

Г.Л. Ратнер

Советы молодому хирургу



САМАРА 1991



Портал бесплатной медицинской литературы

MedWedi.ru

Уважаемый читатель!

Если вы скопируете данный файл, Вы должны незамедлительно удалить его сразу после ознакомления с содержанием.

Копируя и сохраняя его Вы принимаете на себя всю ответственность, согласно действующему международному законодательству .
Все авторские права на данный файл сохраняются за правообладателем.
Любое коммерческое и иное использование кроме предварительного ознакомления запрещено.

Публикация данного документа не преследует никакой коммерческой выгоды.

Но такие документы способствуют быстрейшему профессиональному и духовному росту читателей и являются рекламой бумажных изданий таких документов.

Все авторские права сохраняются за правообладателем. Если Вы являетесь автором данного документа и хотите дополнить его или изменить, уточнить реквизиты автора или опубликовать другие документы, пожалуйста свяжитесь с нами - мы будем рады услышать ваши пожелания.

*** Данный файл скачан с портала **MedWedi** (<http://medwedi.ru>) ***

Заходите - будем рады :-)

Аннотация

В книге рассказано о жизни и деятельности врача-хирурга, о качествах, которыми он должен обладать, о путях к высокому профессионализму. Дается ряд ценных практических советов, необходимых каждому хирургу в повседневной работе, причем таких, которые не найдешь в учебнике: как завоевать доверие больного, как уметь управлять им, как останавливать кровотечение во время операции, как подобрать собственную библиотеку, как действовать при наличии спаечного процесса в брюшной полости, как выбрать и обеспечить хирургический доступ, как развивать мануальную технику, как тампонировать и дренировать раны и полости и многие другие. Подробно изложена методика проведения дифференциального диагноза, а также указано, как использовать теоретические знания в практической работе.

Книга предназначена для врачей хирургических специальностей, а многие ее разделы будут полезны и врачам любого другого профиля. Несомненно, книга окажется полезной и для молодых людей, выбирающих специальность.

Предисловие

Имя автора книги заслуженного деятеля науки РСФСР профессора Георгия Львовича Ратнера хорошо известно не только в нашей стране, но и за рубежом. Возглавляя многие годы крупную хирургическую клинику, он успешно развивал самые современные разделы хирургии, учил и воспитывал студентов, субординаторов и молодых хирургов. В активе его хирургической школы 20 докторов и более 70 кандидатов наук, 11 книг, написанных им лично и 11 коллективных монографий, вышедших под его редакцией, свыше 40 свидетельств на изобретения. Одно это позволяет думать, что предлагаемая читателю книга, созданная на богатейшем материале автора, окажется полезной любому хирургу и не только начинающему.

Однако этого мало. Пожалуй, наиболее ценно в книге то, что автор подробно освещает именно те стороны практической деятельности хирурга, которые так необходимы ему в повседневной работе, а систематизированных сведений о них не найдешь ни в учебниках, ни в руководствах по хирургии. В самом деле, только посмотрите оглавление: Как остановить кровотечение, осложнившее операцию. Как правильно выбрать и обеспечить хирургический доступ. Как следует действовать при наличии спаечного процесса. Как завоевать доверие больного и уметь управлять им. А также многое, многое другое.

На протяжении нашей многолетней дружбы с Георгием Львовичем мне всегда импонировал стиль его выступлений. Он умеет сразу ярко вскрыть сущность явления, блестяще проанализировать его и извлечь важные практические выводы. Причем делает это все наглядно, четко и остроумно. Не изменил он своему стилю и в этой книге, поэтому читаешь ее не только с пользой, но и с большим удовольствием. Только что автор порадовал нас очень нужной и хорошо написанной книгой "Как работать над медицинской диссертацией", и вот новая. Я искренне рад тому, что наши молодые хирурги получили неординарную книгу, которая должна сыграть немаловажную роль в быстрейшем становлении их профессионализма.

Академик Е. Вагнер

Введение

Современная хирургия располагает весьма серьезными возможностями в лечении больных с самыми разнообразными заболеваниями. Однако на пути овладения ею и в дальнейшей профессиональной работе хирурга ожидают не только одни удачи, радости и слава, но и множество неприятностей, разочарований и огорчений. Эта профессия далеко не каждому по плечу. Поэтому в начале книги я попытался обрисовать основные качества, которыми, как мне кажется, в той или иной мере должен обладать хирург. Этот очерк сделан не только для тех, кто, окончивая институт, собирается стать хирургом, но для очень многих молодых людей, только еще выбирающих свою профессию и имеющих о хирургии и хирургах весьма слабое представление. Может быть, познакомившись с качествами, которые должны быть присущи хирургу, и с его работой, они решат пойти в медицину и вместо несостоявшихся посредственных инженеров, строителей или брокеров у нас появятся новые Пироговы, Склифосовские или Юдины.

Однако главная цель книги состоит все-таки в том, чтобы помочь молодым хирургам успешно овладеть своей специальностью, быстрее встать на ноги.

Когда я начинаю писать статью или книгу, готовиться к лекции или докладу, то прежде всего пытаюсь поставить себя на место читателей или слушателей, думаю и стараюсь понять, а что бы они хотели получить от меня.

Поскольку данная книга написана для молодого хирурга, то для этого мне приходится мысленно перенестись на многие годы назад и вспомнить, какие же проблемы больше всего затрагивали меня в то время. Однако только одного этого оказывается недостаточно. Пожалуй, ни один молодой человек, стоящий у начала своей карьеры, не может представить себе те многочисленные проблемы, с которыми ему придется встретиться в жизни и профессиональной деятельности. К сожалению, в хирургии - эти проблемы нередко возникают внезапно, в тот момент, когда врач совсем не готов с ними справиться, тем более, что часто он до этого вообще и не подозревал о их наличии.

Вот поэтому во время работы над книгой мне постоянно приходилось одновременно находиться как бы в двух ипостасях: и молодого, и опытного врача-хирурга. Молодого, для того, чтобы не сбиться на поучения, нудный академизм и постоянно помнить о том, как мало еще знает молодой. А опытного - для того, чтобы суметь поведать читателю о том, что хирургу необходимо знать, понять и уметь, из того, что практически ему постоянно необходимо и именно то, чего он не смог получить в институте, почерпнуть из учебников и руководств, извлечь из своего первого самостоятельного опыта.

Мысль о написании такой книги возникла у меня давно, но право написать ее появилось только с накоплением большого опыта хирургической работы и в результате длительных раздумий. Я приложил все усилия, чтобы книга оказалась максимально полезной для практической деятельности молодого врача, помогла бы ему понять

сущность нашей специальности, быстрее приобрести опыт и научила правильно организовать мыслительные и деловые процессы своей профессиональной деятельности.

Как ни странно, и в теоретической, и в практической подготовке будущего хирурга в медицинском институте, существуют серьезные пробелы, которые при вступлении в должность надолго задерживают его профессиональное созревание. Мне представляется, что, в первую очередь, сюда можно отнести неумение врача успешно контактировать с больным, слабое представление о мануальном искусстве хирурга, плохое знакомство с основными постулатами хирургии, нелюбовь к дифференциальному диагнозу и неумение его четко провести, а также вопросы хирургической этики.

Конечно, мне бы хотелось, чтобы эта книга не только была прочитана, а затем отложена и пылилась на полке долгие годы. Поэтому я приложил все усилия, чтобы она оказалась на более-менее продолжительное время добрым спутником хирурга, от которого он мог бы иногда в трудных ситуациях как морального, так и чисто хирургического плана получить полезные советы.

Книга построена таким образом, что каждый раздел ее совершенно самостоятелен и, если он не заинтересует читателя, то может быть без потерь опущен при чтении. Возможно, человеку, уже занимающему должность хирурга и неинтересно будет читать о профессиональных качествах, необходимых хирургу, может быть кому-то не захочется знакомиться с моей жизнью и хирургической работой или другими разделами. Ну что ж, хочу надеяться, что прочие разделы все-таки окажутся Вам полезными.

Медицина не отнесится к разряду точных наук, отсюда в ней существует необычайно полярный плюрализм мнений как по очень многим теоретическим проблемам, так и по вопросам диагностики и лечения больных. Поэтому никаких претензий на абсолютную истину по любому из обсуждаемых в этой книге вопросов у меня нет и быть не может. Здесь изложены лишь взгляды, сформировавшиеся у меня в результате накопленного собственного медицинского и жизненного опыта, анализа опыта коллег и друзей, и обсуждаемые в свете импонирующих мне теорий и гипотез, а также лично моего мировоззрения. Я с большим уважением всегда стараюсь относиться к инакомыслящим и очень надеюсь, что и они, познакомившись с книгой, так же отнесутся ко мне.

Книгу я писал в смутное время, когда появилось множество разнокалиберных шарлатанов, подвизающихся в так называемой "нетрадиционной медицине". Порой приходится удивляться тому огромному количеству людей, которые платят явным проходимцам немалые (а часто очень большие и последние) деньги в наивной надежде вылечиться, похудеть, помолодеть, поумнеть. Назвать их всех дураками нельзя, т.к. многие идут к ним только изверившись в возможностях традиционной медицины, после лечения у некомпетентного врача или начитавшись необыкновенно восторженных отзывов прессы.

"Позвольте, а где же тогда Ваш хваленый плюрализм, терпимость и инакомыслие?" - можете спросить вы. Дело в том, что хорошо это или плохо, но я воспитан материалистом и, по-видимому, останусь им уже до конца. Да, порой встречаешься в жизни с такими удивительными необычными и пока научно необъяснимыми вещами, что начинаешь сомневаться, а нет ли в самом деле Творца. Медицина хотя и не точная, но тем не менее несомненно, что она наука, поскольку базируется на строгих фактах и научных доказательствах. Вся "нетрадиционная медицина" никаких строгих научных обоснований, как правило, не имеет. Дело рано или поздно заканчивается разоблачением очередного шарлатана, однако на смену ему приходят десятки новых, поскольку "нетрадиционная" всегда пахнет большими деньгами.

Так вот, я готов уважать другие мнения людей ученых, дискутировать с ними, не жалея сил и времени, но никак не могу признать полезными для больного человека действия людей, основанные не на строгих научных исследованиях, а в лучшем случае лишь подкрепленные показаниями легко внушаемых людей, лживых свидетели или легкомысленных журналистов. Однако я не считаю, "что этого не может быть потому, что не может быть никогда". Пожалуйста, господа, представьте данные достоверно проведенных научных исследований ваших нетрадиционных методов, и я готов признать вашу науку, по крайней мере, настолько, что смогу вступить с вами в товарищескую дискуссию. Пока же я всячески предостерегаю больных, студентов и даже врачей от любой самой заманчивой шарлатанской рекламы и от предательства нашей традиционной медицины.

Жизнь активно работающего практического хирурга, казалось бы, насыщена до предела. Но что же тогда можно сказать о жизни хирурга, которому приходится хирургию сочетать с преподаванием, воспитанием студентов, проведением серьезных научных исследований. Я написал эту книгу, заканчивая тридцатый год своей работы в должности заведующего крупной хирургической клиникой и кафедрой.

Все это время моя жизнь шла очень насыщенно и интересно. Много оперировал в разных областях хирургии, овладевал новыми операциями и сам разрабатывал их, воспитывал учеников, готовился к лекциям для студентов, да еще как! Разрабатывал и внедрял оригинальные научные идеи, встречался с множеством интересных людей, выступал с острыми докладами, бурно полемизировал с противниками, ездил на съезды и конференции, побывал в многочисленных командировках за рубежом, писал статьи, издавал книги.

Почему я пишу обо всем этом в прошедшем времени? Нет, все еще не кончилось. Здоровье позволяет довольно много оперировать, ученики продолжают защищать диссертации, студенты прилично посещают лекции, выходят новые книги, довольно регулярно выступаю с докладами на союзных и международных конгрессах. И все-таки, что-то во мне с годами изменилось. За тридцать лет многое просто поднадоело, ко многому утратил интерес. Но самое главное, что я, кажется, только теперь по большому счету начал понимать, что такое "суета сует", а что есть настоящее дело. Жаль, конечно, что мудрость к человеку приходит поздно.

Мне всегда хотелось, чтобы жизнь протекала не только интересно, но и была чем-то украшена. В свете этого много лет назад я предложил герб нашей клиники. Он украшает не только парадный вход в клинику, но обязательно присутствует и на обложках наших коллективных монографий. Щит и скальпель. На поле щита вначале был девиз "Мужество и милосердие!" Так вот в последние годы я этот девиз существенно дополнил еще одним словом. Теперь он звучит следующим образом: "Мудрость, мужество и милосердие!"

Думаю, что именно эти три понятия наиболее полно отражают сущность нашей профессии. Именно поэтому мне захотелось, чтобы на обложке книги, обращенной к тем, кто собирается стать хирургом и к молодым хирургам, был бы наш герб.

Chirurgus mente prius et oculis agat; quam armata manu.

Пусть хирург действует умом и глазами прежде, чем вооруженной рукой.

Найти свое призвание - значит, обрести веру в собственные силы, преодолеть чувство собственной неполноценности.

Каждый человек имеет свои обязанности, соответственно тому, как одарила его судьба. Чем дар выше, тем больше должны быть обязанности.

Говорить хорошо, делать еще лучше, но самое лучшее делать то, что говоришь.

Хирург. Характер, талант, профессия

Поступление в медицинский институт и даже успешное его окончание еще совсем не означает, что человек строго и окончательно определил свою профессию. Дело в том, что одно слово "врач" еще ничего не говорит об истинной профессии специалиста. Главный врач, санитарный врач, доверенный врач, врач патологоанатом или судебный медик вообще не занимаются лечебной работой, а понятие врач-лечебник сегодня включает в себя не менее сотни совершенно различных медицинских специальностей, нередко весьма далеких одна от другой, например, таких, как хирург и психиатр.

К сожалению, до сих пор будущая специальность врача поначалу часто определяется не его склонностями и желанием, а многими посторонними обстоятельствами. Распределение выпускника в облюбованный им регион, возможность получения квартиры, возникающие семейные сложности, размер заработной платы могут играть здесь решающую роль, а совсем не стремление молодого специалиста работать по данной специальности. В дальнейшем во многих случаях принцип "стерпится - слюбится" и устоявшееся материальное благополучие вынуждают врача не только смириться с назначенной ему специальностью, но и остаться до конца полностью удовлетворенным своей жизнью и деятельностью. Однако довольно многим и благополучная деятельность не помогает избавиться от юношеской мечты. Таким людям не позавидуешь. Нелюбимая работа, на которую человек ежедневно тратит около половины своего времени, основательно портит ему настроение и он совершенно обоснованно (с моей точки зрения) считает, что жизнь не сложилась.

Любой человек совершенно индивидуален и, несомненно, имеет к чему-то больший или меньший талант. Успех его жизненного пути зависит в основном от того, насколько он сумеет реализовать в жизни и в работе врожденно заложенные в нем способности. И если предназначенный ему талант пропадает, страдает не только гражданин, в убытке оказывается и все общество. В подтверждение этому здесь можно было бы привести общеизвестные примеры о том, как один великий композитор большую часть своей жизни занимался химией, а другой известный писатель впервые начал писать романы в возрасте далеко за 40 лет. Но трагедия в другом. Миллионы не столь известных, а рядовых людей во всем мире занимаются не тем делом, к которому они предназначены, а, может быть, даже имеют к нему великий талант.

Увы, я не очень силен в вопросах профессиональной ориентации учащихся и ничего не могу сообщить вам о тестах, как-то позволяющих производить отбор в хирургию. По-моему, их пока что не существует, но, вероятно, можно и нужно подобрать. Вместе с тем, многолетняя работа в хирургии, длительное сотрудничество с большим числом хирургов и сравнительно кратковременные наблюдения, но зато за огромным числом студентов, суординаторов, клинических ординаторов, аспирантов, слушателей ФПК, позволяют мне все-таки вынести на обсуждение ряд основных требований, предъявляемых жизнью к личности хирурга.

Примерив их к себе, врач (или будущий врач) сможет реальнее представить, насколько интересна ему будет работа хирурга и найдутся ли у него силы и способности справиться с подобной работой. Несомненно, окончательный ответ на эти вопросы врач получит, только проработав какое-то время хирургом. Тем не менее, я хочу все-таки представить читателю эти качества.

Прежде всего человек, решивший посвятить себя хирургии, должен любить свою специальность, быть преданным ей и, начиная со студенческой скамьи, неуклонно идти к намеченной цели. Однако каждый читатель может резонно возразить, что подобная декларация может быть заявлена по отношению вообще к любой специальности. Да, это так. И все-таки по сравнению с другими специальностями работа хирурга намного труднее физически, хирург несет значительно большую моральную ответственность за судьбу больного, имеет гораздо больше неприятностей, а рабочее время его часто не нормировано, и он вынужден принадлежать своему делу и днем, и ночью.

В самом деле, выполнение сложных многочасовых операций, стоя на ногах, нередко в условиях большого физического и душевного напряжения, жары и духоты, постоянного дефицита надежных инструментов, аппаратуры и расходных материалов позволяет отнести труд хирурга к одному из самых тяжелых среди существующих в мире специальностей. Хирург - пролетарий медицины. Думаю, что выполнение сложной многочасовой операции для хирурга как по тяжести труда, так и по потерям калорий и водно-электролитного баланса, не отличается от дня труда рабочего горячего цеха. И это дело не для белоручек. Хирург постоянно работает в контакте с гноем, калом, мочой и прочими малозстетичными и дурнопахнущими выделениями организма.

Как-то один мой коллега рассказывал, что однажды во время операции больного с заворотом толстой кишки ему пришлось целать обширную резекцию кишечника. На кишку были наложены клеммы, и она была пересечена. Однако клемм, скрывавший оральный конец кишки, соскользнул и из него в большом количестве стало выделяться содержимое. К сожалению, хирург заметил это поздно, только тогда, когда его ногам и нижней половине тела стало почему-то тепло. Жидкие каловые массы насквозь пропитали его брюки. Естественно, что хирург не мог прервать операцию и вынужден был находиться в таком положении еще более часа. Он утверждал, что после этого несмотря на многочисленные ванны и души, которыми он пытался отмыться, его в течение нескольких дней гнали из общественного транспорта и других публичных мест.

Большая ответственность за жизнь и судьбу больного лежит не только на совести самого хирурга. Об этой ответственности ему постоянно напоминают и коллеги на патологоанатомических конференциях, и медицинское начальство, и сами больные, и их родственники. Наконец, судебно-медицинские разбирательства, а иногда и судебные процессы вершатся почти всегда над врачами именно хирургического профиля.

Если в условиях большой больницы работа хирурга как-то регламентирована дежурствами, то в небольших Хирургических отделениях, где работает один-два врача, хирург фактически постоянно находится на посту, хотя и дежурит дома. В любое время суток из любого места он может быть призван к операционному столу, даже от праздничного застолья. Следовательно, он должен быть всегда бодр, трезв и здоров.

Когда я молодым хирургом приехал в г. Комсомольск-на-Амуре, мне приходилось почти постоянно дежурить на дому. Каждый раз, уходя из дома, я сообщал в больницу свое местонахождение. Поэтому в любой момент, где бы я ни находился: в гостях, в театре, в бане, на прогулке - за мной в случае необходимости могла приехать машина скорой помощи. Хорошо помню, как в первый раз после того, как со сцены было объявлено, что дежурного хирурга срочно вызывают в больницу, я гордо шел по проходу концертного зала к выходу под полными уважения глазами зрителей. Однако скоро мое наивное тщеславие стало довольно быстро испаряться, так как экстренные вызовы в больницу в дни моих дежурств повторялись по нескольку раз в день. Однажды я в течение трех дней никак не мог досмотреть один и тот же фильм. В больницу меня вызывали каждый раз почти на одном и том же месте этого фильма.

Сразу после встречи Нового 1954 года меня увезли из необыкновенно веселой дружеской компании в больницу, где я всю ночь оказывал помощь молодому военному водителю. У его автомашины посредине зимней дороги через реку Амур заглох мотор. Он ехал один. Попытался разогреть мотор с помощью паяльной лампы. Машина загорелась. При тушении пожара водитель получил обширные ожоги. Одежда на нем почти вся обгорела, поэтому к тому моменту, когда его обнаружили, он был в состоянии общего охлаждения, а все конечности его были отморожены. К сожалению, все наши многочасовые усилия пропали даром. Утром он умер. А мне пришлось, не возвращаясь домой, сразу приступить к своей работе. Тяжелая усталость, воспоминание о нелепо погибшем солдате, никакого удовлетворения от изнурительного ночного труда, а в глубине души и сожаление о несостоявшейся для меня долго ожидаемой встрече Нового года...

Если ко всему этому добавить, что долгие годы зарплата хирурга оставалась такой же, как у терапевта и была даже ниже, чем, например, у врача-физиотерапевта или инфекциониста, то станет ясно, что для хирурга любовь к своей профессии далеко не пустые слова. Она подчас обходится ему дорогой ценой.

Конечно мотивацию выбора профессии одной только страстной любовью к хирургическому искусству в наше не романтическое, а прагматическое время объяснить трудно. Одни, выбирая нашу героическую, но тяжелую профессию, хотят самоутвердиться. Другие идут в хирургию, поскольку наивно полагают, что труд хирурга не требует ни больших умственных усилий, ни серьезных знаний медицинской науки. Наконец, третьи считают, что хирург чаще других врачей получает материальные блага от своих пациентов. Причем мысли их идут дальше обычной благодарности в виде банальной бутылки коньяка или коробки конфет. Они не без основания надеются, что в нужный момент сработает немаловажный в нашей стране принцип "я тебе - ты мне" и поможет им получить жилье, автомобиль, путевки, дачу, самые дефицитные продукты или другие товары.

Даже эти мотивы выбора профессии я не хочу осуждать, но в правомерности их и, если можно так сказать, в "удельном весе" каждого мотива хотелось бы все-таки разобраться. Первые два мотива мне представляется более логичным рассмотреть в других разделах книги, а вот третий, сегодня самый актуальный, сразу же. Он мог возникнуть только в стране, где широко декларируется, но практически отвергается основной принцип социализма "от каждого по способностям, каждому по труду".

Мне оценивать труд хирурга нельзя, это будет вроде бы нескромным. Вместе с тем я хорошо знаю оплату труда хирурга за рубежом и могу утверждать, что там заработки хирургов намного превышают доходы врачей других специальностей, которые тоже считаются весьма обеспеченными людьми. Высокая заработная плата и одновременно возможность приобрести любой товар или другие жизненные блага обеспечивают полную независимость зарубежного хирурга от любых льгот и привилегий. Всех их он не должен добиваться и вымаливать, а может всегда и свободно приобрести за деньги, которые праведно заработал всей своей жизнью: длительной упорной учебной и нелегким ежедневным, крайне ответственным трудом.

Хочу привести здесь один случай, который поначалу просто поразил меня, советского хирурга. В 1980 г. я был направлен в командировку в Швецию на рабочее место в знаменитую клинику Каролинского университета в Стокгольме. Профессор Викинг Берк - глава клиники, один из основоположников торакальной хирургии, в конце первого рабочего дня любезно предложил подвезти меня в своем автомобиле до отеля, чем я, конечно, был очень польщен.

Недостаточно зная Стокгольм, я не сумел заранее предупредить профессора о предстоящем повороте в боковую улицу и сообразил, что нам нужно поворачивать направо, когда мы стояли уже на перекрестке под красным светофором в левом ряду. Берк сделал небольшое нарушение. В правом ряду машин не было, и, когда зажегся зеленый свет, он повернул направо. На нашу беду это нарушение увидел инспектор дорожной службы. В Швеции в этой службе работают только женщины, поскольку у шведов есть мнение, что женщина в отличие от мужчины никогда не простит нарушителя. Она тут же остановила нашу машину, вежливо представилась и прежде всего напомнила профессору, что он два года назад успешно сделал ей операцию на сердце и горячо поблагодарила его. Но после небольшой паузы ничуть не смутившись, заявила, что, к сожалению, сегодня она вынуждена оштрафовать его за нарушение. Берк, не проявляя никаких эмоций, не вступая с ней в дискуссию, заплатил штраф. Мы поехали дальше. Берк, к которому я обратился с вопросом: не могла ли инспектор из чувства благодарности простить его нарушение, меня просто не понял. Он ответил, что, конечно, инспектор могла бы заплатить штраф за него, но он ведь не бедный человек. Изумлению моему не было предела. Я только представил себе, что сказал бы инспектору ГАИ в подобной ситуации, да и вообще была бы возможна такая ситуация у нас в стране.

Однако позже, после трезвого размышления, мне стало ясно, что в общем-то все правильно. При адекватной оплате каждого труда, справедливая заработная плата явится единственным критерием, полностью определяющим твою жизнь и положение в обществе. И никакие поблажки и льготы не нужны. В частности размер штрафа, как и цены в магазинах, вроде бы являются одинаковыми для всех граждан, но по отношению к высокой и к низкой зарплате они, конечно, различны.

До тех пор, пока в нашей стране не восторжествует принцип оплаты только строго по труду, многие граждане

будут стремиться ликвидировать истинную или кажущуюся им несправедливую оплату их труда путем получения "благодарностей", незаконных льгот и привилегий, а то и просто "блата".

Если стоять на такой позиции, то, может быть, наш хирург и имеет по своему труду больше прав получать эти дополнительные блага, чем люди других профессий. Но разве это метод решения вопроса справедливой оплаты труда!

Все хирурги разные люди. Одни вовсе отказываются от получения незаконных благ. Другие вынуждены пользоваться ими в самых крайних случаях. При этом, обращаясь с самой малой просьбой, они краснеют и бледнеют, начинают заикаться, что на сильных мира сего производит самое неблагоприятное впечатление. В результате просьба остается без ответа, или проситель получает просимое, как милостыню. Третьи пользуются знакомствами постоянно, но тем не менее каждый раз чувствуют себя в неприятной роли просителя. Наконец, есть категория людей, которые получают наслаждение, используя свои, мягко говоря, не совсем законные возможности, причем делают это артистически. Лицо, к которому обращается такой человек, просто должно чувствовать себя благодетельствованным его просьбой.

К счастью, параллелизма в поведении этих категорий хирургов в практической жизни и за операционными столами нет. Более того, робкий проситель нередко оказывается твердым и решительным хирургом, а нахальный рвач - слабым врачом с весьма ограниченным диапазоном оперативной деятельности. Поскольку мы все-таки стоим на пути к правовому государству, в котором не должно быть никаких льгот и привилегий, а все будет измеряться лишь той суммой денег, которую человек получит за свой справедливо оцененный труд и на которые все будет можно купить, то есть надежда, что со временем обсуждаемый стимул просто отпадет.

Темперамент человека, как известно, характеризует динамические особенности его психической и моторной деятельности. Я с любовью отношусь к сангвникам, с пониманием к флегматикам, с сожалением к меланхоликам, но полагаю, что настоящим хирургом может стать только человек, обладающий холерическим темпераментом.

Сама профессия хирурга требует от него, чтобы он был темпераментным человеком - быстро соображал, быстро действовал. Замедленная реакция основного участника оперативного вмешательства может привести к тому, что хирург быстро не справится с такими серьезными осложнениями, как кровотечение, ранение полого органа, ранение крупной вены. В первом случае больному угрожает массивная кровопотеря, во втором загрязнение брюшной полости, в третьем - воздушная эмболия.

Медленные действия ассистентов приводят к асинхронной работе всей хирургической бригады, сбивают темп, взятый хирургом, затягивают время оперативного вмешательства. При простом и непродолжительном по времени вмешательстве эти обстоятельства, может быть, и не играют существенной роли, но при сложных и многочасовых операциях они становятся для оперирующего хирурга просто непереносимыми. Да и сама операция, если хирургическая бригада работает медленно, может затянуться на часы, а это несомненно задерживает персонал, застопоривает другую работу в операционной, а, главное, может серьезно отразиться на выздоровлении пациента.

Я даже уважаю "тяжкодумов". Они, не торопясь, проигрывают в уме все возможные варианты прежде, чем что-то окончательно решить. Принимают они решение, как правило, всесторонне обоснованное и самое верное. Думаю, что таким людям не было бы цены, если бы они, руководили нашей экономикой или политикой. Однако для большой хирургии они, видимо, непригодны.

Мне с большим сожалением пришлось расстаться с несколькими своими сотрудниками, страдающими этим, прямо скажем, относительным недостатком. Порядочные и добросовестные, трудолюбивые и эрудированные, хорошие врачи и квалифицированные диагносты, они никак не могли вписаться в общий темп работы клиники, не говоря уже о непосредственной хирургической деятельности. Из хирургии им пришлось уйти, но все они заняли достойные места в других разделах медицины. Причем самый медлительный из них сейчас успешно заведует одной из кафедр института.

Решительность - одно из самых важнейших качеств, необходимых хирургу. Дело в том, что иногда во время операции создается такая ситуация, что только мгновения отделяют жизнь больного от его смерти. Буквально за несколько секунд хирург должен принять однозначное решение и суметь четко реализовать его. Одним темпераментом здесь не обойтись, поскольку суетиться можно очень много и быстро, но при этом не достигнуть желаемого результата.

Пожалуй, лучшим испытанием решительности хирурга является его поведение во время остановки кровотечения. Массивное кровотечение может наступить не только у человека, пострадавшего от случайного ранения. Увы, возможность возникновения кровотечения как осложнения во время операции не может исключить ни один, даже самый опытный хирург.

При случайном повреждении сосуда большого калибра пациент может потерять почти всю свою кровь за несколько минут, а при ранении аорты счет пойдет уже на секунды. При этом хирургу нередко приходится действовать в очень сложной обстановке. Операционное поле залито кровью, электрический аспиратор не справляется, да к тому же его наконечник постоянно присасывается к различным органам, а поврежденный сосуд находится в глубине узкой раны, заполненной внутренностями. К тому же в распоряжении хирурга, как назло, не оказывается кровоостанавливающего зажима с нужной кривизной бранш, с удобным углом изгиба и, наконец, необходимой длины. Да, растеряться здесь есть от чего. К тому же способов остановки кровотечения существует несколько. Можно прижать кровоточащий сосуд пальцами или рукой, можно туго тампонировать кровоточащий участок, можно попросить ассистента пережать брюшную аорту кулаком или жгутом снаружи, наконец, можно попытаться наложить на кровоточащий сосуд зажим.

Если хирург принял решение (пусть даже не самое лучшее), каким методом из этих он будет действовать, и успешно доведет его до конца, что порой бывает сделать очень, очень нелегко, то ему удастся справиться с тяжелым кровотечением. Нерешительный же хирург начинает метаться, без системы применяя то один, то другой, то третий способ остановки кровотечения, а кровотечение продолжится, и он проигрывает - теряет больного.

Конечно, все это не так просто. В подобной ситуации нужны и знания, и опыт, и умение быстро просчитывать в уме возможные варианты. Поэтому ниже я еще раз собираюсь специально вернуться к вопросу о кровотечении

ях. Однако полагаю, что из этого примера всем стало очевидно одно - нерешительный человек в большой хирургии опасен.

Настойчивость, стремление всеми силами довести поставленную цель до конца - черта столь же необходимая хирургу, как и решительность. Хорошо известно, что и самым опытным хирургам не всегда удаётся выполнить операцию по заранее намеченному радикальному плану. Причин тому разных может быть немало: наличие тяжелого спаечного процесса; прорастание злокачественной опухоли соседних органов или обнаружение нераспознанных заранее метастазов; непроходимость дистального сосудистого русла при попытке восстановить проходимость аорты, подвздошных или бедренных сосудов; наличие неустраняемой врожденной патологии внутренних органов; наконец, требование анестезиолога прекратить операцию в связи с возникшими серьезными осложнениями - вот далеко не полный перечень причин, заставляющих хирурга вполне обоснованно отказаться от выполнения радикальной операции.

В некоторых случаях оказывается возможным произвести больному хотя бы паллиативное вмешательство, к примеру такое, как обходной кишечный анастомоз, гастроэнтероанастомоз или симпатэктомия. В других - хирург вынужден прибегать к таким калечащим операциям, как, например, ампутация. Вместе с тем молодой или малоопытный хирург, не обладающий настойчивым характером, попав по ходу операции в сложную ситуацию, подчас сразу отказывается от продолжения операции, даже не сделав и одной серьезной попытки преодолеть возникшие трудности.

