



## Глава 1

### **3** НАКОМСТВО

---

Шесть лет института и два года ординатуры (специализации) по хирургии остались позади. Наконец я получил долгожданный сертификат специалиста и стал настоящим врачом с правом оперировать самостоятельно.

Я рвался в бой: жаждал резать и шить не под пристальным присмотром профессорско-преподавательского состава кафедры хирургических болезней, а сам!

Можно было остаться в городе, но юношеский максимализм взял вверх над здравым смыслом, и я поехал работать на периферию — мне казалось, что начинать надо там, где я буду один на один с больным и не будет ни доцентов, ни профессоров, а в лучшем случае — только опытный завотделением (хотя в большинстве сельских лечебных учреждений того времени была всего одна ставка хирурга). Я думал, что именно так можно хорошо развить клиническое мышление.

До этого, во время учебы в институте, мне приходилось ездить «в район» на практику. Там я впервые и познакомился с местной медициной. Меня подкупил тот факт, что на периферии работали специалисты широкого профиля, которые могли оказать практически любой вид экстрен-

ной помощи — от общей хирургии до нейрохирургии. Там врачи были универсалами.

Ведь в многопрофильных стационарах мегаполисов как все устроено? Привозят, к примеру, пострадавшего в автокатастрофе. Он без сознания. Ему тут же назначают массу анализов, делают необходимые исследования, созывают специалистов — человек шесть, не меньше. Если случай сложный — собирают консилиум, приглашают профессора. Все! Диагноз есть, пострадавший отправляется на операцию — или не отправляется, в зависимости от ситуации.

А «в районе» работают совсем по-другому. Там ты один, в лучшем случае вас двое, и если совсем уж повезет — трое хирургов. А из диагностических аппаратов — только ГПУ: глаз, палец, ухо. К слову сказать, там, куда я попал, не было ни УЗИ, ни эндоскопии. Сама аппаратура имелась, но не было операторов: кто ж в глушь добровольно поедет?

Мы, конечно, выучили специалистов, а они через год смылись в город. Из всей диагностической техники у нас работал один старенький рентгеновский аппарат, да и он постоянно ломался. Остальное — ГПУ.

Еще на интернатуре к нам для обмена опытом приезжали студенты и преподаватели из Японии. Мы с гордостью демонстрировали им свое искусство пальпации (ощупывания), аускультации (выслушивания), перкуссии (выстукивания). Они стояли, открыв рот, а потом спросили: «Зачем?» Тут уж мы удивились: «А как иначе?» — «Так есть же УЗИ, рентген, компьютерный томограф, ядерно-магнитный резонанс, для чего впадать в крайность и использовать методы позапрошлого века?»

Конечно, у нас уже работал и ультразвук, и рентген, начинала развиваться и эндовидеодиагностика (лапароскопическая и токакоскопическая диагностика, когда вводят специальные манипуляторы со встроенной видеоскопией в брюшную или грудную полости и смотрят по телевизору внутренние органы) и лечение. Но это не было так

широко распространено в нашей стране, как в Японии, поэтому нас учили диагностировать без приборов.

Был 1995 год, страна стояла на ушах, и ни к медикам, ни к учителям уже не относились так почтительно, как в советское время. Но мне повезло: хоть я и попал в медвежий угол, но сразу по приезду получил благоустроенную квартиру, причем с условием: отработаю три года — и смогу ее приватизировать.

В южных районах Амурской области все еще жили как при социализме. Сохранилось 15 совхозов и колхозов, работали многие госпредприятия. Безработица только-только подбиралась к этим местам.

На заливных лугах паслись коровы, на свиноферме хрюкали свиньи, а на птицефабрике кудахтали куры. На домах сохранились надписи «Слава КПСС», «Слава Октябрю», «Пролетарии всех стран, соединяйтесь», а дедушка Ленин, хоть и выцветший, все еще протягивал руку с многочисленных плакатов, коими были украшены здания госучреждений, а возле его памятника на центральной площади поселка лежали цветы. Одним словом, социальный фон в поселке был относительно благополучным.

Вот в этом райском, но отдаленном от больших городов краю я собирался провести ближайшие три года. Моя семья — жена и дочка поддержали меня в желании уехать работать в сельскую местность. Пусть дочка растет на свежем воздухе, здоровой пище и деревенском молоке.

Прибыл я в начале июля. Главврач Николай Федорович Тихий вручил мне ключи от квартиры и дал три дня на обустройство. Я уложился в один и сразу вышел на работу — так мне хотелось спасти кому-нибудь жизнь или хотя бы здоровье.

