



ПЕРЕЖИТЬ СМЕРТЬ

Мой учитель профессор Б. П. Кириллов часто любил повторять: «У хирурга во время операции не может быть случайностей». Признаюсь, глубинный смысл этой фразы мы, студенты Рязанского медицинского, уловили не сразу: уж слишком она была безапелляционной. И, несмотря на то, что Борис Павлович не раз принимался растолковывать суть своей любимой заповеди, все же я признался ему как-то, что она доходит до меня не совсем, кажется мне не очень реалистичной, что ли. Почему у хирурга не может быть случайностей? У всех может, а у хирурга нет?

Профессор ответил мне так: «Я говорю не просто о хирурге, а о настоящем хирурге, который должен предвидеть все. И случайность тоже».

Только теперь, наверное, я полностью осознал, что это означает.

Недавно вместе с близким приятелем, известным в Армении хирургом Генрихом Сепяном, мы вылетели в район по вызову санитарной авиации. Предстояла экстренная операция. Диагноз — запущенная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Все прошло успешно, и вдруг хирург тяжело вздохнул: «Накануне сделал подобную операцию, тоже человеку средних лет. Тот, я уверен, проживет сто лет. А этот не выдюжит».

Вернувшись из поездки, я вскоре узнал, что больной наш в самом деле скончался. Не выдюжил.

Я не мог успокоиться. Все вспоминал, как вместе с хирургом осматривали больного перед операцией. Лет сорок шесть. Из них почти двадцать пять болеет язвой. Остались, что называется, кожа да кости. Последние несколько месяцев буквально голодал. Стеноз начального отдела двенадцатиперстной кишки. Непроходимость пищи. Не делать операцию было невозможно. Хирург сделал, хотя знал: бесполезно. Не случайность привела к смерти, а закономерность: у организма не осталось сил, чтобы бороться с недугом после тяжелой операции.

Я снова выехал в тот район. Побывал на могиле нашего пациента. Побывал у родных и близких покойного. Подолгу сидел над историей болезни и амбулаторной картой. И наконец, мне кажется, добрался до истины.

Драматическая судьба человека, который практически всю свою жизнь только и знал, что лечился, меня, можно сказать, потрясла. Более двадцати раз госпитализировался. Значит, минимум столько же раз делали ему рентгеноскопию, рентгенографию. Столько же раз глотал барий — контрастное вещество. Профессии постоянной не приобрел. В армии не был. Женат. Двое детей, которые помнили отца всегда больным, нередко — страдающим от сильных приступов болей. Вызовы «скорой» в этот дом бывали столь частыми, что стали частью быта, обыденностью. Чуть ли не в каждом ящике шкафов валялись нераспечатанные или початые лекарства. По записям в медицинских документах и по пачкам лекарств насчитал в общей сложности около сорока различных названий.

В амбулаторной карте — записи-близнецы. Написаны они в разное время, разными чернилами, разным почерком, на армянском и на русском. Но всегда почти одно и то же. Развернутый полный диагноз. Несколько стереотипных фраз об основных жалобах. Назначения. И каждый раз в них не менее шести-семи лекарств. Всегда одни и те же анализы, одни и те же рекомендации. Чаще всего: «направить на стационарное лечение». И ни одной записи, хотя бы беглой: может быть, нужно показать больного хирургу? Мысль такая появилась лишь тогда, когда больной начал жаловаться на рвоту, когда появился стеноз, то есть полное закрытие просвета кишки. Все, теперь только операция. Принято считать, что врач, при стенозе не рекомендуемый хирургическое вмешательство, — аморальный человек. А до стеноза?

Направив больного в хирургическое отделение, лечащий врач назначил «общеукрепляющее». Логично. Нужно подкрепить организм. Но было поздно. Между тем терапевты вроде бы к смерти больного отношения не имели. А вот попал в руки хирурга — и погиб. И невдомек окружающим, что виноваты здесь все же, думается, терапевты.

В конце концов, не наша забота, в чьем «отраслевом» статистическом отчете окажется смерть. Куда важнее сама смерть. Была ли она, скажем, в нашем конкретном случае неизбежной, фатальной? Если нет, значит, нарушены основные принципы

медицины, которая, собственно, и существует для того, чтобы люди не умирали прежде времени. В этом, видимо, и состоит суть всей философии врачевания.

Наш больной мог бы жить, если бы операцию ему сделали своевременно, годы назад. Бывают, конечно, случаи, когда болезнь протекает скрыто. С таким коварным недугом бороться действительно порой невозможно. Но здесь — то совсем другое.