Признаюсь, и у меня в период хирургической молодости иногда возникало подобное желание, когда, войдя в брюшную полость, я обнаруживал там мощнейший спаечный процесс. Десерозировав, а то и вскрыв пару кишечных петель, я уже не думал о радикальной операции, а только мечтал благополучно выбраться из брюшной полости. Однако постепенно жизнь заставила меня быть более настойчивым. Прежде всего при невыполненной операции страдало собственное самолюбие, особенно, когда приходилось пасовать перед глазами своих товарищей. А один случай, который хорошо запомнился на всю жизнь, наглядно показал мне плоды настойчивости хирурга.

Однажды, когда я по ходу хирургического вмешательства заявил подошедшему старшему хирургу, что из-за спаек в брюшную полость войти просто невозможно, он сам включился в операцию. После довольно долгих и осторожных поисков ему удалось отыскать слабое место в, казалось бы, глухой обороне брюшины и на одном участке войти в свободную брюшную полость. А уж затем оказалось сравнительно нетрудным безопасно разделить спайки и подойти к нужному органу.

Конечно, мое самолюбие было жестоко уязвлено, но урок пошел впредь. Я не только увидел и сообразил, как в таких случаях нужно входить в брюшную полость, но, самое главное, понял, что если ты хочешь чего-то добиться в хирургии, как и в жизни, прежде всего нужно быть очень настойчивым человеком.

Однако не одно только самолюбие заставляет хирурга быть настойчивым. И во время операции прежде всего нужно думать о больном. Сколько раз мне приходилось прекращать операцию у онкологических больных из-за невозможности радикально удалить опухоль, но зато какое удовлетворение получаешь каждый раз, когда у казалось бы поначалу неоперабельного больного после нескольких настойчивых попыток вмешательство все-таки удается выполнить радикально!

А вспомните, как трудно бывает хирургу потом встречаться и разговаривать с больным и его родственниками, если радикальная операция не удалась. Ладно, если это был онкологический больной. Близкие такого больного были заранее подготовлены и к худшему варианту, а самого больного ты обманываешь хотя бы с чистым сердцем. В других же случаях к объяснению хирурга родственники часто относятся весьма скептически и начинают думать, что у хирурга просто не хватило квалификации, чтобы выполнить намеченную операцию до конца. Следует заметить, что такое мнение нередко оказывается совсем не лишены оснований. Если хирург часто отказывается от радикальных операций, его авторитет начинает быстро падать как в глазах сотрудников, так и больных, и их родственников.

В некоторых случаях активные действия хирурга пытается сдержать больной или они сдерживаются жалостью самого хирурга к сиюминутным страданиям больного. Например, поступает пострадавший с переломом костей конечности. Врач, поставив правильный диагноз, под местным обезболиванием осуществляет репозицию. Однако при рентгенологическом контроле оказывается, что она произведена плохо. Больной робко возражает, однако врач вновь выполняет репозицию. И опять неудача. Жалостливый врач под напором теперь уже потока возражений больного может сдаться и отложить новую коррекцию до утра, хотя ему хорошо известно, что чем больше времени пройдет от момента перелома, тем труднее бывает сопоставить отломки.

Вместе с тем, причины отказа от повторных репозиций могут быть и другие. Боязнь потерять свой авторитет в глазах больного может привести к тому, что врач кое-как сопоставив отломки оставил при этом серьезные огрехи, которые в дальнейшем могут привести к нарушению функции конечности. Он ошибочно полагает, что главное для его авторитета - это сейчас, в данный момент не дать больному усомниться в его мастерстве, а что уж будет потом, не так важно. Может быть, все образуется само собой, может быть, больной в дальнейшем сочтет, что после перелома возникшие нарушения все равно были неизбежны, а возможно, что врач собирается отсюда уезжать или больной переменит место жительства.

Увы, все эти надежды врача весьма эфемерны. Добрая слава лежит, а худая - далеко бежит. При таких мыслях и соответствующей работе через некоторое время, а оно, кстати, наступает довольно быстро, все, и коллеги, и больные уже знают, что к этому врачу попадать для лечения очень нежелательно.

Ни жалость, ни боязнь подорвать свой авторитет, ни желание врача пойти поспать, не должны останавливать его настойчивое стремление преодолеть все трудности и все-таки добиться максимально хорошего результата лечения.

Имеет ли настойчивость хирурга пределы? Конечно, да. Во-первых, упорство не должно переходить в упрямство, настойчивость хирурга должна быть под контролем здравого смысла. Так, если у него при повторных репозициях возникла мысль об интерпозиции мягких тканей между отломками костей, он должен прекратить дальнейшие попытки репозиции и оставить пострадавшего до утра для уточнения диагноза и решения вопроса о необходимости оперативного лечения. Во-вторых, настойчивость, как и смелость, не должны превышать умения

хирурга. Полагаю, что этот тезис не нуждается в дополнительном разъяснении.

Смелость хирурга, конечно, несколько отличается от смелости каскадера, воздушного гимнаста или бойца спецназа. Если все они часто рискуют собственной жизнью, то хирург в первую очередь рискует жизнью своего пациента. Однако, поверьте мне, что для ответственного человека это немало, да и не так уж далеко одно от другого, как кажется с первого взгляда. Недаром говорят, что хирург умирает с каждым своим пациентом. Крайнее психическое и физическое напряжение во время большой операции; повторные визиты в клинику в неурочное время; бессонные ночи, когда в голове только мысли о том, как ты сделал что-то не так, и многократно обдумываешь то, каким образом следует устранять последствия своей оплошности; претензии со стороны родственников, упреки и выговоры начальства и другие менее значительные неприятности, которые обычно сопутствуют неудаче хирурга - все это по плечу действительно смелому и сильному духом человеку, тому, кто знает, на что идет и не боится встретиться с подобными неприятностями.

В том случае, если смелости у хирурга не хватает, он ограничивает свой хирургический диапазон небольшими операциями у больных с низкой степенью риска. Можно ли осудить такого хирурга за отсутствие смелости? Да нет, конечно. Он просто мудрый человек. Смирил свое честолюбие или просто хорошо знает свой уровень и не стремится к сложным и расширенным операциям. А потому живет и спит спокойно, тяжелых осложнений у больных его контингента не бывает, да они и не умирают. К таким хирургам быстро приходит признание среди населения, да и медицинское начальство, далекое от хирургии, их жалуется.

В нашей клинике многие годы успешно работал врач Ч. Он был неплохим хирургом и очень вежливым человеком. Кроме того, у него был поразительный нюх на больных с высоким риском. Не знаю, по каким признакам, он лучше любого современного исследовательского комплекса чувствовал, с каким пациентом обязательно будет что-то не так. Под любым предлогом он отказывался от участия в операции этого больного, а если его все-таки включали в операционный список, то в день операции он "заболевал" или не приходил на работу по другой причине. Все знали, что если уж Ч. начинает финтить, то во время операции у этого больного жди беды.

Я не мистик, но мне было очень жаль, когда такой чувствительный "барометр" перешел на работу заведующим хирургическим отделением самой престижной больницы нашего города. Тем более, что оперировать всех более-менее сложных больных, он и туда приглашал меня, а платили за операции там гроши. Слава Богу еще, что после операции в его отделении люди не умирали. Ч. знал, кто может умереть, и заранее переводил такого больного для операции в другую больницу.

Совсем другая жизнь у смелого хирурга. Он решительно идет на сложные и расширенные операции, оперирует больных с высокой степенью риска. Конечно, он получает за это неприятности полной мерой, но он берется за эти операции, поскольку другого выхода спасти больного нет. Для наглядности приведу пример.

При лапаротомии оказалось, что у больного раком желудка опухоль прорастает в печень. Осторожный хирург немедленно признает такой случай неоперабельным и закончит на этом операцию. Формально такого хирурга никто ни в чем обвинить не сможет. У больного при столь распространенной опухоли даже при удачной операции шансов на продолжительную жизнь будет не слишком много. Тем не менее они есть. Больной же, которому во время операции ничего не было сделано, никакой надежды иметь не может. Он возможно и выпишется из стационара, но дома будет умирать довольно мучительной смертью. Смелый хирург пойдет на риск расширенной операции и произведет гастрэктомию с резекцией печени. Да, после такой операции много шансов потерять больного, но если операция и послеоперационный период пройдут успешно, человек будет жить.

Что получает смелый хирург в награду? Прежде всего жизнь спасенного им обреченного больного, во-вторых, признание коллег, а это высшая степень признания его как хирурга, в-третьих, самоуважение к себе.

Вместе с тем следует помнить, что подобная смелость может быть оправдана только у хирурга высокой квалификации. Если же смелость не подкреплена мастерством, а является следствием непомерного самомнения и крайнего легкомыслия недостаточно опытного хирурга, то это не смелость, а глупость и преступление. Нарушение железного закона хирургии "Смелость никогда не должна превышать умения" должно строго караться.

Естественно, что сразу встает вопрос, а как же и где можно набраться умения, не выполняя сложных операций. Но этот вопрос стоит только по отношению к советским хирургам. Во всех странах Европы, Америки и Азии, где мне пришлось побывать, государство не на словах, а на деле всесторонне защищает своих граждан. Такой защитой обеспечены и больные, подлежащие хирургическому вмешательству. Хирургическая операция - агрессия во имя здоровья, это великий акт, который осуществляет врач, облеченный высочайшим доверием и ответственностью. Может быть это звучит слишком патетически, но это действительно должно пониматься хирургом только так.

Какое медицинское и хирургическое образование получает хирург в США? После окончания средней школы (по американскому - высшей школы) он учится 4 года в медицинском колледже, где получает общебиологическое и общемедицинское образование. Затем учится 4 года на медицинском факультете университета, где изучает клинические дисциплины и 1 год работает интерном в больнице, после чего получает диплом врача общего профиля.

Для того, чтобы стать специалистом в какой-то области, в том числе и в хирургии, он должен еще 5 лет работать в университетской клинике резидентом. Четыре года он учится, ежедневно участвуя в операциях в качестве ассистента у лучших хирургов. Только на 5-й год, став так называемым главным резидентом, он начинает самостоятельно выполнять сложные операции, да и то под наблюдением профессора. Таким образом, в США специалистом-хирургом человек становится только после 14-летнего медицинского образования, из которых 5 лет его индивидуально учили хирургии. Думаю, поэтому плохих хирургов там нет. В течение столь длительного пути люди, непригодные к будущей профессии, или сами уходят или их отчисляют.

Однако на этом образование специалиста не заканчивается. В дальнейшем, через разные промежутки времени каждый хирург систематически проходит курсы усовершенствования.

Эти курсы предусматривают строго индивидуальную подготовку для каждого специалиста. Интересно, что там никто не жалуется на слишком продолжительную подготовку и на то, что к самостоятельной хирургической работе врач приступает в возрасте 32 лет. Все это сделано в интересах больного. Любого пациента должен оперировать не только мастер своего дела, но и человек зрелого возраста.

Не буду подробно останавливаться на недостатках нашего высшего образования, отмечу лишь главное - мизерное число часов, отводимых программой на основные клинические дисциплины. Даже в программе субординатуры у студентов постоянно крадут часы на изучение предметов, не имеющих отношения к хирургии. Год субординатуры, да год интернатуры и вот уже наш хирург обретает все права. А ведь не секрет, что кое-где даже некоторым студентам 4 и 5 курса (пусть активным кружковцам) доверяется выполнение таких операций, как аппендэктомия, а для субординатора-хирурга это является обязательным согласно учебной программе. Разве в результате такого отношения к своей специальности будущий хирург сможет испытывать должное уважение к любой хирургической операции, как к великому акту агрессивного вмешательства человека в дела Природы или Творца - как кому угодно! При этом он начинает утрачивать и уважение к правам человека. Наконец, где же здесь государственная защита наших граждан от неопытных хирургов?

Я отчетливо представляю себе, что эти мои высказывания не вызовут одобрения со стороны большинства молодых хирургов, которые желают во что бы то ни стало больше оперировать. Но ведь если речь идет об операции, которой должен подвергнуться сам хирург, он почему-то просит оперировать его кого-то из наиболее опытных хирургов, а совсем не субординатора. Ну что ж, тут я ничего не могу поделать, поскольку это типичный результат работы нашей системы воспитания молодых людей.

После окончания интернатуры дальнейшее образование нашего молодого хирурга зависит только от него самого. Как быстро он сумеет попасть на курс усовершенствования и насколько этот курс для него пройдет успешно. Немногим счастливицам удастся закончить 2-годичную ординатуру (раньше она была 3-годичной), и это уже считается верхом хирургического образования. Часто после ординатуры врач получает должность заведующего отделения и принимается сам учить других.

И тем не менее в нашей стране встречаются высокопрофессиональные хирурги. Путь их становления куда труднее американского. Он залит потом хирурга и кровью пациентов. Как ни тяжело в этом признаваться, увы, это действительно так.

Мы, естественно, сразу не сможем намного улучшить существующую официальную подготовку хирургов. Поэтому все хирургическое образование в первую очередь зависит от самой личности хирурга, от того, насколько упорно он будет стремиться повысить свой профессиональный уровень. Причем это нужно делать большим потом и максимально малой кровью.

Конечно, постоянно совершенствоваться в профессиональном отношении необходимо врачу любой специальности, но я полагаю, что один малокомпетентный хирург может принести больному столько вреда, сколько не принесет и добрый десяток некомпетентных врачей менее агрессивных специальностей. Реальный путь непрерывного повышения квалификации хирурга я попытаюсь наметить в другом разделе книги.

Выдержка - умение держать свои эмоции в железной узде и разумно управлять ими - одно из важнейших качеств характера хирурга. Сегодня в нашей стране даже практически здоровых людей, желающих и умеющих сдерживать себя, стало явно недостаточно. Болезнь дополнительно обременяет психику человека, и без того перегруженную условиями современной жизни. К врачу попадают люди, отстоявшие после тяжелого рабочего дня очереди в магазинах, поконфликтовавшие в семье, только что отсидевшие очередь в поликлинике. Раздраженный всем этим больной нередко переносит свое недовольство и накопившуюся агрессию на врача. Но ведь и врач не святой человек, ничто человеческое ему не чуждо, он такая же жертва современного общества. Представьте себе, какая начнется ссора, если врач в ответ на обидные слова больного не сумеет сдержать свои эмоции!

Мне кажется, что врачу легче будет обуздать свои чувства, если он отчетливо будет представлять себе, что зарплата ему идет в основном именно за то, что он умеет сдерживать себя и мягко погасить отрицательные эмоции своих пациентов. В самом деле, плох тот врач, после общения с которым больному не становится легче. В условиях дефицита медикаментов и прочих лечебных средств, невозможности соблюдать необходимую диету, доброе слово врача иногда оказывается единственным и, нередко, сильным лечебным фактором.

Нагрузки, падающие на нервную систему активного хирурга, наверное нужно считать одними из самых значительных. Во-первых, контингент граждан, пострадавших в пьяных драках и других происшествиях, в основном, уже сам по себе представляет не лучшую часть человечества. Общение с подобными больными персоналу радости не приносит. Поступивший может попытаться устроить дебош и в больнице. Известны случаи, когда хирург, как самый ответственный и смелый из присутствующих человек, чтобы защитить больных, персонал и себя до прибытия милиции, вынужден был вступать в рукопашный бой с дебоширом. А после выигранного сражения его же и оперировал. Представьте себе, как трудно хирургу преодолеть свое негативное отношение к оперируемому, особенно если в сражении пострадало достоинство хирурга, он сам или его одежда.

Много лет назад во время моего дежурства в приемное отделение поступил двадцатилетний пьяный парень, который только что совершил попытку самоубийства, нанеся себе опасной бритвой глубокий порез шеи. Ворвавшись в хирургическое отделение, окровавленный и страшный громила, размахивая бритвой, кричал, гнусно ругался и угрожал резать каждого, кто подойдет к нему. Разбуженные больные испуганно выглядывали из палат. Медицинский пост разбежался. Вызванная милиция приехать не спешила.

Тем временем бесчинство продолжалось, и хулиган направился к операционной, где в это время шла операция. Поскольку настойчивые уговоры, которые мы вели издали, его только подогревали, пришлось прибегнуть к физическому воздействию. Вступать в единоборство с пьяным, вооруженным бритвой человеком, мне было, конечно, неприятно и страшно. Но я был ответственным хирургом и у меня не оставалось другого выхода. Только вообразите себе, как бы я выглядел в глазах больных и персонала, если бы позволил хулигану ворваться в операционную и устроить разгром еще и там.

Опыт службы в разведке во время Отечественной войны помог мне довольно быстро обезоружить его и с помощью подбежавших сестры и санитарки связать полотенцами. Я при этом тоже несколько пострадал: рука ока-

залась порезана, одежда порвана и сильно перепачкана кровью. Естественно, поэтому, никакого чувства милосердия к хулигану я не испытывал. К счастью, в операционной был другой хирург, который прооперировал меня, а затем и хулигана. В противном случае, его пришлось бы оперировать мне, а в тот момент я, к большому сожалению, не был уверен, что воспользовался бы анестезией и что руки бы у меня не дрожали.

Во-вторых, иногда неподобающим образом ведут себя и родственники больного. Обычно умные и культурные родственники, действительно заботящиеся о больном, являются первыми и очень полезными помощниками врача, они действуют в полном согласии с ним и под его руководством. Но встречаются родственники и другого типа. Эти требуют от хирурга гарантий полного успеха операции или вообще не соглашаются на операцию, хотя сам больной такое согласие дал. Хирург в подобных случаях попадает в весьма сложную ситуацию. Особенно это касается тех больных, для которых операция - единственный путь к спасению. Формально, в том случае, когда больной человек совершеннолетний и над ним не установлена официальная опека, достаточно только его собственного согласия на операцию. Согласия родственников не требуется. Но ведь если больной после операции погибнет или у него возникнут серьезные осложнения, такие родственники обязательно будут жаловаться или даже попытаются возбудить против хирурга уголовное дело.

Как следует поступать в подобных случаях? Прежде всего вами должна быть правильно оформлена история болезни. В клиническом заключении ее необходимо четко обосновать показания к операции и прямо указать на ее необходимость, несмотря на достаточно большой риск хирургического вмешательства. Далее следует написать, что больной на операцию согласен, а родственники против операции возражают по таким-то причинам. Согласие больного на операцию записывают отдельно за подписью больного. Мне представляется правильной следующая формула согласия: "О характере вмешательства и его риске врачом я информирован. На операцию согласен. Несогласие родственников на операцию мне известно".

Однако это все-таки только формальная сторона дела. К сожалению, во многих случаях от последующих жалоб родственников она не спасет. Поэтому, кроме вас, с родственниками должен побеседовать обязательно в вашем присутствии заведующий отделением или другой опытный врач, обладающий даром убеждения. В некоторых случаях целесообразно бывает собрать на беседу всех ближайших родственников, деликатно посоветовавшись по составу приглашенных с больным. Конечно это сложная и неприятная процедура, но успешно проведенная, она может избавить вас в дальнейшем от многих больших неприятностей.

Низкая культура некоторых посетителей, навещающих родственников в хирургическом отделении в грязной обуви или одежде, да еще ссылающихся при этом на свое пролетарское происхождение, пытающихся проникнуть в операционную или реанимационное отделение, нарушающих режим больницы неурочным посещением, распитием спиртных напитков или еще каким-либо другим путем, подчас приводит к конфликту их с медицинским персоналом.

Во время работы в больнице N 2 Комсомольска-на-Амуре, я, как заведующий отделением, каждый воскресный вечер приходил на обход. Однажды, когда я, закончив осмотр больных, собрался уже уходить, дежурная сестра сказала мне, что, несмотря на объявленный карантин, один посетитель пролез через окошко для передач и отказывается выйти. Я пошел в комнату для посетителей и застал там нарушителя, курящего вместе с больным.

Прежде всего я выяснил, к кому он пришел (Кстати, этот прием всегда полезный. С его помощью появляется серьезная зацепка, чтобы в дальнейшем можно было установить личность нарушителя. Человек уже становится не безымянным, а определенным гражданином, несущим ответственность за свои поступки). Затем, объяснив ситуацию, вежливо попросил его уйти. В ответ он начал ругаться и оскорблять меня. Я наступал на него, постепенно тесня к выходу, а, когда мы достигли двери, открыл ее и, слегка вытолкнув его, попросил толпившихся перед дверью посетителей придержать нарушителя. Они ловко подхватили его под руки, но он не менее ловко сильно ударил меня ногой и побежал вниз по лестнице. Я за ним. Схватил его за полу пальто, пытаюсь удержать, но он сумел вырваться и исчез. Пока я держал его за пальто, дежурный врач-терапевт, поспешившая мне на помощь, успела сорвать с него шапку. Это вещественное доказательство и выясненная фамилия больной, которую он навещал, позволили милиции быстро найти сбежавшего. Им оказался гражданин, только что освободившийся из мест заключения и навещивший свою жену. Накануне он проломил ей череп ударом электроплитки.

Эти жуткие истории я привожу здесь не для того, чтобы призывать к "вооруженным конфликтам" с больными или их родственниками или покрасоваться собственным геройством. Любой конфликт хирург должен суметь погасить мирными средствами. Выдержка никогда не должна ему изменять. Слава Богу, что за всю свою хирургическую работу мне пришлось только дважды вступать в "военные действия", хотя поведение больных и их родственников иногда бывало таким, что сдерживаться приходилось с великим трудом.

Более 20 лет назад я оперировал больную Б. по поводу рака средней трети пищевода. После удачно проведенного первого этапа операции по методу Добромыслова-Торекса, во время которой ей вместе с опухолью был удален пищевод, больная была выписана домой, а через 8 месяцев поступила для выполнения 2-го этапа - создания искусственного пищевода. Операция создания пищевода из тонкой кишки поначалу проходила также успешно, но затем у больной сформировался небольшой наружный свищ на месте анастомоза кишки с пищеводом. Я еще трижды оперировал больную, пытаюсь различными способами ликвидировать свищ, но он каждый раз рецидивировал.

Терпение больной кончилось. Она пришла ко мне в кабинет и очень раздраженно стала упрекать меня в том, что я оперировал ее не по показаниям и искалечил. При этом в выражениях не стеснялась. Признаюсь, у меня возникло сильное искушение показать ей результат патогистологического исследования удаленной опухоли пищевода и вступить в полемику на ее же уровне. Дело в том, что тогда эта операция считалась достаточно сложной и не так уж часто заканчивалась успешно, тем более что сил и времени на операцию и выхаживание этой больной мне лично пришлось потратить немало. Однако я все-таки сдержался, строго поговорил с ней и сумел поставить на место. Четвертая операция оказалась успешной. А совсем недавно больная была продемонстрирована на хирургическом обществе, в качестве примера хорошего отдаленного результата. После заседания общества она подошла ко мне и извинилась.

Третье обстоятельство заключается в том, что нервная система хирурга страдает не только в общении с не-

которыми больными и их родственниками. Серьезные нервные перегрузки хирург постоянно испытывает во время выполнения сложных оперативных вмешательств. Они связаны и с напряженной работой в условиях сложных, измененных самим патологическим процессом анатомических соотношений кровеносных сосудов, нервов и других важных органов. Опасность случайно повредить эти органы, получить массивное, трудно останавливаемое кровотечение, пересечь нерв, с последующими необратимыми осложнениями и т. п. заставляет хирурга нервничать. Неполноценность наркоза, переливанием крови, искусственным кровообращением или гипотермией, это также серьезные источники накопления у хирурга отрицательных эмоций. А какое раздражение у хирурга справедливо вызывают некачественный хирургический инструментарий, нитки, рвущиеся именно в момент перевязки с таким трудом захваченного кровотокающего сосуда, несрабатывающие сшивающие аппараты, спонтанно расстегивающиеся зажимы и другие технические неполадки.

Очень трудно сдержаться хирургу, когда ассистенты плохо помогают ему; когда операционная сестра не подает вовремя нужный инструмент или необходимый инструмент вообще отсутствует, его забыли простерилизовать; когда не хватает расходного материала, атравматических игл или медикаментов; когда плохо освещено операционное поле. Да мало ли других неприятностей у хирурга встречается по ходу большой операции.

Хирурги по-разному реагируют на эти неприятности. Наименее стойкие заводятся сразу уже от первой мелочи и возбуждение не проходит у них до конца операции. Другим нужно получить целый "пакет" неприятностей, чтобы потерять равновесие. Третьи, отреагировав на неприятность, быстро приходят в норму до следующей неприятности. Наконец, встречаются хирурги, которых никакими неприятностями вывести из равновесия невозможно. Наверное, последний вариант представляет собой идеальный тип хирурга, если только его невозмутимость не является следствием полного равнодушия к своему делу и судьбе больного.

Хирургу, умеющему держать себя в руках, конечно, можно только завидовать. Дело в том, что как только хирург начинает нервничать, его недовольство при этом обычно в первую очередь распространяется совсем не на его собственные действия и ошибки. Виновниками их он считает своих помощников, операционную сестру, анестезиолога, трансфузиолога, лечащего врача и других. Ругань и попреки обычно идут в их адрес. Незаслуженно (или заслуженно) обиженные помощники, также теряют спокойствие, действительно начинают помогать хуже, допускают ошибки, а иногда настолько теряют самообладание, что вступают с хирургом в пререкания.

В такой ситуации больному не позавидуешь. Образовавшийся замкнутый круг, ошибки, упреки, новые ошибки, новые упреки и т. д. приводят к тому, что операция идет кувырком, возникают все новые и новые осложнения, и счастье больного, если она заканчивается благополучно.

Да, на оперирующем хирурге полностью лежит ответственность за больного. Он один отвечает за все, в том числе и за всю операционную бригаду. Он имеет право по ходу операции сделать своему помощнику замечание, указать на допущенную ошибку, но обязан постараться сделать это не в обидной и уж ни в коем случае не в оскорбительной форме. Если есть возможность, то лучше разобрать ошибки помощников и свои собственные сразу после окончания операции. Это не идиллия. Мне довелось побывать в хирургических отделениях, где самые сложные операции проходят без эксцессов, а разбор их производится отдельно, в спокойной и доброжелательной обстановке. Так, к примеру, работает один из выдающихся хирургов нашей страны, заведующий отделом хирургии сосудов института им. А. В. Вишневского, академик Анатолий Владимирович Покровский. К сожалению, подобных примеров маловато, куда больше хирургов несдержанных.

Совсем плохо, когда хирург устраивает из операции представление. Приходилось мне видеть молодых заведующих отделениями, которые третировали персонал лишь с одной целью: продемонстрировать собственную власть, вседозволенность и непогрешимость. Шум, ругательства (не всегда цензурные), бросание инструментов, распинывание тазов и другие непотребные действия в глазах умного человека не прибавят такому хирургу ни авторитета, ни славы.

Лишь однажды мне пришлось присутствовать на операции у знаменитого в нашей стране хирурга В. Да, действительно В. обладал исключительным хирургическим талантом и оперировал блестяще, но ругань, переходившая в визг, грубые оскорбления помощников, сопровождавшие операцию, полностью испортили впечатление от красиво проведенной им операции.

Правда, после операции В. дружески похлопывал помощников по плечу, односторонне шутил с ними, но очень уж все это напоминало барина и холопов. Да так оно фактически и было. Мне пришлось побывать в операционных рядах стран Европы, Японии, США, но я ни разу не видел и не слышал, чтобы старший хирург при любых обстоятельствах как-то унижил достоинство младшего.

Конечно, все мы люди, с нашими слабостями и недостатками. Даже самому волевому человеку трудно быть все время сильным. Хирургу, сохраняющему спокойствие во время операции, конечно труднее, чем хирургу, широко выплескивающему свои эмоции, твердость духа ему дается нелегко. Сдерживать эмоции порой бывает очень трудно, и, несомненно, вредно для собственного здоровья.

Вместе с тем бурная разрядка хирурга в итоге также не оборачивается для него добром, поскольку после нее у операционного стола создается тяжелая нервная обстановка, сбивается порядок и темп операции, что не проходит без последствий. Какой же тогда путь предпочтительнее? Всем ясно, что первый. Однако легко так ответить, но следовать этим путем трудно. Среди хирургов не часто можно встретить абсолютно невозмутимых. Жизнь хирурга допечет кого хочешь.

Хорошо знаю по себе, как трудно бывает сдерживаться в конце учебного года перед отпуском. К сожалению, сдерживаюсь не всегда. Могу сказать только, что нецензурными выражениями я в операционной не пользуюсь, ругая помощников, вроде бы при этом их не оскорбляю и после вспышки прилагаю все усилия, чтобы взять себя в руки, шуткой или ласковым словом подбодрить помощников. Когда же это не удается, то в конце операции просто извиняюсь за свое гнусное поведение.

Честность. Об этом качестве хирурга вроде бы и говорить даже неприлично. Усомниться в том, что интеллигентный человек, врач, все воспитание и деятельность которого проходит в духе высокой гуманности, может обмануть с корыстной целью, что-то украсть, конечно, очень трудно. Но здесь речь пойдет совсем не об этом. Наш разговор будет о том, что хирург прежде всего должен предельно честно документировать все, что произошло с больным в период пребывания его в отделении и регистрировать все, что было сделано больному во время об-

следования и лечения. Даже небольшой обман здесь совершенно недопустим.

Полноте, скажете вы, какой же смысл писать хирургу неправду, что ему скрывать или исказить? И я с вами сразу же соглашусь. Действительно, умному человеку скрывать нечего, и он во всех медицинских документах напишет только истину, одну только истину, даже не всегда ему приятную. Человек же не слишком умный или очень хитрый для того, чтобы реабилитировать себя, может попытаться что-то скрыть из своей деятельности, или наоборот, написать то, что он не делал или не сумел сделать.

Дело в том, что врач имеет в своем распоряжении немало сильнодействующих лекарств, которые могут быть введены больному только при наличии соответствующих показаний. Ошибочное их назначение или превышение дозы препарата может привести к развитию тяжелых осложнений и даже к гибели пациента. Однако может быть и обратный вариант - неназначение больному по тем или иным причинам крайне необходимого ему медикаментозного или другого вида лечения. Не так уж редки случаи переливания больному иногруппной крови, что также приводит к самым тяжелым последствиям.

У хирурга ко всему этому прибавляется еще и ответственность за свои действия во время сложных диагностических и лечебных процедур, а особенно во время проведения им хирургического вмешательства.

Всю профессиональную деятельность врача постоянно сопровождают врачебные ошибки диагностического, тактического и лечебного характера. Такие ошибки часто разбирают в практическом плане на патологоанатомических конференциях, регулярно проходящих в больницах; в научном плане их рассматривают в опубликованных статьях и даже книгах; иногда, к сожалению, их приходится исследовать и в судебном порядке, когда врачебные ошибки классифицируются как преступная халатность, должностное преступление, а то и как неумышленное убийство. В подавляющем большинстве случаев судебные органы все-таки не возбуждают против врача уголовного дела. Гуманно относятся к людям нашей гуманной профессии. Спасибо им за это.

Вместе с тем, мне многократно приходилось принимать участие в судебно-медицинской экспертизе по врачебным делам. Чего только я там не рассмотрел. Невежество, лень, пьянство, амбициозность, полнейшая безответственность некоторых врачей приводили к тяжелейшим осложнениям и гибели больных, которые никак не должны были бы погибнуть. Тем не менее следователь в большинстве даже самых вопиющих случаев закрывал дело. Конечно, нехорошо быть жестоким, особенно по отношению к коллегам, но думаю, что в ряде случаев таким людям (не могу даже назвать их врачами) ни в коем случае нельзя было разрешать продолжать заниматься врачебной деятельностью именно по гуманным соображениям. Иначе либерализм, проявленный к плохому врачу, обязательно обернется жестокостью по отношению к его будущим пациентам.

Да, ни один врач, даже самый опытный, не застрахован от ошибки, и мы, врачи, благодарны юристам за то, что они стоят на нашей стороне. Но, прощая ошибки врачу, правосудие обязано ограждать граждан нашей страны от некомпетентных и аморальных людей с дипломом и в первую очередь от тех, которые работают в хирургии.

На меня произвела большое впечатление система защиты интересов больного, узаконенная в США. В том случае, если сам пациент или его родственники считают, что больной как-то пострадал в результате неправильных или неправомерных действий врача (или другого медицинского персонала), они не пишут никаких жалоб в вышестоящие медицинские учреждения, как это принято у нас, а сразу обращаются в суд. Суд рассматривает иск и, если он обоснован, удовлетворяет его. В этом случае врач одновременно или на протяжении многих лет выплачивает бывшему пациенту или его родственникам крупные суммы денег. Поэтому все практикующие хирурги вынуждены специально страховать себя от подобных случаев в страховой компании. Тогда иск оплачивает компания. Хотя оплата страховки для врача весьма накладна, но такие коммерческие взаимоотношения врача и больного, с одной стороны, надежно защищают больного, а с другой стороны, повышают ответственность врача за все свои собственные действия.

