы просто спокойно дойдём до следующего люка или вернёмся назад, – прошептал Тима. – Третьего не дано.

К счастью, идти пришлось недолго. Через несколько минут в конце тоннеля вновь заблестела паутина солнечных лучей, сладковатый запах горячих труб разбавило долгождан-ными нотками весеннего вечера и неожиданным ароматом свежескошенной травы.

– Представляете, если мы вылезем за городом, – вздохнул Хоха.

– Это невозможно, – оборвал его Макс. Понятно, что сейчас он думал лишь о том, чтобы удалось открыть люк.

Макс поднялся на лестницу, упёрся руками в бетонные стены и начал медленно распрямляться. Раз, два – стоявшие внизу скрестили пальцы и затаили дыхание. С натужным скрипом люк сдвинулся с места, на мгновение замер, но сразу же сдался, лязгнул и пошёл кверху. Яркий свет ударил в глаза. Макс качнулся в сторону, перекинул люк с позвоночника на правую лопатку и завалил на бок. Есть! Выход из подземелья свободен. Мы с Тимой мгновенно забрались на лестницу и оказались рядом с Максом. Впереди, насколько хватало глаз, простирался идеальный газон.

– Мы на гольфе! – в унисон закричали все втроём, гулкое эхо рухнуло вниз и откликнулось где-то за поворотом подземелья. Мы были не просто на гольф-поле, вход на которое советским гражданам был запрещён. Мы оказались на противоположном его конце, пройдя по подземному лабиринту неприступный забор, строгую охрану, флажки и песчаные ловушки, обогнули озеро и оказались около клубного ресторана. Пруды, которые многие из нас помнили полными мусора и коряг, были вычищены, их берега укреплены крупными просмолёнными брёвнами. В центре главного пруда бил фонтан. Над всем этим великолепием доминировал белоснежный ресторан с улыбающимися на террасе гостями, официанты в стильных поло лавировали между столиками, нагруженные большими серебрястыми подносами. Играла живая музыка.

Каждый из нас, за исключением мелких, помнил это место раньше – овраг вдоль старицы Сетуни, вечно загаженные пруды, в одном из которых нашел своё последнее пристанище ржавый бульдозер, пустырь с холмами и колдобинами, непролазная весенняя грязь, стаи бездомных собак и полчища одичавших крыс. Место слыло небезопасным, вечером его обходили стороной. Но два года назад первое дуновение перестройки привело на эту землю известного шведского хоккеиста Свена Тумба-Юханссона. Он сумел как-то убедить союзное руководство сдать пустырь в аренду на пятьдесят лет и открыть первый в СССР гольф-клуб.

Сначала шведы сняли с пустыря верхний слой почвы и увезли её в неизвестном направлении.

– Фонит! – замер напуганный недавним Чернобылем микрорайон. Некоторые даже выходили на пустырь с дозиметром, но он ничего не показал. Вереницы импортных самосвалов в очередь работали с утра до вечера, темпы стройки настолько восхищали привыкших к советскому долгострою граждан, что на земляные работы ходили смотреть, словно в кино. Когда дело было сделано, настала очередь укладывать новый грунт, оказавшийся отборным мелкозернистым чернозёмом. Сначала его сваливали в большие кучи по периметру пустыря и развозили по полю маленькими юркими тракторами, но с наступлением темноты к холмам выстроилась очередь из дачников и любителей комнатных растений. Через пару дней «сходить за шведской землёй» стало любимым развлечением местных, через неделю начали приезжать люди со всей Москвы. Шведы изменили тактику, теперь самосвал сбрасывал грунт непосредственно в нужное место. Ручеёк любителей чернозёма пересох.

Когда грунт был насыпан и утрамбован, за несколько дней поле покрылось паутиной пластиковых труб – не сбавляя темп шведы налаживали систему полива. Через каждые пятьдесят метров монтировали поливочный фонтан, который в будущем автоматически поднимался из-под земли и, вращаясь, поливал траву вокруг себя. Рядом с поливочной сразу же закладывалась дренажная система.

Однажды утром к пустырю выстроилась длинная очередь из фур со шведскими номерами. Внутри лежали свёрнутые в огромные рулоны зелёные ковры. Это был дёрн – слой земли с уже пророщенной газонной травой. Рулоны выкладывали на чернозём, как кладут линолеум на кухне. Буквально за месяц поле стало идеально ровным. Это было последнее чудо из доступных, поскольку следующим этапом началось строительство забора.

– Посмотрели и буде. Так и я Германию посмотрел, одним глазком, – говорил сосед-ветеран. – Много нельзя, а то запрос появится.

Стройка гольф-клуба стала главным событием района за ближайшее десятилетие. Местные жители долгие годы добились ликвидации пустыря: писали письма в Райком, просили разбить парк, но каждый раз получали в ответ отказ и обещание. Чиновники сетовали на недостаток финансирования и клялись решить проблему пустыря в светлом будущем. И вот светлое будущее наступило меньше чем за год, когда шведы с толком, чувством и расстановкой создали на месте свалки настоящий оазис. Только вход в эту сказку местным жителям отныне был строго запрещён.

А мы, получается, проникли.

Хлёсткий удар совсем рядом был тому лучшим доказательством. Над нами со свистом что-то пролетело, затем раздался глухой всплеск – на ровной глади озера вырос и тут же осел небольшой фонтанчик.

– Shit! – раздалось буквально в нескольких метрах от нас. Мы с Максом не сговариваясь присели, опустив люк и оставив лишь небольшую щель для обзора. Английская речь звучала совсем близко. Вскоре раздался второй щелчок, на этот раз мяч прошёл значительно левее и лёг на траве совсем близко к ярко-жёлтому флажку.

– Good! – одобрительно хмыкнул другой голос.

Ещё один удар, и мяч вновь поднял фонтанчик – на этот раз песчаный. Двое в синих шортах и белых теннисках, непринужденно разговаривая, удалялись в сторону флажка. За собой они катили двухколёсные тележки с полным набором клюшек.

Мы собрались на подземное совещание. Оказалось, что путь длиной в километр наша компания преодолевала более полутора часов. Учитывая усталость, на обратную дорогу нужно было закладывать не менее двух. За это время основательно стемнеет, наше долгое отсутствие во дворе заметят родители, тогда не избежать скандала. Дождаться темноты здесь и бежать с поля под покровом сумерек не вариант по той же самой причине.

