

УДК 616.8  
ББК 56.13  
М30

Henry Marsh

Do No Harm: Stories of Life, Death, and Brain Surgery

© Henry Marsh 2014. All rights reserved.

Под рецензией А. Звонкова

**Марш, Генри.**

М30 Не навреди. Истории о жизни, смерти и нейрохирургии / Генри Марш ; [пер. с англ. И. Чорного]. — Москва : Эксмо, 2019. — 384 с. — (Vombora Life. Когда одна книга — целая жизнь).

ISBN 978-5-04-102427-7

Совершая ошибки или сталкиваясь с чужими, мы успокаиваем себя фразами типа: «Человеку свойственно ошибаться». Но утешают ли они того, кто стал жертвой чужой некомпетентности? И утешают ли они врача, который не смог помочь?

Нам хочется верить, что врач непогрешим на своем рабочем месте. В операционной всемогущ, никогда не устает и не чувствует себя плохо, не раздражается и не отвлекается на посторонние мысли. Но каково это на самом деле — быть нейрохирургом? Каково знать, что от твоих действий зависит не только жизнь пациента, но и его личность — способность мыслить и творить, грустить и радоваться?

Рано или поздно каждый нейрохирург неизбежно задается этими вопросами, ведь любая операция связана с огромным риском. Генри Марш, всемирно известный британский нейрохирург, раздумывал над ними на протяжении всей карьеры, и итогом его размышлений стала захватывающая, предельно откровенная и пронзительная книга, главную идею которой можно уложить в два коротких слова: «Не навреди».

Для печати используется белая офсетная бумага, которая соответствует стандартам Лесного Попечительского Совета (FSC).

УДК 616.8  
ББК 56.13

© Иван Чорный, перевод  
на русский язык, 2014

© Оформление. Российская Федерация,  
ООО «Издательство «Эксмо», 2019

ISBN 978-5-04-102427-7

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . . .	9
1 Пинеалома . . . . .	11
2 Аневризма . . . . .	26
3 Гемангиобластома . . . . .	59
4 Мелодрама . . . . .	76
5 Невралгия тройничного нерва . . . . .	94
6 Angor Animi . . . . .	110
7 Менингиома . . . . .	127
8 Хориоидпапиллома . . . . .	155
9 Лейкотомия . . . . .	160
10 Травма . . . . .	173
11 Эпендимома . . . . .	189
12 Глиобластома . . . . .	204
13 Инфаркт . . . . .	217
14 Невротмезис . . . . .	232
15 Медуллобластома . . . . .	246
16 Аденома гипофиза . . . . .	252
17 Эмпиема . . . . .	259
18 Карцинома . . . . .	267

19	Акинетический мутизм . . . . .	277
20	Гибрис . . . . .	285
21	Фотопсия . . . . .	295
22	Астроцитомы . . . . .	317
23	Тирозинкиназа . . . . .	330
24	Олигодендроглиома . . . . .	343
25	Гиперпатия . . . . .	355
	Благодарности . . . . .	379

*Посвящается Кейт,  
без которой эта книга  
никогда не была бы написана*

Не навреди...

*Повсеместно приписывается Гиппократу  
с острова Кос, 460 год до н. э.*

Каждый хирург несет в себе небольшое кладбище, на которое время от времени ходит помолиться, — средоточие горечи и сожалений, где ему следует искать причины своих неудач.

*Рене Леруш,  
«Философия хирургии», 1951 год*

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Серьезно заболев и очутившись в больнице, мы, терзаемые страхом за свое будущее в ожидании пугающей операции, вынуждены полностью довериться лечащим врачам — по крайней мере, если этого не сделать, жить станет намного сложнее. Неудивительно, что мы нередко верим в сверхчеловеческие способности медиков: это отличный способ преодолеть страхи. Если операция проходит успешно, то хирург — настоящий герой, если же нет — то он преступник.

Действительность, разумеется, совершенно отличается от подобных представлений. Врачи — обычные люди, такие же как и все остальные. Многое из того, что происходит в больницах, зависит от случайностей — как счастливых, так и не очень. Будет ли исход операции удачным или нет, зачастую мало зависит от врачей. Знать, когда операцию проводить не стоит, не менее важно, чем уметь оперировать, и приобрести этот навык гораздо сложнее.