В нашей стране хирург за свои ошибки отвечает перед патологоанатомической конференцией, а при наличии жалобы его вначале немало терзает специально созданная комиссия, а затем он получает выговор или другое взыскание. До суда, как я уже писал, дело доходит редко. Тем не менее некоторые врачи, чтобы избежать любых неприятностей, пытаются скрыть свои ошибки или неправильные действия в диагностике или при лечении больного, делая неверные записи в основном официальном документе - истории болезни.

Иногда подобные записи имеют сравнительно невинный характер, в других случаях они могут привести к серьезным последствиям для больного, в третьих - просто являются подлогом.

Причины, по которым врач начинает обманывать, различны, но они ни при каких обстоятельствах не могут быть оправданы. Самый, казалось бы, невинный обман хирурга заключается в том, что в историю болезни он записывает не тот диагноз, который поставил больному до операции, а тот, который ему стал ясным уже после операции. Нужно сказать, что это делается не так уж редко.

В неотложной хирургии такому обману способствует то, что, как правило, дежурный врач заполняет всю историю болезни не до, а после операции, когда диагноз уже верифицирован.

С первого взгляда может показаться, что ничего плохого здесь нет. Но это далеко не так. Во-первых, врач уже с "молодых ногтей" приучается обманывать даже по мелочам. Во-вторых, он сам лишает себя возможности накапливать диагностический опыт, поскольку перестает достаточно точно обследовать больного, а главное, размышлять о диагнозе, и действует по порочному принципу "разрежем - увидим". В-третьих, все это происходит на глазах других врачей и сестер, поэтому очень скоро врач приобретает сомнительную репутацию врунишки.

Значительно хуже и даже просто опасно для больного, когда врач, стремясь прикрыть свою бездеятельность или ошибочные действия, записывает в историю болезни то, что он вообще не делал, или сделал позднее, чем это полагалось. Наконец, он может ложно указать на эффективность проведенного лечения, что позволило ему отказаться от хирургического лечения больного, хотя в действительности достаточно для принятия такого решения эффекта не было, то есть врач занимается фальсификацией документов.

В нашей клинике существует порядок, при котором отчет дежурного врача ежедневно принимает только ведущий клиникой. Прослушав один раз отчет нового врача мне, конечно, бывает трудно сделать какое-то заключение о его характере, квалификации, привычках и честности. Но после ряда заслушанных отчетов и оценки действий одного и того же врача во время нескольких дежурств, его облик начинает вырисовываться яснее. Так, один врач постоянно имеет огрехи по документации, другой - чрезмерно активно оперирует, третий - наоборот,

предпочитает консервативно вести больных, дотягивая решение об операции до утра. Четвертый слаб в диагностике, а вот у пятого по записям в историях болезни всегда все гладко, всех больных он вроде бы лечил правильно. В то же время при последующем осмотре поступивших по дежурству больных палатным врачом или заведующим отделением оказывается, что у многих больных дела обстоят совсем не так уж гладко и благополучно, как об этом докладывал на отчете дежурный. Естественно, что у меня, да и у других членов нашего коллектива в результате этого складывается определенное впечатление о каждом враче.

Конечно, мне ежедневно приходится видеть всех врачей и их рутинную работу днем, но особенности и наиболее важные черты характера каждого из них наиболее отчетливо проявляются именно во время дежурства. Дежурный врач самостоятельно принимает все решения по диагностике и лечению вновь поступивших больных, сам вместе с помощниками осуществляет их выполнение и, наконец, сам же оценивает эффект проводимого лечения. В другое время врач обычно находится за мощной спиной заведующего отделением, доцента или профессора, поэтому увидеть его фигуру во всех измерениях бывает несколько труднее. А вот дежурство все быстро высвечивает.

Приведу типичный пример. Дежурит врач К.. Вечером поступает больной с острой спаечной непроходимостью кишечника. Больному назначают спазмолитические препараты, производят двухстороннюю новокаиновую паранефральную блокаду, затем делают сифонную клизму. После такого лечения боли у больного несколько уменьшились, но, как потом выяснилось, стула получено не было, газы не отходили. Не помню уже, чем занималась дежурная бригада, спала или работала, но в истории болезни было записано об отхождении у больного газов и каловых масс, а также об улучшении общего состояния. Об этом же доложил на отчете дежурный хирург. Однако при обходе больной был обнаружен в достаточно тяжелом состоянии со всеми признаками неразрешившейся кишечной непроходимости. На операции у больного была обнаружена странгуляция спайками тонкой кишки.

Некоторое время спустя, во время дежурства того же врача им была вправлена ущемленная бедренная грыжа, хотя в клинике существует строжайший запрет на вправление грыж. В то же время в истории болезни было записано, что грыжа вправилась самостоятельно. Утром больной, культурный человек, рассказал лечащему врачу, как дежурный врач вправлял ему грыжу. Действительно, при поступлении состояние больного было довольно тяжелым и существовал немалый риск операции. Вместе с тем, своими неправомерными действиями врач прежде всего нарушил категорическую установку клиники на недопустимость вправления ущемленных грыж, даже не посоветовавшись со мной по телефону, хотя такая возможность у него была. Но, самое главное, он пошел на обман и фальсификацию документа. На очередной конференции клиник данное происшествие было подробно рассмотрено и действия врача коллектив строго осудил, хотя кое-кто и попытался сказать, что "победителя не судят".

Не прошло и месяца, как тот же врач К. скрыл факт переливания больной иногруппной крови. Он сообщил об этом только своему приятелю, врачу нашей же клиники. Вдвоем они проводили в общем-то разумные мероприятия по спасению жизни больной, но в истории болезни опять был сделан подлог: подклеена этикетка от другого флакона крови. К счастью для больной и врачей, дело обошлось без серьезных осложнений. Когда обман раскрылся, решение коллектива было единогласным - врача уволить. Кстати, в дальнейшем эта история закончилась вполне логически. За неблагоприятный поступок, который он совершил, работая уже в другой больнице, этот врач понес уголовное наказание. Его сообщнику рекомендовали уйти из клиники, что он вскоре и сделал.

В некоторых случаях хирург идет на обман фактически только из престижных соображений. Так, например, во время операции закрытой митральной комиссуротомии только один оперирующий хирург знает, что он сделал больному, поскольку в закрытой полости левого предсердия находился лишь его собственный указательный палец и, естественно, помощники никак не могли увидеть то, что было им произведено. Проверить, удалось ли хирургу достаточно разделить комиссуры или нет, не появилась ли после комиссуротомии недостаточность митрального клапана, а если появилась, то в какой степени, до поры до времени никто не может. Операция закрытой митральной комиссуротомии не всегда такая уж простая, иногда и у самого опытного кардиохирурга могут быть неудачи и осложнения. Поэтому после неудачи больного через некоторое время оперируют повторно обычно уже в условиях искусственного кровообращения.

Казалось бы, никто никогда не узнает, насколько успешно была произведена комиссуротомия. Поэтому, если хирург, опасаясь за свой престиж, в протоколе операции укажет, что комиссуротомия произведена адекватно, а на самом деле ему при всем старании она не удалась, или при ней был поврежден клапан и возникла серьезная регургитация, то поначалу действительно об этом никто не узнает, конечно в том случае, если больной не погибнет до выписки из стационара, тогда недобросовестность хирурга будет обнаружена сразу.

Однако, если неудачно оперированного больного удастся выписать, то врач, к которому он попадет в поликлинику, на основании выданной справки будет считать, что операция на клапане прошла успешно, а плохое состояние больного связано с ревматической атакой, слабостью сердечной мышцы или развитием посткомиссуротомного синдрома. Соответствующим образом поликлинический врач начнет лечить больного, вместо того, чтобы отправить его на повторную операцию в более квалифицированное учреждение. В конце концов больной погибает, а недобросовестность хирурга становится достоянием гласности. Получилось, что, опасаясь за свой престиж, хирург фактически заплатил за это жизнью больного. А разве подобная некрасивая история, ставшая со временем всем известной, прибавила ему авторитета? Да ведь и родственники погибшего, разобравшись в ситуации, могут привлечь его к судебной ответственности.

Как правило, недобросовестный врач, даже самый хитрый, рано или поздно, но все равно попадет на обмане. А ведь хорошо известно, что даже маленький обман рождает большое недоверие. Уважение и доверие хирургу завоевать трудно. Так стоит ли его терять так легко!

Хорошо известен факт о том, что Ф. И. Иноземцев с целью уязвить и подорвать авторитет Н. И. Пирогова, с которым они были в неприязненных отношениях, однажды публично выступил с сообщением о многочисленных его ошибках. Н. И. Пирогов не только не стал оправдываться, напротив, он все подтвердил и добавил, что у него имеется множество и других ошибок, о которых Ф. И. Иноземцев не упомянул. Великий хирург, конечно, не собирался гордиться своими ошибками, а подчеркнул лишь то, что как бы не были огорчительны для хирурга его

ошибки, скрывать их он не имеет права.

Более того, каждая ошибка должна быть подробно рассмотрена, поскольку именно на своих ошибках хирург обязан учиться. К сожалению, крылатое выражение "Умный учится на ошибках других", по крайней мере, для хирурга, не совсем подходит. Да, конечно, когда он изучает чужие ошибки - это очень полезно, но когда врач многократно переживает именно свою ошибку, много думает о ней и долго помнит, то в дальнейшей работе он ее редко повторяет.

Умный врач никогда не вступит на путь обмана еще и потому, что знает, что рано или поздно обман все равно будет обнаружен и это отрицательно скажется на его авторитете и престиже куда больше, чем открытое признание своей ошибки сделанное им самим сразу.

Несколько лет назад после гибели одного сравнительно молодого человека от острого аппендицита сотрудницы и родственники погибшего очень активно пытались возбудить уголовное дело против нескольких врачей нашей клиники. Прокуратура взялась за нас крайне серьезно. Были затребованы материалы не только по данному пациенту, но и взяты для изучения журналы патологоанатомических конференций клиники за несколько лет. Последнее обстоятельство привело главного врача нашей больницы, весьма эмоциональную женщину, в ужас. Она не могла спать, ночью позвонила по телефону и долго пеняла мне на то, что якобы мы "смакуем" собственные ошибки, вместо того, чтобы как-то их нивелировать. Я ей активно возражал, но она продолжала стонать и плакать.

На следующий день ко мне пришел следователь, вернул журналы и заявил, что работники прокуратуры подробно ознакомились с нашей документацией, нашли, что свои ошибки мы рассматриваем принципиально, четко указываем, кто в чем конкретно виноват и никаких претензий к клинике прокуратура не имеет. Поскольку больной с аппендицитом поступил поздно, когда у него уже развился гнойный перитонит, а лечение в принципе было правильным, уголовное дело было прекращено.

Надеюсь, что теперь мне удалось убедить читателя в том, что умному человеку не нужно скрывать свои ошибки и оплошности, а не шибко умный при попытке их скрыть все равно попадетсЯ, после чего серьезных неприятностей у него будет значительно больше.

Вместе с тем, рассматривая вопросы признания врачом своих ошибок и осложнений, необходимо оговориться. Здесь речь идет только о строгой документации их в истории болезни, операционном журнале и других официальных документах, а совсем не о необходимости все их немедленно доводить до сведения пациента и его близких. Только в том случае, если знание какой-то ошибки или имевшего место осложнения может оказать в дальнейшем влияние на судьбу или здоровье пациента, о них следует обязательно сообщить больному или его близким родственникам, а при необходимости указывать в справке, выдаваемой на руки пациенту.

Так, если врач не смог по каким-то причинам довести больному операцию до конца, а в стране (а может быть и в мире) есть учреждения, где подобную операцию ему сделать сумеют, пациент должен быть об этом информирован. Хорошей иллюстрацией этому может служить изложенный выше пример со скрытой врачом неудачей, происшедшей при комиссуротомии. Однако просто так знать о тех ошибках, которые были допущены хирургом во время лечения или развившихся осложнениях, тем более, если они были без существенных потерь ликвидированы по ходу операции, больному совсем ни к чему. Это знание ничуть не улучшит состояние его здоровья, а на впечатлительного больного может оказать серьезное отрицательное воздействие.

Наверное, не всегда следует говорить больному и о тех ошибках, которые хотя и оказали неблагоприятное влияние на состояние его здоровья, но их все равно исправить невозможно. Если же больной и родственники настаивают на подробностях, то, по-возможности, следует смягчить рассказ о роли хирурга в их возникновении. Ведь хирурга тоже следует поберечь, ибо он обычно сам казнится от содеянного. Вместе с тем еще раз хочу подчеркнуть, что в медицинских документах все эти ошибки и осложнения должны быть отражены с предельной четкостью, а все случившееся с больным должно быть без утайки немедленно доложено старшим товарищам.

Все это я называю системой "ограниченной гласности", причем излагаю по этому поводу только свое личное мнение. Как известно, существуют и другие соображения. В частности И. М. Амосов настаивает на полной гласности. Обо всех ошибках оперировавшего хирурга он немедленно рассказывает родственникам и полагает, что это лучшая воспитательная мера для врачей. Мне же представляется, что по отношению как к хирургу, так и родственникам больного это просто бессмысленная жестокость. Если хирург настоящий человек, то для него куда страшнее муки собственной совести и обсуждение его оплошности сотрудниками во время патологоанатомической конференции, чем неприязненное отношение или месть родственников. В том же случае, если он серьезно не переживает содеянного, его ничего не сможет исправить, и он просто не должен работать хирургом. Более подробные сведения о врачебных ошибках будут даны в последующих разделах книги.

Хирургическая работа - коллективный труд. При этом в отделении ежедневно происходит взаимозаменяемость партнеров. Сегодня оперирую я, а ты мне помогаешь. Завтра оперируешь ты, а я твой ассистент. Кроме врачей, в оперирующую бригаду входят операционные сестры, анестезиологи и анестезисты, не последнюю роль в успехе операции играет и четкая работа санитарок. При этом сбой в работе любого участника операции немедленно отражается на общем ходе операции. Так, внезапное падение артериального давления у оперируемого может произойти и по вине анестезиологов и по вине хирургов. Но в любом случае в ходе операции наступает пауза до тех пор, пока давление не будет поднято и стабилизировано на достаточном уровне. При этом, хотя анестезиологи и хирурги совместно пытаются установить причину возникшего осложнения, но никто не обвиняет друг друга.

Операционная сестра несет ответственность за стерильность инструментов и материалов. Отсутствие необходимого инструмента затягивает операцию. А сколько работы у санитарки. Кроме "подай" и "принеси", она направляет свет в операционную рану, трансформирует операционный стол по команде хирурга, регулирует электрокоагулятор, относит кусочки взятой ткани на анализы в лабораторию, безропотно выполняет массу другой работы. Она бывает заматана до предела, но не огрызается.

Поэтому, если коллектив хирургического отделения дружный, то работа идет ладно, каждый уверен друг в друге, как в самом себе. Но не дай Бог, чтобы в отделении появились неприязненные отношения, а то и открытая вражда между отдельными хирургами или группами хирургов, да еще с вовлечением в конфликт остального пер-

сонала. Люди не только начинают писать друг на друга жалобы, но могут, как говорится, и специально подставить тебя.

Причем вражда подчас настолько ослепляет людей, что они, чтобы скомпрометировать товарища, могут пойти на самые тяжелые аморальные поступки и даже преступления по отношению к больному. Например, хирург, ассистирующий своему недругу, просто является на операцию с недостаточно обработанными руками. В результате у больного после операции развивается тяжелое нагноение раны, а то и перитонит. А ведь таких возможностей в хирургическом отделении имеется великое множество. Поэтому отделение, где возник между хирургами конфликт, становится просто опасным для больных. Если его не удастся быстро и полностью погасить, штат отделения должен быть расформирован.

Однако, даже если и не брать такие крайности, все равно без настоящего товарищества хирургическое отделение хорошо работать не будет. Не может один врач отказать другому в просьбе перевязать его больных, срочно заменить на дежурстве, подежурить за него в праздничный день, помочь в любой работе, потому что назавтра и он может обратиться к кому-нибудь с аналогичной просьбой. Конечно, самому при этом чем-то приходится жертвовать, но без такого товарищества в хирургии жить невозможно. Поэтому, когда в дружном коллективе случайно появляется ярко выраженный эгоист, он должен быстро перестроиться или уйти на другую работу.

Как известно, хирург выполняет свою работу не голыми руками, а с помощью специальных инструментов и аппаратуры, которыми он должен владеть в совершенстве. Поэтому хирургия значительно в большей степени, чем другие медицинские специальности, связана с техникой. Сегодня мы используем электронож; лазерный и плазменный скальпель; ультразвук для разделения ткани, интраоперационной диагностики, или контролируемого дренирования кист и гнойников; рентгенэндоваскулярную хирургию; выполняем сложные эндоскопические операции; дробим камни, используя различные источники энергии, и производим многое другое, для чего требуется дорогостоящая современная аппаратура. Нередко довольно сложные аппараты и инструменты, применяемые сегодня в хирургии, для своего освоения требуют от хирурга наличия у него иногда далеко не элементарных технических навыков.

Беда состоит в том, что в ряде больниц на складах оседают неиспользуемые нами новые инструменты, которые призваны облегчить труд хирурга, сократить продолжительность операции, сделать хирургическое вмешательство более надежным. Примером тому могут служить хотя бы многочисленные полуавтоматические аппараты, предназначенные для соединения различных тканей. Фактически впервые сконструированные и созданные в нашей стране лет 40 тому назад, сегодня они получили широкое распространение во всем мире. В ряде стран их удачно усовершенствовали и модифицировали. У нас же они используются хирургами явно недостаточно.

Какие же причины заставляют многих из наших хирургов отказываться от работы с новыми инструментами? Основная причина этого, как мне кажется, заключается в боязни технических средств и недоверия к ним, а может быть, и своеобразный консерватизм.

Хотя применение большинства сшивающих аппаратов на операциях не представляет особых сложностей, однако и самой простой техникой все-таки приходится овладевать. Нередко хирург, недостаточно освоив аппарат, выполняет с его помощью одну-две операции, а затем отказывается от дальнейшего его применения, считая, что ручной шов проще и надежнее. Но ведь когда-то он не умел толком наложить и ручной шов, ему пришлось набираться опыта по крайней мере, на десятке операций. Только проработав какое-то время с аппаратом, приобретя определенный навык, он имеет право оценивать его преимуществами и недостатками. Подобный консерватизм трудно отличить от лени, нежелания поработать с аппаратом, обучить операционную сестру разбирать, стерилизовать и собирать аппарат, заряжать скрепки, наконец, доставать дефицитные скрепки, своевременно заказывать их.

В свое время я потратил немало энергии, пытаясь оснастить клинику самым современным инструментарием и оборудованием. После зарубежных командировок по снятым мной схемам на самарских заводах конструировали и изготавливали новые инструменты, наконец, мы сами создали новый инструментарий (светящиеся инструменты, приспособление для упрощения сшивания кровеносных сосудов, инструмент для облегчения перевязки поясничных артерий и др.). Увы, некоторые мои сотрудники до сих пор игнорируют новые аппараты и оборудование, а широко используют только простейшие инструменты. Сшивающими аппаратами в совершенстве владеют немногие.

Насколько мне известно, аналогичное положение складывается во многих хирургических отделениях и клиниках нашей страны. Отсутствие спроса на инструменты, конечно, тормозит и процесс их совершенствования и, как следствие этого - наши сшивающие аппараты уже здорово отстают от современного уровня.

По-видимому, хирургу желательно иметь еще одно достаточно важное качество: он не должен бояться техники, а активно и упорно изучать новую аппаратуру, инструментарий, успешно использовать их в своей деятельности и уж ни в коем случае не проявлять здесь свой консерватизм. А также не жалеть времени и сил, потраченных на изучение и овладение новой техникой, поскольку в дальнейшем они обязательно с лихвой окупятся.

Но вот наконец из довольно большого количества претендентов на место ординатора хирургического отделения я выбираю вроде бы самого достойного кандидата. П. известен мне еще со студенческой скамьи, когда он очень активно посещал заседания хирургического общества, добровольно приходил на дежурства в клинику, и сделал несколько интересных сообщений на заседаниях нашего кружка, в котором работал несколько лет. Умный и трудолюбивый, порядочный парень с твердым характером, много читает, стремится быть в курсе последних достижений хирургии. После окончания института 3 года проработал в ЦРБ, привез оттуда отличную характеристику.

Он быстро сумел войти в почти родной ему коллектив, получил тему для научной работы и вначале все было хорошо. Прошло некоторое время. И вот однажды, когда заведующая операционным отделением пришла ко мне подписать план операций на следующий день, я спросил ее, не пора ли дать П. самостоятельно прооперировать больную с холециститом. Заведующая несколько замаялась и постарался обойти этот вопрос. Но я стал настаивать, и она сказала мне, что хотя П. пользуется в клинике уважением, но хирургическая техника у него пока еще очень слабая. Встревоженный этим сообщением, я решил посмотреть сам его операции, и с сожалением убедился, что руки у него, действительно, работают плоховато. Не было достаточной твердости руки, легкости дви-

жений, четкости разреза, плохое чувство тканей, страдает глазомер. В результате довольно простая операция шла медленно, возникало немало мелких осложнений. А ведь П. работал в хирургии уже не один год. Хорошо зная любовь и преданность П. хирургии, я не решился сразу сказать ему, что у него в руках нет хирургического таланта. Во время очередной беседы посоветовал ему постоянно развивать ловкость рук, выполняя систему упражнений. Он очень упорно занимался, мануальная техника его улучшилась. Сейчас П. преподаватель, любимый студентами, кандидат медицинских наук, продолжает разрабатывать очень интересную научную идею, пользуется уважением и даже любовью сотрудников. Но при всех его талантах хирургом он остался только посредственным.

У другого хирурга, С., напротив, руки действовали просто замечательно. Он быстро и отлично выполнял, если можно так выразиться, типовые операции, которым его научили. Но как только по ходу операции ему приходилось отойти от стандарта, терялся и просил совета или помощи.

Хирургия имеет как бы три ипостаси. Хирургия - это наука, хирургия - это ремесло и хирургия - это искусство. Так вот, П. имеет талант научного работника, а С. отличный ремесленник. Когда же мы говорим о хирургии как об искусстве, то здесь, как и для каждого вида искусства, необходимы люди, обладающие талантом. Для хирургии нам нужно искать человека с умными и ловкими руками и великолепно соображающей головой. Таких, как говорится, божьей милостью хирургов, не так уж много. Им нет цены. Эти люди в своем деле незаменимы. Конечно, у нас могут сменить любого. Любимая присказка деятелей административно-командного аппарата - "незаменимых людей нет". Как и всякий высокоталантливый человек, такой хирург нередко имеет сложный характер, а также собственное мнение. Далеко не всякое начальство может терпеливо сносить его "требования, причуды и капризы". Но уход его, как правило, остается для местной хирургии невозместимой потерей на многие годы.

Совсем другое дело, если "звездной болезнью" начинает страдать молодой врач, не имея на то других оснований, кроме того, что, допустим, в центральной районной больнице он единственный хирург. Такой врач, конечно, должен быть поставлен на место. Вместе с тем, если его претензии касаются только вопросов жилья и неустроенного быта, то они несомненно обоснованы. Труд даже рядового хирурга таков, что он должен быть вознагражден хотя бы нормальными условиями жилья и быта.

Приобщение к таинствам хирургии для каждого неопита немаловажное событие. Первый раз в операционной, первая ассистенция, первая самостоятельная операция - все эти ситуации для него, прямо скажем, чрезвычайные. Ведь далеко не для каждого человека существует возможность даже посмотреть "живьем" операцию, а не то, что участвовать в ней. Естественно, что человек начинает гордиться своей приобщенностью, и его нередко просто распирает желание поделиться с кем-то своими впечатлениями. Ничего худого не произойдет, если он сдает это дома в кругу семьи или друзей, не входя, конечно, в натуралистические подробности.

Однако некоторым этого кажется мало. Тщеславие требует, чтобы о его исключительности и принадлежности к касте хирургов знало как можно больше народу. Такой человек может начать рассказывать о работе в операционной, находясь и в общественном транспорте, и в кино, и в столовой. Может быть, эти сведения даже не относятся к врачебной тайне, но просто болтать повсюду о таких сугубо интимных действиях, к которым относятся хирургические операции, конечно, не следует. У невольных слушателей подобных рассказов обычно появляется не уважение к рассказчику, а, напротив, неприязнь, желание оборвать его или сказать ему какую-нибудь грубость.

Как-то один из молодых хирургов в приступе откровенности покаялся мне об одном позорном для него происшествии. Однажды в трамвае он начал рассказывать своему товарищу, как во время дежурства старший хирург блестяще "сделал" внематочную беременность. В разговор немедленно вмешался стоящий рядом пассажир, который насмешливо заметил, что он сделал своей Машке уже две внематочных беременности и не собирается на этом останавливаться, чем привел незадачливого рассказчика в немалое смущение и сильно развеселил окружающих...

Конечно, профессия хирурга окутана некоторой романтической таинственностью, а сам хирург в глазах окружающих окружен своеобразным ореолом, но это как раз и является главной причиной, по которой он, по крайней мере внешне, должен быть предельно скромным, никогда и нигде не подчеркивать необычность своей профессии.

Не могу удержаться, чтобы еще раз не вспомнить здесь об одной истории, о которой я рассказываю студентам на лекциях уже много лет. Однажды во время обхода больных я, как обычно, высказал свои соображения о диагнозе очередного осматриваемого пациента. Лечащий врач этого больного, имеющий стаж работы где-то около 3 лет, но уже большой нахал, в ответ на это глубокомысленно заявил что, дескать, наши "младшие товарищи" имеют на этот счет другое мнение. Когда мы вышли из палаты, я, страшно стесняясь собственного невежества, робко спросил врача, что он подразумевал, говоря о "младших товарищах". Эрудит немедленно просветил меня, сказав, что всем хирургам известно, что это не кто иные, как врачи терапевты. Тем не менее, после последовавшей разъяснительной беседы, он покинул мой кабинет глубоко убежденный уже в полном собственном невежестве. Правда, после этого он не повесился и не запил горькую, но прежний гонор обрел все-таки не так уж скоро.

Как бы ни была сложна, необычна и романтична профессия хирурга, она не дает ему никакого права вознестись над другими специалистами. По моему глубокому убеждению, пользы от хорошего врача терапевта, наверное, больше, чем от хирурга. И если бы число знающих терапевтов было побольше, насколько сократилось бы количество необходимых хирургических вмешательств! Любого работающего человека нужно уважать не за его специальность, а за высокий профессионализм. Хирурги и без того пользуются особым признанием как со стороны врачей других специальностей, так тем более - населения. Поэтому, пожалуйста, не прилагайте никаких усилий, чтобы еще больше прославиться, тем более, что скромность вас не только украсит, но и заставит людей еще больше вас уважать.

Как известно, слава портит людей. Но настоящего человека она испортить не может, он всегда остается настоящим скромным.

Имя Анатолия Степановича Лескина в Самарской области хорошо известно. Он заместитель главного врача по хирургии МСЧ N 1 Волжского автомобильного завода. С первого взгляда совершенно рядовой скромно одетый

человек среднего роста, без всякой внешней рисовки, властности, значительности. Говорит негромко и мало. Выступать на обществе хирургов, наверное, не очень любит. Вместе с тем, довольно часто наблюдая за ним на заседаниях общества, я постоянно вижу в его руках блокнот, куда он время от времени вносит заметки, по-видимому, услышанные интересные мысли. Живет настолько скромно, что многие годы работая в МСЧ автомобильного завода и пользуясь там колоссальным авторитетом, не имеет хорошего автомобиля.

А ведь Анатолий Степанович, действительно, хирург божьей милостью. Диапазон его хирургической работы необычайно широк, а по количеству сложных операций, выполненных им на пищеводе, печени и поджелудочной железе и результатам лечения этих больных он оказался впереди многих столичных и зарубежных специализированных учреждений. Причем операции проходят быстро, красиво, бескровно и спокойно. Я много раз предлагал Анатолию Степановичу, чтобы он оформил любой раздел из его богатейшего клинического материала в качестве диссертации, но нет, он только щедро раздаривает его своим ученикам и помощникам.

Очень хорошо, что талант и работа Анатолия Степановича признаны официально. Ему присвоено звание "Заслуженный врач РСФСР", он лауреат Государственной премии СССР, причем, в отличие от принятой у нас практики, он лично не проявлял никаких усилий для этого.

Мудрость - это постоянное высшее философское состояние ума и духа человека. Обычно она приходит поздно, но чтобы мудрость вообще когда-нибудь пришла к человеку, необходим большой жизненный опыт и умение объективно анализировать его. К сожалению, все события нашей жизни мы анализируем обычно слишком субъективно, что нередко приводит к искажению действительного положения вещей, событий и взаимоотношений.

Уже много лет прошло, но я периодически вспоминаю одну очень неприятную, но поучительную историю, произошедшую со мной в Тюмени, куда я приехал на научную конференцию лет через 5 после того, как я занял кафедру в Самаре. Встретился я там со многими знакомыми уральцами, в том числе и преподавателем Б., который студентом занимался в моей группе, когда я работал ассистентом в Челябинском мединституте. Вечером в кафе он пригласил меня вместе с ним и его друзьями, тоже моими знакомыми, распить бутылку шампанского. Естественно, что начались разговоры о жизни и работе. Приблизительно через час, когда уже была выпита не одна бутылка шампанского, Б. внезапно нецензурно выругался в мой адрес. Я вначале опешил, поскольку пьяными мы не были и отношения наши до этого момента были вполне доброжелательными, а затем встал, положил деньги на стол и ушел. Знакомые, сидевшие с нами, догнали меня, и уговаривали вернуться, не обращать на него внимания, тем более, что он когда-то был в заключении. Но я был крайне оскорблен и, честно говоря, жалел, что не дал ему пощечину, хотя и понимал, что в этом случае все бы закончилось позорной дракой.

Это происшествие долго не давало мне покоя. И вот однажды, очередной раз обдумывая вроде бы совершенно непонятное изменение отношения Б. ко мне, наконец все понял. Оказывается, недостоинство-то первым повел себя я сам. Ведь в течение часа я никому и рта не дал раскрыть, хвастливо рассказывая о своих многочисленных успехах и достижениях во всех сторонах жизни и работе в Самаре и, несомненно, в глазах окружающих выглядел самовлюбленным болтуном. Один из собеседников, жизнь у которого не складывалась, не сдержался и сказал то, что, возможно, думали обо мне и другие. Да, теперь я все хорошо понял, и мне стало невероятно стыдно за себя и свое позорное поведение.

Не могу утверждать, что после этого случая стал всегда абсолютно объективно анализировать события - это, по-видимому, вообще противно человеческой натуре, но тем не менее часто честно старался понять своего оппонента и даже врага, мысленно представляя себя в данной ситуации на его месте. В ряде случаев это помогало мне выяснить мотивы действий противника и даже приводило к взаимопониманию с ним. Поэтому мой совет вам: при анализе любой ситуации и особенно при анализе ваших взаимоотношений с другими людьми всегда настойчиво пытайтесь отбросить все субъективное и при этом чаще смотрите на себя как бы со стороны.

Несколько лет назад, если бы я забыл написать об "общественном лице" хирурга, книга просто не была бы напечатана. Сегодня я пишу об этом не по обязанности, а потому, что действительно считаю, что хирург не может игнорировать жизнь общества, он не может остаться ограниченным человеком. Каким побочным делом он будет заниматься: политикой, религией, экологией, милосердием, литературой, культурой или чем-то еще, зависит целиком от его склонностей.

Известность и авторитет хирурга среди населения, особенно в сельской местности и небольших городах, велики. И естественно, не только его профессиональная деятельность, но и его жизнь обычно становятся здесь достоянием гласности. Одно дело, если его видят в театре, на концертах, в библиотеке, если он выступает по местному радио или в газете, да еще и не только по медицинским вопросам, если он участвует в общественных акциях по борьбе с загрязнением окружающей среды, защите малоимущих и т. п. и совсем другое дело, когда всем известно, как часто он сдает пустые бутылки. Раз общество его уважает, то оно ему и подражает. Забывать об этом ни один интеллигент не имеет права.