Врачи знали болезнь, наблюдали за больным, держали его на диспансерном учете. Все это длилось не год и не два — всю жизнь. В последние годы ясно видно, что консервативное лечение не помогает и не поможет. Мысль об операции уже возникла у намаившегося от мучений больного, у его родственников. Но лечащие врачи операцию все еще не предлагали.

Спору нет, никто «просто так» на серьезную операцию не решится. Особенно когда можно хоть как-то терпеть. Тут нужен совет доброго, знающего свое дело специалиста, его способности к сопереживанию и беспокойству за будущее, за благополучный прогноз. А вместо этого...

Вместо этого — нестройный хор врачей, знакомых, родственников, которые сомневаются, приводят противоречивые примеры, дают путаные, взаимоисключающие советы.

Брат покойного рассказывал: «Случалось, у нас дома собирались язвенники со всей округи, как обычно собираются родственники на семейные торжества. И невозможно было в такие моменты понять, о чем они говорят. Названия лекарств, имена медиков-специалистов, курортные города, адреса «магов-волшебников». Меня всегда удивляло, что среди всех этих людей, объединившихся общим несчастьем, никогда не было тех, кто сделал операцию и чувствовал себя нормально. А такие, знаю, были в районе. Их не допускали в свой «клан», видимо, для того, чтобы оправдать свою нерешительность, свой страх. Мы, родственники, тоже находясь под постоянным воздействием этих вот страстей, не решались что-либо предпринять, предлагать. Всегда думаешь — а Бог его знает, что получится! Еще погибнет под ножом. Терзайся потом всю жизнь, что своим советом угробил родного тебе человека. Врачи же твердых рекомендаций не давали...»

Встретился я и с лечащими врачами. По записям их было много. Более десяти. Каждый из них, судя по всему, брал у предшественников уже готовый, бесспорный диагноз и начинал все назначения сначала. Последний лечащий врач обратил внимание на появившийся у больного землистый цвет лица; а

когда у него к тому же возникли симптомы непроходимости, врач наконец направил пациента к хирургу.

Признаюсь, разговор и с этим лечащим врачом, и с его коллегами у меня не получился. Все-таки речь шла о конкретном трагическом случае. И я ловил себя на мысли, что коллеги все время оправдываются, словно перед ними следователь. Меня же — и как врача, и как писателя — в конечном итоге интересовали не столько детали болезни и лечения умершего человека, сколько судьбы живых людей. Я думал о них. Мне хотелось разобраться в сути проблемы. Обречен был человек или его можно было спасти? И, вернувшись в Ереван, я нанес визиты трем видным профессорам. Привожу записи, сделанные во время наших бесед.

Профессор П. П. Ананикян, заведующий кафедрой общей хирургии Ереванского медицинского института:

— Не секрет, что судьба больного во многом зависит от компетентности и даже характера лечащего врача. Потому-то и существуют медицинские каноны, которыми все мы должны строго руководствоваться. Например, если поставлен диагноз: острый аппендицит, то в течение ближайших двух часов больного нужно оперировать. Это закон, ждать тут нечего. Практически нет такого диагноза, для которого не были бы определены оптимальные сроки производства операции. На этот счет есть решения конгрессов, приказы министра и, наконец, накопленный опыт. Если, например, установлен диагноз: язва желудка, то непременно нужно оперировать уже в течение первого года.

— Скажите, Павел Петрович, не кажется ли вам, что в ряде случаев не должно быть никакого разграничения между терапевтами и хирургами? Простите за банальность, но Гиппократ и Авиценна были просто врачами. Это потом уж настала эра узкой специализации, которая, конечно же, необходима, но до какой степени? Не ударились ли сейчас в другую крайность, когда стали делить на части самую болезнь, сам диагноз? Возьмите ту же язвенную болезнь. Терапевты и хирурги вовсе не действуют согласованно, напротив, нередко они совершенно разобщены, а в конечном итоге страдает больной.

— Я давно сам ношусь с идеей о слиянии некоторых специальностей. И даже высказался об этом в печати. Готов повторить некоторые мысли. Вот мы пошли на узкую специализацию. Одно время, помнится, доходили до абсурда. Насчитывалось сто семьдесят три врачебные специальности.