Жизнь нейрохирурга нельзя назвать скучной, и порой она приносит глубочайшее внутреннее удовлетворение, однако за это надо платить. Никто не застрахован от ошибок, и в конечном счете приходится жить с осознани-

## ГЕНРИ МАРШ

ем их последствий. Нужно учиться объективно оценивать то, что видишь, стараясь при этом не потерять человечность. В историях, приведенных в данной книге, рассказывается о моих попытках — иногда неудачных — найти золотую середину между необходимой отчужденностью и эмпатией, которой требует профессия хирурга, золотую середину между надеждой и реалистичным взглядом на вещи. Я ни в коем случае не хочу подорвать веру людей в нейрохирургов или, если уж на то пошло, во врачей в целом, но надеюсь, что моя книга поможет понять, с какими трудностями — зачастую не технического характера, а связанными с человеческим фактором — нам приходится сталкиваться.

## ПИНЕАЛОМА

редкая, медленно прогрессирующая опухоль  
шишковидного тела

Мне часто приходится разрезать головной мозг, и я ненавижу это делать. С помощью пары диатермических щипцов я зажимаю прелестные красные кровеносные сосуды, опутывающие изумительную поверхность мозга. Я делаю надрез небольшим скальпелем и вставляю в образовавшееся отверстие тонкий наконечник вакуумного отсоса: поскольку у мозга желеобразная консистенция, вакуумный отсос является основным инструментом любого нейрохирурга. Через операционный микроскоп я наблюдаю, как постепенно пробираюсь сквозь нежные белые ткани мозга в поисках опухоли. Идея о том, что наконечник отсоса прокладывает себе путь через человеческие мысли, эмоции и разум, что память и рассудок состоят из этой вот студенистой массы, — слишком странная для того, чтобы просто так принять ее. Все, что я вижу перед собой, — это материя, однако я прекрасно понимаю: стоит мне промахнуться и попасть не туда — то есть в так называемую функционально важную зону мозга — и когда я в следующий раз зайду в палату для выздоравливающих, чтобы оценить достигнутый результат, то увижу перед собой пациента, ставшего инвалидом.

Операции на головном мозге несут в себе огромный риск, и с помощью современных технологий его удалось снизить лишь в определенной мере. При проведении операций на головном мозге я могу использовать что-то вроде GPS — систему компьютерной навигации, для реализации которой на голову пациента направлены инфракрасные камеры (подобно спутникам, вращающимся вокруг Земли). Они видят хирургические инструменты, к которым прикреплены небольшие отражающие шарики. На экране компьютера, к которому подключены камеры, отображается положение инструментов в мозге пациента, которое сопоставляется с томограммой, сделанной незадолго до операции. Я могу проводить операцию на бодрствующем пациенте — под местной анестезией, благодаря чему мне удастся определить функционально важные зоны мозга, стимулируя различные его участки с помощью электродов. Анестезиолог предлагает пациенту выполнить разные простые задания, чтобы можно было понять, не наносим ли мы мозгу какой-нибудь вред в ходе операции. При операции на спинном мозге — еще более уязвимом, чем головной, — я могу использовать метод электрической стимуляции с применением так называемых вызванных потенциалов, чтобы получить предупреждение в случае угрозы паралича.

Однако несмотря на все эти современные технологии, нейрохирургия по-прежнему связана с серьезным риском для жизни и здоровья пациентов, а квалификация и опыт по-прежнему играют первостепенную роль в тот момент, когда инструменты погружаются в ткани спинного или головного мозга, — и я обязательно должен знать, когда следует остановиться. Зачастую лучшее, что можно сделать, — это позволить болезни протекать

естественным путем и отказаться от хирургического вмешательства. Наконец, не нужно забывать о воле случая: чем больше я набираюсь опыта, тем лучше осознаю, насколько успех операции зависит от банального везения.