Мне кажется, важно только, чтобы при этом его хобби или общественная деятельность не отнимали бы слишком много времени и сил у хирурга. В противном случае несомненно пострадают его профессиональные качества. Известно немало случаев, когда поначалу побочное увлечение заставляло врачей оставить свою профессию и полностью отдаться своей страсти. Хорошо еще если он стал писателем, драматургом, артистом или бизнесменом, ну а если с головой ушел в политику? Так что делу время, а потехе - час. Но какая-то "потеха" у каждого человека в жизни обязательно должна быть.

Должны ли быть хирургу присущи качества умелого организатора? Если он собирается сделать хирургическую карьеру, то несомненно должны. Проработав какое-то время в качестве ординатора, прогрессирующий хирург непременно захочет большей самостоятельности и независимости. В больнице для этого существует единственный путь - стать заведующим хирургическим отделением.

Допустим, что эта должность освободилась, и главному врачу больницы предстоит сделать выбор на эту должность из нескольких возможных претендентов. Как по-вашему, которого из них он выберет: лучшего хирурга, но слабого организатора, или талантливого организатора, но менее сильного хирурга? Боюсь, что он свой выбор остановит на последнем, и я его за это осудить никак не могу. Если отделением заведует самый сильный хирург, то в лечебном отношении в отделении будет все в порядке, но если он при этом бездарный организатор -

отделение постепенно развалится. Не будет полного штата сестер и санитарок, помещения будут плохо убирать, ремонты будут редки и некачественны, белье придет в ветхость, не будет пополняться парк хирургического инструментария и оборудования, будут перебои с медикаментами, по отделению будут шататься посторонние люди и обязательно будут происходить все другие наши сегодняшние беды.

У хорошего организатора в отделении всегда полный штатный, материальный и технический порядок, да, пожалуй, и лечебный тоже. Дело в том, что умелый и умный организатор сумеет так поставить дело, что на отделение с полной отдачей будут работать и хирурги, профессионально лучше подготовленные, чем он сам. Конечно, только в том случае, если они сами не сильно рвутся к власти.

И еще одно качество врача, которое, конечно, никак нельзя считать обязательным для хирурга, но которое может помочь облегчить как его профессиональную деятельность, так и жизнь для него самого, сотрудников и больных. Это - чувство юмора.

Юмор в жизни человеческого общества обладает великой силой. С его помощью можно подбодрить человека, снять утомление, усталость, вселить утраченную надежду, завоевать друга, обезоружить врага, создать у людей хорошее настроение и повысить их работоспособность, решить, казалось бы, неразрешимые проблемы, сделать карьеру и даже спасти человека. Жизнь без юмора остается скучной и пресной.

Слава Богу, большая часть человечества не лишена чувства юмора, но диапазон развития этого чувства у людей весьма широк. Один мгновенно воспринимает самый тонкий юмор, другому приходится очень долго разъяснять, в чем соль каждой шутки. Кроме того, чувство юмора может быть активным, когда человек сам умеет пускать каламбур, подать шутку или острое словцо, и пассивным - когда он только смеется над чужими остротами. Думаю, что остролов на эту тему сможет написать целый трактат, но моя задача проще. Я хочу здесь только сказать, что если ко всем уже перечисленным выше качествам хирурга прибавится еще наличие у него здорового чувства юмора, то уж тогда он будет всем хирургам хирург!

Вы, вероятно, заметили, что я подчеркиваю слово "здоровое", и это совсем не случайно. Пошутить с больными или сотрудниками, конечно, дело хорошее, но при этом всегда нужно знать, с кем вы имеете дело, как данный человек воспринимает юмор, и, главное, как он воспринимает шутки, касающиеся его самого, а это далеко не одно и то же. Неудачная по отношению к данному человеку шутка может не только серьезно обидеть его, но и привести к отказу больного лечиться или оперироваться у шутника, а то и к жалобе на унижение достоинства больного человека.

В лечебных учреждениях особенно нужно избегать и так называемого "черного" юмора. Еще хуже, если вы своей шуткой случайно, но серьезно обидите коллегу, что в дальнейшем нередко приводит к возникновению конфронтации в коллективе. Поэтому хирург не должен быть среди людей, которые, как говорится, "ради красного словца повесят и отца", ему приходится пользоваться юмором только умело и дозированно.

Перечитав еще раз все здесь написанное мною, об основных чертах характера хирурга, я сам серьезно усомнился, а много ли подобных суперменов можно встретить среди тысяч хирургов, работающих в наших больницах. Не отпугнут ли студентов и начинающих врачей от самой хирургии столь высокие требования, предъявляемые к личности хирурга.

Однако, хорошо поразмыслив, я решил, что все правильно, что требования к себе снижать не надо. Если требования не очень высоки, человек чего-то достигнув, успокаивается, считая, что он достиг вершины. Естественно, его профессиональное развитие с этого момента прекращается, хотя на самом деле у него обычно сохраняются еще немалые резервы, которые он может так никогда и не использовать в своей жизни. Высокие требования заставляют энергичного человека все время к чему-то стремиться, чем-то новым овладевать, постоянно себя воспитывать, тренировать, держать в тонусе.

Человек останавливается в своем развитии по разным причинам: из-за лени, сложных жизненных обстоятельств, хронического невезения, ну и, наконец, потому, что он действительно чувствует, что достиг своего предела.

Тот, кто пожелает стать хирургом, должен отчетливо представлять себе, что существует не один только самый высокий эталон хирурга, а имеется довольно много уровней, на которых может работать хирург. Одни требования предъявляются к хирургу поликлиники, совсем другие - к общему хирургу районной больницы, третьи - к хирургу, работающему в областной больнице или в специализированном отделении, ну и, наконец, самым высоким требованиям должны отвечать хирурги, работающие в клиниках медицинских институтов или научно-исследовательских институтов. Так, по крайней мере, принято считать.

Однако на практике мы нередко встречаемся с нарушениями на этой иерархической лестнице. Лучшие хирурги по тем или иным причинам могут оказаться стоящими на менее высоком уровне, чем им полагалось бы, согласно их опыту, мастерству, эрудиции и необходимым чертам характера. Хирург в зависимости от его качеств, внешних обстоятельств может ползти, идти, бежать, или даже прыгать вверх через несколько ступенек по этой лестнице. Не будем глубоко входить в анализ причин встречающихся несправедливостей. Скрепя сердце, допустим, что они все-таки представляют собой исключение из общего правила. Вместе с тем, с моей точки зрения, самым счастливым окажется не обязательно тот, кто займет высшую ступеньку на этой лестнице, а тот, кто займет место, точно соответствующее его врожденным и развитым способностям. На таком месте человеку будет сравнительно просто и легко жить, он будет пользоваться заслуженным уважением больных и сотрудников, жизнь не будет постоянно ставить перед ним трудно разрешимые проблемы, которые ему не по плечу. Если он правильно оценивает свои способности и жизненные возможности, то душевный комфорт ему обеспечен. У него не возникает никаких комплексов неполноценности, ни чувства обиды на несправедливость к нему судьбы, ни даже зависти к людям, приблизительно таких же способностей, как и он, но в хирургической карьере обогнавших его.

В то же время всегда плохо, если человек имеет должность или положение, явно несоответствующее его способностям, как в одну, так и в другую сторону. Если он по должности занимает более низкое положение, чем ему полагалось бы по своим качествам хирурга (я здесь намеренно отбрасываю все другое), у него, естественно, появляется чувство неудовлетворенности работой, неудовольствия, обиды, а затем и зависть к своим товарищам, сделавшим более успешную карьеру. Постепенно портится характер, в семье он слышит за неудачника,

опускается, может начать пить.

Но неудачник зря завидует "счастливчику", которого судьба забросила на такую высоту, какой он по своим качествам никак не соответствует. Не соответствует ни по своему уму, ни по галанту, ни по знаниям, ни по культуре. Комплекс неполноценности постоянно и страшно давит на него. Единственная возможность удержаться наверху для него - это душить вокруг все новое, талантливое, оригинальное, чему он в основном и посвящает свою жизнь и деятельность. Он надменен, груб, агрессивен. Ему все время кажется, что кто-то стремится оттереть его, занять принадлежащее ему место. Поэтому вся деятельность такого человека целиком направлена на поиски врагов и возможных претендентов, все остальное заброшено.

Ярчайший пример такой личности - Сталин. Но тысячи маленьких сталиных, все еще сидящих на разных постах, продолжают портить жизнь и нам, и себе, пытаются сдержать развитие всего прогрессивного и делают это порой безуспешно.

Карьера в хирургии - это понятие далеко не однозначное. Можно овладеть хирургическим мастерством, прекрасно работать, быть признанным мастером не только в глазах народа, но иметь высокий авторитет и среди коллег, однако при всем при этом спокойно работать рядовым хирургом или заведующим отделением. Можно быть посредственным хирургом, но, достигнув определенных успехов в научно-исследовательской работе и получив научную степень, подвизаться в каком-либо научном учреждении. Хирург, если его привлекает педагогический процесс, может успешно преподавать в медицинской школе или институте, стать ассистентом, доцентом или профессором.

Наконец, занимаясь хирургией, можно вступить и на административную стезю, стать заместителем главного врача по хирургии, главным врачом, начальником городского или областного управления здравоохранения, даже министром. При этом нередко создается внешнее впечатление, что многие умудряются успешно совмещать занятия административными, научными, педагогическими да еще и многочисленными общественными делами с врачебной и хирургической работой.

Убежден, что это только впечатление. Seriously заниматься одновременно несколькими большими делами невозможно. За 30 лет заведования крупной хирургической клиникой я с самого близкого расстояния мог проследить карьеру своих многочисленных учеников, бывших ординаторов и аспирантов. Сегодня многие из них работают не только хирургами или заведующими хирургическими отделениями, но и занимают, пожалуй, все возможные должности вплоть до министра здравоохранения СССР. Те, которые нашли в себе силу выбрать только одно: либо хирургию, либо что-то другое, обычно успешно работают в выбранном направлении. Все остальные в основном суетятся.

Многие могут мне возразить. Возьмите имена многих наших известных хирургов, профессоров, академиков, лауреатов различных премий, ведь большинство из них еще и крупные администраторы, ректоры вузов и директоры НИИ, члены многочисленных комиссий и комитетов, редколлегий и прочего. Следует заметить, что в нашей стране все главные административные и общественные должности в медицине монополизированы сравнительно небольшой группой ученых, которые благодаря этому имеют власть и влияние во всех сферах деятельности.

Именно с этими обстоятельствами связана и слава некоторых из них. У меня, например, есть серьезное сомнение, что ученые, имеющие по несколько сот опубликованных работ, сами выполняли все исследования или писали статьи. И тем не менее в списке соавторов их фамилия всегда стоит первой. Справедливо ли это?

Думаю, что иногда это и справедливо. Настоящий руководитель делает самое главное - рождает идею, а иногда открывает целое научное направление. Уже одно это дает ему право быть соавтором. Но обычно он, кроме того, дает советы и постоянно консультирует своих сотрудников, непосредственно занятых выполнением работы. А как много приходится работать над рукописью, которую тебе ученики часто приносят в совершенно непотребном состоянии, прежде чем она, наконец, заблестит всеми своими гранями. В подобных ситуациях я никогда не отказываюсь от участия в авторстве, но только при условии, если мне его предложат. Однако, если работа моего сотрудника целиком авторская, я от соавторства отказываюсь. Иногда сотрудники, выполнив малоинтересное исследование, предлагают быть соавтором, поскольку с моим именем работа возможно и будет опубликована. От такой чести я тоже обычно отказываюсь. Свою научную и гражданскую репутацию следует беречь.

Вместе с тем, когда мы находим, что во всех работах, выходящих из крупного научно-исследовательского института, где трудятся несколько профессоров и даже академиков, первой всегда стоит фамилия директора института - это не только несправедливо, но и смешно. И уж никак не укрепляет авторитет ученого.

Интересно отметить, что среди ректоров медицинских институтов процент хирургов велик. Думаю, что это понятно, поскольку энергия, деловитость и авторитет хирурга и в глазах начальства, да, наверное, и на самом деле, выше, чем у других специалистов. Предложение занять пост ректора для каждого заведующего кафедрой не только лестно, но и выгодно, причем даже не только потому, что повышается зарплата, улучшаются квартирные условия, появляется персональная машина и другие льготы, но и потому, что он получает в свое распоряжение власть и возможность распоряжаться государственными средствами. А это в первую очередь позволяет укрепить и оснастить собственную кафедру, которой заведует. Полагаю, что последнее обстоятельство поначалу является одним из наиболее веских факторов, заставляющее заведующего кафедрой принять ректорство.

Ректором я никогда не был, но уверен, что это громадная работа. Зато я хорошо знаю, как нужно много трудиться, если по настоящему руководить только одной хирургической кафедрой. Нужно знать всех больных клиники, активно участвовать в хирургической работе, читать лекции и управлять всей педагогической работой, а также массу времени тратить на научные исследования, как свои, так и своих сотрудников. Сюда же добавляется работа по рецензированию чужих работ и диссертаций, участие в научных конференциях и съездах и многое другое. А сколько приходится читать, чтобы быть в курсе современной медицины, науки, культуры. К тому же пишешь статьи и книги, редактируешь сборники кафедры. Наконец, много времени забирают всевозможные нужные и никому не нужные собрания, совещания, бумаги и отчеты.

Может быть, я не умею правильно организовать свою работу, но убежден, что еще какая-нибудь дополнительная работа, кроме кафедры, мне была бы просто уже не по силам.

Среди моих друзей, заведующих хирургическими кафедрами, жизнь и работу которых я хорошо знаю, немало есть и ректоров. Глядя на их энергичную суету, которую они называют почему-то жизнью, думаю, как много могла

бы приобрести практическая и научная хирургия, если бы каждый из них сидел только на одном стуле и вкладывал все свои силы и энергию в одно дело.

Итак, я убежден, что на своем жизненном пути хирургу, как и человеку любой профессии, следует время от времени останавливаться и стараться максимально объективно оценивать свои достижения и свои дальнейшие возможности. Интересна ли для тебя работа? Удовлетворяет ли та должность и положение в обществе, которых ты достиг? Хватит ли у тебя таланта и сил достигнуть большего как в хирургической профессии, так и в отношении служебной или научной карьеры? Хочешь ли ты сам и твоя семья каких-то перемен, продвижения по службе, или вас вполне устраивает достигнутое? Вопросы эти очень серьезные и правильные ответы на них во многом определяют дальнейшую жизнь хирурга.

***Четкость мышления должна предопределить четкость действий хирурга.
Если знания человека не упорядочены, то чем больше он знает,
тем больше будет путаница в его мыслях.***

Некоторые советы в начале самостоятельной работы

Сегодня вы первый раз пришли на работу уже в качестве врача. С чего нужно начинать? Что самое главное должно быть на первых порах в вашей деятельности? Мне представляется, что вашей первой задачей будет найти свое место в коллективе и не только врачебном, но и всего медицинского персонала.

Как правило, новичка встречают приветливо, дружелюбно, но вам нужно будет приложить все силы, чтобы сохранить это отношение к себе на долгие годы. Вместе с тем все будут очень внимательно присматриваться к вам, стараясь определить, что вы за человек. С уверенностью могу сказать, что в первую очередь оценят вашу скромность, безотказность, услужливость и трудолюбие.

Пожалуйста, не спешите демонстрировать свою индивидуальность, эрудицию и высокий профессионализм. Научитесь терпеливо слушать и смотреть, а много говорить и особенно спорить поначалу не следует. Это нужно не только для того, чтобы показать, что вы скромный человек. Знания, полученные в институте - это ваше богатство, но теперь нужно набираться практического опыта, в чем вам и помогут новые коллеги, если вы их будете внимательно слушать, а также наблюдать за их действиями и поведением. К тому же, если вам при этом удастся показать им, насколько важны для вас все эти сведения и демонстрируемые манипуляции, то вы сумеете быстро завоевать друзей.

Несомненно, то, что вы теперь увидите уже на своей работе и в диагностике, и лечении больных, будет в ту или другую сторону отличаться от того, чему вас учили в институте. Однако этого совершенно недостаточно, чтобы с неодобрением, пренебрежением или критикой отнестись к исползуемым здесь, может быть и не самым современным методам. Вначале присмотритесь, возможно эти методы в данных условиях оказываются совсем не хуже тех, которым вас научили. А если нет, то постарайтесь найти способ тактично подsunуть коллегам книгу или статью из журнала, где опубликованы более современные способы, и затем просто поинтересуйтесь мнением по этому вопросу своих старших товарищей.

Не следует выставлять себя с самого начала неисправимым спорщиком. Помните, что существует "мнение, которое разделяют многие великие философы, что даже выиграв спор - ты в конце концов в чем-то и проигрываешь. Под этим подразумевается и то, что у вашего противника в этом случае развивается к вам неприязнь. Поэтому не дай вам Бог спорить с начальством.

Я не могу полностью разделить эту точку зрения и больше согласен с теми, кто утверждает, что только в споре рождается истина. Однако любой самый острый обмен противоположными мнениями должен происходить корректно. Дискуссия совершенно необходима не только в науке, но и в практической жизни хирургического отделения. Цели ее могут быть различны. Это спор о диагнозе, о стратегии, тактике лечения, а также о самих методах лечения.

Опытный руководитель при обычном обсуждении больного или в условиях консилиума первое слово всегда предоставляет самому младшему участнику обсуждения. Это делается прежде всего для того, чтобы побудить у молодого врача стремление думать самостоятельно, принимать собственное решение и нести за него определенную ответственность.

Во-вторых, если первым выступает наиболее маститый и опытный участник, то заранее зная этот порядок выступления, молодой вообще не будет напрягать свою голову, он лишь согласится с высказанным мнением авторитета, то есть абсолютно никакой умственной работы не проделает. В том же случае, если он выступит со своим собственным мнением после маститого, это не всем может понравиться. Ведь люди разные. Одни, понимая, что их авторитет ничуть не пострадает, если когда-нибудь более обоснованным окажется мнение молодого врача, а не их мнение, признают это. Люди же самолюбивые или упрямые могут продолжать упорно отстаивать свое мнение, нередко вопреки всякой логике и здравому смыслу. Некоторые из них, исчерпав аргументы, могут перейти к ругательствам и даже оскорблениям, что, естественно, авторитета им не прибавит и создаст тяжелую обстановку в аудитории.

Пока что никто сразу после окончания института не становится ни руководителем, ни "маститым". Поэтому с молодых лет стоит прививать себе уважение к чужому мнению, терпимость к инакомыслию, стремление понять точку зрения оппонента, не горячиться и вести дискуссию в дружеском тоне. Если же вы почувствуете, что позиция оппонента более аргументирована, чем ваша, придется согласиться с ней и смело это признать. Когда же вы полностью уверены в своей правоте, а не просто упрямы (что субъективно определить бывает нелегко), то отстаивайте свою позицию перед любыми авторитетами. Но и здесь нужно знать меру, чтобы вовремя остановиться. Если вы почувствуете, что ваш оппонент просто не желает воспринимать ваши доказательства, игнорирует все аргументы и стоит на своих позициях совсем не потому, что хочет установить истину, а из соображений собственного престижа, перестаньте спорить.

Как уже упоминалось, одна из слабых сторон медицины состоит в том, что она не является точной наукой. Поэтому в ней так часто сталкиваются самые противоположные точки зрения. Авторитет печатного слова для

молодого врача, имеющего в основном книжные знания, поначалу всегда очень высок. Только с опытом врач начнет понимать, что медицинская практика постоянно вносит сюда подчас весьма существенные коррективы. Поэтому всезнайство отличника на первых порах должно быть вами взято в надежную собственную узду. Только в том случае, когда обсуждается вопрос, принципиально крайне важный для здоровья больного, вы можете аргументированно записать в истории болезни свое особое мнение или обратиться к вышестоящему начальству. По мелочам же лучше вообще не спорить.

Врачу с первых шагов его работы приходится постоянно выступать. Он докладывает о больном во время обхода или отдельного разбора, делает сообщения об умерших на патологоанатомических конференциях, там же выступает в качестве оппонента. Его демонстрация или сообщение могут быть заслушаны на заседании общества хирургов, а если он проводит какое-либо научное исследование - то на специальном симпозиуме, конференциях или даже Всесоюзном съезде хирургов. Я не буду останавливаться на вопросах подготовки доклада, поскольку эта большая тема достаточно подробно освещена в моей книге "Как работать над медицинской диссертацией". Вместе с тем одним докладом выступающий обойтись не может, ему часто задают множество вопросов, а нередко и вступают с докладчиком в полемику. К дискуссии врач должен быть готов и в тех случаях, когда на консилиуме ему приходится отстаивать свое мнение относительно диагноза или лечения больного.

Вести полемику публично - это высокое искусство, которому нужно специально учиться. Для этого рекомендую прочитать такие книги, как "Учитесь говорить публично" Владимира Шахиджаняна и "Искусство речи на суде" П. Сергеича, М.: Юридическая литература, 1989.

Здесь же я могу дать вам лишь некоторые советы по ведению дискуссии.

1. Необходимо тщательно к ней подготовиться, чтобы четко изложить свою позицию, а также хорошо представлять позицию своего противника или противников. Мало того, следует хорошо продумать, по каким слабым пунктам положений вашего противника и как вы будете его атаковать; какие слабые и наиболее уязвимые места имеются у вас, и как вы будете их защищать и отстаивать. Опытный полемист заранее планирует количество своих выступлений и приблизительно знает что во время каждого он будет делать. Конечно, все эти планы ориентировочные, поскольку полностью предусмотреть, как развернется дискуссия, совершенно невозможно. Не плохо, если вы заранее знаете какие-то сильные и слабые стороны вашего оппонента и продумаете, как их использовать.

2. Ваш внешний вид должен быть безупречен.

3. Речь ясна, логична и по возможности красива.

4. Не горячитесь, говорите громко и не торопясь.

5. Речь ваша должна быть в основном бесстрастной, но периодические всплески ваших эмоций покажут аудитории, что вы не равнодушная ледышка и не сухарь.

6. Ваша одежда, поведение, манеры, стиль и язык изложения, а главное, доходчивость ваших мыслей должны соответствовать подготовленности и уровню культуры аудитории.

7. Старайтесь привлечь аудиторию на свою сторону, периодически тонко льстя ей. Упомяните о ее высоком профессионализме, большой эрудиции, гуманизме и объективности.

8. Дискуссия обычно состоит из вступительной части, где каждый ее участник излагает свою позицию, и многократных повторных выступлений официальных участников и добровольцев из аудитории.

9. Начните с высокой оценки вашего оппонента как специалиста, диагноста, ученого, но заметьте, что, к сожалению, в обсуждаемом вопросе он ошибается.

10. Излагая свою позицию, пользуйтесь простыми и доказательными сравнениями и аналогиями.

11. Иллюстрируйте свои положения убедительными примерами из жизни и медицинской практики, обязательно подкрепляя их документально (рентгеновские снимки, история болезни, динамика анализов, фотографии больного, патологоанатомические препараты, сравнительные таблицы и т. п.). Продемонстрируйте кратко, но доказательно успешно вылеченного вами больного. Все это должно быть кратким, ясным и наглядным.

12. Апеллируйте к присутствующим в аудитории свидетелям ваших успехов, чем их больше и чем они авторитетнее, тем лучше.

13. Ссылайтесь на мировые авторитеты, подкрепляя их цитатами с указанием источника.

14. Не выкладывайте все свои аргументы сразу, имейте резерв, главные "козыри" приберегите к решающему моменту дискуссии.

15. Будьте элегантно и остроумны, а по отношению к противнику предельно вежливы и доброжелательны, но чуть-чуть снисходительны, однако только в том случае, если он не старше вас по опыту и возрасту.

16. Никогда не перебивайте вашего оппонента или обращающегося к вам с вопросом слушателя, какую бы глупость, по вашему мнению, он бы не нес.

17. В своих повторных выступлениях и ответах на вопросы будьте предельно кратки, не повторяйте заданного вопроса, а сразу разъясняйте его.

18. Не обвиняйте никого напрямую в невежестве, некомпетентности, отсутствии опыта, в том, что он женщина и т. д., но можете так тонко это показать, чтобы все поняли.

19. Можно намекнуть аудитории об устаревших методиках вашего оппонента, архаизме в теоретических взглядах на предмет, если, конечно, к этому есть какие-то основания.

20. Не стоит грубо высмеивать доводы оппонента, но и упустить момент, где можно тонко, но убийственно сыронизировать или пошутить тоже никак нельзя.

21. Избегайте демагогии, она сейчас легко распознается и очень строго карается.

22. Ни один довод оппонента не должен заставить вас врасплох, по крайней мере, внешне вы ни на мгновение не должны показать публике свою растерянность.

23. Если вам нужно время, чтобы получше обдумать свой ответ, займите эту паузу каким-либо видимым для аудитории действием: попейте воду, попросите подыскать нужный слайд, зайдите кашлем, высморкайтесь, наконец. В последнем случае употребление носового платка производит на аудиторию более благоприятное впечатление. Однако подобные паузы не должны повторяться слишком часто.

24. Соблюдайте внешнее спокойствие и невозмутимость даже при самом шатком состоянии вашей позиции.

25. Для доказательства несостоятельности доводов оппонента, пользуясь стройными логическими построениями, постарайтесь показать их полную абсурдность.

26. Сумейте вовремя распознать провокационную сущность некоторых вопросов оппонента и продуманным ответом обезоружить его.

27. Будьте бдительны, не расслабляйтесь до конца, ваша близкая победа может оказаться эфемерной под разгромным маневром или доводом противника.

28. Используйте в свою пользу любой просчет или ошибку ваших оппонентов.

29. Одержав победу, проявите благородство, покажите, что оппонент не безнадежен, и в его позиции есть здравые мысли.

30. После вашего разгрома не потеряйте лица, спокойно признайте свое поражение на данном этапе и заверьте аудиторию, что все главные сражения еще впереди.

31. Если же дискуссия убедила вас в собственной неправоте, смело и весело признайте это, искренне похвалите оппонента и немедленно потребуйте с него магарыч.

32. Не забудьте поблагодарить аудиторию за внимание и долготерпение.

Не следует забывать, что в новом коллективе вы самый младший и по возрасту, и по опыту, что все равно вся черновая мелкая работа так или иначе достанется вам. Поэтому постарайтесь быть предупредительным. Как только возникает вопрос о том, что нужно что-то принести, куда-то пойти, кого-то позвать, вместо кого-то ассистировать или подежурить, не ждите, когда вас попросят это сделать (ведь все равно именно вас в конце концов попросят!), а немедленно скажите, что это сделаете вы. Приучайтесь к любой просьбе относиться не формально, а активно. Допустим, вас попросили принести из перевязочной необходимый катетер. В перевязочной такого катетера нет, идите в операционную, а если и там нет, обратитесь в соседнее хирургическое отделение, где такой катетер может быть, но если и там его не окажется, возьмите несколько других катетеров, которые может быть, смогут заменить требуемый. Конечно, если вы ушли утром, а вернулись с нужным катетером поздно вечером, ваш рейтинг не возрастет. Поэтому, если поиски потребуют много времени, об этом следует предупредить и уточнить, каким временем вы располагаете. Поверьте, ваша услужливость и обязательность очень быстро будут оценены в коллективе, но если ваши положительные качества ограничатся лишь этим, вам угрожает опасность остаться мальчиком на побегушках.

Конечно, у человека в молодости есть немало радостей, кроме работы, и было бы глупо провести ее только в стенах больницы, тем не менее, если вы хотите чего-либо добиться в жизни, основные интересы должны быть сосредоточены все-таки вокруг работы.

Мой личный опыт позволяет утверждать, что одновременно можно всесторонне интересно жить и много работать. Поэтому лишнее дежуство, возможно большее число ассистенций, активное участие в хирургической жизни отделения и города - не лишает вас радостей жизни и в то же время позволяет продвинуться по пути к хирургическому профессионализму.

Если вы работаете в отделении, где выполняете только плановые хирургические вмешательства или это специализированное отделение, постарайтесь взять работу по совместительству по экстренной или общей хирургии. Работа по экстренной хирургии приучает врача быстро принимать самостоятельное решение, нести за него полную ответственность, дает возможность приобрести опыт в диагностике, помогает развитию хирургической техники, наконец, держит человека в необходимом тонусе.

Что касается работы в специализированном отделении, то я ничего плохого не вижу в том, что врач будет высококвалифицированным хирургом в какой-то узкой области. Тем не менее, на первом этапе своей трудовой деятельности он обязательно должен поработать в обычном хирургическом отделении и по ургентной хирургии.

На первых порах молодой хирург лучше всего может проявить себя во время обхода заведующего отделением, доцента или профессора. К обходу необходимо тщательно подготовиться. Прежде всего следует хорошо ознакомиться с больными, знать все данные обследования и проводимого лечения у каждого больного.

Доклад должен быть предельно кратким, но исчерпывающим и очень четким. Его порядок "железно" следующий: паспортные данные (фамилия, возраст, профессия), жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни (только в случае каких-то важных особенностей), данные обследования, диагноз (включая стадию заболевания). Если же проводили дифференциальный диагноз, то сообщить, какие заболевания исключены, а что еще осталось проверить. Следует также доложить о наличии у больного сопутствующих заболеваний, а также мнение в связи с этим соответствующего специалиста о возможности хирургического лечения.

Если больной находится в стадии обследования, то докладывают о плане обследования, если диагноз установлен - о предполагаемой тактике и конкретном плане лечения, а если больной уже лечится или операция ему выполнена, то о результатах. В последнем случае, если все протекает нормально, об этом больном можно доложить несколькими словами. В заключение вы ставите вопросы, на которые хотели бы получить ответ во время обхода.

Однако это еще далеко не все. Вам понадобится продемонстрировать рентгенограммы, реограммы или другие материалы, чтобы в нужный момент документально проиллюстрировать свой доклад. При этом материалы следует подобрать и показывать строго в хронологическом порядке. Чтобы случайно не уронить все на пол, попросите врачей, не имеющих больных в данной палате, подержать часть представляемых вами материалов. В тех случаях, когда вам что-то трудно объяснить словами или "на пальцах", можно заранее нарисовать схему операции или, например, расположения мест и степени поражения атеросклерозом аорты и магистральных артерий и показать ее. Если вы сумеете все это внятно доложить за 5 минут, то я уверен, что глава обхода будет приятно изумлен тем ценным приобретением, которое он сделал в вашем лице.

Обычно обходы начинаются с утра, поэтому подготовку к обходу лучше начать накануне. К моменту ухода с работы в этот день следует убедиться, что все необходимые истории болезней находятся в вашей папке и расположены в порядке обхода больных, ознакомиться с заключениями специалистов и описаниями рентгенологического, УЗИ, других видов исследований. Разложить в необходимой последовательности иллюстративный материал. План обследования и лечения больного должен быть записан в истории болезни.

Самое лучшее впечатление производит, конечно, врач, который докладывает больных на память. Однако,

если вы на нее не надеетесь или у вас слишком много больных, то лучше составить небольшую памятку и пользоваться ею, чем лихорадочно выискивать необходимые сведения о больном из истории болезни.

О составлении плана обследования я собираюсь рассказать в главе "Дифференциальный диагноз". Пожалуй, не меньшие трудности возникают у молодого хирурга при составлении плана лечения. Многолетняя практика бесед не только с субординаторами, но и с хирургами, причем не всегда молодыми, убедила меня в том, что некоторые врачи, зная в общем-то хорошо все методы лечения, никак не могут логически правильно сформулировать и доложить свой план лечения больного, из-за отсутствия в нем основного стержня.

Мне представляется делом чрезвычайной важности воспитание у врача четкого логического мышления. Только оно сможет помочь ему определить основные задачи в лечении каждого больного и при этом не упустить ни одного направления в проведении лечения. Для этого при составлении плана лечения врачу следует научиться каждый раз давать самые конкретные ответы на три последовательных вопроса: какова цель лечения; какие предстоит решить задачи, чтобы добиться поставленной цели; каковы пути и средства, с помощью которых можно решить эти задачи.

Возьмем, к примеру, больного, поступившего в отделение с острым гнойным плевритом. Конечно, цель лечения любого больного - это вылечить пациента, но здесь следует говорить о более конкретных целях. В данном случае мы должны достигнуть двух целей: ликвидировать воспалительный процесс в плевральной полости и полностью восстановить дыхательную функцию легких. Для достижения этих целей нам необходимо будет решить следующие задачи.

1. Устранить причину заболевания.
2. Удалить гной из плевральной полости.
3. Провести санацию плевральной полости.
4. Добиться полного расправления легкого.
5. Осуществить общеукрепляющее лечение.

Теперь следует рассмотреть конкретные пути решения каждой из поставленных задач.