Острословы говорили так: правую руку лечит один, левую — другой. В последние годы была создана гастроэнтерологическая служба. Дело правильное, нужное. Но в этой службе царствуют в основном консервативные методы лечения. Никто не сможет ответить, почему это так. Больной словно между двух огней. Вообще-то он знает, что рано или поздно его переведут к хирургу. Но рано или поздно? И потом: заболевание-то будет одним и тем же, а специалисты как бы разные. А почему? Почему бы, собственно, того же хирурга не назвать гастроэнтерологом, то есть специалистом, призванным избавить человека от конкретного недуга? Он будет с самого начала сам вести больного, сам изберет тактику и метод лечения. И сам же, если надо, когда подойдет срок, произведет операцию. И не будет тогда ни амбиций, ни самолюбия, ни борьбы за честь мундира — всего того, что так мешает лечению.

А вот мнение профессора С. Х. Авдалбекяна, ректора Ереванского государственного института усовершенствования врачей, заведующего кафедрой грудной хирургии и анестезиологии:

— Примеров можно было бы приводить множество. Но мне кажется, дело не в конкретных случаях, а в принципе. Есть статистика, с которой нельзя не считаться. Примерно каждое четвертое осложнение, возникающее в послеоперационный период, связано с запущенностью заболевания. Такова тенденция, закономерность. У больного абсцесс легкого. Со времен античной медицины существует принцип: если в организме гной, его нужно откачивать. А к нам больной поступает с прорывом абсцесса в полость плевры. Как же так, почему? Я считаю, что в таких случаях мы просто имеем дело с преступлением. Ибо можно было предвидеть беду и все сделать своевременно.

Вообще у нас почему-то довольно четко выполняются все приказы, когда речь идет о так называемой хирургии, то есть когда больной нуждается в срочной помощи в связи с травмой, несчастным случаем. Что же касается плановых больных, то тут внимание на сроки обращают почему-то редко, хотя есть многочисленные методические указания, которые обязывают своевременно направлять больных на хирургическое лечение. Но их мало кто выполняет. В результате больной ложится на операционный стол с таким опозданием, что бороться за его жизнь трудно, а порой и невозможно. Как бы ни старался врач,

какие бы искусные руки у него ни были, исход операции в конечном итоге больше зависит от потенциальных возможностей организма. Вот их-то и не остается при нарушении сроков оперативного вмешательства.

Профессор А. Л. Микаелян, директор Научно-исследовательского института кардиологии и сердечной хирургии:

— Тут приказами проблему не решить. Нужно менять структуру специализации, пересмотреть в чем-то саму систему организации здравоохранения. Нельзя допускать, чтобы один специалист рекомендовал одно, другой — другое. Нет ничего страшнее и в то же время нелепее запущенного случая. Порой мы вынуждены отказываться оперировать, чтобы не дискредитировать хирургическую науку. Чтобы другие люди не потеряли веру и надежду.

Встречался я и с другими ведущими медиками республики, с различными специалистами. Каждый из них вспоминал множество примеров из своей практики, когда больной поступал к ним поздно, с осложнениями. В блокноте появились записи и после бесед с пациентами, у которых по истории болезни можно было определить «запущенность случая». Приведу некоторые мысли, высказанные моими собеседниками.

...Думается, настала пора менять сущность «истории болезни», по которой нельзя толком определить ни характер болезни, ни характер больного. Нужна именно история, а не случайные записи: документ, который в полной мере отражал бы картину, портрет, что ли, болезни и больного. Документ, по которому можно точно определить: в такой-то момент явно настала пора оперировать. Или наоборот: необходимость в операции отпала.

...Вначале меня мучили сомнениями: «можно» или «нужно». Но при этом добавляли всегда: «подождем немного». Потом появились слова «необходимо», «непреренно». И положили на операционный стол, когда родилась фраза «нельзя не делать». Слава Богу, жив.

...Больной согласился на операцию лишь после того, когда ему дали прочитать (естественно, в доступной форме), чем может закончиться болезнь, если не оперировать.

...Из десяти врачей пять настоятельно рекомендовали родителям удалить гланды у ребенка, пять — решительно не советовали...

...Больному шестьдесят семь лет. Двадцать лет назад сделали операцию по поводу «зеркальной», или «целующейся», язвы

(язвы одновременно на передней и на задней стенках желудка). Лечащий врач, которого «ослушался» больной, в свое время назвал его предателем.

Нет, думается, ничего более страшного, чем противопоставление одной медицинской дисциплины другой. Мол, двадцать лет или даже тридцать лет подряд трудился над «случаем», лечил, выхаживал, а тут вдруг, выходит, больного спас другой специалист. Какая разница? Главная задача всех медиков вместе и каждого в отдельности — полное выздоровление пациента. Вот к чему надо стремиться и организаторам здравоохранения, и специалистам.