– Мы хотим домой, нам страшно, – заплакали самые младшие члены нашей компании.

– Ничего не остаётся, нужно выбрать момент, когда рядом с нами не будет игроков, и бежать, – предложил Макс.

– Ты забыл, как охраняется поле?

По району давно гуляли страшилки про бойцовских со-

бак, охранявших периметр, охранников с электрошокерами, передвигающихся по полю на быстроходных квадроциклах. Символом поля был «человек-свисток» – удивительно смекалистый дед, вооружённый свистком, резиновой дубинкой и великолепным чутьём всегда оказываться именно в том месте, где перелезают забор.

– На нашей стороне эффект внезапности, – поддержал Макса Тима. – Никто не ожидает, что мы появимся буквально из-под земли. Правда, бежать придётся через всё поле, туда, откуда мы проникали. Ближе к нам тоже есть забор, но там рабица, сетку не перелезть, и сразу за ней река. Пятьсот метров идеально газона – неужели не добежим? Они опомниться не успеют.

Адреналин ударил в голову, в ушах зашумело. Значит, бежать. Решили, что первым пойдёт Тима, за ним Макс, потом я. Хоха замыкает и смотрит за мелкими.

– Вы, скорее всего, отстанете, – Хоха повернулся к Славику и Русику, – мы первыми будем у забора и поможем перелезть. Если вас всё-таки возьмут на поле, не беда, скажете, что старшие ребята заставили идти с ними. Поругают и отпустят.

Я поднялся по лестнице, чуть выглянул из полуоткрытого люка и осмотрелся. Впереди удалялась компания из четырёх игроков, далеко перед ними сливался с горизонтом электрокар, со стороны дальнего забора никого не было.

– Через три минуты можно бежать, – прошептал я вниз

и тут же ощутил, как налились свинцом и отяжелели ноги. Я, Макс и Тима встали на лестнице сразу же под люком, для мощного рывка всей команды нужно было окончательно сбросить его набок. Остальные выстроились в очередь перед лестницей.

– Раз, два, три, – скомандовал Тима, и мы рванули наверх с огромной силой, Хоха плечом, а я рукой сбросили люк в сторону. Мы бежали. Я почти сразу увидел, что за холмом стояли незамеченные нами несколько игроков, которые с удивлением повернулись в нашу сторону. Видел, как встали из-за столов увидевшие нас гости ресторана, подошли к перилам балкона белоснежные официанты. Посреди залитого солнцем оазиса, мимо фешенебельного ресторана, по земле, на ближайšie пятьдесят лет принадлежащей Её Величеству Королеве Шведской, в грязной, разорванной от подземных путешествий одежде, с пыльными волосами и перепачканными лицами, бежали советские школьники. Бежали так, как проносятся аборигены бразильских фавел по фешенебельному кварталу Рио-де-Жанейро. Так, сломя голову, дети крепостных крестьян летели с ворованными яблоками по барскому саду. Так советские школьники неслись по островку западной жизни к бетонному забору, чтобы, перемахнув через него, навсегда вернуться в мир пыльных дворов и серых пятиэтажек, переполненных помоек и пустых прилавков, мир, такой далёкий от этого зазеркалья, и всё-таки близкий сердцу.

Дыхание начало подводить, когда до спасительных деревьев оставалось совсем немного. Мелкие уже порядком отстали, и тут я заметил, как от помещения за рестораном рванул в нашу сторону синий квадроцикл с двумя охранниками.

– Поднажмём! Охрана! – из последних сил крикнул я, и тут же они полностью покинули меня, в глазах потемнело, ноги подкосились. Неимоверным усилием воли я заставил себя пробежать ещё несколько шагов и очутился среди деревьев. Чуть впереди бежал Тима, Макс немного отстал. Близость цели придавала сил, каким-то чудом все мы, хватаясь за кусты, ветки и торчащие из земли корни, смогли забраться наверх, к забору. Макс заметил недавно упавшее на забор дерево. Обхватив его руками и ногами, впиваясь ногтями в сочную весеннюю кору, как и несколько часов назад в сухую штукатурку изоляции, мы карабкались навстречу спасению. Квадроцикл остановился внизу в тот момент, когда Хоха помогал мелким подтянуться на забор. Охранники, в чёрной облегающей форме, бейсболках с длинными козырьками, вооружённые резиновыми дубинками, бросились в погоню, но было поздно. Мы по очереди прыгнули на родную землю и упали на спину, оставаясь лежать с широко раскинутыми руками и ногами. Через несколько минут я услышал охрипший голос Макса:

- Твою ж ты мать, я спрыгнул прямо в собачью какашку!
- Я тоже, – грустно отозвался Хоха. – Новые кроссовки.
- Это Родина, сынок, – подвёл итоги дня Тима, и все за-

смеялись.

Мысли по дороге с работы: сколько надо ходить пешком?

Наверняка многие слышали, что для здоровья сердца рекомендуется проходить десять тысяч шагов в день. Интересно, откуда появилась такая точная цифра?

Оказывается, в 1964 году одна японская компания разработала шагомер, назвав его «Манпо-Кей», что в дословном переводе означает «измеритель для десяти тысяч шагов». Громкое название было лишь маркетинговым ходом, хотя и основанным на небольшом исследовании молодого японского учёного Йоширо Хатано. Получается, что рекламный слоган стал своего рода медицинской аксиомой. Но насколько это актуально в наши дни?

Разобраться в этом вопросе попытались учёные из Гарвардской медицинской школы. Они провели крупное исследование, в котором приняли участие почти семнадцать тысяч женщин в возрасте от шестидесяти двух до ста одного года. Людям в таком возрасте бывает трудно ходить, и десять тысяч шагов могут оказаться слишком серьёзной нагрузкой. Тем не менее, все участники эксперимента в течение четырёх лет были достаточно активны. При этом учёные добились чистоты эксперимента – волонтёры не имели серьёзных заболеваний, и даже если ходили

меньше остальных, причиной этого не было плохое самочувствие.

Оказалось, что явная разница в продолжительности жизни начинается на уровне четырёх тысяч четырёхсот шагов в день. Ежедневно проходившие не меньше этого расстояния жили значительно дольше тех, кто проходил меньше. Но самая большая продолжительность жизни зафиксирована у тех, кто проходил в день семь с половиной тысяч шагов, что в среднем составляло около четырёх километров. А вот большая дистанция уже не сказывалась на продолжительности жизни.