\* \* \*

Был в моей практике пациент с опухолью шишковидного тела, которому предстояла операция. Философ Декарт, живший в XVII веке, являлся сторонником дуализма: по его убеждению, душа и тело — две совершенно отдельные сущности, причем душу он помещал именно в шишковидное тело. Именно здесь, говорил он, материальный мозг каким-то волшебным и мистическим образом взаимодействует с разумом и нематериальной душой. Не знаю, что бы он сказал, увидев, как мои пациенты смотрят на изображение собственного мозга на экране компьютера (а такое иногда происходит во время операции под местной анестезией).

Опухоль шишковидного тела — очень редкое заболевание. Она может быть как доброкачественной, так и злокачественной. При доброкачественной опухоли лечение не обязательно. Что же касается злокачественной формы, то ее лечат с помощью лучевой и химиотерапии, однако она все равно может привести к смерти человека. Раньше такие опухоли считались неоперабельными, но с появлением современных методов микрохирургии ситуация в корне изменилась. Теперь операция считается необходимой — по крайней мере для прове-

---

**Нейрохирурги смотрят на снимки головного мозга, демонстрирующие опухоль шишковидного тела, одновременно и с трепетом, и со страхом — подобно альпинистам, глядящим на вершину горы, которую они надеются покорить.**

---

дения биопсии и определения типа опухоли, чтобы можно было принять решение о том, как лучше всего лечить пациента. Шишковидное тело спрятано глубоко в мозге, поэтому такая операция, как говорят сами хирурги, — настоящее испытание. Нейрохирурги смотрят на снимки головного мозга, демонстрирующие опухоль шишковидного тела, одновременно и с трепетом, и со страхом — подобно альпинистам, глядящим на далекую вершину горы, которую они надеются покорить.

Пациенту, о котором идет речь, — а он был директором весьма крупной компании — лишь с большим трудом удалось осознать, что у него смертельно опасная болезнь и что теперь он не властен над собственной жизнью. Он полагал, что головные боли, не дающие ему спать по ночам, связаны со стрессом, вызванным необходимостью уволить множество сотрудников из-за финансового кризиса 2008 года. На деле же оказалось, что у него опухоль шишковидного тела вкупе с острой гидроцефалией. Опухоль мешала нормальной циркуляции спинномозговой жидкости в головном мозге, и скопившаяся жидкость привела к повышению черепно-мозгового давления. Без лечения этот человек ослеп бы и умер в считанные недели.

В дни, предшествовавшие операции, у нас с ним состоялось немало тяжелых бесед. Я объяснил, что связанные с операцией риски, которые включали в себя смерть или обширный инсульт, в конечном счете не шли ни в какое сравнение с рисками, возникающими в случае отказа от операции. Он старательно записал все сказанное мною в смартфон, словно наличие под рукой всех этих длинных терминов: «окклюзионная гидроцефалия», «эндоскопическая вентрикулостомия», «пинеалома», «пинеобластома» — вернет ему контроль

над ситуацией и спасет жизнь. Его беспокойство в сочетании с неприятным осадком, который остался у меня в душе после неудачной операции, проведенной за неделю до того, означало, что мне предстоит оперировать, испытывая сильный страх за конечный результат.

Вечером перед операцией я встретился с пациентом. Обычно, разговаривая с больными накануне операции, я стараюсь не акцентировать внимание на сопряженном с ней риске: он и без того подробно обсуждался во время предыдущих консультаций. Я пытаюсь подбодрить их и смягчить опасения, хотя в результате сам начинаю переживать куда больше. Гораздо проще проводить сложную операцию, если заранее сказать пациенту, что она невероятно опасна и что в любой момент что-нибудь может пойти не так. Тогда, если что-то действительно выйдет из-под контроля, чувство вины, вероятно, будет терзать меня не столь сильно.

Жена пациента сидела рядом с ним, ее лицо было белым от страха.

— Это рядовая операция, — произнес я с фальшивым оптимизмом.

— Но опухоль может оказаться злокачественной, не так ли? — спросила она.

С некоторой неохотой я подтвердил, что это возможно. Я объяснил, что во время операции возьму образец ткани, который немедленно изучат специалисты. Если выяснится, что опухоль доброкачественная, то мне не придется выскабливать все до последней частицы. А если окажется, что мы имеем дело с так называемой герминомой, то мне и вовсе не придется ее удалять: с большой вероятностью полного выздоровления можно будет добиться с помощью лучевой терапии.