1. Прежде всего, следует попытаться выявить причину развития гнойного плеврита и устранить ее. Если гнойный плеврит является следствием прорыва абсцесса легкого, нужно проводить энергичные мероприятия по консервативному или хирургическому лечению абсцесса. Если это метастатические проявления при септикопиемии, необходимо лечить сепсис, в том числе, воздействуя на первичный очаг его. Если это следствие остеомиелита ребра - резецировать ребро. Если это следствие гнойного медиастинаита, вы должны попытаться устранить его причину и дополнительно дренировать средостение.

2. Удалить гной можно или путем периодических пункций плевральной полости, или путем осуществления постоянного дренирования, используя различные методы.

3. Санация плевральной полости достигается путем промывания ее во время пункций антисептическими растворами, протеолитическими препаратами, антибиотиками с последующим оставлением последних в полости. В некоторых случаях бывает необходимо назначение антибиотиков внутривенно или внутримышечно.

4. Расправление легкого одновременно с проведением пп. 2 и 3 достигается либо путем удаления шприцем жидкого и газообразного содержимого из плевральной полости "до упора", исключив при этом подсосывание в плевральную полость воздуха снаружи, либо подсоединением к дренажу постоянного вакуумного устройства (водоструйный отсос, электроотсос, дренаж по Бюлау, двух- или трехбаночная вакуумная система и т. д.).

5. Общеукрепляющее лечение включает в себя в зависимости от показаний полноценное питание больного, назначение витаминов, иммуномодуляторов, гормональных препаратов и противовоспалительных нестероидных препаратов: препаратов, стимулирующих метаболические процессы, переливание белковых препаратов, жидкости, электролитов, крови и ее компонентов и т. д.

Конечно, из всего перечисленного в каждом пункте выбирают то, что наиболее подходит данному больному, а также тех средств и возможностей, которыми располагает врач. Кроме того, в процессе лечения возможна смена препаратов или корректировка лечения, например, смена антибиотиков в связи с установлением характера микрофлоры и ее чувствительности. При неэффективном лечении пункциями для удаления гноя и расправления легкого переходят на дренирование плевральной полости. Только таким путем, четко спланировав лечение больного, можно быть уверенным, что не будет упущена ни одна возможность в лечении больного и появляется надежда на быстрое его выздоровление.

Наконец, к обходу должна быть тщательно подготовлена сама палата и ваши больные. Врач во время своего утреннего визита перед обходом должен проконтролировать проветрена ли палата, как заправлены койки, в порядке ли тумбочки, проверить, успели ли умыться и причесаться больные, достаточно ли аккуратно они одеты. Подобная подготовка к ритуалу обхода тонизирует больных, внушает им особое уважение к высокому лицу - старшему врачу. Они с нетерпением ожидают обхода, а слова главы обхода нередко являются для больных самым сильным лекарством. Конечно, и глава обхода и участники его должны понимать, что люди ожидают от них священнодействия, и вести себя соответствующим образом.

Я совсем не сторонник торжественных и пышных, как похороны, обходов. Обход - это интенсивная работа, предельно ограниченная временем. У постели успешно прооперированного больного я задерживаюсь лишь для того, чтобы проверить качество биндажа, узнать, получил ли больной рекомендации врача, похвалить его или подбодрить шуткой. Других больных, где требуется рассмотрение диагностических, тактических и лечебных вопросов, осматриваю более подробно и обсуждаю их дольше. Наконец, всегда есть несколько очень сложных больных, с которыми приходится долго разбираться.

Лечащий врач должен понимать, что общее время обхода зависит прежде всего от качества и продолжительности доклада каждого доктора. Если я уверен, что получу нужные и исчерпывающие данные от врача, то не буду терять время на повторный опрос и детальный осмотр больного, а буду выяснять у него и смотреть только то, что мне понадобится знать дополнительно.

Обязанность непосредственной подготовки больного к операции в первую очередь также лежит на лечащем враче. Он должен согласовать свои назначения с назначениями анестезиолога, расписать сестре, когда и сколько раз следует поставить больному клизму, промыть желудок, когда и как последний раз можно кормить больно-

го, в каком месте и когда нужно его побрить.

В случае необходимости специальной подготовки операционного поля часто приходится делать это самому или подробно растолковывать сестре, как это сделать.

Если для подготовки кишечника больному необходимо произвести так называемое сквозное промывание (см. главу «Как выбрать нужный хирургический доступ»), то выполнить эту процедуру придется самому или попросить об этом дежурного врача. Если после операции больного предполагается поместить в реанимационное отделение, то следует заказать ему там место и поговорить об особенностях ведения больного с его будущим врачом-реаниматором.

Нужно проверить, есть ли в достаточном количестве медикаменты, которые обязательно потребуются больному после операции (гепарин, инсулин, стероидные гормоны), убедиться в том, что родственники больного подготовили для него биндаж, эластические бинты и т. п.

Кроме того, сам врач должен подготовиться к операции. Даже если он участвует в ней только в качестве ассистента, ему следует подойти к оперирующему хирургу выяснить в подробностях, какая операция предполагается, какие инструменты, аппараты, протезы и прочие вещи могут потребоваться во время операции, в каком положении будет находиться больной на операционном столе, и передать этот заказ в операционную. Дома или в библиотеке нужно просмотреть топографо-анатомические соотношения органов в области предстоящей операции, ход и варианты операции. В результате такой подготовки у вас появится не только возможность хорошо ассистировать, но и периодически изумлять оперирующего хирурга, задавая ему такие вопросы (конечно, изредка и только в удобные моменты), из которых ему станет ясно, что в этом деле большой дока.

Только не дай вам Бог подавать хирургу советы, по крайней мере тогда, когда вас о них не просят. Даже такой терпимый и терпеливый ангел, как я, их переносит с большим трудом.

В нашей клинике много лет работал хороший врач и человек З., очень активный хирург. Он много оперировал, успешно занимался научной работой, защитил кандидатскую, а затем и докторскую диссертации. Тем не менее, в клинике он больше всего прославился своей привычкой подавать советы. Все мои попытки укротить его "советскую" деятельность имели кратковременный эффект. Он от нас уехал на большую самостоятельную работу, все его вспоминают только добром, но если кто-то во время операции начинает подавать хирургу непрошенные советы, ему говорят: "Не будь наследником З.!"

Конечно, к операциям, которые предстоит выполнять самостоятельно или под руководством старшего хирурга, нужно готовиться еще тщательнее, особенно если для вас это первая операция подобного рода. Желательно найти возможность познакомиться со всеми вариантами предстоящей операции, последовательностью выполнения ее этапов, интраоперационными осложнениями и их предупреждением, а при возможности постараться предвзвешенно сделать ее на трупе.

Если по ходу операции возникли непредвиденные трудности, не бойтесь за свой авторитет и немедленно обращайтесь за советом и помощью к старшим хирургам, а при их отсутствии к своим товарищам вашего же ранга. Один из моих принципов:

"Научиться чему-то можно у любого человека" - я стремился реализовать всю жизнь. Посещал операции не только маститых хирургов, но и рядовых, и нередко заимствовал у них весьма полезные для себя хирургические приемы.

В последние годы обязанности по выхаживанию больных после сложных операций возложены на реаниматологов. Тем не менее, основная масса хирургических больных после рядовых операций сразу возвращается в палату к лечащему врачу, а во многих больницах вообще реаниматологов пока нет. Поэтому надлежит ясно представлять главные задачи, которые будут стоять перед вами при ведении больного и в послеоперационном периоде. Их, на мой взгляд, можно сформулировать следующим образом.

1. Организовать четкий контроль за функцией сердечнососудистой системы и дыханием, а при специальной необходимости и других систем.

2. Адекватно обезболить больного.

3. Определить режим жизненной активности пациента.

4. Обеспечить питание.

5. Обеспечить мочеотделение.

6. Обеспечить регулярное очищение кишечника.

7. Обеспечить функционирование дренажей.

8. Проводить профилактику легочных осложнений.

9. Проводить профилактику тромбоземболических осложнений.

10. Проводить профилактику гнойных осложнений.

11. Проводить профилактику пролежней.

12. Продолжать лечение основного заболевания.

Прежде всего следует определить подходящий для данного больного режим активности. Естественно, что этот вопрос возникает не раньше, чем больной окончательно проснется от посленаркозного сна. Мы убедились, что чем раньше и активнее больной начнет двигаться после операции, тем у него меньше осложнений и тем скорее он выздоравливает. Для пожилых и тучных больных - это просто закон. От ранней активности самого больного обычно удерживает боязнь боли и опасение расхождения раны. Поэтому прежде всего больному надлежит объяснить необходимость и безопасность движений и хорошо его обезболить, но только препаратами, не снижающими активность больного, не вызывающими у него сонливости. Обычно обезболивание необходимо проводить лишь в 1-2 сутки после операции. Еще лучше, когда адекватного обезболивания можно достигнуть вообще без использования медикаментов. В нашей клинике для электроанальгезии были сконструированы и успешно применяются аппараты "семейства" ЭЛИМАН. Они, кстати, выпускаются промышленностью и стоят недорого, а высокую эффективность их применения я испытал после операции на самом себе, и поэтому могу их вполне ответственно рекомендовать.

Обычно всех оперированных больных мы к вечеру усаживаем, а на следующее утро поднимаем с постели и заставляем ходить. Противопоказан такой режим при перитоните, нарушениях мозгового кровообращения, тяже-

лой миастении, выраженном нарушении кровообращения, свежем инфаркте миокарда, наличии флотирующего тромба в венах, тяжелых нарушениях ритма и темпа сердечных сокращений, резко выраженной эндо- и экзогенной интоксикации, ну и, конечно, при коматозном состоянии. Однако и для этих пациентов совершенно необходимо проведение ЛФК под руководством специалиста.

Болезнь и операция приводят, с одной стороны, к повышенным энергетическим затратам организма, с другой стороны, к ухудшению условий его питания (плохой аппетит, нарушение усвояемости, голодание в период подготовки к исследованиям и к операции). Поэтому адекватное питание, под которым подразумевается введение необходимых в нужном количестве белков, углеводов, жиров, жидкости, витаминов и электролитов является существенной предпосылкой успешного выздоровления больного. Естественно, такой вопрос обычно не возникает у больных с такими заболеваниями, как грыжа, зуб, неосложненный аппендицит и холецистит и т. п. На следующий день после операции они начинают получать соответствующую диету.

Другое дело, когда после хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте, а также при механической и динамической непроходимости мы вынуждены несколько дней держать больного исключительно на парэнтеральном питании. Обеспечить адекватное парэнтеральное питание индивидуально для конкретного больного дело непростое и требует специальных знаний, за которыми я могу вас отослать к книге Г. И. Лукомского и М. Е. Алексеевой "Волемиические нарушения при хирургической патологии", М. 1989 г.

Что касается времени начала энтерального питания, то, если у хирурга по ходу операции не возникло сомнений в надежности наложенных анастомозов и ушитых культей кишечника, его можно начинать сразу, как только начинает разрешаться парез желудочно-кишечного тракта: появляется перистальтика, спадает живот, начинают отходить газы. Если же оперировавший хирург по тем или иным причинам опасается за надежность шва анастомоза, то он должен сразу после операции сообщить лечащему врачу срок, когда, по его мнению, можно разрешить больному пить и есть.

После операции многие больные не могут самостоятельно помочиться. Одни просто не умеют мочиться в положении лежа, но как только их поставят на ноги, у них все нормализуется. Другие просто боятся напрячься для мочеиспускания. Назначение обезболивающих и седативных препаратов обычно приводит к успеху, и лишь в крайних случаях приходится выпускать мочу мягким катетером или тонизировать мускулатуру пузыря. Однако всего этого можно избежать, если посоветовать больному еще до операции научиться мочиться в положении лежа, а с мнительными больными провести беседу.

Большие сложности возникают после операции у пожилых больных с аденомой предстательной железы. Прежде всего, если у больного этот диагноз уже был установлен раньше и имеются серьезные нелады с мочеиспусканием, то плановую операцию, с которой можно подождать, следует делать только после предварительного выполненной аденомэктомии или, по крайней мере, наложения больному цистостомы. Чтобы напрасно не госпитализировать подобного больного, все больные мужчины старше 60 лет перед поступлением в стационар должны быть специально опрошены в отношении характера мочеиспускания и обследованы ректально для определения состояния их предстательной железы.

Однако для больных, поступающих для оказания им urgentной помощи, такая тактика, естественно, неприемлема. Больному вынужденно выполняют неотложное хирургическое вмешательство, после чего у него сразу же начинаются нелады с мочеиспусканием. В этом случае вначале следует попытаться осторожно выпустить мочу резиновым катетером, однако если это не удается сделать, то металлический катетер применять нельзя, особенно не специалисту-урологу. Им легко можно сделать ложный ход и получить самые тяжелые осложнения.

Поэтому в таких случаях мы предпочитаем выпустить мочу, пропунктировав тонкой иглой мочевого пузыря, или накладываем микроцистому по разработанной нами методике. Чтобы избежать прохождения иглы через брюшную полость, пункцию мочевого пузыря следует производить по средней линии живота на уровне не выше 2-х см над лонным сочленением. Для пункции, соответствующей принципу Сельдингера, мы использовали иглу диаметром 1 мм, длина которой зависела от толщины пунктируемой передней стенки живота. После получения мочи в просвет иглы вводим проводник - леску диаметром, соответствующим внутреннему диаметру иглы. Иглу извлекаем, а по леске в полость пузыря проводим вращательными движениями полиэтиленовый катетер диаметром 1,25 мм. Леску извлекаем, а катетер прочно фиксируем швами к коже. Наружный конец катетера удлиняем, насаживая на него канюлю со стандартной системой для переливания крови, конец которой опускаем в мочеприемник. Ежедневно 2 раза в день производим промывание мочевого пузыря растворами антисептиков. Такая микроцистостома может функционировать длительное время.

Больной Р., 76 лет, находился в клинике по поводу облитерирующего атеросклероза нижних конечностей IV А стадии. 13 февраля 1991 года ему была выполнена поясничная симпатэктомия и эндартерэктомия из общей бедренной артерии и устья глубокой артерии бедра, некрэктомия правой стопы. 18 февраля в связи с нарастанием ишемии конечности выполнена ампутация в средней трети бедра.

В послеоперационном периоде у больного на фоне общего тяжелого состояния развилась острая задержка мочи, обусловленная наличием аденомы простаты. Катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером оказалась безуспешной, и больному наложена микроэпицистостома по описанной методике. За короткое время (20 минут) по катетеру выделилось около 1 литра мочи. Микроэпицистостома функционировала 15 дней. Прходимость катетера для мочи была полностью сохранена. Периодически катетер перекрывали для стимуляции мочеиспускания естественным путем, однако восстановления пассажа мочи через уретру не произошло. Мочевых затеков и воспаления в области катетера не было. За 15 дней общее состояние больного значительно улучшилось. Больной был переведен в урологическое отделение для планового оперативного лечения аденомы.

О необходимости помочь больному с очищением кишечника хирургу просто нужно помнить. Поскольку некоторые стесняются сказать врачу об отсутствии стула, значит следует больного ежедневно спрашивать об этом.

Что касается вопроса обеспечения функции поставленных дренажей, то с этим можно подробно познакомиться в главе «Как дренировать и тампонировать раны и полости».

Удельный вес легочных осложнений после хирургических операций до сих пор велик. В профилактике их важнейшее значение имеют достаточная двигательная активность больного, ЛФК обязательно с комплексом дыхательной гимнастики, полусидячее или сидячее положение больного, массаж грудной клетки. Нельзя, чтобы

больной лежал обнаженным. Ночная рубашка создает необходимый для тела микроклимат. Если у больного, несмотря на применение соответствующих медикаментов и ингаляции, затруднено отхождение мокроты, то можно попытаться вызвать кашель, раздражая гортань мягким катетером или наложив ему микротрахеостому.

В последнее время применение банок и горчичников с целью профилактики и лечения пневмонии и бронхита стали даже высмеивать. С моей точки зрения, использование их все же имеет смысл, - а, кроме того, эта процедура нравится большинству больных. Показания для профилактического применения антибиотиков и противовоспалительных препаратов должны быть предельно сужены и назначать их следует только лицам, страдающим хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания, да и то не всегда.

Изменение во время хирургического вмешательства и в раннем послеоперационном периоде свертывающей системы крови в сторону гиперкоагуляции, снижение скорости кровотока (вплоть до стаза) в венах нижних конечностей, перепады артериального давления - все это способствует образованию тромбов как в мелких, так и в средних и магистральных венах нижних конечностей. Если флеботромбоз глубоких вен голени, бедра, подвздошных вен и нижней полой вены проявляется соответствующей клинической картиной, то тромбы, сидящие в мелких и средних венах нижних конечностей, до поры до времени ничем себя не проявляют. Однако через несколько дней после операции, когда в организме активизируется антисвертывающая система, под ее действием связь тромба со стенкой сосуда постепенно ослабевает. Тромб начинает флотировать, а затем отрывается, становится эмболом и эмболизирует легочную артерию, что в большинстве случаев приводит к гибели больного. Трагедия обычно разыгрывается на 7-12 день после операции.

И здесь лучшим профилактическим средством будет двигательная активность больного, особенно движения в мышцах голени, чтобы хорошо функционировала так называемая мышечно-фасциальная помпа, и кровь в венах не застаивалась бы.

Избежать застоя крови во время длительной операции можно, наложив перед началом операции на нижние конечности эластические бинты. Это необходимо делать всем больным, по крайней мере, после 40 лет. Желательно держать ноги забинтованными до дня выписки, а больным повышенного риска в этом отношении - некоторое время и после возвращения домой. Больным можно также осторожно назначать легкий массаж нижних конечностей (но не в период, опасный отхождением тромбов). Успешно применяют и специальные аппараты, в которых широкие резиновые манжеты, одетые на ноги, периодически раздуваются и спадаются, имитируя мышечно-фасциальную помпу.

Больным повышенного риска возможно профилактическое назначение трентала, реополигликина, компламина или аспирина. Что касается целесообразности профилактического применения антикоагулянтов, то я этого очень боюсь. Дело в том, что назначение прямых или непрямых антикоагулянтов может внести серьезную дезорганизацию в нормальную функцию свертывающей и антисвертывающей систем крови с непредсказуемыми последствиями. В частности, мы видели отрыв и фрагментацию тромбов с последующей эмболией, произошедшие на фоне антикоагулянтной профилактики. Эта опасность усугубляется тем обстоятельством, что иногда больные получают антикоагулянты нерегулярно и не из-за разгильдяйства персонала, а вследствие резкого колебания показателей свертывания крови то в одну, то в другую сторону.

Наконец, больным уже с флотирующим тромбом показана операция перевязки или пликации нижней полой вены, а при наличии опыта - установка в нее зонтичного фильтра. Если же в анамнезе больного имеется упоминание о ранее имевших место эпизодах эмболии ветвей легочной артерии, то подобная операция на нижней полой вене должна предшествовать необходимой плановой операции.

Одна из важнейших проблем современной хирургии - предупреждение развития гнойных осложнений у оперированных больных. К сожалению, процент этих осложнений не имеет тенденции к снижению. У меня нет возможности подробно остановиться здесь на всех многочисленных сторонах этой кардинальной проблемы хирургии и поэтому отсылаю читателя к приказу министра здравоохранения СССР N 720 от 1978 г. Здесь же расскажу только о соответствующей профилактической работе с больными.

Профилактика гнойных осложнений должна начинаться еще во время подготовки больного к операции. И здесь существует своя группа риска, куда входят больные, оперированные ранее, у которых при этом было нагноение послеоперационной раны; больные, недавно перенесшие ангину; больные с сахарным диабетом.

Для профилактики вспышки дремлющей в старых рубцах инфекции всем подобным больным обязательно назначаем курс подготовки стафилококковым анатоксином (АС). Короткая схема его введения рассчитана на 6 дней. В первый день внутримышечно вводим 0,5 мл, через день - 1,5 мл и еще через день - 0,5 мл анатоксина. При продолжительной схеме, рассчитанной на 13 дней, последовательно через день вводим 0,5-0,5-1,5-2,0-1,5-0,5-0,5 мл анатоксина. Если вы располагаете достаточным временем до операции, продолжительная схема предпочтительнее.

Профилактика нагноения у больных, которых мы вынуждены оперировать, несмотря на наличие у них язв или гнойных ран заключается прежде всего в тщательной подготовке области будущего операционного поля. Это обычно осуществляют путем тщательного мытья кожи теплой водой с мылом, с последующим высушиванием и обработкой такими сильными антисептическими средствами, как 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина, бетидайн, и в крайнем случае 5% настойкой йода. После чего обработанную область закрываем стерильной воздухопроницаемой повязкой. Если позволяет время, обработку будущего операционного поля желательно повторить несколько раз. Окончательно повязку снимаем только на операционном столе.

С другой стороны, с целью профилактики нагноения необходимо тщательно изолировать имеющуюся у больного гнойную рану или язву. Так, например, нам часто приходится брать на операцию больных с облитерирующим атеросклерозом в некротической стадии с язвами на пальцах и на стопе. С целью изоляции области некроза непосредственно перед операцией на стопу больному натягиваем резиновую перчатку, которую затем обрабатываем вместе с кожей конечности антисептическими растворами. Всю конечность, кроме операционного поля, бинтуем стерильным бинтом и ограничиваем стерильным материалом.

Больных, перенесших ангину, желательно оперировать не ранее, чем через 6 недель после выздоровления.

В последние годы увеличивается количество лиц, страдающих сахарным диабетом. Хирургическое лечение их представляет определенную проблему, поэтому рекомендую каждому хирургу обязательно познакомиться с

книгой Б. М. Газетова и А. П. Калинина "Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом", М.: Медицина, 1991.

Мы сами не проводили специальных исследований по профилактике нагноений, но на основании самых последних данных литературы, составили схему профилактического назначения антибиотиков и препаратов, направленных против неклостридиальной анаэробной инфекции (см. приложение 1), и убедились в целесообразности такой подготовки.

У любого человека всегда чему-то можно поучиться.

В большом или в малом, но в чем-то он всегда превосходит тебя.

Ничто не приводит так быстро к забвению приличий и ссорам, как решительность утверждений.

Вы мало или ничего не выигрываете, если будете казаться умнее или менее невежественным, чем общество, в котором вы находитесь.

И. Ньютон

Любой глупец может критиковать, осуждать и выражать недовольство - и большинство глупцов так и делает. Но для того, чтобы проявить понимание и быть снисходительным, требуется сильный характер и самообладание.

Д. Карнеги

Зрелость - возраст, когда приобретенная мудрость

начинает уравнивать врожденную глупость.

Каждому хочется быть современным человеком, но большинство для этого ограничивается только современной одеждой.

Стратегия и тактика хирургии

Поначалу чисто военный термин "тактика" постепенно прижился во многих сторонах нашей гражданской жизни, в том числе и в медицине, где широко используется. Тактика в медицине - это прежде всего выбор действия из нескольких возможных вариантов. Обычно применение термина ограничивается теми случаями, когда разговор идет о лечении больного. С моей точки зрения использование этого термина в хирургии может быть значительно расширено. Более того, мне кажется, что иногда будет полезно использовать в хирургии и другой военный термин "стратегия". Стратегия - греческое слово, обозначающее согласно словарю В. Даля, учение о лучшем расположении и употреблении всех военных сил и средств.

Военная терминология, по-видимому, не случайна в хирургии. И на полях сражений, и в операционной решается судьба людей.

Смысл использования этих терминов в медицине состоит, конечно, не в том, чтобы украсить свою речь и сделать ее более веской. Мне представляется, что использование подобных терминов поможет логически правильно мыслить, расставить все по своим местам, действовать значительно более четко и организованно.

Мы, хирурги, не имеем генерального штаба, где бы планировалась стратегия наших сражений, но у мыслящего врача в голове всегда должна быть разработана стратегия и тактика по отношению к каждому больному. Стратегия решает кардинальные вопросы, тактика детально планирует конкретные направления и намечает пути их реализации.

Так, стратегия врача скорой помощи заключается в том, чтобы решить основной вопрос: оказывать ли больному помощь своими силами, вызвать ли к нему специализированную бригаду, немедленно транспортировать его в стационар или сделать это лишь после выведения из критического состояния.

Приняв определенное кардинальное решение, он сразу успокаивается и переходит к тактическим вопросам, определяющим, в первую очередь, задачу, которые должен поставить перед собой врач в лечении больного, а также выбор конкретных путей их реализации и последовательность проведения мероприятий.

Подобные же вопросы стратегии и тактики постоянно возникают и перед хирургом. Вот пример. В приемный покой привезли больного с многодневной желтухой. Первый вопрос, который должен разрешить врач, в какое отделение следует направить больного, в онкологическое или хирургическое, а может быть, в инфекционную больницу? Ошибка в стратегии может дорого обойтись не только для этого больного, но и для других больных хирургического отделения, если он окажется контагиозным. При наличии точного диагноза или хотя бы веских данных в пользу определенного заболевания такое решение для врача не будет слишком сложным. Но если есть серьезные сомнения в характере заболевания, то без логически продуманного решения врачу не обойтись.

Приняв больного в хирургическое отделение с диагнозом: "Камень общего желчного протока. Механическая желтуха", врач должен решить тактический вопрос: оперировать ли больного в срочном порядке, оперировать после 2-3-дневной подготовки, попробовать лечить консервативно и оперировать только при отсутствии явного эффекта, наконец, лечить только консервативно. Полагаю, что эти варианты тактики требуют некоторого разъяснения.

Первый вариант - срочная операция - показана тогда, когда поступает больной с непродолжительной по времени желтухой, камень большой и проток расширен, общее состояние больного вполне удовлетворительное, больной поступил в дневное время, операционная бригада - сильная.

Второй вариант - операция после непродолжительной подготовки, - показана в том случае, когда желтуха более длительна по времени, эпизоды механической желтухи были и раньше, противопоказаний по общему состоянию нет.

Третий вариант - настойчивая попытка консервативного лечения - может быть выбран в том случае, если механическая желтуха у больного произошла в первый раз, диагноз желчнокаменной болезни требует уточнения, появилось окрашивание кала, что может указывать на то, что камень сдвинулся с места или прошел в двенадцатиперстную кишку.

Четвертый вариант - исключительно консервативное лечение - приходится вынужденно проводить в тех редких случаях, когда больному по общему состоянию вообще противопоказана любая операция.

Всем больным, лечение которых решено начинать с проведения консервативных мероприятий, тактика лече-

ния должна быть конкретизирована четкой постановкой следующих задач.

1. Восстановление проходимости холедоха.
2. Защита печени.
3. Детоксикация организма.
4. Нормализация пищеварения.
5. Профилактика холангита.
6. Нормализация свертывающей системы крови.
7. Симптоматическая терапия.
8. Повышение защитных сил организма.

Для реализации каждой из поставленных задач в свою очередь имеются пути, которые должен наметить и затем ими следовать врач. Я же позволю себе здесь на этом остановиться и не конкретизировать дальнейшие действия хирурга.

Да, мы вроде бы все знаем о том, как лечить больного. Но, положив руку на сердце, вспомните, что дома, анализируя свои решения и действия с больным, как часто оказывалось, что что-то необходимое вы все-таки забывали сделать, или делали это не в нужной последовательности. Уверен, что если вы потратите несколько минут, чтобы спокойно продумать свою стратегию и тактику по отношению к больному, то ошибок и упущений в лечении его станет значительно меньше, не будете вы при этом и суетиться, берясь то за одно, то за другое дело.

По такому же принципу разделения вопросов стратегии и тактики при планировании своих действий следует рекомендовать поступать и хирургу как во время определения характера необходимого оперативного вмешательства, так и в период выполнения его.

К примеру, давайте определим стратегию и собственную тактику в отношении больного раком желудка. Первый стратегический вопрос: подлежит ли больной хирургическому лечению или нет. Это прежде всего определяется общим состоянием больного и стадией развития заболевания. Однако в некоторых случаях мы бываем вынуждены оперировать больного даже при наличии у него отдаленных метастазов и при местном далеко распространенном росте опухоли. Так, при наличии стеноза привратника приходится вынужденно выполнить гастрозэнтероанастомоз, при локализации опухоли в кардиальном отделе желудка наложить гастростому или произвести интубацию пищевода и кардии. Дополнительно к этому: я лично являюсь сторонником выполнения паллиативных резекций желудка при раке не только при таких осложнениях, как кровотечение, непроходимость привратника или перфорация опухоли, но даже в некоторых случаях при наличии метастазов.

В 1976 г. мне пришлось оперировать 50-летнего полковника КГБ по поводу рака желудка. За 10 лет до этого ему по поводу язвы препилорического отдела была выполнена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Экзофитно растущая опухоль размером 4X6 см располагалась вблизи анастомоза со стороны большой кривизны. Из-за распространенного спаечного процесса увеличенные лимфатические узлы корня брыжейки и узлы, располагавшиеся парааортально, были обнаружены мною только после того, как была проделана большая работа по выделению желудка и тощей кишки из прочных сращений. Срочная биопсия лимфоузлов подтвердила наличие в них метастаза рака. Несмотря на это, а также на грозное место работы пациента, я произвел ему субтотальную резекцию желудка. Никакой химиотерапии или другого специфического лечения он не получал. После выписки полковник прослужил в органах КГБ еще много лет, вышел на пенсию и в настоящее время продолжает работать начальником отдела на одном из заводов. После операции прошло 16 лет.

Полностью отдавая себе отчет, что на отдельных случаях определенную концепцию построить нельзя, я, тем не менее, все-таки остаюсь сторонником тех (в настоящий период времени немногочисленных) онкологов и хирургов, которые считают, что "радикальное" удаление первичной опухоли, если оно возможно, показано даже при остающихся метастазах. Я хирург и должен сделать все, что могу - остальное в руках Божьих. Однако настойчиво советовать вам всегда поступать аналогичным образом пока воздержусь.

Наконец, в некоторых редких случаях, когда неоперабельного больного другим путем не удастся убедить в том, что у него рака нет и он, будучи выписан без операции, останется уверенным в том, что обречен, чисто с деонтологической целью приходится изобразить видимость произведенной операции. Под наркозом разрезать и зашить кожу на животе.

Второй стратегический вопрос, который хирургу приходится решать уже во время операции, это какого характера и объема должно быть оперативное вмешательство. Естественно, что это, опять же зависит от многих факторов: наличие распространенного местного процесса, локализации опухоли, характера ее роста (экзофитный, инфильтрующий), а также от состояния больного, и наконец, от характера и опыта хирурга. При этом вам предстоит решить следующие вопросы. Установить возможности радикальной операции. Определить ее объем (гастрозэктомия, обычная или проксимальная резекция, комбинированная или расширенная резекция), а в случае невозможности радикальной операции выяснить необходимость и характер паллиативного вмешательства.

Отработав стратегию, переходите к тактическим вопросам: выберите метод резекции желудка и вариант ее исполнения (ручной или механический шов, их сочетание), определите необходимость дренирования желудка, двенадцатиперстной кишки, приводящей петли или культи двенадцатиперстной кишки; целесообразность проведения в кишку зонда для кормления больного; необходимость и способ дренирования брюшной полости.

Конечно, мое стремление обязательно выделять стратегические и тактические вопросы, может кое-кому показаться надуманным и претенциозным, поскольку все проблемы, которые я отношу к стратегии, некоторые продолжают считать тактическими. Спорить не буду, тем более что в ряде случаев предлагаемое деление довольно условно. Вместе с тем полагаю, что разделение вопросов стратегии и тактики в хирургии все-таки должно здорово помочь врачу научиться более четко отделять главное от второстепенного, будет дисциплинировать и сделает более четким его мышление, строго последовательными его действия.

**Приняв решение, немедленно приступайте к действию,
и отбросьте сомнения по поводу результата.
Умение выйти с победой или наименьшими потерями из сложного положения –
важнейшее качество хорошего хирурга.
При конкурирующих операциях хирург должен склониться к выполнению той,
которую он лучше знает, а следовательно, лучше выполнит.**

Как подбирать собственную библиотеку

Каждый врач всегда имеет собственные книги по выбранной специальности. Иногда это несколько книг, оставшихся еще со времени института, в других случаях это очень большая библиотека по многим медицинским специальностям. Конечно, иметь собственную библиотеку - дело очень хорошее, особенно если сам владелец и его знакомые ею регулярно пользуются. Однако сейчас, когда книги доставать трудно и они стали очень дороги, роскошь иметь большую библиотеку позволительна немногим. Поэтому мне хотелось бы дать несколько советов по подбору книг собственной небольшой библиотеки для хирурга.