В последнее время учёные меняют отношение к физической нагрузке. Если ещё недавно нас зазывали на турник, советовали в любом возрасте бегать и осваивать велосипед, то сейчас они стали более осторожны в своих рекомендациях. Ведь суставы, мениски, позвоночник в этом случае вынуждены выдерживать немалую дополнительную нагрузку. Не стоит забывать и о травмах, которые нередко получают не только во время занятия экстремальными видами спорта, но и в спортивном зале.

Получается, что самая физиологичная и самая безопасная нагрузка – это ходьба. И если кто-то думает, что это легко, пусть попробует пройти пять километров в день по пересечённой местности, хотя бы в течение недели. А если взять в руки палки и перенести часть нагрузки на верхний плечевой пояс, ходьба станет скандинавской, а количество мышц, вовлечённых в процесс, превысит девяносто процентов.

В ординаторской

Большую половину жизни доктор проводит на работе. Пять дней в неделю, с утра и до вечера, а если ты врач стационара, то ещё несколько суточных дежурств и непредвиденных задержек до позднего вечера. Набегают солидное количество часов в неделю, в месяц, в год. За жизнь, наконец.

В отличие от других профессий, врачи на работе спят, принимают душ, держат в ящике стола дежурный комплект свежего белья и зубную щётку. Со временем работа становится филиалом дома. Если при этом ты ещё и хирург, можешь смело умножать всё перечисленное на два.

Скромные зарплаты заставляют многих работать на нескольких ставках, в одном или разных местах. Особенно это было актуально в начале двухтысячных, когда отечественная медицина переживала депрессивные времена. В те годы я знал одного реаниматолога, который брал семнадцать суточных дежурств в месяц.

Это означает, что после суток он, в лучшем случае, отдыхал день, а утром выходил на следующие сутки, в худшем — ехал с одного суточного дежурства на другое. Вынести такую нагрузку может только молодой организм, мотивированный необходимостью купить квартиру в ближнем Подмосковье.

Когда ты долго работаешь в одном месте, особенно если это крупная больница, через несколько лет у тебя появля-

ется несколько сотен друзей и знакомых. Ты знаешь в лицо медсестёр из из отделения искусственной почки и физиотерапии, обращаешься по имени-отчеству к коллеге из стоматологии, до которой тебе идти не меньше десяти минут через всю территорию клинического городка. Если ты не отказал в просьбе, качественно проконсультировал больного и несколько раз смешно пошутил, двери в это отделение отныне для тебя открыты. Можешь спокойно попросить в долг бутылку, когда забыл про чей-нибудь день рождения, или зайти на консультацию с выписками знакомых, которым срочно нужна помощь. Эти походы отнимают немало рабочего времени, но ведь «ты же врач».

У медали есть и обратная, более приятная сторона. Если у тебя самого где-то закололо, затянуло, заболел зуб или случилась бытовая травма, ты даже не вспоминаешь про поликлинику. Достаточно набрать номер и сказать: «Привет!» И вот ты уже сидишь в кресле, в то время как твои воспалившиеся ЛОР-органы изучает самый современный эндоскоп.

Старшие товарищи научили меня шутке, в которой скрыта своя сермяжная правда. Это своего рода классификация трудового стажа врача большого стационара.

Первая стадия: ты никого не знаешь, и тебя никто не знает.

Вторая стадия: ты всех знаешь, а тебя никто не знает.

Третья стадия: ты всех знаешь и тебя все знают.

И, наконец, четвёртая стадия: тебя все знают, а ты уже

никого не узнаёшь.

Четвёртая – это про старожилов, хранителей традиций и секретов твоей больницы. Я всегда с интересом рассматривал фотографии из архива отделения, который бережно хранится там, где уважают свою историю. Вот уважаемый профессор N, который сегодня умудрён сединами, молодой и с горящими глазами делает пациенту гастроскопию железным, негнушимся гастроскопом. Из стеклянной капельницы по толстой многоразовой системе бежит в вену физраствор. На дворе начало семидесятых, медицина совершает гигантский рывок в будущее, и у него, и у неё ещё всё впереди.

В каждом отделении, в каждой ординаторской свой микроклимат. Реальные истории, происходившие здесь когда-то, со временем обрастают фантастическими подробностями и становятся байками. В какой-то момент уходит на пенсию последний живой свидетель того, как это было на самом деле. Хотя и он со временем перестал опровергать налипшие за годы лишние детали, ведь с ними история стала даже интереснее. И всё, теперь произошедшее официально перешло в разряд мифов, самостоятельно гуляющих по клинике.

– В больнице удивительно быстро пролетает целая жизнь, – сказал мне однажды очень уважаемый и очень пожилой доктор. – Кажется, только что ты пришёл подающим надежды специалистом, и вот уже рассматриваешь в зеркале седые виски. Ещё немного, и пора собираться на пенсию.

Ординаторская – сакральное место для больных и медсестёр. И те, и другие заходят сюда с должным уважением. Старшая медсестра на правах руководителя бывает в ординаторской чаще, и это увеличивает её авторитет в коллективе. Санитарки нередко топчутся у двери, не решаясь зайти.

Терапевтическая ординаторская отличается от хирургической.

– Это половой вопрос – шутит мой коллега.

В терапии намного больше девушек. Именно они создают ту приятную атмосферу с домашними нотками, которую сразу же ощущаешь, заходя в гости. А вот в реанимации даже девушки не могут исправить ситуацию, напряжённый режим работы и суточный график оставляют ординаторскую холодной и неприветливой. Скорее, прилетающая на смену фея, вместе с шампунями и коробочками с едой приносит с собой уют, и забирает его, сдавая дежурство. Совсем другое дело – ординаторская в дерматологии. Здесь всё утопает в книгах и атласах, пахнет свежесваренным кофе, обстановка располагает к долгой, философской беседе. Коллеги шутят, что у дерматологов больные никогда не умирают, но и не поправляются до конца, поэтому неторопливость и основательность с нотками лёгкого релакса – отличительная черта местного климата. Яркий контраст с обителью кожных создаёт врачебная берлога в травматологии или абдоминальной хирургии. Это царство канадских лесорубов, где запросто можно обнаружить скомканный хирургический костюм

на столе или плесневый сыр в холодильнике. Если в отделении нет хорошей сестры-хозяйки, пиши пропало, ординаторская запросто может зарости мхом.