— Ты уже восьмой хирург за последние три года, — сообщил мне заведующий хирургическим отделением Ермаков Леонтий Михайлович, пятидесятилетний мужчина с уставшим лицом.

Он был единственным врачом отделения.

— Как? — изумился я. — Восемь хирургов за три года? А что тут, аномальная зона?

— Да нет, — грустно улыбнулся доктор. — Трудностей испугались.

— Ну, я трудностей не боюсь, — самоуверенно заверил я. — Вот, вышел раньше на два дня.

— Хорошо, — спокойно сказал заведующий. — Сейчас введу тебя в курс дела, и валяй! А я тогда с сегодняшнего дня в отпуск ухожу, три года не был.

— Отлично! — обрадовался я.

«Как все замечательно складывается, не успел выйти и сразу становлюсь самостоятельным. Ни тебе профессоров, доцентов, даже завотделением — и тот в отпуск уходит. Ура! Сбылась мечта!»

На деле все оказалось не таким радужным. Отделение было рассчитано на пятьдесят коек, из них двадцать «чистых» (здесь лежали больные без гнойного воспаления и гангрены), размещавшихся на втором этаже трехэтажного корпуса, и тридцать «грязных» (с нагноением и гангренами) на третьем этаже. На первом этаже была поликлиника с рентгенкабинетом и наша ординаторская.

— А почему такие узкие лестницы? — поинтересовался я у Леонтия Михайловича. — И где лифт? Как вы тяжелых больных подымаете в отделение?

— Лифта нет. А больных на носилках по лестнице заносим, — спокойно объяснил Ермаков.

— Но тут же узко. Носилки не развернуть.

— Ничего, научишься, привыкнешь.

— Научишься? — переспросил я. — А что, у вас санитаров нет?

— Нет, — улыбнулся Леонтий Михайлович. — Сами с сестричками и корячимся, таскаем. Это здание строили как общежитие и лишь в последний момент кто-то наверху из районного начальства решил, что надо этот корпус под хирургию отдать. Перестраивать уже что-либо оказалось поздно, там уже отделявали все. Так и мучаемся.

— Теперь начинаю понимать, от чего ваши хирурги убежали.

— Это еще цветочки, — грустно заметил заведующий.

— Какими ж будут ягодки...

— Сдрейфил? — подмигнул мне завотделением.

— Еще чего! Надо таскать — потаскаем, — не особо бодро ответил я.

Не то чтобы я мечтал поднимать на второй и третий этажи хирургических больных на носилках, которые с трудом проходят в узкие проемы, но назвался груздем — полезай в кузов.

Ермаков не обманул — самое тяжелое было впереди: кроме больницы, существовала еще и амбулатория.

Всего у нас должно было быть девять хирургических ставок: три хирурга, отоларинголог, травматолог, уролог, онколог и врач — эндоскопист, отдельно детский хирург. А остался только лор-врач, который по большей части вел свой прием. Остальные уехали искать лучшей доли в город.

— А как же вы дежурите по отделению? Если из хирургов вы один, не считая лора.

— Не сбрасывай нашего лора со счетов! Он тоже хирург, хоть и узкоспециализированный. Он и свои операции делает, и нам ассистирует. При крайней нужде он и аппендицит сможет вырезать, такой вот он у нас молодец. Районный. А дежурных хирургов в отделении у нас отродясь не было. В наличии всего один дежурный врач на всю больницу, на шесть отделений — роддом, гинекологическое, инфекционное, детское, терапия, хирургия. И дежурным врачом заступает любой специалист, включая окулиста и рентгенолога. Остальные дежурят на дому. При необходимости дежурный врач посылает за ними «скорую». Которых много — например, терапевты, — дежурят по очереди, но у нас выбор невелик, ты да я. Будем по очереди дежурить по неделе, когда из отпуска выйду.

— А сейчас, значит, я один буду? — вождленная самостоятельность уже не казалась мне такой прекрасной, как раньше.

— Ну, пока один, но скоро должны хирурга из области прислать, тебе в помощь, пока я в отпуске, — подбодрил меня Леонтий Михайлович.

— А как же вы один управлялись? И дома дежурить, и больных в отделении вести, и прием, и оперировать? Когда вы все успевали?

— Ну, я один только второй день, тут до тебя парень из областной больницы приезжал подработать, а до него еще были люди. Восьмой-то всего как три месяца удрал.

Познакомившись с персоналом и посмотрев оперблок, я пошел на прием. Кошмар! Вместо двух хирургов и травматолога я принимал пациентов один!

Страдальцев был полный коридор.