Прежде всего необходимо любой ценой раздобыть атласы по топографической анатомии человека и атласы операций на органах брюшной полости и грудной полости, шее, конечностях. При возможности следует покупать все доступные книги, но чолько по тому более узкому разделу хирургии, которым вы решили заняться. Конечно, при этом хорошо бы посоветоваться со знающими людьми, стоящая эта книга или нет, поскольку и медицинские издательства иногда выпускают макулатуру. К сожалению, пока вы будете искать советчика, книга вам может уже не достаться. Однако, если к делу отнестись серьезно, то можно заранее познакомиться с планами издания медицинской литературы, которые поступают в библиотеки в конце каждого года, посоветоваться и уже тогда либо выписать книгу, либо сразу покупать, как только она поступит в продажу.

Несомненно, что хирург должен располагать возможно большим количеством справочной литературы. Для меня лично очень сомнительна ценность Большой медицинской энциклопедии. Поскольку методика подготовки издания такова, что нередко к моменту выхода очередного тома в нем оказываются сведения 8-10-летней давности. Поэтому лучше ориентироваться на приобретение справочников. Врачу почти любой специальности необходимо иметь у себя дома справочник по неотложным состояниям и скорой медицинской помощи. Ведь в экстренном случае к вам в любой момент могут обратиться соседи, знакомые, да и просто прохожие, узнав, что вы врач. И медицинскую помощь вы им будете обязаны оказывать, хотя бы до прибытия "скорой помощи".

Хирургу, особенно работающему в районных больницах, необходимы справочники по онкологии, урологии, стоматологии, акушерству и гинекологии, ортопедии и травматологии, нейрохирургии и, конечно, по внутренним болезням.

Как-то ночью, вскоре после начала моей работы в г. Комсомольске-на-Амуре, меня вызвали в больницу к роженице, которую необходимо было срочно родоразрешать путем кесарева сечения. Единственный в городе оперирующий акушер-гинеколог оказался в отпуске. Хотя я к тому времени окончил 3-х годичную клиническую ординатуру, знал и уже мог производить основные хирургические вмешательства, кесарева сечения я ни разу в жизни не видел и не знал, как его выполнять. Ни книг, ни справочника по оперативному акушерству и гинекологии у меня не было, и ночью достать их где-то я тоже не мог. Поэтому мне пришлось найти в операционном журнале описание подобной операции, выполненной месяц назад нашим акушером-гинекологом. По счастью, почерк у врача оказался хороший, а операции он записывал достаточно подробно. Вооруженный лишь этими скудными данными, я начал оперировать. Слава Богу, операция прошла благополучно, мы все трое остались живы. Весь следующий день я потратил на то, чтобы раздобыть нужные книги. И в дальнейшем мне приходилось оперировать больных в пограничных с хирургией областях, но этот урок пошел мне впрок. У меня всегда под рукой была справочная литература.

Невозможно запомнить все константы даже основных биохимических анализов крови, мочи и других инкретов и экскретов человеческого организма, да и не нужно знать все дозировки медикаментов, правила их приема, возможные побочные действия и осложнения. Все эти сведения даются в соответствующих справочниках. Приобретать справочники и учиться пользоваться ими следует начинать еще во время пребывания в институте. Сведения из них, которыми вы будете пользоваться часто, постепенно запомнятся и без специального заучивания. А для остального справочник всегда должен быть под рукой.

Для тех, кто хочет постоянно быть в курсе современных проблем, существуют общие хирургические журналы "Хирургия", "Вестник хирургии", "Клиническая хирургия" и специализированные журналы по узким хирургическим специальностям. Хирургическим специальностям посвящен и IV выпуск "Медицинского реферативного журнала". Этот журнал хорош тем, что в нем на русском языке публикуются рефераты в основном из зарубежных журналов, которые трудно доступны для нашего читателя, тем более, что и знания иностранных языков у наших врачей пока явно недостаточны. Реферативный журнал обычно также печатает материалы основных международных конгрессов, конференций и симпозиумов.

В настоящее время в связи со значительным подорожанием подписки врач, по-видимому, вынужден будет ограничиться подпиской на один журнал. Однако во врачебных коллективах можно договориться, что каждый из врачей будет выписывать по одному журналу, но все журналы будут разными.

По нашему опыту я бы не советовал обезличивать журналы, выписывая все журналы в складчину, чтобы они доставлялись непосредственно в хирургическое отделение. Во-первых, не будет строгого контроля за доставкой журнала; во-вторых, они обязательно будут "зачитываться"; в-третьих, после первичного использования их будут рвать или выбрасывать. Этого не случится, если каждый сотрудник будет выписывать журнал домой, давать его почитать коллегам, а затем хранить его у себя дома. Журнал, собранный за ряд лет, представляет собой большую ценность не только для научного работника, но и для врача, который всегда может отыскать в нем сведения, необходимые ему для каждодневной практической работы.

Мне также представляется целесообразным создание у себя дома небольшой справочной картотеки. Читая или просматривая книги и журналы, вы находите описание какой-то новой операции, диагностического приема

или метода лечения, а также описание какой-либо редко встречающейся болезни. В данный момент у вас нет такого больного, для работы с которым эти сведения могли бы понадобиться, но такой больной в вашей практике в любой момент может появиться. Чтобы каждый раз не перебирать всю литературу, с целью найти нужный текст, гораздо проще будет обратиться к картотеке. На обороте обычной библиографической карточки, (их вы сможете получить в достаточном количестве в любой библиотеке) выписывается заголовок статьи, которая может в дальнейшем вам пригодиться, и название книги, атласа, журнала, где она опубликована, а также год выпуска, номер и страница. Если этот журнал или книга не из вашей личной библиотеки, то лучше в карточке отметить, где вы их брали.

Карточки расставляют по алфавиту в небольшом ящике или картонной коробке по следующим разделам: диагностика, редкие заболевания, оперативная техника, методы лечения и т. д. Теперь в нужный момент по картотеке вы легко найдете необходимый вам источник. Поверьте, что если у вас нет такой картотеки, найти то, что вы читали несколько лет назад, сложно, а часто и невозможно, особенно, если вы не полностью свободны от лени.

За последние годы в связи с широким распространением видеотехники ряд зарубежных фирм начал выпускать учебные фильмы, записанные на кассеты для любительского видеомэгафона. Несомненно, что четко и подробно записанная на пленку операция, все этапы которой сопровождаются подробными пояснениями, имеет большие преимущества перед описанием той же операции в руководстве или атласе. Конечно, стоимость такой кассеты пока что высокая. Однако ряд зарубежных медицинских библиотек, в том числе и библиотеки в крупных больницах, уже имеют отделы видеозаписей. Кассету можно просмотреть в видеокабинах библиотеки или взять, как и книгу, на дом.

В этих библиотеках есть и отделы, где собраны дискеты с учебной информацией по различным медицинским специальностям. Если вы располагаете персональным компьютером дома, в больнице или в учебном классе, то сможете обучаться по компьютерным программам, что, как известно, имеет целый ряд существенных преимуществ по сравнению с традиционными методами обучения.

Если вы располагаете дома или на работе соответствующей аппаратурой, то пока наша страна не подписала соответствующих соглашений, вы можете заняться видео- или компьютерным пиратством, бесплатно переписывая для себя нужные вам видеокассеты или дискеты.

Наиболее редкие и ценные книги каждый врач имеет возможность выписать по межбиблиотечному абонементу. Если таким путем вам удастся раздобыть хороший хирургический атлас, выпустить его из рук без фотоконпии будет совершенно непростительным делом. Размножив копии, вы сможете облагодетельствовать и своих коллег. Запомните только, что это можно делать безнаказанно только до тех пор, пока наша страна не подписала соответствующих конвенций.

Как завоевать доверие больного и уметь управлять им

Прежде чем говорить о контактах врача с больным, хотелось бы несколько слов сказать об интеллигентности и коммуникабельности самого врача. Вся жизнь врача проходит как в ежедневных коротких встречах, так и в более продолжительных знакомствах с самыми разнообразными людьми. Успех контакта во многом зависит от того впечатления, которое он сумеет произвести на больного.

Впечатление о человеке складывается из того, как он одет, его поведения и манер, из того, что он говорит и как он говорит, ну и самое главное, из того, что и как он делает. От глаз разумного больного, когда он впервые встречается и испытующе смотрит на своего врача, которому, возможно, предстоит решать его судьбу, ничто не укроется. Не только то, как врач одет, но и его походка, и манера разговаривать, и жестикация, умение выслушать больного и ему ответить. Поэтому врачу приходится частенько поглядывать на себя в зеркало и несомненно развивать в себе даже определенный артистизм. Стесняться этого не следует, поскольку все это относится к чисто профессиональным качествам врача.

"Встречают по одежке..." - хотя эта истина стала уже банальной, но пользуются ее преимуществом далеко не все врачи. По понятным причинам сегодня мы не можем требовать от врача, чтобы он был одет богато (хотя его труд и характер деятельности вполне заслуживают этого). Однако на работе он должен выглядеть, по крайней мере, пристойно и аккуратно.

Ни в одной из больниц США, в которых мне пришлось побывать, я ни разу не видел хирурга, который бы беседовал с больным без тщательно повязанного галстука или в нечищенных ботинках. Как известно, американцы не стесняются в выборе одежды у себя дома и на улице. Даже в гостях или в ресторане они могут появиться в любом, иногда самом расхристанном, виде. Но в официальном учреждении, где им приходится встречаться с посетителями, они всегда одеты довольно строго. Никогда никто не появляется перед больными в грязном или рваном халате, разбитых туфлях или забрызганной кровью одежде из операционной.

Я хорошо запомнил одну субботнюю конференцию в Калифорнийском университете в Сан-Франциско. В небольшом амфитеатре, стены которого украшены великолепными фресками, сидит полсотни хорошо одетых независимых людей. Каждый идеально причесан, одет в превосходный блейзер с тщательно подобранным галстуком, на ногах сияющие туфли. Их независимость подчеркнута свободными позами, вплоть до ног, положенных на спинку кресел переднего ряда, манерой задавать вопросы и подавать реплики по ходу доклада, частым шуткам и веселому смеху докладчика и слушателей. Не успевшие выпить кофе или кока-колу, бесплатно предоставляемых администрацией во время перерыва, могут встать и подойти к тележке с напитками, даже на ходу продолжая дискуссию. Причем самые острые дискуссии ведутся корректно в самом дружелюбном тоне. Председательствующий (если он есть) выступает только со своим мнением на равных правах со всеми, а не обобщает и не подводит итоги, как это принято у нас.

Пишу обо всем этом здесь в первую очередь для того, чтобы подчеркнуть, что у хорошо и аккуратно одетого человека сразу появляется чувство уверенности в себе, независимости, а, главное, к нему уважительно и с большим доверием относятся другие люди, в том числе и его пациенты.

Великий остроумец и мастер парадокса Бернард Шоу как-то заметил, что врач особенно опасен, когда он беден. Думаю, что Шоу скорее всего подразумевал под этим то, что врач беден потому, что он плох как профессио-

нал, и не имеет соответствующих доходов, хотя не исключено и обратное толкование, т. е., что бедный врач не может стать хорошим профессионалом. Правда, это сказано было про английского врача, а как же быть нашим гражданам, когда большинство врачей в стране бедны? Вместе с тем, даже самый роскошный костюм нужно уметь носить, иначе он только подчеркнет ваше неумение держаться свободно, раскованно, независимо и с достоинством. Не вижу ничего страшного в том, что мужчина (у умных женщин это обычное дело) будет учиться у кого-то красиво ходить, стоять, сидеть и веско говорить, а на первых порах с этой целью проведет даже несколько часов у зеркала. Важно только, чтобы для подражания он сумел выбрать достойный образец.

Что касается поведения врача, то естественно, унифицировать его невозможно, поскольку это в значительной степени зависит от характера. Врач может быть по своей сути человеком в разной степени серьезным, просто легким или весельчаком. Если он попытается лишь внешне изменить свое поведение, то неестественный для него облик будет выглядеть фальшиво, а это никакой пользы для контакта с больным не принесет. Кстати говоря, совсем не обязательно, чтобы характеры и поведение больного и врача совпадали. Большинство самых легкомысленных и веселых больных почему-то предпочитают серьезных, но не суровых врачей.

Вместе с тем, даже весьма серьезному врачу в общении с больным не повредит улыбка, мягкий юмор или этичная шутка. Древняя китайская мудрость гласит: "Тот, кто не умеет улыбаться, не должен заниматься торговлей". Как мне представляется; с полным правом можно сказать, что тот, кто не умеет улыбаться, не должен заниматься и лечением. Врачу следует научиться поддерживать доброжелательный тон даже с самым ершистым и невоспитанным больным, уметь с достоинством игнорировать его грубый тон, но, конечно, не оскорбления. Врач-весельчак должен все-таки хорошо чувствовать, насколько нравятся больному его остроты, шуточки, прибаутки, гиперболизированный оптимизм, и уметь сдерживать себя, если уж сильно "понесет".

Не хотелось бы еще раз напоминать о том, что в разговоре обращаться на "ты" с незнакомым человеком можно только тогда, когда имеешь дело с детьми, но, к сожалению, многие врачи позволяют себе так обращаться и к взрослым пациентам. Дело в том, что даже подросткам уже очень нравится уважительное "вы". Что же касается взрослого человека, то обращаясь к нему на "ты", вы сразу ставите его на ступеньку ниже себя, не имея, конечно, к этому никаких оснований.

Так же приятно больному обращение к нему не обезлично и не по фамилии, а уважительно по имени и отчеству. Известный американский специалист в области человеческих отношений Дейл Карнеги считает, что ничто так не ласкает слух человека, как упоминание его собственного имени и утверждает, что чем чаще вы это делаете, тем легче будет вам расположить к себе любого человека.

Для начала присмотритесь к манере общения с больными ваших старших товарищей, подумайте, какая из них вам нравится и почему. Однако скопировать манеру общения трудно. Может быть, что-то вам и понравилось, но это окажется совсем не ваш стиль по характеру или даже по возрасту. Думаю, что никаких претензий со стороны больных не будет, если пожилой врач при визитации палаты дружески похлопает больного по плечу, ласково погладит по голове или даже обнимет больную - молоденькую девушку. Реакции же со стороны больных на подобные действия молодого врача могут оказаться непредсказуемыми. Не следует и сильно подлаживаться к больному. Например, не стоит говорить с блатным "по фене". Больные должны твердо усвоить, кто хозяин в палате и по чьим законам они здесь живут. Власть в палате нельзя упускать из своих рук ни на минуту.

Не так уж редко случается, что в палате появляется больной, который начинает "мутить воду". Это может быть человек, которого раньше неудачно оперировали и теперь он всех соседей отговаривает от операции, хотя операция для них единственный способ восстановить здоровье. Или это всезнайка, который рассказывает о своих знакомых, излеченных Кашпировским, Джунгой или дядей Ваней, банщиком местной сауны, и при этом поносит всех врачей. Попадаются и просто принципиальные противники врачей, они сохраняют свое негативное отношение к нам еще с времен холерных бунтов, так же, как и вообще ко всем интеллигентным людям. Под влиянием разговоров с подобными личностями больные один за другим начинают отказываться от операции и выписываются. Однако, как правило, такие советчики успешно действуют лишь в тех палатах, где лечащий врач не сильно авторитетен, и не является твердым хозяином положения.

Несколько лет назад, когда у нас в клинике еще были многоместные палаты, в одной такой палате вечером произошел самый настоящий бунт. Причина бунта заключалась в том, что в палате скопилось одновременно несколько больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Многие из них, находясь в поздней стадии заболевания, действительно страдали "болями в покое", но другие не без вины, врачей, главным образом дежурных, были приучены к инъекциям наркотических анальгетиков и фактически стали наркоманами, а дежурный врач на этот раз оказался крепким орешком и устоял перед требованиями больных сделать им неназначенные инъекции. Тогда больные стали громить палату, бросая в стены костыли, бутылки с кефиром, утки и прочее, что попадалось под руки, били окна и выли дурными голосами. В появляющихся в палате сестер и врачей, в том числе и ответственного дежурного по больнице, летели подушки и даже более тяжелые предметы. Была вызвана милиция, но еще до ее приезда появился И. - лечащий врач больных этой палаты. Стоило ему войти в палату, как шум немедленно прекратился. Более того, после проведенной им беседы больные половину ночи наводили порядок в палате, а в последующие дни за свой счет и собственными силами вставили стекла и отремонтировали поврежденные и испачканные стены. По просьбе лечащего врача никто, кроме него самого, с больными не разбирался и больных не наказывал. Он же на следующий день выписал 3-х человек, чем происшествие для остальных больных было исчерпано.

Однако после разбора этого происшествия на врачебной конференции дежурным врачам было категорически запрещено делать разовые назначения наркотических анальгетиков больным ангиохирургического отделения.

Так только с помощью своего необыкновенно высокого авторитета лечащий врач И. сумел моментально прекратить бунт, да еще среди больных, прошедших огонь, воду, медные трубы, малые и большие ампутации конечностей.

Не могу сказать, что И. выделялся особым диагностическим или хирургическим талантом, но он несомненно обладал талантом общения и управления людьми. В дальнейшем этот его талант мы часто и успешно использовали для получения согласия на операцию от упорно отказывающегося от хирургического вмешательства больного, для бесед с недовольными родственниками и в некоторых других конфликтных ситуациях.

Врач должен сразу же привыкать разрешать сам все основные деонтологические проблемы с больными своей палаты. Конечно, в некоторых случаях не мешает и посоветоваться со старшими товарищами или заведующим отделением. Но именно посоветоваться, а не перекладывать на них решение проблемы.

Не следует чаще, чем это действительно необходимо в решении простых задач, использовать голову или широкую спину заведующего отделением или шефа клиники. Иначе вам трудно будет привыкнуть к самостоятельности как в мыслях, так и в действиях. Это, конечно, не значит, что вы станете нарушать заведенные в отделении порядки или попытаетесь изменить существующие тактически установки. Вы просто будете самостоятельно действовать и проявлять инициативу, но лишь в пределах вашей компетенции и установленных в клинике законов.

Не останавливаясь на особенностях контактности народов, населяющих нашу страну, могу отметить, что в целом коммуникабельность у нас довольно высокая. Вспомните, как быстро обычно устанавливается контакт и завязывается беседа между совершенно незнакомыми людьми в купе поезда или в очереди. Мы к этому привыкли и не замечаем нашей высокой российской коммуникабельности. Мне же вспоминается поездка в дневном поезде из Стокгольма в Мальмо. На протяжении 7 часов мне не удалось вступить в более-менее длительную беседу, ни с одним из моих многочисленных незнакомых попутчиков-шведов в целом вагоне. Правда, было это в 1980 г., т. е. в первом году нашей афганской войны, которой все шведы были крайне возмущены. Однако я видел, что каждый швед ехал сам по себе.

Искусство общения с другими людьми дает в руки врача серьезные козыри для овладения душой и телом больного. В самом деле, завоевав доверие больного, врач, с одной стороны, сумеет получить от него массу самых интимных сведений, необходимых как для постановки диагноза, так и для определения дальнейшей тактики его лечения, а с другой - сможет руководить желаниями и действиями больного в нужном направлении.

Я всю жизнь часто сожалею, что не удосужился изучить хотя бы основы психологии, а продолжаю полагаться в общении с больными и сотрудниками на собственный жизненный опыт и некоторые отрывочные сведения об этом важном для врача предмете, почерпнутые в умных книгах. Тем не менее, у меня сложилась определенная система правил, которой я обычно придерживаюсь, постоянно вступая в контакт с самыми различными людьми.

Прежде всего нужно хотя бы приблизительно определить, если можно так выразиться, степень коммуникабельности собеседника.

Есть категория людей, начав общение с которыми, ты дальше уже не сможешь вставить и слово. Человек выложит всю подноготную о себе, своих родственниках, своих болезнях, своих друзьях, сослуживцах и уж особенно о начальниках. И немалым искусством врача будет, несильно обижая пациента, но все же достаточно настойчиво, направить его рассказ в нужное русло, при этом сильно ограничив его во времени. Правда, будьте уверены, во время последующих ваших визитаций он приложит все усилия, чтобы не только дорассказать то что не успел во время вашей первой встречи, но и дополнить ранее сказанное подробностями и деталями, которые он за время разлуки вспомнил. Подобная болтливость или, научнее сказать, сверхкоммуникабельность, к сожалению, удел не только пожилых людей со сниженной реакцией торможения центральной нервной системы.

Сведений о подобном больном вы будете иметь предостаточно, но управлять им довольно трудно, поскольку у него есть на все собственное мнение, а также сотни примеров из жизни его родственников или знакомых, попадавших, якобы, в аналогичные ситуации.

Чтобы прервать словоизвержение больного, можно попытаться использовать несколько методов. Во-первых, сразу предупредите больного, что сегодня вы крайне ограничены временем, а вам необходимо для составления плана именно его обследования иметь предварительный диагноз. Поэтому вы просите его предельно кратко и конкретно отвечать на поставленные вопросы. Как только больной начинает увлекаться, вы настойчиво прерываете его приблизительно следующим образом: "Достаточно, благодарю вас. По этому пункту мне все ясно", и переходите к другому вопросу.

Второй способ закончить затянувшуюся беседу - это перейти к физикальному обследованию больного, попросив его временно не разговаривать. Третий способ - подгадать свою визитацию к моменту, когда больного должны вызвать для рентгеновского обследования, в лабораторию, в процедурную и т. п. Тогда вы свободно можете управлять временем контакта с больным, в нужный момент отправив его по назначению.

Иногда, чтобы отделаться от чрезмерно навязчивого больного, вам придется придумать еще какие-то увертки или даже пойти на какой-нибудь невинный обман. Пожалуйста, не забудьте, что при обходе в палате к такому больному следует подходить в последнюю очередь, иначе он своими вопросами и дополнениями к рассказанному не даст вам возможность посмотреть и поговорить с остальными больными.

Конечно, болтливый и вязкий больной является тяжелым испытанием для врача. Вместе с тем ваша твердость с ним должна быть вежливой и доброжелательной, иначе жалобы не избежать. Как правило, врач не стремится задерживать подобных больных, он их быстро обследует, а после операции выписывает иногда и раньше положенного срока, так что и от них есть польза - сокращение койко-дня.

Зато с нормально коммуникабельным и интеллигентным человеком врачу, если он сам интеллигентен, общаться бывает легко, а иногда и приятно. Ведь окружающий мир, все сложности и искусство жизни мы в основном познаем при общении с другими людьми. Поэтому некоторые больные для думающего о жизни врача, кроме всего прочего, могут оказаться и интересными собеседниками. Я хорошо запомнил те беседы с интересовавшими меня людьми, которых я для этого пригласил в свободные минуты во время дежурства в ординаторскую.

В нашей атеистической стране человека, во-видимому, особенно тянет к исповеди, к душевному разговору. Представьте себе, как вечером человеку бывает тоскливо оставаться наедине со своей болезнью в перенаселенной палате. Поэтому для больного неофициальная беседа с врачом это все равно, что беседа с духовником. Она для него большая радость, а для молодого (а может быть, и для не совсем молодого) врача это, конечно, и школа жизни. Однако наши беседы совсем не ограничивались исповедью или жалобами больного, я всегда стремился так разговаривать больного, чтобы он рассказал и о своей работе, и о своем хобби, и других проблемах, о которых я имел до этого весьма смутное представление. Со своей стороны я по мере своих возможностей помогал ему найти пути решения проблем, возникавшие у него в связи с болезнью.

Третья группа - это слабокоммуникабельные люди. Вообще-то в повседневной жизни я против них ничего не

имею. Иногда бывает так приятно, когда к тебе никто не лезет с разговором. Да и на службе это категория людей, которые все-таки больше делают, чем говорят. Однако в интересах дела врачу иногда приходится не просто с ними беседовать, но и пытаться выяснить такие стороны их жизни, о которых и болтуны-то предпочитают помалкивать.

Чтобы разговорить молчуна, а тем более вызвать его на откровенность, нужно прежде всего постараться выяснить, какие стороны жизни данного человека интересуют. Одни любят и гордятся своими детьми или внуками, других ничего не интересует, кроме их работы, третьи обожают рыбалку, четвертые садоводство или пчеловодство. Конечно, прямой вопрос об этом не лучший путь к контакту с больным. Поэтому характер, его хобби можно попробовать выяснить у его близких, знакомых или сослуживцев. А уж затем, используя весь свой такт и дипломатические способности, "подъехать" к больному.

Если вы при этом сумеете сделать так, что значительность этого человека в его любимом деле будет вами часто подчеркиваться, считайте, что с больным у вас будет надежный и постоянный контакт. Он вам расскажет все, что необходимо знать о его болезни и жизни.

Наконец, четвертая группа - это люди совершенно некоммуникабельные. Постороннему проникнуть в их внутренний мир чрезвычайно сложно, хотя этот мир, как правило, оказывается весьма ограниченным и несложным. Интеллект таких людей обычно невысок, что несомненно также затрудняет возможность общения. Попадаются среди них и мизантропы, с особым негативизмом по отношению к врачам и медицине.

Увидев при первом знакомстве, что больной мрачен и нелюдим, не пытайтесь немедленно вступить с ним в близкий контакт. Познакомьтесь внимательно с его направлением, выпиской из истории болезни, поговорите с родственниками, которые его привезли. В разговоре с больным будьте дружелюбны, несмотря на проявление явного негативизма с его стороны; обращайтесь к нему только по имени и отчеству; покажите ему вашу искреннюю заинтересованность им и состоянием его здоровья. Если больной начнет говорить, терпеливо выслушайте его, не перебивая. Постарайтесь удовлетворить все его просьбы. Может быть, больной в этот день в плохом настроении, чем-то раздражен, тогда перенесите разговор с ним на следующий день.

К сожалению, все ваши проявления заботы и внимания такими больными часто никак не оцениваются. Более того, в ответ на доброе отношение вы можете нарваться на грубость, а то и прямое оскорбление. В этом случае человеческое достоинство врача требует, чтобы обидчик был наказан. Естественно, вы не можете опуститься до уровня больного и вступить с ним в словесную перепалку. Если у больного нет заболевания, напрямую угрожающего здоровью или жизни, то его можно выписать из больницы. Если же это онкологический или другой больной, для которого выписка из больницы будет равносильной смертному приговору, его придется оставить.

Заведующий отделением должен будет сам побеседовать с больным о его поведении, заставить его извиниться перед врачом, а иногда заменить ему лечащего врача. К сожалению, в большинстве случаев такая беседа отношения больного к медицинскому персоналу не меняет. Тогда можно попытаться воздействовать на больного с помощью общественного мнения. С этой целью больного переводят в палату, где царит дух оптимизма и высокого доверия к лечащему врачу. При этом желательно, чтобы мужики были покруче. После первой же грубости, допущенной по отношению к кому-либо из медицинского персонала, они его возьмут в такой оборот (только следует заранее предупредить "общественность" о нежелательности физического воздействия), после которого он с вами станет много вежливее, а может быть, даже и более разговорчивым.

Вместе с тем бывают случаи, когда некоммуникабельность больного имеет иатрогенное происхождение. Несоблюдение деонтологических правил персоналом на каком-то этапе обследования может сделать больного не только ипохондриком, но и врагом всех медицинских работников и медицины.

Поэтому делом чести врача будет преодолеть некоммуникабельность такого пациента, успешно вступить с ним в деловой контакт. Прежде всего следует попытаться выяснить причину негативизма больного, ознакомившись с выпиской из предыдущей истории болезни, поговорив с родственниками, сотрудниками по работе. Такими причинами могут оказаться запущенность заболевания по вине врачей, неудачное лечение, приведшее к ухудшению состояния больного или к его инвалидности, необоснованное признание его здоровым, отказ в трудоустройстве или переводе на инвалидность, хотя сам пациент уверен в том, что болен и работать не может, наконец, осведомленность больного о плохом прогнозе его заболевания.

Если вам удалось выяснить причину, то поставьте себя на место больного и хорошо подумайте, что бы вам хотелось услышать по этому поводу от врача. После чего попытайтесь наметить правильную линию поведения, найти нужные слова и суметь сказать их больному.

Например, обида больного связана с быстрым рецидивом грыжи после операции. Его основная претензия состоит в том, что на нем якобы учился практикант: "Что вам здоровье человека!" В разговоре вы непременно должны стоять на стороне больного, признать, что операция была неудачной, посочувствовать тем неприятностям, которые в связи с этим перенес больной. И в то же время очень тонко постоянно поправлять больного. Прежде всего, объясните ему, что никаким практикантам закон не разрешает оперировать, а это был просто молодой врач. Да, у молодого, как правило, опыта меньше, но вы, наверное, уже слышали, что в нашем отделении есть хотя и молодой, но очень способный хирург О. Поговорите с больными, которых он оперировал - все они очень довольны его работой. Затем вы должны рассказать больному, что неудачи при аналогичных операциях могут быть даже у самого опытного хирурга, как правило, в этом виноват не хирург, а замедленная регенерация тканей или рыхлость самой соединительной ткани у больного. Если вам при этом удастся обнаружить у больного еще какую-нибудь грыжу или слабость апоневроза, то подобный аргумент может оказаться для доказательства этого очень веским. Однако здесь не следует пересаливать, иначе вы, убедив больного в невинности врача, вгоните его в тяжелую ипохондрию по поводу крайней хлипкости собственного тела. Наконец, вы можете попробовать найти причину рецидива в невыполнении больным рекомендаций врача. Игнорирование бандажа, ранний подъем тяжестей и т. п. В качестве иллюстрации того, что рецидивы после грыжесечения не так уж редки, вы можете познакомить вашего пациента с другими "рецидивистами", находящимися на лечении в отделении, конечно, с их согласия.

Далее, беседуя с больным, вы должны убедить его, что все разговоры с ним, взятие анализов, другие обследования делаются только в его интересах, что все исследования совершенно безвредны для него и только по-

зволют самым лучшим образом лечить его. Наконец, объясните ему, что поскольку у него уже была неудачная операция, то теперь его будет оперировать самый опытный хирург и ему после операции будет уделено максимум внимания.

Конечно, я привел здесь лишь схему возможного разговора. Умение убеждать - высокое искусство, но независимо от того, обладаете вы им или нет, к такому разговору с больным всегда нужно хорошо подготовиться: по возможности выяснить как можно больше о больном и продумать план беседы с различными ее вариантами.

Полагаю, что отдельно следует рассмотреть права и поведение врача в случае, когда больной отказывается от операции. С подобной ситуацией хирургу приходится встречаться нередко. Как добиться его согласия? И нужно ли оно вообще? Прежде всего, врач должен знать 35-ю статью "Основ законодательства о здравоохранении". Там сказано, что выполнение хирургических операций разрешается без согласия больных или их законных представителей лишь в исключительных случаях, когда промедление в выполнении операции угрожает жизни больного, а получить его согласие невозможно. Причем, с моей точки зрения, в законе ясно подразумевается, что получить согласие больного невозможно не потому, что он отказывается от операции, а потому, что он находится без сознания или состояние его психически неадекватно.

Однако есть и другие трактовки этой статьи. В работе юриста В. А. Глушкова, опубликованной в журнале "Клиническая медицина" N 3 за 1989 г., автор считает, что в указанном случае можно оперировать, игнорируя несогласие больного. Оказывается, эта точка зрения поддерживается статьей 113 УК Украины: врач, неоперировавший больного ввиду отказа его от операции, будет наказан за неоказание помощи больному.

Я не юрист, но что касается вопросов жизни и смерти человека, то опыт здесь за свою многолетнюю хирургическую практику, к сожалению, имею богатый. И на основании этого опыта твердо убежден, что без согласия совершеннолетнего, вменяемого и дееспособного больного его ни при каких условиях оперировать нельзя.

Во-первых, жизнь человека принадлежит только ему, а не семье и не государству, и в законах каждого правового государства это оговорено. Косвенно это подразумевается и в нашем государстве, поскольку нет закона, карающего за самоубийство или попытку самоубийства.

Во-вторых, существуют религии, исключющие для верующего какие-либо хирургические вмешательства и даже переливание крови. Для такого правоверного больного лучше погибнуть, чем быть "оскверненным" спасительной операцией и остаться после этого жить.

В-третьих, право на диагностическую ошибку имеют не только опытные врачи, но даже и консилиумы самых опытных врачей. Однако, кто понесет ответственность и какую, если окажется, что больной был насильно оперирован напрасно, его вообще не нужно было оперировать. А ведь ненужная операция усугубляет тяжесть состояния больного и может привести его к гибели или, по крайней мере, к инвалидности.