А ещё на двери ординаторской могут проявляться шуточные таблички. В пору студенческой юности один из хирургов, с которым я оставался на дежурства, был сильно раздражён обилием шоколадных конфет, которые преподносили ему в качестве подарка за лечение. Получив очередную коробку, он не выдержал и что-то распечатал на скрипучем матричном принтере. Подойдя к двери через полчаса, я увидел приклеенный на скотч файл. Табличка сообщала непонятливым родственникам: «Конфеты не пьём».

Много позже на работе мы стали жертвами розыгрыша коллег. Проходя утром к сестринскому посту, я заметил, что табличка с надписью «Ординаторская» исчезла, на её месте висел старый, ещё советских времён железный указатель: «Ванная».

Иногда ординаторская становится домом в прямом смысле слова. Один доктор из терапевтического отделения собрался разводиться. А так как жить ему было негде, пришлось на какое-то время переехать в ординаторскую. Утром он шёл в магазин, покупал батон нарезного, сыр и колбасу. Делал несколько бутербродов, заворачивал в фольгу и убрал в ящик рабочего стола.

О том, как он обедал, до сих пор ходят легенды. Пережевав всухомятку несколько бутербродов, он открывал тум-

бочку, отворачивал крышку с большой банки растворимого кофе, залезал в него ложкой, и неожиданно высыпал гранулы прямо в рот. Туда же отправлялись два куска рафинада. Доктор подходил к раковине, открывал горячую воду, надувал щёки и примерно минуту перемешивал во рту эту субстанцию. Затем проглатывал, садился за своё рабочее место и, вытерев рот салфеткой, удовлетворённо заявлял: «Ну вот и пообедали». Через минуту уже всю щёлкали клавиши клавиатуры: принявший пищу доктор принимал очередного пациента. Что это было? Внутренний бунт, желание уколоть бывшую жену, которая довела его до таких страданий или магический момент рождения ещё одной байки из ординаторской, коими живёт и питается больница? Я голосую за второй вариант ответа.

Нередко именно в ординаторской между коллегами вспыхивает искра, со временем выжигающая страницу в паспорте. Медицинский брак – вещь в наших местах очень распространённая. Он, как правило, доктор, а она может оказаться и врачом, и клиническим ординатором, и медицинской сестрой: старшей, постовой или операционной. Как говорится, за каждым из вариантов далеко ходить не надо, достаточно постучаться в соседнюю дверь. Кстати, младшая сестра ординаторской – сестринская. Почему-то все самые весёлые праздники и дни рождения проходят именно там.

Вечером, когда ты задерживаешься на работе или дежуришь, в ординаторской, наконец, воцаряется тишина. Шум-

ный день откатывает, как отлив, пациенты стучатся всё реже, дежурная медсестра занята выполнением вечерних назначений. Удивительным образом замолкает телефон. Если выдалась свободная минута и никого не требуется спасать, можно откинуться на кресле; заварить крепкий чай и медленно покачиваться, наблюдая, как секундная стрелка кварцевых часов неумолимо отсчитывает время.

Мысли по дороге с работы: ты же врач

Мои знакомые уверены – каждый доктор знает, как не заболеть, а если и заболел, то сразу же себя вылечит.

Откровенно говоря, в юности точно также думал я сам. Это, вместе с желанием быть героем в белом халате и оттого нравиться девушкам, послужило причиной, почему я выбрал профессию врача. Если со вторым я не ошибся (по данным недавно опубликованного исследования, женщины считают хирургов самыми сексуальными мужчинами), то с первым всё вышло не совсем так. Болею я не реже, а может быть, и чаще, чем обыватели, ведь стационар – то самое место, где собирается инфекция. А ещё врачи не очень любят лечиться.

Это нетрудно объяснить. Человек, пять дней в неделю посвящающий работе, в выходные хочет переключиться на другие дела. А лечить самого себя означает снова погрузиться в работу, те же

таблетки, градусники, диагностический поиск. Может быть, сапожник из народной поговорки ходил без сапог именно потому, что шить себе сапоги по выходным не очень хотелось?

К тому же ещё в институте преподаватели передавали нам свой опыт: врач не должен лечить себя сам! Чтобы не пропустить важное и не притянуть за уши ненужное, необходимо доверить себя другому эскулапу. Но как? Представим себе автомеханика, который доверяет перебрать двигатель у своего автомобиля другому мастеру. А вдруг он ошибётся?

Тем более, когда врач становится пациентом, что-то обязательно идёт не так. Я сам неприятно морщусь, узнавая, что мне предстоит оперировать врача. Ведь он сам лучше знает, какие таблетки принимать и на какой день назначать операцию. А ещё намного чаще случаются осложнения, об этом я расскажу позже.

Ещё один важный момент – неприятное воспоминание, связанное с постановкой диагноза самому себе. Большинство из нас проходили через своеобразное боевое крещение, которое в медицинских кругах называют синдромом третьего курса. Именно в это время ты набираешь достаточное количество знаний, чтобы начать применять их на практике. На теорию наслаивается первый по-настоящему клинический предмет – пропедевтика внутренних болезней. Неудивительно, что первым «кроликом», на котором оттачиваются новые навыки, становишься ты сам. Кто-то находит у себя туберкулёз, кто-

то опухоль мозга, я быстро и чётко нашёл в собственном организме злокачественную болезнь крови – лимфопролиферативное заболевание. Конечно, оно оказалось плодом моей фантазии, но осадочек, как говорят, остался.

Раненое сердце

Первое, что приходит на ум, когда обыватель представляет работу кардиохирурга – это ножевое ранение в сердце. На носилках летящей в больницу Скорой бледный мужчина с красным пятном на футболке. Бригада ждёт, нужно как можно быстрее вскрыть грудную клетку, зажать пальцем струйку крови и наложить несколько швов на работающий миокард. К счастью, ранения случаются гораздо реже, чем другие сердечные болезни, а пострадавшие не сосредотачиваются в окрестностях кардиохирургических клиник. Поэтому ушивание раны сердца – общехирургическая манипуляция, которую чаще всего приходится выполнять дежурным хирургам городских больниц. Конечно, в багаже каждого кардиохирурга тоже есть несколько таких волнительных операций. Не потому, что ушить ранение сердца сложно, скорее из-за быстро развивающегося грозного осложнения – тампонады сердца.