Район наш довольно велик, в нем 46 населенных пунктов. Многие деревни расположены в 150–200 километрах от райцентра. Кроме центральной районной больницы, где я теперь работал, было еще пять участковых больниц. В трех из них должны были быть хирурги, но никто не хотел там работать. Поэтому все хирургические больные ехали «в район». А куда им еще оставалось ехать, если до областного центра 600 с лишним километров?

Прием совершенно меня измотал. В тот день я осмотрел шестьдесят человек, взрослых и детей, в основном — с гноем и травмой. Ладно гнойная хирургия — ее мы отрабатывали в интернатуре, но травмы и детская! Что-то я помнил с института, что-то нашел в справочниках, оставленных кем-то из моих предшественников, но не был уверен, что действую правильно.

К четырем часам поток больных иссяк, как и мои силы. Нет, та ЦРБ, где я проходил практику, мало походила на эту. Там был и дежурный хирург, и детский, и травматолог с урологом, и приема я там не вел. Да, в этой больнице хирургия была совершенно особенным занятием. Не для слабаков.

Я решил не сдаваться и засесть за теорию — благо что практики было с перехлестом.

— Ну, как первый день? — поинтересовался Ермаков, когда я с распухшей головой вошел в ординаторскую. — Что-то ты долго.

— Так почти 60 пациентов сегодня было.

— 60 это разве много? После праздников и выходных до ста доходит.

— До ста? — изумился я. — Что ж их, до утра принимать? А оперировать когда?

— Шустрее надо. У меня уже к часу обычно никого нет. Ну, операция — это святое. Либо прием отменяешь, либо после идешь смотреть страдальцев. Так вот, брат.

— Леонтий Михайлович, я ведь раньше никогда не работал в амбулатории, — честно признался я.

— Да это я уже понял, — кивнул заведующий. — Наблюдал со стороны. И травму ты не знаешь, и детей, и урологию. Хорошо пациентов сложных сегодня не было. Вас чему на интернатуре учили?

— В основном патологии и травме органов брюшной и грудной полостей.

— Понятно. То есть человек состоит только из грудной клетки и живота? А всего остального — конечностей, головы, шеи — у него нет? И он сразу взрослым рождается?

— Нет, конечно, — начал оправдываться я. — Но у нас программа так построена, что львиная доля отводится именно патологии груди и живота, а на общую травму и остальное циклы по десять—пять дней всего.

— Знаю, — отрезал Ермаков. — Но если ты собирался ехать в район, тем более сам вызвался, то должен был готовиться более тщательно и по всем дисциплинам, а не только по торакальной и абдоминальной\* хирургии.

Мне нечего было ответить районному хирургу, разбирающемуся во всей анатомии; увы, нас действительно готовили не ко всему. Нас учили таким сложным операциям, которые не всякая городская больница может выполнить; а ведь на периферии все более широко и приземленно.

---

\* Хирургия груди и живота соответственно.

Главная задача районного хирурга — оказать первую врачебную помощь, спасти жизнь человеку. А если потребуется дополнительное сложное вмешательство, то после стабилизации состояния врач должен вызвать узкого специалиста или отправить больного сантранспортом в специализированное отделение многопрофильного хирургического стационара.

В районах основное — травмы опорно-двигательного аппарата. Врач, разбирающийся только в патологиях внутренних органов, но пытающийся при этом лечить переломы, к примеру, трубчатых костей, о которых имеет весьма смутное представление, становится просто опасен. А ведь главный принцип медицины — не навреди!

Господи! Сколько раз потом, когда я освоил травматологию, мне приходилось видеть инвалидов, ставших таковыми только из-за того, что их лечил узкоспециализированный хирург. По моему глубокому убеждению, на периферию нужно посылать хирургов с углубленным знанием травматологии, детской хирургии, урологии и ортопедии.

Детская хирургия — это вообще отдельная статья. В городах все стационары разделены на детские и взрослые, а на периферии этого нет. А сколько людей остались инвалидами из-за острого гематогенного остеомиелита, перенесенного в детстве, только потому, что их лечили хирурги, не знающие особенностей патологии детского возраста! Наверное, только Всевышнему известно их число.

Можно еще долго продолжать в том же духе, но это не изменит положения вещей. А сейчас все еще занятней. С помощью высоких технологий — эндовидео, ультразвуковой и лазерной хирургии — врачи смотрят на операцию в телевизор. Дипломированный специалист проходит годичную интернатуру или двухгодичную ординатуру, все это время видит только новые технологии, а после такого «обучения» едет работать «в район». Он ведь, поди, и в живот войти не сможет!