В-четвертых, нужно только представить себе картину, когда в операционную тащат отчаянно сопротивляющегося человека. Душа его объята ужасом, как у человека, которого влекут на казнь, или у бессловесной скотины на мясокомбинате. А мы так любим говорить о деонтологии, о необходимости психологической подготовки пациента к операции!

Наконец, как будут люди относиться к больнице и возможности в нее попасть, если будут знать, что в случае заболевания их там могут схватить и оперировать без их согласия.

Далее, понятие исключительно необходимой операции нигде не оговорено. Подразумевается, по-видимому, что при прободной язве желудка хирург имеет право оперировать больного без его согласия, а вот при неосложненном раке желудка оперировать без согласия уже нельзя, но в этом же нет никакой логики. При прободной язве больной в некоторых случаях может поправиться и без операции, в то время, как при раке желудка без хирургического лечения он обязательно погибнет.

Наконец, не приведет ли подобная бесправность больного (да еще и его родственников) к слишком легкому отношению к операции и вседозволенности со стороны врача. Ведь в большинстве случаев консилиум, собранный в ночное время, не бывает достаточно компетентным, и он обычно принимает решение, навязанное ему хирургом, а администрация об этом ставится в известность, как правило, утром, уже после окончания насильственной операции.

Все эти обстоятельства заставляют меня твердо стоять на позиции активного противника операции без согласия больного и даже называть ее насильственной операцией, поскольку над больным совершается грубое духовное и физическое насилие под флагом той же целесообразности.

С другой стороны, я отчетливо понимаю уязвимость моей позиции не только со стороны ее критиков, но и со своей собственной. Разве можно спокойно смотреть на погибающего человека и не оказывать ему действенной помощи. Как велико всегда искушение нарушить табу, но делать этого категорически нельзя и по гуманным, и по юридическим соображениям.

Поэтому при отказе больного от операции врач должен работать в двух направлениях: продолжать уговаривать пациента и проводить консервативную (обычно весьма паллиативную) терапию. Как правило, опытный врач-психолог после умелой беседы все же получает согласие больного. В других случаях должен быть приглашен (если это позволяют делать время и условия) наиболее авторитетный для данного пациента человек. Это может быть родственник, товарищ по работе, испытанный друг, начальник, любовник, наконец, главарь из подворотни. С этим человеком врач предварительно должен иметь убедительный целенаправленный разговор. Иногда помогают уговорить больного успешно оперированные соседи по палате, предварительно проинструктированные врачом. В некоторых случаях больному помогает принять правильное решение консилиум серьезных, лучше пожилых врачей или приглашенный главный врач.

Параллельно следует организовать самое энергичное консервативное лечение отказывающегося от операции больного. Нужно знать, какие существуют методы консервативного лечения перфоративной язвы желудка, острой кишечной непроходимости, массивных желудочно-кишечных и легочных кровотечений, острого аппендицита, холецистита, панкреатита, и все-таки пытаться спасти больного, несмотря на отказ его от операции.

При этом, если у вас сохраняется надежда, что больной все-таки может быть еще согласен на операцию, избегайте назначать ему сразу аналгетики, в результате действия которых больной субъективно почувствует себя лучше, после чего никаких шансов своевременно уговорить его на операцию у вас вообще не останется.

Однажды я был срочно приглашен в Окружной военной госпиталь к солдату с перфоративной язвой желудка, который отказывался от операции. У палаты стояла группа офицеров. Его уже уговаривали начальник отделения, начмед, начальник госпиталя, командир части и даже генерал - начальник гарнизона, но совершенно безуспешно. На приказ генерала подвергнуться операции солдат резонно ответил, что, дескать, по вашему приказу я могу погибнуть в бою, но не на операционном столе. Я не знаю, что написано по этому поводу в уставе внутренней службы Советской армии, но все равно после этого разговора солдата в операционную насильно не потащили.

Осмотр больного полностью убедил меня в правильности поставленного диагноза и необходимости экстренной операции. Однако и мне не удалось уговорить больного на операцию, хотя я в качестве последнего аргумента пригрозил ему, что без операции он обязательно умрет. Все было бесполезно.

Тогда мы ввели больному в желудок зонд, с помощью которого осуществляли постоянную аспирацию желудочного содержимого, назначили антибиотики и препараты, направленные против неклостридиальной анаэробной инфекции. Больной выздоровел и, когда я через две недели появился в госпитале уже по другому делу, он встретился мне в коридоре. Показывая меня своим собеседникам, он очень нелестно отозвался о профессорах, которые утверждали, что без операции он обязательно умрет, но он, слава Богу, оказался умнее, а поэтому жив и здоров.

И последнее. Если целесообразность подписи больного в истории болезни о согласии на операцию можно еще обсуждать, то личная подпись больного при отказе его от предлагаемой операции совершенно обязательна. Желательно, чтобы отказ больным был бы обоснован. Может быть, следует фиксировать в истории болезни и все меры, предпринятые врачом для получения согласия пациента.

Однако, если в экстренных ситуациях у кого-то и возникают сомнения в праве врача распоряжаться судьбой больного, то по отношению к плановому больному здесь царит полное единодушие. Без согласия больного его на операцию никто не возьмет.

Нередки случаи, когда больной, поступивший в стационар на операцию, внезапно отказывается от нее. Вроде бы прямой обязанностью врача будет уговаривать больного на операцию. Это самое простое, но не всегда правильное решение. Иногда врач, получив на все уговоры отказ, впадая в амбицию ставит перед больным строгую альтернативу: или операция - или домой. В том случае, когда единственный способ лечения хирургическое вмешательство - он, конечно, прав. Но в некоторых случаях консервативное лечение, пусть паллиативное, но все-таки возможно. Тем не менее, этого больного выписывают, потому что нужны места для больных, которые пойдут на операцию, или просто из амбиции, в которую впадает раздраженный отказом пациента врач.

Когда я работал в госпитале ветеранов администрации в Сан-Франциско, меня поначалу просто поражали совершенно непривычные для нас взаимоотношения пациента и врача. Уже во время первой встречи на поликлиническом приеме в отделении хирургии сосудов создается впечатление, что встречаются хорошие друзья. Хирург, к примеру, не торопясь, довольно подробно объясняет пациенту и обычно присутствующей на приеме его жене или другому близкому родственнику всю сложность проблемы и предлагает хирургическое лечение. Больной либо сразу соглашается, либо выдвигает контрдоводы, либо просит небольшой отсрочки, чтобы обсудить в семье предложение врача. Врач высказывает свои соображения и после доброжелательной дискуссии, в которой участвует и присутствующий родственник, принимается совместное решение. При этом врач не оказывает на больного грубого давления и серьезно принимает во внимание все семейные, социальные и психологические обстоятельства больного.

Не могу не добавить сюда некоторые мелкие, но важные штрихи. В кабинете чисто, а главное, уютно. Хорошая, простая мебель, недорогие картины, цветы. К головному концу кушетки, на которую укладывается больной, прикреплен на оси широкий бумажный рулон. Сестра раскатывает часть рулона и пациент ложится на чистую бумагу. Если врач во время приема вышел из кабинета, то прежде, чем зайти снова, он обязательно постучится и войдет, только получив разрешение больного.

Отказ больного от операции часто бывает связан с тем, что он плохо или недостаточно осведомлен о своем диагнозе и проводимой терапии. Как известно, послушание предполагает доверительное командование. Отсюда следует, что врач должен обладать определенными качествами руководителя. Он должен быть способен (а следовательно, и обучен этому) склонить пациента к одобрению всех своих действий, необходимых для точной диагностики и успешного лечения.

К сожалению, в медицинском институте не учат управлять людьми. Врач не может полагать, что только его белый халат является достаточным аргументом, чтобы больной поверил ему и поручил управлять своим духом и телом. Первое на пути к взаимодействию, составляющему основу отношений между врачом и пациентом, должна быть полная информация, которая дается врачом обязательно на уровне, доступном пониманию больного. Второе - это правильная оценка врачом душевного состояния больного, его жизненных обстоятельств и необходимость учитывать эти факторы, решая судьбу больного.

Жизнь каждого протекает совершенно индивидуально. Человек нередко оказывается в такой сложной жизненной ситуации, которую и представить себе трудно, поэтому, рассматривая окончательный или временный отказ больного от операции, врачу следует учитывать не только медицинские показания, а все обстоятельства своего пациента. Более того, он должен пациенту не только честно рассказать о прогнозе, но и о сроках реабилитации после операции, возможной необходимости временно или совсем сменить работу, переехать в местность с другим климатом, поддерживать необходимую диету, иметь ухаживающего.

Хирургу нужно быть достаточно знакомым со статьями инструкций и положений, по которым дается инвалидность хотя бы по группе болезней, лечением которых он занимается. Да, решения ВТЭК относительно назначения инвалидности нам иногда кажутся непредсказуемыми. Человек, который, имея заболевание, все-таки успешно трудился, после операции, приведшей к явному улучшению состояния здоровья, вдруг получает бессрочную инвалидность. Но все эти решения не произвол работников ВТЭК, они оговорены в соответствующих инструкциях. Если мы, врачи, с этими инструкциями не знакомы, то наши пациенты тем более.

Может оказаться и такое, что в результате даже успешной операции человек оказывается отлученным от любимой работы, от высокого заработка, или просто от единственной специальности, которой он владеет, а пе-

реучиваться ему уже поздно или невозможно. Вот почему хорош тот врач, который захочет познакомиться со всеми обстоятельствами жизни больного, которому большой их откроет, и который с учетом всего этого, а также, конечно, и медицинских показаний, поможет пациенту принять оптимальное решение: подвергаться ли ему операции или нет. Конечно, желательно, чтобы врач имел не только медицинский, но и жизненный опыт, но и молодой врач, четко представляющий последствия операции, вполне может дать больному разумный совет.

Как следует проводить дифференциальный диагноз

Почти 40 лет я занимаюсь обучением студентов, субординаторов и клинических ординаторов хирургии и каждый год снова убеждаюсь, что хуже всего они усваивают вопросы проведения у больного дифференциального диагноза. Больше того, складывается определенное впечатление, что они его, по-видимому, просто не любят. Причина этого, как мне кажется, лежит прежде всего в желании упростить свою работу, примитивизировать ее, отказаться от более сложного мыслительного процесса. Кстати, это косвенно подтверждается даже стремлением студентов заменить солидно звучащий "дифференциальный диагноз" непочтительным "дифдиагнозом". Подобная тенденция прослеживается в последние годы все больше и больше. И дело заключается, по-видимому, не только в главном аргументе старых ворчунов и ретроградов всех времен, что, дескать, "были люди в наше время..."

Сегодня складывается поистине парадоксальная ситуация:

чем больше появляется новых и точных диагностических аппаратных и лабораторных методов исследования, тем меньше в диагностическом процессе участвует мозг врача. В самом деле, зачем много размышлять о диагнозе, если при ультразвуковом исследовании обнаружены камни в желчном пузыре или почках, во время фиброгастроскопии в желудке найдена опухоль или в луковице двенадцатиперстной кишки кровоточащая язва, при компьютерной томографии установлено наличие опухоли тела поджелудочной железы, или при контрастной аортографии выяг юна аневризма инфраренального отдела аорты.

Современная компьютерная техника позволяет расшифровать электрокардиограмму, проанализировать и синтезировать многочисленные данные лабораторного обследования больного и даже получить готовый машинный диагноз.

В таких условиях мозг врача невольно начинает развращаться, и врач отвыкает думать, а ведь мышление, как и любой другой физиологический процесс, для своей совершенной работы требует постоянной тренировки. Как быть в данной ситуации? Ясно, что вернуться к первобытной медицине уже невозможно. Следовательно, мозг врача должен быть чем-то занят. Слава Богу, проблем в современной медицине хватает. Поскольку медицина не относится к категории точных наук, то данные, полученные с помощью даже самой современной аппаратуры, а также машинный диагноз, в некоторых случаях могут оказаться определенным образом оторванными от конкретного больного, или искажены вследствие нарушения методики.

Так, если при рентгеноконтрастной артериографии сосудов голени контрастное вещество вследствие замедления скорости кровотока слабо заполнит артериальную сосудистую сеть или вообще не заполнит какую-то ее часть, это приведет к ошибочному топическому диагнозу. Следовательно, даже при использовании достаточно точных методов, без глубокого анализа полученных с их помощью данных и сопоставления их с клиническими данными обойтись невозможно. На каждом, даже самом точном диагностическом приборе работают люди, и окончательная интерпретация данных зависит только от них, от их знаний, от их опыта и от их внимательности.

Совсем недавно мне позвонили родственники одной моей знакомой К. и в панике сообщили о несчастье, постигшем ее. У нее при компьютерной томографии была обнаружена большая опухоль слепой кишки, распространяющаяся на восходящую, и одиночный метастаз в правой доле печени. Вероятность диагноза усугублялась тем обстоятельством, что заболевание раком толстого кишечника у больной носило семейный характер. От него погибли ее отец, брат и сын. Когда она пришла ко мне, я, кроме этого, никаких подозрительных данных в анамнезе не нашел. Большая предьявляла жалобы на боли в животе, но локализовались они главным образом в эпигастральной области, а при пальпации опухоль я не смог обнаружить, кровь оставалась спокойной.

Настроенный до осмотра больной на быстрейшую операцию и думая, главным образом, о том, как обо всем этом сказать больной, я после осмотра несколько усомнился в правильности диагноза. Ирригоскопия, отлично выполненная нашим опытейшим рентгенологом, позволила исключить какую-либо патологию со стороны толстого кишечника, а после УЗИ, также выполненного опытным специалистом, "метастаз" в печени оказался небольшой кистой. Заведующий отделением компьютерной томографии объяснил мне, что анализ исследования проводил молодой специалист, и обещал сам просмотреть томограммы. На следующий день он позвонил мне по телефону и извинился за ошибочный диагноз.

Не менее показателен и другой пример, когда простой диагноз не был поставлен потому, что врач, по-видимому, оказался просто заваленным огромным количеством бессистемно произведенных исследований, среди которых не оказалось пары действительно нужных, а он этого не обнаружил потому, что он не составил заранее продуманного плана проведения дифференциального диагноза.

Года три назад я был приглашен на консультацию в окружной военный госпиталь к офицеру, уже почти в течение месяца страдающему желтухой. Он только что вернулся из Центрального военного госпиталя им. Бурденко, где бы чрезвычайно тщательно и казалось бы, всесторонне обследован с применением многочисленной самой современной аппаратуры. В выписке из истории болезни данные всех сделанных анализов занимали 2 страницы машинописи, напечатанные через один интервал! Тем не менее, определенного диагноза больному поставлено не было. При подробном расспросе и осмотре больного у меня возникло подозрение, что у больного инфекционный сывороточный гепатит. Вскоре диагноз был подтвержден данными свежего биохимического исследования и исследования на австралийский антиген.

Я отнюдь не хочу прослыть консерватором и отчетливо понимаю всю ценность современных методов исследования.

Однако при всем преклонении перед их точностью, считаю, что без участия в процессе диагностики и лечения мыслящего врача дело не пойдет. Конечно, в какой-то степени машинная диагностика уравнивает шансы моло-

дога и опытного врача, но обычно это происходит только в сравнительно простых для решения ситуациях. В сложных же случаях опытный врач, используя данные той же современной техники, намного обставит молодого. Поэтому, ленящиеся мыслить, не ждите сотен анализов и данных, которые может вам выдать современная медицинская техника, ведь вы в них только запутаетесь. Учитесь мыслить, учитесь так спланировать и организовать диагностический процесс, чтобы получить при минимуме анализов максимум действительно необходимой в данном случае информации.

Среди хирургов, ленящихся мыслить, есть и противоположная группа. Их девиз - "разрежем - посмотрим". Не обременяя себя мыслительным процессом, они могут запросто взрезать любого гражданина, имевшего неосторожность пожаловаться на боли в животе. Вот уж поистине простота - которая хуже воровства, поскольку она связана с нанесением тяжких телесных повреждений, а то и с убийством!

Конечно, правом на пробную (эксплоративную) лапаротомию хирург располагает до сих пор, несмотря на значительное расширение его диагностического арсенала, происходящее в последние годы. Но произвести ее он имеет право лишь в том случае, когда он действительно исчерпал все имевшиеся в его распоряжении диагностические методы, до конца использовал все мыслительные способности как собственные, так и своих коллег.

Если мы ограничимся только вопросами диагностики, то здесь проблема номер один - дифференциальный диагноз. Даже молодые врачи, а не только студенты, оказываются не очень сильны в его проведении. Они начинают понимать всю важность проведения дифференциального диагноза в установлении окончательного диагноза только -после того, как несколько раз "вляпаются" в серьезную диагностическую ошибку при, казалось бы, очевидном диагнозе. Примеров этому можно привести множество, здесь я остановлюсь лишь на одной очень серьезной ошибке, связанной с упущением в дифференциальной диагностике. К сожалению, эта ошибка довольно типичная.

Поступает больной 52 лет с диагнозом: "Грыжа белой линии живота". При пассивном сборе анамнестических данных врачу удалось выяснить, что около 3-х месяцев назад у больного стали появляться умеренные боли в желудке почти сразу после еды, а сам больной обнаружил у себя в эпигастрии образование полшаровидной формы диаметром около 2-х см. Врач, осмотрев больного, установил, что данное образование сравнительно легко вправляется, после чего в апоневрозе по белой линии живота можно было обнаружить дефект щелевидной формы размером 0,31 см. Диагноз грыжи белой линии никаких сомнений не вызвал ни у врача, ни у заведующего отделением. Поэтому дальнейшее обследование больного было ограничено анализами крови и мочи, а также флюорографией грудной клетки. Никаких отклонений от нормы при этом не было обнаружено, и больного успешно оперировали. При выписке больной продолжал жаловаться на боли в эпигастрии, что было объяснено врачом как следствие небольшого воспалительного инфильтрата в месте операции. Амбулаторный врач назначил больному на инфильтрат физиотерапевтические процедуры. Инфильтрат постепенно рассосался, но боли остались и даже усилились. Тогда врач, предположив что это связано с образованием спаек у брюшной полости, назначил ему грязевые аппликации, которые больной получал в течение двух недель.

Лишь когда больной стал заметно худеть, а в анализах крови значительно возросла СОЭ, врач, заподозрив неладное, направил больного на фиброгастроскопию. С ее помощью была обнаружена большая опухоль желудка - аденокарцинома, при последующем обследовании были найдены метастазы в печень и в "вихровскую железу". Больной вскоре погиб.

В гибели больного прежде всего повинны врачи хирургического отделения, отказавшиеся от проведения дифференциального диагноза, так как диагноз грыжи белой линии живота был для них очевидным. Да, эта грыжа у больного, несомненно, была, но поскольку больной жаловался на боли в эпигастриальной области, врач просто обязан был провести тщательный дифференциальный диагноз с тем, чтобы исключить наличие рака желудка, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, как второго (не по значению, конечно) заболевания.

Прежде всего, врач никогда не должен ограничиваться пассивным сбором анамнеза. При пассивном анамнезе на вопросы врача: "На что жалуетесь?" и "Как развивалось заболевание?" - больной излагает свою версию, которой врач и ограничивается, не задавая дополнительных вопросов. Такой метод часто вполне удовлетворяет врача, особенно в тех случаях, когда диагноз, по его мнению, никаких трудностей не представляет. Однако при такой методике сбора анамнеза легко могут быть упущены моменты, важнейшие для диагностики, но которым больной по незнанию не придавал никакого значения.

Опытный врач всегда предпочитает активно собирать анамнез. Поэтому он по ходу рассказа больного задает целый ряд уточняющих вопросов. Ответы на эти вопросы ему окажутся необходимыми прежде всего для проведения дифференциального диагноза.

Предположим, что погибший больной, о котором только что шла речь, на специально поставленные вами вопросы ответил, что он похудел, что у него появилась легкая утомляемость, снизилась трудоспособность, исчез аппетит и т. д. Все это врачу не нужно было бы выяснять, чтобы поставить диагноз грыжи, но совершенно необходимо было знать, чтобы квалифицированно провести дифференциальный диагноз. Только на основании этих данных у врача могла появиться мысль, в каком направлении его вести, т. е. с какими заболеваниями следует дифференцировать предполагаемое заболевание. Это, в свою очередь, подскажет врачу, что ему следует предпринять, чтобы довести диагноз до его логического завершения.

В частности, если бы в рассмотренном случае врачу удалось собрать полноценный анамнез, он после этого непременно прощупал бы у больного надключичные лимфоузлы, направил бы его на фиброгастроскопию или рентгенологическое исследование желудка потому, что у него обязательно возникла бы необходимость дифференцировать грыжу от заболеваний желудка и опухоли его в первую очередь.

Могу привести другой пример, когда недостаточный осмотр больного и, вследствие этого, отказ от проведения дифференциального диагноза, привели к неприятной диагностической ошибке. Во время моей работы в хирургическом отделении городской больницы г. Комсомольска-на-Амуре мой врачебный опыт был невелик. Однажды вечером во время своего дежурства я оперировал больного с острым аппендицитом. К концу операции ко мне подошел дежурный врач-терапевт и сообщил, что привезли больного с ущемленной грыжей. Операционная сестра тут же предупредила меня, что у нее больше стерильных халатов нет. Тогда я, закончив операцию и не снимая стерильного халата, вышел в предоперационную, куда уже привезли больного.

Естественно, что я мог только поговорить с больным и посмотреть его глазами. Оказалось, что 3 дня назад у больного, молодого человека, в правом паху появились интенсивные боли, которые сегодня еще больше усилились, повысилась температура тела до 38°C. Как утверждал больной, до этого никаких образований в правом паху у него не было. На мой вопрос, не было ли у него в момент начала заболевания какой-либо значительной физической нагрузки, больной вначале ответил отрицательно, но затем вспомнил, что в этот день он заготавливал дрова на зиму и таскал тяжелые бревна. При осмотре я увидел в правой паховой области вблизи наружного отверстия пахового канала образование удлиненно овоидной формы размером 2х5 см, спускающееся в мошонку. Кожа над образованием была гиперемирована и лоснилась. Я попросил терапевта пощупать это образование. Оказалось, что оно резко болезненно и неподвижно, поверхность его гладкая. Войти пальцем в паховый канал оказалось невозможным, т. к. мешало образование, по-видимому, оттуда и исходившее.

Диагноз: "Ущемленная паховая грыжа" у меня сомнений не вызывал. Хотя несколько необычным казалось то обстоятельство, что раньше вроде бы грыжи у больного не было. Сменив перчатки, я начал больного оперировать. Уже при разрезе кожи мне показалось странным, что она инфильтрирована. Но когда я увидел инфильтрированный, утолщенный и резко гиперемированный семенной канатик, то понял, что грубо ошибся. У больного оказался острый фуникулит.

Может быть, у меня и возникла мысль о необходимости дифференциального диагноза, но я в то время вообще еще не знал, что ущемленную грыжу, при наличии местных явлений воспаления и высокой температуры, необходимо дифференцировать с острым воспалением семенного канатика. Думаю, что если бы я сам пощупал образование в паху у больного, сомнений в диагнозе у меня было бы куда больше.

Несомненно, что помочь направить мысль врача по правильному пути проведения дифференциального диагноза может полноценное физикальное, инструментальное и лабораторное обследование больного даже в том случае, если поначалу диагноз заболевания, казалось бы, был совершенно ясным.

Больная Ф., 56 лет, поступила в клинику с тяжелым приступом печеночной колики, которую с трудом удалось снять только через 4 часа. На следующий день у больной появилась иктеричность кожных покровов, а еще через пару дней - все признаки механической желтухи с зудом кожи, темной мочой, обесцвеченным калом, головными болями, брадикардией. Позднее появились петехии. Резко возросло количество билирубина в крови, главным образом, за счет прямого. При поступлении был поставлен диагноз: "Желчнокаменная болезнь. Камень общего желчного протока". Обычно при механической желтухе проводят дифференциальный диагноз с опухолью головки поджелудочной железы или опухолью большого дуоденального сосочка.

Врач при обследовании больной обнаружил в правом подреберье безболезненное округлое образование диаметром около 10 см с гладкой поверхностью, совершенно неподвижное. Поначалу это образование было принято за увеличенный желчный пузырь, что, как известно, при наличии механической желтухи укладывается в один из важных признаков опухоли - симптом Курвуазье. Однако пальпируемое образование располагалось слишком латерально от места обычного расположения пузыря и было неподвижно, в то время как увеличенный желчный пузырь при симптоме Курвуазье дает возможность маятникообразно смещать его в стороны. Поэтому нами обсуждался вопрос, включать ли в группу для проведения дифференциального диагноза такие заболевания, как киста и гемангиома печени.

Большинство считало, что у больной имеются два независимых заболевания, поскольку киста или опухоль располагалась слишком далеко от печеночных протоков и не смогла их сдавить, вызвав, тем самым, механическую желтуху. Несомненно, логика в этом была. Однако в логике нельзя было отказать и меньшинству, которое считало, что если это эхинококковая киста, то могут быть и другие не пальпируемые кисты, сдавившие проток, или проток сдавил один из отрочков гемангиомы. Последующее рентгенологическое обследование больного, использование эхинококкового диастигма и наличие 20-ти эозинофилов в лейкоцитарной формуле анализа крови с несомненностью подтвердили наличие эхинококковой кисты. К сожалению, при наличии желтухи использовать контрастную рентгенографию было невозможно, а ультразвуковым методом исследования мы в то время не располагали. Поскольку достоверно была выявлена только одна киста, расположенная далеко от протоков, а заболевание началось очень остро, что не характерно при сдавлении протоков медленнее увеличивающимся образованием, мы сочли основным заболеванием желчнокаменную болезнь с камнями в общем желчном протоке, а эхинококк печени сопутствующим.

Увы, мы ошиблись. Во время операции оказалось, что гепатикохоледох и правые печеночные протоки были забиты мелкими дочерними эхинококковыми кистами и оболочками. Они попали туда в результате прорыва пальпировавшейся нами кисты в один из внутрипеченочных протоков. В желчном пузыре камней не было обнаружено, из него аспирирована "белая желчь". Была выполнена эхинококкэктомия. После удаления паразита обнаружен довольно крупный желчный свищ, открывавшийся в полость. Пропуская через него жидкость под давлением, удалось тщательно промыть забитые протоки, одновременно аспирируя при этом пузыри, оболочки и промывную жидкость с помощью наконечника электроотсоса, продвинутого в правый печеночный проток через отверстие, сделанное для этого в холедохе.

Затем свищ был ушит двумя кистетными швами и к нему подведен дренаж. Образовавшаяся после удаления кисты полость в печени была тампонирована салфеткой на ножке и частично ушита. Интраоперационная рентгеноконтрастная холедохография и бужирование показали нормальную проходимость дистальной части холедоха, тем не менее в него был поставлен дренаж по Керу. Желтуха постепенно прошла. Больная поправилась.

Это наблюдение показывает еще раз, что дифференциальный диагноз должен проводиться с достаточно широкой группой заболеваний, а отделять сопутствующие заболевания от основного следует очень осторожно, только тщательно продумав и исключив возможность их взаимосвязи.

Для проведения логически правильного дифференциального диагноза я могу посоветовать пользоваться следующим алгоритмом.

1. На основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования установите больному предварительный диагноз (диагнозы).
2. Наметьте группу заболеваний, имеющих общие признаки с предполагаемыми.
3. Продумайте, каким дополнительным исследованиям следует подвергнуть больного для обеспечения по-

следующего полноценного дифференциального диагноза и осуществите их.

4. Проведите дифференциальный диагноз предполагаемого заболевания отдельно с каждым из дифференцируемых заболеваний.

5. Вначале дифференцируйте наименее сходные по симптоматике заболевания, постепенно приближаясь к наиболее похожим.

6. При проведении дифференциального диагноза постройте таблицу всех симптомов, характерных для дифференцируемой пары.

7. Проводите дифференциацию заболевания, рассматривая признаки строго в следующем порядке: жалобы, анамнез болезни, анамнез жизни, данные физикального обследования, данные лабораторных исследований, данные инструментальных исследований.

8. При сравнительном анализе симптомов, имеющих у данного больного с симптоматикой, характерной для дифференцируемых заболеваний, в первую очередь учитывайте не количество совпадений симптомов, а их удельный вес в патологии. Помните, что иногда наличия одного патогномического симптома бывает достаточно, чтобы перевесить десяток других более легковесных симптомов и найти правильный диагноз.

9. Заканчивая дифференциальный диагноз, уточните форму и вид заболевания и топик процесса.

Полагаю, что все пункты моих рекомендаций требуют дополнительных разъяснений. Конечно, предварительный, или как теперь модно называть, "рабочий диагноз", у врача должен сформироваться уже после первого контакта с больным. Это, конечно, будет самый очевидный диагноз. Следует подчеркнуть, что и этот диагноз также рождается в результате подсознательно проводимого врачом дифференциального диагноза. Так, если у больного острые боли в животе, вы с ходу отметете сотню заболеваний, при которых болей в животе не может быть: воспаление среднего уха, насморк, панариций, эутиреоидный зоб, артриты и многое, многое другое.

В некоторых случаях врач имеет право поставить и два предварительных диагноза. Этим он как бы подчеркивает, что далее его диагностика и тактика должны соотноситься в первую очередь именно с этими дифференцируемыми заболеваниями. Например, "Острый аппендицит. Апоплексия правого яичника". Причем это следует делать не с целью страховки от возможных обвинений в неправильной диагностике. Подобная практика допустима только в тех случаях, когда у врача после обследования больного сохраняются достаточно веские соображения в пользу как первого, так и второго заболевания.

Для того, чтобы наметить группу заболеваний, имеющих общие признаки, врачу прежде всего необходимо знать клинические проявления довольно большого числа болезней, причем не только хирургического профиля. Так, при поступлении пациента с желтухой приходится в эту группу включить такие хирургические заболевания, как желчнокаменная болезнь, первичный и метастатический рак печени, опухоль головки поджелудочной железы, опухоль большого дуоденального соска, пилефлебит; инфекционные болезни: болезнь Боткина и сывороточный гепатит; внутренние болезни: хронические гепатиты, острый и хронический гепатоз, гепатоз холестатический, гемолитическая желтуха; профессиональные интоксикации мышьяком, фосфором, хлороформом, эфиром, тринитротолуолом и т.п., бытовые отравления грибами, гелиотропом, мужским папоротником. В соответствующих случаях в число дифференцируемых заболеваний войдут желтуха новорожденных, желтуха беременных. Наконец, не забудьте о возможности желтоватого окрашивания кожи, появляющегося за счет злоупотребления морковью или морковным соком!

Вот далеко не полный перечень заболеваний, протекающих с желтухой. Поскольку сюда мы не включили еще целый ряд редких заболеваний, проявляющихся желтухой, очевидно, что для проведения успешного дифференциального диагноза медицинская эрудиция хирурга имеет немаловажное значение.

Несколько лет назад в нашу клинику из клиники инфекционных болезней была переведена больная Р. с диагнозом: "Желчнокаменная болезнь, камни общего желчного протока, механическая желтуха". Желтуха существовала более 3-х недель и интенсивность ее нарастала. Билирубин крови был 41,8 мкмоль/л, из них 36,9 прямого. Кал был стойко обесцвечен, моча темная, уробилин в ней отсутствовал. Проведенные биохимические исследования позволили инфекционистам исключить вирусные гепатиты. Контрастная холеграфия не могла быть выполнена из-за наличия у больной желтухи, возможностью выполнить УЗИ мы в те годы не располагали. Данные рентгенографии двенадцатиперстной кишки и ФГС помогли отвергнуть опухоль головки поджелудочной железы и фатерова сосочка. К сожалению, дальше исключения опухолей, вирусных гепатитов и гемолитической желтухи наш дифференциальный диагноз не пошел. Направительный диагноз мы подтвердили и после короткой подготовки больную оперировали.

Во время операции камней ни в пузыре, ни в желчных протоках обнаружено не было, хотя была выполнена интраоперационная холедохография и холедохоскопия гибким инструментом фирмы "Олимпас". Тем не менее, в холедохе был оставлен дренаж по Керу, длинная бранша которого была проведена через дуоденальный сосочек в двенадцатиперстную кишку. После операции интенсивность желтухи снижалась медленно, как и цифры билирубина в крови. Однако через две недели больная была выписана домой при 30 мкмоль/л билирубина в анализе крови.