А всё из-за того, что природа предусмотрительно положила сердце в сумку. Сердечная сумка, или, как её часто называли в старых учебниках, сердечная сорочка – это перикард, оболочка из соединительной ткани, изолирующая предсердия и желудочки от окружающих органов. Как и у любой другой сумки, вместимость сердечной сумки ограничена. Если в миокарде появилась дырка, кровь быстро наполняет замкну-

тую полость и начинает сдавливать само сердце. Теперь счёт идёт на минуты: пациент бледнеет, теряет давление, пульс становится частым и слабым и, если быстро не эвакуировать кровь из перикарда, сердце остановится. Поэтому нужно либо быстро подать больного в операционную, либо, если времени не остаётся, выполнить прокол (пункцию) перикарда, установить в его полость дренажную трубку и удалить лишнюю кровь.

Чаще всего приходится выполнять эту манипуляцию где-нибудь на реанимационной кровати, в перевязочной, приёмном отделении или даже в палате. Обычно вокруг много людей. Суетится взволнованный лечащий врач. Стараясь удержать давление, работает с дозаторами реаниматолог. Эхокардиографист напряжённо водит датчиком по грудной клетке. Поодаль толпятся услышавшие про неотложный случай практиканты. Пациент тем временем начинает сереть и медленно «отключается».

Самое неприятное, что ещё пару минут назад ты расслабленно сидел в ординаторской с чашкой кофе в руках или беседовал в палате с недавно поступившим пациентом. А теперь, запыхавшийся, примериваешься к точке на груди неизвестного тебе умирающего человека, который, как назло, оказался полным.

– Конечно, – шепчешь ты мысленно провидению, – нет, чтобы послать мне в понедельник с утра подтянутого спортсмена, которому можно загнать иглу в перикард с закрытыми

глазами. Получите, распишитесь – добряка, у которого даже межрёберные промежутки утонули в глубинах жировой клетчатки.

Приходится двигаться медленно, по миллиметру, то и дело поглядывая на экран ультразвука. С опытом руки привыкают определять момент, когда игла упирается в перикард, здесь нужно нажать посильнее, чтобы его проткнуть, и сразу остановиться, иначе спасительная процедура может закончиться ещё одним ранением сердца. Но нет, перикард пройден, поршень шприца на себя, в него поступает тёмная, застоявшаяся кровь. Теперь быстро вставить в иглу пластиковый проводник и заменить её на мягкий катетер, через который предстоит забрать отделяемое. Четыреста лишних миллилитров перемещаются из полости перикарда в литровую банку, и пациент оживает на глазах: кожа розовеет, давление повышается, пульс, наоборот, становится чётким и размеренным. Победа! Пусть временная, зато такая важная. Не хочется даже думать, как бы складывалась ситуация, если бы попасть в полость перикарда не получилось с первого раза. Теперь предстоит следить за развитием событий: насколько быстро кровь будет оттекать по дренажу. Если повежёт, мышечные волокна сместятся друг относительно друга, тромб прикроет дефект, и кровь больше не будет поступать из сердца в окружающую его полость. В этом случае на следующий день я удалю катетер, и он забудет о своём ранении, которое пройдёт для него практически бесследно. Если же

кровь продолжит поступать в быстром темпе, значит, отверстие в сердце большое и самостоятельно не закроется. Пациента экстренно подают в операционную, предстоит следующий акт сердечной драмы – ушивание раневого дефекта.

Вооружённые конфликты внесли в лечение ранений сердца новый опыт. Как оказалось, немалая часть кровотечений после ранения способны остановиться самостоятельно. Дефект в стенке желудочка или предсердия прикрывает тромб, излившаяся в полость перикарда кровь со временем превращается в фибрин и рассасывается. Удивительно, но нередко в этом случае не требуется не только открытая операция, но и пункция перикарда.

Однажды меня пригласили в приёмное отделение к пострадавшему с осколочным ранением брюшной и грудной полости. Операция на животе была выполнена на предыдущем этапе, в плевральную полость был установлен толстый дренаж. Зато в межжелудочковой перегородке по данным компьютерной томографии светился осколок. Я вызывал ЭхоКГ, вместе с дежурным специалистом мы внимательно смотрели на экран: акустическая дорожка от металла была хорошо видна, но намного важнее, что мы увидели исходящий от перегородки в полость желудочка тромб. Он свободно болтался в просвете и легко мог улететь с током крови в жизненно важные органы: в артерии головы, вызвав полушарный инсульт, в кишечник – спровоцировав острый тромбоз артерий кишечника, в ногу или руку, став причиной

угрожающей ампутацией острой ишемии.

– Похоже, сейчас нам придётся экстренно оперировать, – переглянулись мы с коллегой.

Пока пациента готовят к операции, я обдумываю, как лучше удалить тромб. Разрезать стенку желудочка опасно, можно повредить артерии и проводящую систему, вызвать инфаркт, не хочется таких серьёзных осложнений для молодого парня. Теоретически я смогу дотянуться до тромба, вскрыв аорту и пройдя зажимом через аортальный клапан, на остановленном сердце его створки прижаты к стенкам аорты, и я не должен их травмировать. Длинным инструментом через аорту можно постараться наложить несколько швов на место ранения межжелудочковой перегородки.

Тем временем пациент начинает предъявлять жалобы на мурашки и боль в правой ноге. В ходе дополнительного осмотра выясняется, что пульсация на стопе значительно снижена. Через несколько минут на месте появляется специалист по ультразвуку сосудов: датчик наложен на бедро, и на экране чётко просматривается препятствие, практически полностью перекрывающее кровоток в бедренной артерии. Я звоню на мобильный сосудистому хирургу: нужна срочная консультация.

Через десять минут становится понятно, что план операции меняется. Сначала необходимо спасти ногу, которая находится в острой ишемии (выяснилось, что онемение и тянущие боли в ноге появились практически сразу после ране-

ния), и только вторым этапом удалять тромб из сердца.

– Значит, будем работать двумя бригадами, сосудистая на ноге, кардиохирургическая на груди, – говорю я анестезиологу, чтобы он мог правильно рассчитать время операции и необходимую дозировку препаратов.

Через полчаса всё готово и нас приглашают в операционную. Коллеги намываются и начинают работать, а мы с ассистентами любопытствуем из-за их спин: хочется посмотреть на тромб в сосуде, чтобы заранее представлять, с чем мы можем столкнуться в сердце.