Сейчас воспаленный аппендикс удаляют эндовидео-хирургически (лапароскопически) через очень небольшие проколы. Грыжи передней брюшной стенки оперируют так же. Есть новая технология, позволяющая удалить воспаленный желчный пузырь через рот, вообще без разрезов, — и это великолепно. Надо учить молодых специалистов так работать. Но учить работать только так — пагубная наивность. Не во всех районах есть такое оборудование — точнее, оно мало где есть. В большинстве мест оперируют путем лапаротомии, то бишь через разрез брюшной стенки.

И чего ждать от докторов, которые скорее операторы сверхточных машин, чем мастера скальпеля и иглы? Хорошо, если ему попадется терпеливый старший товарищ, который научит оперировать путем чревосечения, а если нет? Как быть тем пациентам, которых доставили такому горе-хирургу? И как будет себя чувствовать накосячивший врач, знающий, что, с одной стороны, он превратил пациента в инвалида, а с другой стороны, его не научили работать по старинке, только скальпелем и иглой?

Примерно так я себя чувствовал в тот момент, когда знакомился с работой районного хирурга. Мне очень хотелось, чтобы у нас в ординатуре была отдельная программа для тех, кто едет работать «в район», но увы. Хорошо, что мне попались отличные специалисты, которые научили оперировать должным образом — а если бы нет?..

— На, — сказал Леонтий Михайлович, протянув мне стопку книг. — Это руководства по травматологии, детской хирургии, урологии известных авторов. Занимайся. Как соберешься сбежать — отдашь.

— А почему вы решили, что я сбегу?

— Я ничего не решил, время покажет. Пойдем, я передам тебе больных в стационаре.

На втором этаже лежали больные после плановых и экстренных операций — к счастью, их было немного, человек

десять. Зато на третьем, «грязном», — даже с перебором. На тридцать коек приходилось тридцать пять пациентов, в палаты поставили дополнительные кровати.

Леонтий Михайлович разместил здесь больных с гнойными заболеваниями, людей с закрытой черепно-мозговой травмой, с закрытыми переломами трубчатых костей, находящихся на скелетном вытяжении, ожоговых и прочих не нуждавшихся в «чистых» операциях.

— Вот, вроде бы и все, — произнес заведующий после обхода. — Давай, дерзай! Я сегодня вечером уезжаю на месяц. Продержишься?

— Постараюсь, — не совсем уверенно отозвался я.

— Ладно, если что звони на санавиацию, номера телефонов под стеклом у меня на столе в ординаторской. В случае чего сестры подскажут, они у нас по много лет отработали, опытные. И главный хирург области (главный хирург области осуществляет контроль и координацию работы над всеми хирургическими стационарами областного подчинения, сюда входят областная больница, ЦРБ и участковые больницы, где есть хирургические отделения) обещал прислать человека.

— Хорошо, Леонтий Михайлович. Думаю, справлюсь.

— Ладно, бывай! — заведующий пожал мне руку и уже в дверях, обернувшись, добавил: — Да, я «скорую» предупредил, что с сегодняшнего дня ты экстренный, так что в случае чего тебя вызовут, отзвонись и сообщи адрес. Если куда из дома будешь уходить, всегда говори им, где тебя найти. Все!

Заведующий вышел из ординаторской, я остался один. Шел седьмой час вечера. Я позвонил на «скорую», сообщил адрес и отправился домой. Идти было минут сорок прогулочным шагом. По дороге я раздумывал о том, как прошел мой первый рабочий день, и находил не так много хорошего, как хотелось бы.

Вскоре оказалось, что он еще не закончился. Звонок в дверь поднял меня с постели за полчаса до полуночи.

— Доктор, вас срочно вызывают в хирургию, — сообщил женский голос из-за двери. — Ножевое ранение в живот.

Сон как рукой сняло. «Вот оно! Наконец! И я еду в машине «скорой» на свой первый в жизни вызов. Ночь! За окном бурлит лето, одинокие прохожие даже не подозревают, что я, хирург, еду в машине спасать жизнь! На помощь! Меня вызвали! Ура! Вересаев, Чехов, Булгаков... о! Я помню их наставления! Я сегодня так же, как они, спасу чью-то жизнь! Я еду на вызов! Как долго я шел к этому: шесть лет института, интернатура...»

«Скорая», распугивая мигалкой одиноких прохожих, подъехала к хирургии. Я выскочил из машины, понесся в больницу — и в коридоре увидел тело на носилках кишками наружу.

Тело разговаривало с медсестрой.