– Какой же был изначально сердечный тромб, если оторвавшийся от него фрагмент смог полностью перекрыть бедренную артерию? – шёпотом спрашивает у меня ассистент.

– Большой, судя по всему. Мы сложим их вместе: фрагмент, который болтается в сердце, и тот, который улетел в ногу, и получим изначальный размер, – отвечаю я, наклонившись. Тем временем коллеги уже выделили бедренную артерию и взяли её на держалку.

– Вот место, где артерия перекрыта, – показывает пинцетом оперирующий хирург. – Мы готовы пережать бедренную артерию, засекайте время.

Теперь коллегам надо работать быстро, нога и так находится в ишемии, и полное пережатие артерии не пойдёт ей на пользу.

Вот хирург берёт скальпель, надсекает артерию, из которой начинает рождаться... металлический осколок.

– Это не тромб, это железка, – говорит доктор. Но мы и сами теперь это видим. Большой кусок металла, который залетел через спину, попал в сердце и вылетел из него с током крови, готовый закупорить одну из крупных артерий.

– Значит, в межжелудочковой перегородке лишь его маленький фрагмент, – вслух размышляю я. Место дефекта закрыл тромб, а основной кусок улетел в ногу. Тем временем осколок удалён, артерия зашита, и мы можем работать на груди. Вскрыв перикард, нахожу там небольшое количество старой крови – не более ста миллилитров. Убираю её и подключаю искусственное кровообращение. Теперь предстоит пережать аорту и быстро её разрезать, чтобы залить останавливающий сердце раствор прямо в устья коронарных артерий.

– Сорок пять секунд, сердце остановлено, – говорит анестезиолог.

Хороший результат, ведь миокард молодой и артерии не поражены атеросклерозом. Первым делом осматриваю все стенки, чтобы найти входное отверстие. Осколок попал со спины, поэтому я выворачиваю сердце и внимательно изучаю его заднюю поверхность. Стоп! Вот округлое отверстие с рваными краями на диафрагме. Значит, он зашёл даже не из плевральной, а из брюшной полости.

– Всё правильно, – подтверждает ассистент. – Ведь на предыдущем этапе раненому выполняли лапаротомию и ушивали левую долю печени.

– Итак, инородное тело прошло через печень и диафрагму, и вот, – показываю я пинцетом на входное отверстие на задней стенке левого желудочка. Как раз между двумя крупными артериями, но они не повреждены.

– Отверстие крупное, как он не умер от тампонады? – спрашивает заглянувший в рану через ширму анестезиолог. Я поднимаю голову и вижу, что в операционной аншлаг: несмотря на вечерние часы, редкая и необычная операция собрала немало коллег.

– Отверстие затромбировалось, тем самым организм спас своего хозяина. Он потерял всего лишь сто миллилитров крови в перикард. Но, несмотря на это, мы обязаны его подстраховать, – говорю я, ушивая сначала дырку в диафрагме, а потом накладывая швы на прокладках на сердечную мышцу.

Впереди основной этап – удаление тромба. Против нас то, что аорта достаточно узкая, инструментом через клапан, прямо скажем, не развернуться. Но есть и плюс – я вижу тромб, и он расположен не так далеко, как мог бы.

– Главное – не повредить клапан, пациенту с ним жить да жить, – говорит мне под руку ассистент, но для того, чтобы ругаться, я уже слишком поглощён процессом: примерно через минуту, за которую я весь успеваю покрыться липким потом, мне удаётся ухватить тромб, поднести к его основанию ножницы и срезать.

Вот он, вытянутый, словно сосиска, полтора сантиметра длиной. Полтора сантиметра, которых за глаза хватило бы,

чтобы сделать парню полушарный инсульт.

Я выкладываю тромб на салфетку и прошу сестру зарядить атравматику на самый длинный щипковый иглодержатель. Место дефекта нужно зашить, чтобы тромб не появился повторно. Но до этого предстоит определиться, удалять ли небольшой, трёхмиллиметровый фрагмент осколка, который по данным ЭхоКГ и компьютерной томографии находится в толще перегородки.

– Это всё равно, что искать иголку в стоге сена, – говорит, заглядывая в распахнутую аорту, второй ассистент.

– Согласен, но мы должны предпринять хотя бы попытку, – отвечаю я, щупая пинцетом разорванный миокард в области ранения. Нет, мы сделаем больше вреда, распахивая важнейшую часть сердца, в которой проходят сосуды и проводящие пути.

Не без труда я накладываю непрерывный шов на межжелудочковую перегородку и, завязав на инструменте несколько узлов, заканчиваю основной этап операции.

На следующий день у меня начинался отпуск. Я отсыпался, а в середине дня узнал, что парень пришёл в сознание, дышит сам, но сегодня его оставят под наблюдением в реанимации. На следующее утро я уже собирался позвонить сам, как вдруг увидел по телевизору знакомые стены. Оказалось, что в нашу клинику приехала съёмочная группа одного из центральных каналов. Замерев, я смотрел на своего пациента, он сидел на кровати и рассказывал, что чувствует себя

неплохо, рад, что всё самое страшное позади. Я отложил телефон в сторону и пошёл на кухню пить кофе.

Мысли по дороге с работы: заведи своего врача

Мы привыкли обращаться к «своему» автомеханику, посещать личного парикмахера, звонить знакомому адвокату. А что насчёт врача? К кому лучше обращаться: к тому, у кого ближе открыта запись или к проверенному временем доктору, который, если даже вопрос не по его профилю, всё равно направит туда, где лучше. На этот счёт мне попалось любопытное исследование, результаты которого были опубликованы в «Британском медицинском журнале». Учёные впервые проследили зависимость состояния здоровья людей от их приверженности одному или нескольким врачам. Они провели мета-анализ двадцати двух исследований, проведённых в восемнадцати странах, среди которых были и государства с качественной системой оказания медицинской помощи, и развивающиеся страны с откровенно слабым общественным здравоохранением. Выяснилось, что в восьмидесяти двух процентах случаев продолжительность жизни пациентов, долгое время наблюдавшихся у одного врача, оказалась однозначно выше, чем у тех, кто предпочитал часто его менять. В роли подопытных выступали: семейный врач, которого предоставляло государство,

частнопрактикующий эскулап, с которым пациент заключал контракт, либо доктор – друг семьи. В результате у людей, которые предпочитали обслуживаться исключительно по полису медицинского страхования, по мере необходимости обращаясь в разные клиники, продолжительность жизни оказалась меньше. «Со временем между семейным врачом и пациентом складываются доверительные отношения, и пациент может, не стесняясь, спросить у врача то, о чём не стал бы спрашивать у доктора, которого видит в первый раз», – уверены авторы исследования. Ну а я в очередной раз понимаю, почему мои многочисленные друзья и знакомые предпочитают набрать мой номер, нежели открыть в телефоне электронную запись.

Улыбайся

Врачи любят коллекционировать в памяти смешные истории. Это помогает сбросить напряжение и разрядить напряжённую обстановку лечебно-профилактического учреждения. В ту благословенную минуту, когда консилиум уже принял своё решение и огласил его больному, лечащий врач увёл страждущего в палату, а участники действия ещё остаются сидеть на местах, в почёте циничные анекдоты и реальные случаи из практики.

Два раза в неделю я принимаю в госпитальной поликлинике. Люди на консультацию приходят разные, и, в силу специфики учреждения, иногда довольно интересные, что называется «с историей». И не только болезни. Однажды на прием пришел подтянутый семидесятилетний мужчина. Хоть и с палочкой, но ещё богатырь.

– Кем служили? – спрашиваю, поднимая глаза от медицинской книжки.

– Я лётчик-истребитель с хорошим налётом.

– Где летали?

– Шесть лет во Вьетнаме, например. Две Красных Звезды за него.

Тут я заинтересовался. Расскажите, говорю, что-нибудь этакое, из лётной жизни.

– Да многое было, – отвечает мой собеседник. – Вот, на-

пример, летал я вдоль океана. Задачи было две: позлить американцев и собрать сводку погоды. Как только я с нашей базы поднимался, с авианосца тут же стартовал американский истребитель, и так мы летали вдоль берега туда-обратно. Он меня пас, а я его. Ну через пару недель замечаю, что меня сопровождает один и тот же бортовой номер. Я взял бумагу, маркер и показываю ему, мол, подлети ближе. А мы и так летели метров сто друг от друга, а тут сблизились до пятидесяти. Я ему показываю заготовленный черновик: «What is your name?» Он мне типа, момент, копошится у себя в кабине, и лист показывает: «John. And you?» Ну я ему пишу – «Stanislav». В следующий раз он мне сразу заготовку достает «Hello, Stanislav!» А я ему «Hello, John!» Так и летали. А однажды он мне показывает, подлети, мол, ещё ближе, и куклу Барби голую достает. А у нас тогда чуть ли не казарменное положение было, с женщинами полная засада, ну и они об этом знали. И он мне показывает на эту куклу, вот нам вчера девочек привезли, и я ее и так, и эдак, а вам ведь нельзя, на голодном пайке сидите, знаю, сочувствую. Ты к нам, если что, приплывай, поделимся. Ну посмеялись и разлетелись. Гад такой!

Уже собираясь, Станислав хитро улыбнулся:

– А ведь не знал Джон, что раз в три месяца к нам приплывает корабль с большим красным крестом, а там такие красавицы-медсестрички. Его Барби отдыхает!

А ещё у каждого доктора есть история, связанная с фами-

лией пациента. Я не исключение.

Однажды на амбулаторном приёме в дверь постучал «следующий».

– Добрый день!

– Добрый!

– Можно зайти?

– Заходите.

Почему-то зависла программа со списком пациентов, и я не вижу фамилию следующего.

– Ваша фамилия?

– Добрый день!

– Да добрый, добрый, вечер уже, – начал слегка раздражаться я. – Фамилию свою скажите.

– Добрый день!

Я отвлёкся от компьютера и внимательно посмотрел на собеседника. Издевается? Перенёс инсульт на пороге моего кабинета? Или энцефалопат со стажем?

Нет, вроде адекватный мужик слегка за шестьдесят.

– Вы можете назвать мне свою фамилию? – железным голосом спросил я.

– Добрый день, – неловко улыбаясь, ответил пациент и быстрым движением положил передо мной медицинскую книжку.

В графе «фамилия» крупными буквами написано: «Добрыдень».

В другой раз меня вызвали в кардиореанимацию оценить

состояние больного с гидроперикардом – скоплением жидкости в сердечной сумке. Количество жидкости небольшое, состояние пациента стабильное, рассказываю ему об этом и спрашиваю в конце осмотра:

– Фамилию скажите, мне нужно найти вашу историю болезни на посту.

Обрадованный пациент продолжает благодарить:

– Спасибо!

– Да пожалуйста, пожалуйста. Фамилия-то как?

– Спасибо, – улыбается пациент.

Ясно, подумал я, пойду лучше узнаю всё у лечащего врача или медсестры.

И вот история в руках, и снова «Спасибо», но теперь уже в графе «фамилия». Как говорится, пожалуйста.

Моя любимая история – про кота. Тёплый летний день, мой кабинет на первом этаже консультативно-диагностического центра, огромное окно распахнуто в парк. Я только что отпустил предыдущего пациента и заканчиваю оформление электронной карты, в дверь стучат, и я, не глядя, разрешаю зайти.

Подняв глаза, вижу: по кабинету идёт мужчина средних лет, а рядом с ним, ласкаясь о брюки, вышагивает наглый кот.

Моему возмущению нет предела: я, конечно, всё понимаю, не с кем оставить животное, дальнейшие планы на день, но это всё не повод приходить в хирургический кабинет с

животным!

– Вы что, пришли на приём кардиохирурга с котом? – строго спрашиваю посетителя.

Пациент делает вид, что удивлён:

– Извините, доктор, но это ваш кот!

Я со всех сил сдерживаю готовые выплеснуться наружу эмоции:

– Мой? То есть вы считаете, что я, находясь в ясном уме и полном здравии (результаты диспансеризации прилагаются) веду приём пациентов с котом?

Я привстаю и буквально нависаю над успевшим присесть пациентом.

Удивление посетителя сменяется испугом:

– Доктор, я тоже не сумасшедший, у меня вообще аллергия на кошачью шерсть, я физически не мог взять с собой кота. Ваш кот прыгнул ко мне, как только я приоткрыл дверь.

Тут пациент громко чихнул.

– Ну вот, сейчас начну отекать, он закопошился в сумке в поисках антигистаминного.

Внезапно ко мне приходит разгадка. Кот, один из госпитальных дармоедов, вечно отирающихся около кухни, запрыгнул в окно в тот момент, когда я был поглощён работой. Незаметно прошмыгнув мимо меня, он бросился к двери и оказался у ног входившего в кабинет пациента.