— Добрый вечер, — машинально поздоровался я и спохватился:

— Вам срочно нужна операция!

— Да пошел ты на хер!

— Товарищ, — растерялся я. — Вам нужно помочь, причем непременно!

— Я сказал — на хер! — ответил мужик и внезапно соскочил с носилок и понесся во двор.

Я побежал за ним. Мужик упал на землю — и давай валяться! Весь кишечник в траве — а я стою над ним и не знаю, что делать, нас этому в институте не учили. Растерялся, взял больного за руки и попытался уговорить:

— Вам показана операция, успокойтесь, у вас, пардон, кишки наружу!

— Я Гриша Муромский! — орал пострадавший. — Отказываюсь от операции, и все тут! Помру, тебя посадят! Гы-гы-гы! Докторишка!

На кишечнике — трава, песок, грязь! Кошмар!

— Пожалуйста, успокойтесь, пройдите на операционный стол! — твердил я.

— На хер пошел! Что неясно?

Никакие уговоры и угрозы не действовали.

— Григорий, — обратился я к страдальцу. — Вы умрете, если вас не прооперировать!

— Гы-гы-гы! — юродствовал Гриша, посыпая кишки землей и пылью.

Медсестры смотрели на меня, я на них. Кого-то стошнило. Я окончательно растерялся.

Громко хлопнув дверью машины, из «скорой» выскочил крепкий, уверенный в себе парень.

— Анестезиолог, — шепнули мне.

— Иван Григорьевич Рябов! Можно просто Иван, — отрекомендовался прибывший.

— Дмитрий! Дима!! — представился я.

— Ну, что, Дима, проблемы?

— Да, надо оперировать, а он вон дурака валяет, — подтвердил я.

— Ну-у, — протянул анестезиолог. — Тут по-другому надо.

— Как?!

— А вот так! — сказал он, взял валяющегося во дворе Гришу за шкуру, приподнял его и волоком перетащил в операционную. При транспортировке пострадавший только икал, поддерживая вывалившийся кишечник, и матерился.

— Давай мойся! — сказал Иван. — Я даю наркоз!

Я мыл руки и все это время слушал проклятия в свой адрес. Ассистировала мне в ту ночь меланхоличная гинеколог Зинаида Афанасьевна Бугаева.

— Не переживайте, юноша, — обратилась она ко мне. — Все будет замечательно. Вы раньше сами оперировали?

— Конечно! — заверил я.

Таковыми пациентами мне лично еще не доводилось заниматься, но все когда-нибудь бывает впервые. Страху меня не было, только кончики пальцев подрагивали.

Собственно говоря, разрезать переднюю брюшную стенку уже было не надо. Чья-то умелая рука одним ловким движением ножа сделала Грише харакири почти по средней линии живота.

Значимых повреждений внутренних органов я не обнаружил. Было сильнейшее поверхностное загрязнение кишечника и брюшной полости землей, песком, травой. Я тщательно отмыл внутренности от грязи, установил дренажную трубку в малый таз и зашил рану. Все! Операция завершена. Первая моя самостоятельная операция прошла успешно! Я сам, без посторонней помощи, только что спас жизнь человеку.

Наложил последний шов, заклеил разрез и, поблагодарив персонал, удалился в ординаторскую писать протокол операции.

— Алле! Лепила! — услышал я грубый испитой голос. — Ты ща Гришу Муромского оперировал?

Передо мной стоял небритый алкоголик, одетый в брезентовый дождевик.

— Я. А вы собственно кто?

— Кто я, не важно, — прошипел дождевик. — Важно, зачем ты это сделал?

— Как? — удивился я. — Он был ранен, я врач. Хирург. Моя обязанность спасать людям жизнь.

— Он не человек, он мудака, — произнес незнакомец и осклабился. — Я не для того эту гниду распотрошил, чтоб ты ему жизнь спасал! Я тебя об этом просил?

Брезентовый внезапно распахнул свой дождевик, выхватил из-за пояса двуствольный обрез и направил мне прямо в лицо. Лязгнули курки. Возможно, в другой раз я бы и испугался, но создавшаяся ситуация была настолько нелепой, что больше походила на игру, чем на деревенскую вендетту.

— Веди к Гришке! Показывай, где он лежит! Не дорезал, так застрелю! И не вздумай дергаться! — приказал бандит.

Я лихорадочно соображал: что предпринять? Неужели это не сон? Еще каких-то полчаса назад я был в операционной, а сейчас передо мной обрез. Странные перипетии судьбы. Вот она еще одна грань хирургии. Один бандит распластал другому брюхо по каким-то своим соображе-