В тот день мы ещё долго смеялись над этой кошачьей историей, сначала с Игорем (к слову, ему потребовалась опе-

рация, и с тех пор он регулярно приезжает ко мне на профилактические осмотры), потом с коллегами, допоздна заработавшимися в отделении. Не разделял нашего веселья лишь кот, недовольный тем, что его отправили туда, откуда пришёл – за окно.

Или вот ещё был случай. В своё время в нашем отделении лежал дедушка, у него были частые эпизоды желудочковой тахикардии, сопровождающиеся потерей сознания. По жизненным показаниям ему установили кардиовертер-дефибриллятор, прибор, который на самом деле спасает жизнь. Небольшая коробочка спрятана под мышцей в подключичной области, а исходящие от него электроды закреплены внутри сердца. Прибор день и ночь следит за сердечным ритмом, и стоит возникнуть жизнеугрожающей аритмии, как он моментально наносит электрический разряд, восстанавливая ритм. Мы предупреждаем пациентов, что может произойти громкий хлопок и внутренний удар, означающие, что прибор сработал. Но не все, особенно это касается пожилых, понимают и запоминают эту информацию. Через полгода пациенту предстоял контрольный осмотр, но они с женой появились раньше. Пригласил в кабинет, поинтересовался, как дела.

– Зачем вы вселили в моего мужа сатану? – строго спросила бабушка.

– Поясните, я вас не понимаю.

По мнению бабули, сразу после выписки её дед стал одер-

жимым. Началось всё в гараже, когда сын прислал родителям новый набор гаечных ключей. Старик аккуратно нёс открытый ящик к гаражным полкам, а бабуля командовала, куда их положить. Как вдруг – бах, дед крякнул и со всей силы метнул инструменты в потолок. Ключи и насадки разлетелись по гаражу, поцарапали старые Жигули, разбили банку бабушкиных огурцов.

– Ох, и грызла я его за это потом, – вспоминает бабушка. – Просила, чтобы такое больше никогда не повторилось. А он... – Тут женщина прослезилась.

В следующий раз подобное произошло на кассе. Дедушка аккуратно нес в руках большую коробку отборных яиц. Как вдруг – прямо перед кассой «закричал нечеловеческим голосом» и резко метнул яйца над собой. Потолок, покупатель, кассирша – всё в желтке!

– Мне бы под землю провалиться, лишь бы этой дурости не видеть, – причитала бабуля, а потом посоветовалась с кумой.

– Сатана – сказала ей кума. – Навели на него в больнице порчу, подселили к нему рогатого. Вот он и сатанеет. Отмалывать его надо, везти в дальнюю деревню на заговор.

Но и это не помогло, через месяц дедушка в гостях вылил прямо в лица гостеприимных хозяев стакан яблочного сока.

– Ну, если Сатаной называют наши ракеты, то почему бы не назвать и кардиовертер-дефибриллятор? – подумал я. Хотя, на самом деле в этих электрических разрядах была ис-

ключительно божественная сила. Проанализировав данные с устройства, мы выяснили, что каждый раз прибор срабатывал по делу, прерывая пируэт смертельно опасной аритмии.

Мысли по дороге с работы: почему мы хрустим пальцами?

Почему у нас хрустят пальцы, когда мы их разминаем, задумался я однажды, стоя в московской пробке. Имея медицинское образование, я не знаю ответа на такой простой бытовой вопрос. Пришлось срочно открывать интернет. Оказалось, что научные споры на эту тему велись десятки лет, уж совершенно точно с 1947 года, когда учёные впервые высказали предположение о появлении газовых пузырьков в полости сустава. Но получить доказательства теории в те годы было невозможно из-за отсутствия необходимой медицинской техники.

Теперь учёные могут использовать для фиксации изменений, происходящих в работающих суставах, функциональную магнитно-резонансную томографию (МРТ). От обычной МРТ функциональная отличается тем, что может фиксировать изменения органов и тканей не только в неподвижном положении, но и в динамике.

В ходе исследования они отобрали добровольцев, которые научились хрустеть пальцами, когда их об

этом попросят. Затем пальцы испытуемых помещали в специальную трубку, соединённую с тросом. Трос натягивали до тех пор, пока не раздавался типичный хруст. Вся процедуру в режиме реального времени фиксировал аппарат функциональной МРТ.

Оказалось, что каждый раз, когда сустав «хрустит», в синовиальной жидкости, заполняющей суставную капсулу, появляется синовиальный пузырёк. Он образуется из-за быстрого расхождения суставных поверхностей. В результате жидкость не успевает заполнить резко увеличившуюся в объёме полость и часть полости заполняется газообразной взвесью. Затем связки и плотная суставная капсула «тянут» кости пальца на своё место, объём суставной капсулы становится прежним, и синовиальный пузырёк с треском лопаётся.

Кстати, Шнобелевскую премию по медицине в 2009 году получил американский врач Дональд Уингер, который в течение шестидесяти лет хрустел пальцами, чтобы убедиться, что это не приводит к артрозу.

В страну викингов

Иногда работа врача может показаться рутинной. Даже в хирургии, научившись своей специальности, мы словно входим в колею, ежедневно совершая определённую последовательность действий. Утренний обход палат, осмотр недавно прооперированных больных, визит в реанимацию, несколько амбулаторных консультаций, возможность, как шутят терапевты, на несколько часов спрятаться от работы в операционной, обед, написание протокола операции, вечерний обход, консультации в других отделениях, изучение историй болезни, завершение рабочего дня. Описывая расписание заведующего, я упустил огромный пласт работы врача отделения – оформление медицинской документации. В работе доктора этот раздел может занимать не менее половины рабочего времени, хотя, кого я пытаюсь обмануть, скорее все семьдесят процентов. «Больные – это люди, которые отвлекают врача от грамотного оформления медицинской документации», – такая печальная шутка гуляет по стационарам и поликлиникам. Невольно вспоминаю, как я, клинический ординатор второго года, уже успевший утонуть в бумагах, впервые присутствовал на большом совещании с руководством клиники. Один из чиновников тогда говорил, что политика государства заключается в уменьшении бумажной нагрузки на врача, и в ближайшие годы количество «бума-

жек» значительно уменьшится. Однако что-то пошло не так, и сегодня их число увеличилось в несколько раз.

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.