Поскольку я был знаком с семьей больной, мне стала подробно известна ее дальнейшая судьба. Около года после операции она чувствовала себя довольно хорошо, хотя иктеричность сохранялась. Однако в дальнейшем появились и стали постепенно нарастать явления хронической печеночной недостаточности. Больную периодически госпитализировали с диагнозом: "Хронический активный рецидивирующий гепатит". После энергичной детоксикационной терапии, включающей плазмаферез, состояние больной временно улучшалось. Однако болезнь прогрессировала, и больная погибла от печеночной недостаточности через 4 года после операции.

Несомненно, что причиной выполнения сомнительно нужной для больной операции был неполный дифференциальный диагноз, по причине нашего незнания некоторых заболеваний, проявляющихся аналогичной клинической картиной. Анализируя ретроспективно данное наблюдение, можно было предположить, что у больной вначале развился холестатический гепатоз, в дальнейшем трансформировавшийся в хронический гепатит с исходом в цирроз печени с развитием печеночной недостаточности.

После того, как, используя все свои знания и подходящие книги, вы, наконец, отберете все заболевания, имеющие сходную симптоматику, их следует расположить в том порядке, в котором вы собираетесь их затем

дифференцировать. Конечно, в первую очередь надлежит отвергнуть те заболевания, которые имеют мало общего с дифференцируемыми, а затем, постепенно исключая и другие все более и более похожие, сузить круг до 2-3 заболеваний. С этими последними заниматься приходится иногда очень серьезно.

Прежде всего, часто оказывается, что выполненных исследований еще недостаточно для осуществления дифференциального диагноза. В этом случае вам придется срочно назначать новые. Поэтому врачу лучше всего уже при первом знакомстве с больным составить достаточно полный план обследования больного с учетом всех потребностей предполагаемого дифференциального диагноза.

Существует два метода проведения дифференциального диагноза. При первом - каждое из подлежащих дифференцированию заболевание сравнивается только с предполагаемым. При втором методе дифференциальный диагноз проводят одновременно между всеми заболеваниями отобранной группы. Несомненно, что первый метод более прост, нагляден и, пожалуй, более точен. Он практически используется чаще. Однако в некоторых ситуациях, на которых мы остановимся позже, преимущество остается за вторым.

Как я уже упоминал, в медицине всегда следует строго придерживаться следующего порядка в исследовании больного:

выяснить жалобы, собрать анамнез болезни, анамнез жизни, провести физикальное, лабораторное и инструментальное обследование. Если вы будете всегда придерживаться этого же порядка в докладе о больном, при обосновании диагноза и проведении дифференциального диагноза, вы тем самым дисциплинируете самого себя, никогда ничего не упустите, а ваше мышление приобретет необходимую логику.

Когда я читаю лекцию и останавливаюсь на разделе дифференциального диагноза, то прошу студентов расчертить тетрадный лист на три графы. В первую - внести все признаки, характерные для обоих заболеваний. Во второй - показать словами или знаками + и - наличие или отсутствие каждого из этих симптомов при одном из дифференцируемых заболеваний, в третьей графе - при другом. Подумайте, может быть, на первых порах врачебной деятельности для вас также будет полезным составлять на каждого больного такую табличку. В дальнейшем вы постепенно научитесь держать такую схему только у себя в голове. Однако в сложных диагностических ситуациях подобная табличка, написанная на бумаге, может существенно помочь в решении задачи.

Следует подчеркнуть, что выбрать при дифференциации правильный диагноз простым подсчетом совпадающих признаков удастся далеко не всегда. Существует группа симптомов, которую я называю "тревожными" признаками. К ним следует отнести следующие: общее тяжелое состояние больного, потерю сознания, острые боли, наличие мышечного дефанса, симптома Щеткина-Блюмберга, тахикардию, выраженную одышку, судороги, рвоту цвета кофейной гущи, мелену, падение артериального давления, высокую температуру, лейкоцитоз, анемию и некоторые другие. Естественно, если мы уже установили, что у больного имеется внутреннее кровотечение и пытаемся выяснить причину его, то наличие многих из этих "тревожных" симптомов не прояснит дела. В то же время наличие одних только "тревожных" симптомов при отсутствии других, тоже "тревожных", легко позволит исключить или подтвердить предполагаемый диагноз. Вот пример.

Поступает пожилой больной с жалобами на резкую слабость, одышку, сердцебиение, умеренные боли в эпигастриальной области. В анамнезе - язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечениями. Общее состояние больного средней тяжести, больной бледен, артериальное кровяное давление 80/40 мм рт.ст. Диагноз направившего учреждения: "Язвенная болезнь желудка. Желудочное кровотечение" дежурным врачом в приемном покое был подтвержден. Однако повторные анализы крови не показали признаков анемии, хотя после начала заболевания прошло уже более 5 часов. Возникло подозрение на инфаркт миокарда, который в дальнейшем был подтвержден. Диагноз кровотечения был отвергнут.

Таким образом, при проведении дифференциального диагноза в первую очередь следует оценить "тревожные" признаки, а при равноценности их переходить к остальным, которые в такой ситуации становятся решающими.

Еще большее значение в дифференциальном диагнозе имеют патогномичные симптомы, т.е. симптомы, характерные только для одного заболевания. Например, симптомы отсутствия печеночной тупости и брадикардия - при перфоративной язве желудка.

Утром, во время приема отчета врачей по экстренному дежурству, мне докладывают о больной Т., 49 лет, поступившей 8.01.91 с диагнозом: "Острый холецистопанкреатит". Диагноз был подтвержден и в клинике. Больная заболела вечером 7.01.91., когда появились сильные боли в правом и левом подреберьях, эпигастриальной области с иррадиацией в правое плечо. Накануне больная съела много пельменей. В анамнезе больная в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При поступлении общее состояние больной было удовлетворительным. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации обнаружена резкая болезненность в правой подреберной области, где определяется резкая болезненность, выраженная мышечная защита и симптом Щеткина-Блюмберга. При пальпации болезненность, но не столь резко, определялась также в левом подреберье, эпигастрии и правой подвздошной области. Были найдены положительными симптомы Грекова-Ортнера и френдикус-симптом. Оказались положительными и аппендикулярные симптомы Ровзинга и Ситковского, что дало право добавить к диагнозу и "острый аппендицит". Печеночная тупость была сохранена. Лейкоцитов 9.400. Температура 37,9°C. Пульс 60 ударов.

Наличие у больной брадикардии заставило меня специально и настойчиво выяснять у дежурного врача, исключено ли у больной прободение язвы двенадцатиперстной кишки. Я больную, к сожалению, сам посмотреть не мог, но посмотрели мои самые опытные помощники и согласились с диагнозом дежурного врача. С помощью УЗИ установили, что желчный пузырь размером 8,8x4,3 с уплотненными и утолщенными стенками, но конкрементов в нем обнаружено не было. В течение 48 часов больная получала лечение по поводу холецистопанкреатита, но поскольку состояние ее не улучшалось, температура не снижалась и пальпировался увеличенный желчный пузырь. 10.01.91 больную решено было оперировать. Во время операции обнаружен воспалительный инфильтрат в области верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, желчный пузырь интактен. При разделении инфильтрата на передней стенке двенадцатиперстной кишки обнаружено перфоративное отверстие диаметром 0,3 см. Произведено его ушивание. Больная поправилась.

В данном случае врачи необоснованно игнорировали не только длительный язвенный анамнез больной, но и

четко выраженный относительно патогномичный симптом прободения - брадикардию. А ведь ничем иным брадикардия здесь объяснена быть не могла. Ретроспективно становится понятным и наличие в данном случае у больной с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки аппендикулярных симптомов. Течение заболевания больной явно не было до конца продумано врачами и в результате - грубейшая ошибка, случайно закончившаяся благополучно.

Проведение дифференциального диагноза предусматривает не только установление диагноза заболевания, но и определение его формы и вида, а в необходимых случаях и локализации патологического процесса. Так, при дифференциальной диагностике паховой грыжи, вы должны начать с исключения таких заболеваний, как хронический лимфаденит или увеличение паховых и бедренных лимфатических узлов другого происхождения, наконец, исключить опухоль яичка, простую и сообщающуюся водянку яичка, а также семенного канатика и на основании всего этого доказать, что это грыжа. Затем необходимо будет провести дифференциальный диагноз между бедренной и паховой грыжами. Доказав, что это паховая грыжа, следует дифференцировать прямую и косую грыжи. Наконец, подтвердив диагноз косой паховой грыжи, при возможности нужно попытаться установить, какого она характера - врожденная или приобретенная.

Как правило, эти подробные сведения имеют не только познавательное, но и чисто практическое значение, определяющее тактику хирурга, место и вид операционного доступа, характер оперативного вмешательства и другие вопросы лечения. Так, например, тактика при острой динамической непроходимости и острой механической непроходимости кишечника будет совершенно различна. Так же принципиально отличаются тактика при спаечной непроходимости обтурационного характера и тактика при странгуляционной непроходимости. Наконец, имеются существенные различия в тактике при завороте сигмовидной кишки.

Существует и другой способ проведения дифференциального диагноза, при котором врач одновременно по-симптомно анализирует сразу все дифференцируемые заболевания. С моей точки зрения, данный способ хорош только для отделений, специализированных по какому-то определенному контингенту больных. В этом случае для профильных больных отделения может быть заранее составлен даже специальный алгоритм дифференциального диагноза.

В качестве примера приведу алгоритм дифференциальной диагностики при артериальной гипертензии, разработанный в нашей клинике около 20 лет назад мною и профессором В. Н. Чернышевым. Этот алгоритм с правками на использование новых методов исследования, успешно работает на нас до сих пор.

Каждому понятно, что подвергать подряд всех больных с гипертензией многочисленным, сложным, дорогостоящим, а иногда далеко небезразличным для здоровья больного исследованиям просто невозможно. Да и необходимость в этом нет. Для того, чтобы врачу было легче ориентироваться в тактике обследования того или иного больного с повышенным артериальным давлением и сделать это исследование логически целесообразным, он может воспользоваться предлагаемым нами алгоритмом.

Все больные с артериальной гипертензией разделены нами на 6 условных групп. Первую группу составляют лица, которым любое оперативное лечение вообще противопоказано. Это люди преклонного возраста, дряхлые, больные с необратимыми поражениями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания или паренхиматозных органов. Поскольку даже в случае выявления у таких больных какого-либо заболевания, протекающего с высоким артериальным давлением, операция им все равно не может быть выполнена, то прибегать к сложным и далеко небезразличным для здоровья пациента диагностическим процедурам нецелесообразно. У больных этой группы возможна только консервативная терапия.

В основе деления больных на остальные 5 групп лежит принцип "от явного к скрытому". Под явным подразумевается комплекс таких признаков заболевания, на основании которых врач уже при первой встрече с больным может заподозрить у него наличие какого-то определенного заболевания, вызвавшего гипертензию. После этого больной может быть отнесен в одну из пяти групп и дальнейшее обследование его должно идти по соответствующему плану. Если на определенном этапе исследования по этому плану предполагаемое заболевание будет исключено и возникает подозрение на наличие другого заболевания, приведшего к гипертензии, то дальнейшее его обследование должно быть продолжено по плану обследования больных, другой группы.

Все больные с гипертензией, которые не попадают в первую *инкурабельную группу*, и предварительное обследование которых в поликлинике не дает оснований заподозрить какое-то определенное заболевание, проходят специализированное исследование как больные шестой группы.

Распределение больных по предлагаемым группам следующее: - вторая группа - больные с предполагаемой коарктацией аорты; - третья группа - больные с предполагаемым диагнозом феохромоцитомы; - четвертая группа - больные с признаками заболевания коркового слоя надпочечников; - пятая группа - больные с признаками воспалительных заболеваний почек; - шестая группа - больные с признаками реноваскулярной гипертензии.

Обследование больного внутри каждой группы должно быть построено строго по принципу от " простого к сложному", т.е. до тех пор, пока не будут использованы все простые и безопасные методы исследований, не следует переходить к сложным, хотя и более достоверным методам.

Теперь рассмотрим признаки, на основании которых мы относим больного в ту или иную группу, а также рекомендуемый порядок обследования в каждой группе.

Начнем с больных второй группы. Наличия таких признаков *коарктации аорты*, как существование артериальной гипертензии у молодого человека, ослабление или отсутствие пульсации брюшной аорты и артерий нижних конечностей, резкое снижение артериального давления на сосудах нижних конечностей, уже достаточно, чтобы поставить предположительный диагноз. Он дополнительно подтверждается следующими признаками: несоответствие между развитием верхней и нижней половин туловища; пульсацией мягких тканей грудной стенки, ощущаемой пальпаторно; систолическим шумом, выслушиваемым в межлопаточной области и проводящимся по ходу аорты, подвздошных, а иногда и бедренных сосудов. Окончательный диагноз обычно может быть установлен после рентгенологического исследования, во время которого удается выявить ряд важных признаков заболевания, в том числе и патогномичных: отсутствие "пуговицы" аорты и узурь ребер. Наличие перечисленных симптомов уже позволяет определенно решать вопрос о необходимости операции.

Контрастная аортография выполняется нами лишь в случае получения при обычном рентгенологическом ис-

следовании сомнительных данных. С помощью ее можно подтвердить или окончательно отвергнуть диагноз, дифференцировать коарктацию аорты со стенозирующим аортитом, локализующимся в различных отделах аорты, а также заодно выявить или отвергнуть наличие сужения почечных артерий. Если есть аппарататура, позволяющая выполнить серию снимков, то сразу непосредственно после аортографии без дополнительного введения контрастного вещества можно получить хорошие нефрограммы, а затем и урограммы.

В третью группу входят больные с предположительным диагнозом *феохромоцитомы*. Сюда прежде всего отбирают всех больных, у которых заболевание протекает с гипертоническими кризами. Иногда приступы повышения давления развиваются на фоне нормального или умеренно-повышенного артериального давления и протекают, как типичные приступы феохромоцитомы с сердцебиением, ознобом, обильным потоотделением, чувством онемения конечностей, сильной головной болью и другими признаками. Весьма подозрительным на феохромоцитому бывает сочетание у больного гипертонии с сахарным диабетом. Наконец, если у больного с повышенным артериальным давлением при пальпации живота обнаруживается опухоль, а ее грубая пальпация приводит к развитию типичного приступа - также нужно думать о феохромоцитоме.

Специальное исследование больных этой группы начинают с проведения так называемых фармакологических проб с гистамином или тропafenом. Из биохимических исследований при феохромоцитоме наиболее ценными нам представляются определения количества катехоламинов в крови и моче, а также исследования основного обмена, углеводного обмена и электролитов в крови.

Если после этих исследований уверенность в существовании феохромоцитомы возрастает, то следует провести ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию или рентгенологическое исследование надпочечников. В качестве последнего мы настойчиво рекомендуем выполнение экскреторной урографии на фоне обширного пневморетроперитонеума, сочетающегося с обычной томографией. У большинства больных эти исследования подтверждают данные клиники и позволяют установить локализацию опухоли.

В тех же случаях, когда данные фармакологических проб и биохимических исследований не подтверждают наличие феохромоцитомы, больных для дальнейшего исследования переводят в шестую группу.

В четвертую группу мы относим лиц с явлениями *гиперкортицизма* и прежде всего больных с синдромом Иценко-Кушинга. Внешний вид этих больных обычно характерен: лунообразное лицо с гиперемированной кожей, выраженное общее ожирение при тонких ногах, гирсутизм, угреватая кожа, на туловище, плечах и бедрах видны грубые полосы растяжения. Из анамнеза больных обычно выявляется мышечная слабость, нарушения менструального цикла вплоть до аменореи у женщин, у мужчин - нарушение половой потенции. Нередко у больных имеются признаки сахарного диабета.

Окончательный диагноз гиперкортицизма основывается на данных таких лабораторных исследований, как определение количества 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов в моче, определение в крови количества сахара, холестерина, калия, натрия, кальция, хлоридов, проведение пробы с сахарной нагрузкой, исследование основного обмена.

При необходимости дифференциации между опухолью и гипертрофией коркового слоя надпочечников следует применить пробу с АКТГ или дексаметазоном.

В случае установления у больного характерных для гиперкортицизма изменений в качестве последнего этапа исследования выполняем УЗИ, компьютерную томографию или пневмо-ретроперитонеографию по описанной ранее методике. С их помощью обычно удается установить, что является причиной гиперфункции надпочечников - опухоль или гиперплазия. При наличии опухоли устанавливается ее локализация. В случае получения отрицательных данных после проведения биохимических тестов больного переводят для дальнейшего обследования в шестую группу.

Среди больных пятой группы с *воспалительными заболеваниями почек* наиболее часто встречаются лица с хроническим пиелонефритом. В ранних стадиях заболевания гипертония у них носит перемежающийся характер. Позднее, когда артериальное давление становится постоянно повышенным, обращает на себя внимание высокие цифры диастолического давления, наличие ретинопатии, кровоизлияния в сетчатку. В осадке мочи при исследовании ее по методу Каковского-Аддиса преобладают лейкоциты. Всегда можно обнаружить пиурию, которая отсутствует только при сморщенной почке или блокаде мочеточника. Характерно ускорение СОЭ.

Существенное значение в диагностике одностороннего пиелонефрита имеет исследование почек с помощью так называемых клиренс-методов. Особая роль в распознавании хронического пиелонефрита принадлежит рентгенологическим методам: ретроградной пиелографии и почечной ангиографии, с помощью которых можно установить патогномичные признаки заболевания. В наиболее трудных случаях диагностики возможно прибегнуть к пункционной биопсии почки, которая позволяет приблизительно в 80% случаев установить правильный диагноз.

Чаще всего врачу приходится иметь дело с больными, у которых заболевание протекает, казалось бы, типично для гипертонической болезни. У этих больных гипертония носит более или менее стойкий характер. В большинстве случаев не удается отметить наличие каких-либо патологических изменений в анализах крови, мочи, уровне остаточного азота крови, не изменена проба Зимницкого. И тем не менее врач не вправе поставить этим больным диагноз гипертонической болезни, не проведя ряда специальных исследований.

Среди людей, страдающих стойкой гипертонией, как показывают исследования многих авторов, в среднем 20-25% больных имеют гипертонию в результате сужения почечных артерий. Именно поэтому все остальные больные с гипертонией, которые не вошли ни в одну из ранее описанных групп, нами включены в шестую группу. Это группа лиц, подозрительных прежде всего на наличие у них *реноваскулярной гипертонии*. Существуют определенные признаки ее, заставляющие обращать внимание на больных в первую очередь со злокачественным течением гипертонии, возникновением заболевания в молодом возрасте, появлением или резким усилением гипертонии в возрасте 50-55 лет, наличием систолического шума в эпигастральной области (в проекции почечных артерий), возникновением гипертонии после приступа болей в поясничной области.

Основным исследованием у больных шестой группы мы считаем аортографию. По аортограмме можно достоверно установить наличие, локализацию, протяженность и характер сужения, а следовательно, решить вопрос о показаниях, порядке (при двухстороннем поражении) и виде оперативного вмешательства. Когда результаты

предварительных исследований не выявляют патологии со стороны почечных сосудов, аортография не показана. Больные переводятся для обследования в третью группу с целью исключения феохромоцитомы, так как все-таки у многих больных и она протекает с постоянной гипертензией.

В последние годы мы стали выявлять довольно много больных с так называемым первичным альдостеронизмом - болезнью Кона. Поскольку характерных клинических проявлений, кроме гипертензии, у таких больных чаще всего бывает немного, обследование их вначале проводим по плану обследования больных шестой группы. Отсутствие нарушения функции почек и обнаружение у них гипокалиемии, а также ряда других биохимических сдвигов (спустя 5-7 дней после отмены гипотензивных препаратов) указывают на наличие у больного первичного альдостеронизма.

После этого для уточнения локализации опухоли следует выполнить ультразвуковое исследование, компьютерную томографию или пневморетроперитонеографию в сочетании с экскреторной пиелографией и томографией.

Однако у подавляющей части больных с первичным альдостеронизмом приходится иметь дело с небольшими аденомами надпочечников или гиперплазией коркового слоя их. Поскольку ценность всех методов исследования при этом оказывается минимальной, то при "опасной" гипертензии приходится прибегать к диагностической ревизии обоих надпочечников.

По приведенному образцу, используя два основных, выдвинутых нами принципа "от явного к скрытому" и "от простого к сложному" могут быть построены алгоритмы дифференциального диагноза для других групп больных, включающих многочисленные похожие и сложные заболевания. Особенно это целесообразно сделать для больных того профиля, которые часто поступают в ваше отделение.

Много лет назад мне в голову пришла идея создать машину, которая могла бы помогать врачу провести дифференциальный диагноз. В то время, когда электроника еще только начинала развиваться, действие этой машины представлялось мне схематически следующим наглядным образом. Перед врачом стоит несколько (по числу дифференцируемых диагнозов) стрелочных весов и имеется коробка с дробью, причем все дробины строго одного веса. На каждом весах имеется надпись, где указан только один диагноз. Например, на первых - острый аппендицит, на вторых - прободная язва желудка, на третьих - внематочная беременность. Перед врачом лежит лист, на котором перечислены все симптомы этих трех заболеваний и против каждого указан удельный вес симптома (в дробинах) для каждого заболевания. Проверив у больного последовательно симптом за симптомом, врач, определив наличие того или иного симптома, кладет в чашу весов по столько дробин, сколько указано в листе. Когда физикальное, лабораторное и инструментальное обследование больного закончено, врач смотрит на весы. Обнаруживает, что весы "острый аппендицит" показывают вес 160 г, весы "перфоративная язва желудка" - 240 г, а весы "внематочная беременность" лишь 25 г. Таким образом в порядке вероятности идут диагнозы "перфоративная язва", затем "острый аппендицит" и далеко отстала "внематочная беременность".

На основании этого принципа в 1971 г. мною, совместно с профессором К. Л. Куликовским, заведующим кафедрой вычислительной техники Самарского политехнического института, была создана диагностическая специализированная ЭВМ "Диамма" и на нее было получено авторское свидетельство. Совершенствою машину, мы создали несколько моделей, стремясь сделать ее миниатюрной и увеличить надежность.

На передней панели машины, расположены названия 150 симптомов 21 болезни, входящих в программу дифференциальной диагностики "острого живота". Рядом с названием каждого симптома имеется отверстие для магнитного карандаша. Врач, обследуя больного, проверяет наличие каждого из 150 симптомов. В случае обнаружения положительного симптома, он фиксирует этот симптом в памяти машины магнитным карандашом, вставляя его в отверстие.

Когда обследование больного полностью закончено и все обнаруженные симптомы введены в машину, в нее вставляется обычная компактная магнитофонная кассета. На кассете соответствующим кодом записаны удельный вес каждого симптома при каждом из 21 дифференцируемых заболеваний. Машина аналитически сравнивает программу данного больного с каждым из этих заболеваний и сумму количеств совпадений выдает в виде чисел. Наибольшее число - наиболее вероятное заболевание, а далее вероятность последующих заболеваний определяется в порядке убывания чисел. Таким образом, машина не только дает один, самый вероятный диагноз заболевания, но и показывает, в каком отрыве от него находятся последующие по вероятности диагнозы.

Следует отметить, что для того чтобы создать точную программу, потребовался многолетний труд большого коллектива врачей пензенской городской больницы скорой помощи под руководством ныне главного хирурга Пензенской области Г.И. Демидова. Ведь для того, чтобы определить удельный вес всех симптомов при каждом заболевании, приходилось заполнять карты минимум на 100 больных, диагноз которых обязательно должен быть верифицирован. Однако, благодаря этому, в память машины как бы оказался заложенным опыт большого коллектива врачей, которым с помощью машины может теперь воспользоваться и малоопытный врач.

Итак, дифференциальный диагноз можно образно назвать высшим пилотажем в медицине. Для проведения его врачу прежде всего необходимо обладать широкой медицинской эрудицией, а именно, достаточно хорошо знать не только хирургические болезни, но и симптоматику ряда заболеваний, относящихся к внутренним, инфекционным, кожным, гинекологическим и другим разделам медицины. Он должен владеть физикальными методами исследования всех этих больных, знать характерные для них изменения лабораторных данных и данных инструментальных методов обследования. Наконец, самое главное, врач обязан уметь логично и четко мыслить, сравнительно анализировать полученные данные и диалектически синтезировать наиболее вероятный диагноз.

Продуманный, точно и элегантно проведенный дифференциальный диагноз является самой убедительной оценкой профессиональных качеств врача-диагноста.

Как развивать мануальную технику

Первые годы обучения в медицинском институте даются студенту не только для получения образования. За это время он получает возможность достаточно хорошо присмотреться к преподаваемым медицинским дисциплинам с тем, чтобы к окончанию пятого курса суметь выбрать свою будущую специальность. Субординатура - это

уже первые шаги студента непосредственно к выбранной специальности.

Итак, все сомнения и колебания преодолены, и вы приняли решение стать хирургом или, по крайней мере, попытаться стать им. По довольно точным сведениям, которыми я располагаю, к нам в субординатуру по хирургии из года в год поступают многие студенты, которые до этого момента не проявляли видимого интереса к выбранной специальности. Они не участвовали в работе научного кружка по хирургии, не посещали заседания хирургического общества, не принимали участия, даже пассивного, в дискуссиях и беседах по хирургическим проблемам, которые организовывала кафедра. Говорю я об этом совсем не для того, чтобы осудить таких субординаторов. Скорее всего, решение было принято ими в самый последний момент. Хотелось бы только думать, что все предшествующее время они все-таки упорно размышляли о своей будущей специальности.

Так или иначе, теперь для всех субординаторов мне нужно дать совет, с чего начинать свое, сейчас уже чисто хирургическое, образование. Увы, советы будут звучать слишком банально. Читать, учиться, тщательно работать с больным, воспитывать необходимые черты характера, овладевать хирургическим ремеслом и, пожалуй, самое главное, постоянно размышлять о том, что ты узнал, увидел и переживал за каждый день.

О многом из этого я уже успел сказать раньше, а вот о методах овладения хирургическим ремеслом речи еще не было. Вместе с тем, это для хирурга один из наиболее важных пунктов профессионального образования.

Человеческая рука - величайшее создание природы, даже если это самая неотесанная грубая рука. Что же можно тогда сказать о руке музыканта, фокусника, ремесленника или хирурга - это же просто чудо мироздания! И для того, чтобы появилось такое чудо, нужны не только врожденные качества человека, ему необходимо постоянно и упорно свою руку учить и тренировать. Вспомните первую собственную ассистенцию, неловкие руки, из которых вываливаются инструменты, постыдное неумение расстегнуть замок кремальеры и снять кровоостанавливающий зажим, огромные "усы", остающиеся после срезания вами лигатур, постоянно расходящиеся края раны при попытке завязать узел и многие другие огрехи.

Когда я впервые в качестве хирурга пришел в операционную, то единственный подарок, который я получил от старшей операционной сестры (а она славились не только богатым опытом, но и своей скупостью) был старый кровоостанавливающий зажим Пеана и совет постоянно носить его в кармане и работать с ним. Надо сказать, что этот ценный совет я исполнял чрезвычайно добросовестно. Научился открывать и закрывать зажим всеми пальцами правой и левой руки, в любом его положении.

В клинике тогда работал хирург, переехавший в Екатеринбург из недавно присоединенного г. Львова и показывавший нам чудеса европейской хирургической техники. Он посоветовал мне постоянно тренировать пальцы, собирая рассыпанные спички попеременно двумя различными пальцами, при этом складывать их в ладонь, где удерживать другими пальцами, научил вязать "морские" узлы пальцами одной руки и только с помощью инструментов. Он же наглядно продемонстрировал нам то, из чего складывается красивая и экономная работа хирурга. Оказалось, что движение, выполняемое лишь одним пальцем, человек может осуществить разными путями. Для этого можно даже повернуть туловище или двигать плечом, предплечьем, кистью, но чтобы движение было экономным и красивым, нужно подвигать только пальцами. Точно так же следует приучиться там, где необходимое действие может быть осуществлено движением кисти, работать только кистью, а не предплечьем или даже плечом. Присмотритесь, как красиво и экономично работают руки у хорошего хирурга, он не размахивает руками, у него в движении только пальцы и кисти. Поэтому в первое время приучитесь постоянно контролировать движения своих рук, кстати, не только во время хирургической работы. Первый год работы я занимался упражнениями для рук как одержимый. Это была крайне важно, т. к. после фронтального ранения у меня оставалось значительное нарушение чувствительности трех пальцев правой кисти, и я опасался, что хирургом мне не бывать. Усилия мои оказались не напрасны. Через несколько месяцев я почувствовал, что пальцы и руки мои стали менее скованными и более ловкими, движения их приобрели плавность и стали экономными, пинцеты, крючки и другие хирургические инструменты я уже держал надежно.

Несомненно, подобные упражнения для пальцев и кистей особенно полезны для начинающего хирурга. Вместе с тем только постоянная хирургическая работа позволяет поддерживать приобретенную форму. Однако до сих пор даже в субординатуре по хирургии недопустимо мало внимания обращается на мануальную технику, а ведь ее будущий хирург обязательно должен развивать именно в молодом возрасте, поскольку навыки, приобретенные в молодости, быстро усваиваются, долго не утрачиваются и легко восстанавливаются.

Овладение мануальной техникой, по-видимому, лучше начинать с завязывания лигатур. Вначале следует овладеть самой простой техникой - научиться быстро завязывать лигатуры морским узлом с помощью двух рук, постепенно укорачивая и укорачивая длину завязываемых нитей (рис. 1). Затем можно посоветовать, пользуясь тем же методом, научиться быстро завязывать самые тонкие нити, при этом не рвать их и следить за надежным завязыванием узла.

Только после того, как вы хорошо овладеете этим простым методом, можно переходить к более сложным, быстрым, удобным и экономным в хирургической работе. Технику вязания хирургических узлов с помощью пальцев только одной руки (при этом вторая рука лишь натягивает другой конец лигатуры) или технику вязания узлов с использованием инструментов объяснить словами довольно сложно, однако, внимательно рассмотрев рисунки 2 и 3, ее можно понять без особого труда.

И. Д. Муратов предложил способ вязания узлов, используя вообще только одну руку. Думаю, что проще, быстрее и надежнее узлы все-таки вязать двумя руками, однако во время операции могут встретиться ситуации, когда все руки хирурга и ассистентов будут заняты, тогда этот способ может пригодиться. Привожу здесь его так, как он описан автором.

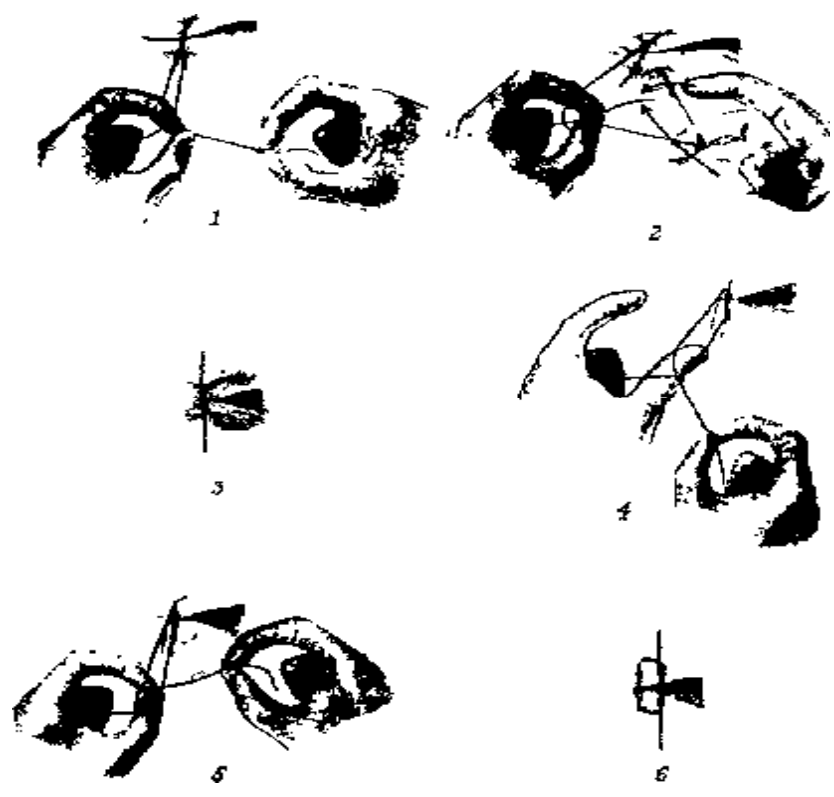


Рис. 1. Завязывание "морского узла" двумя руками.

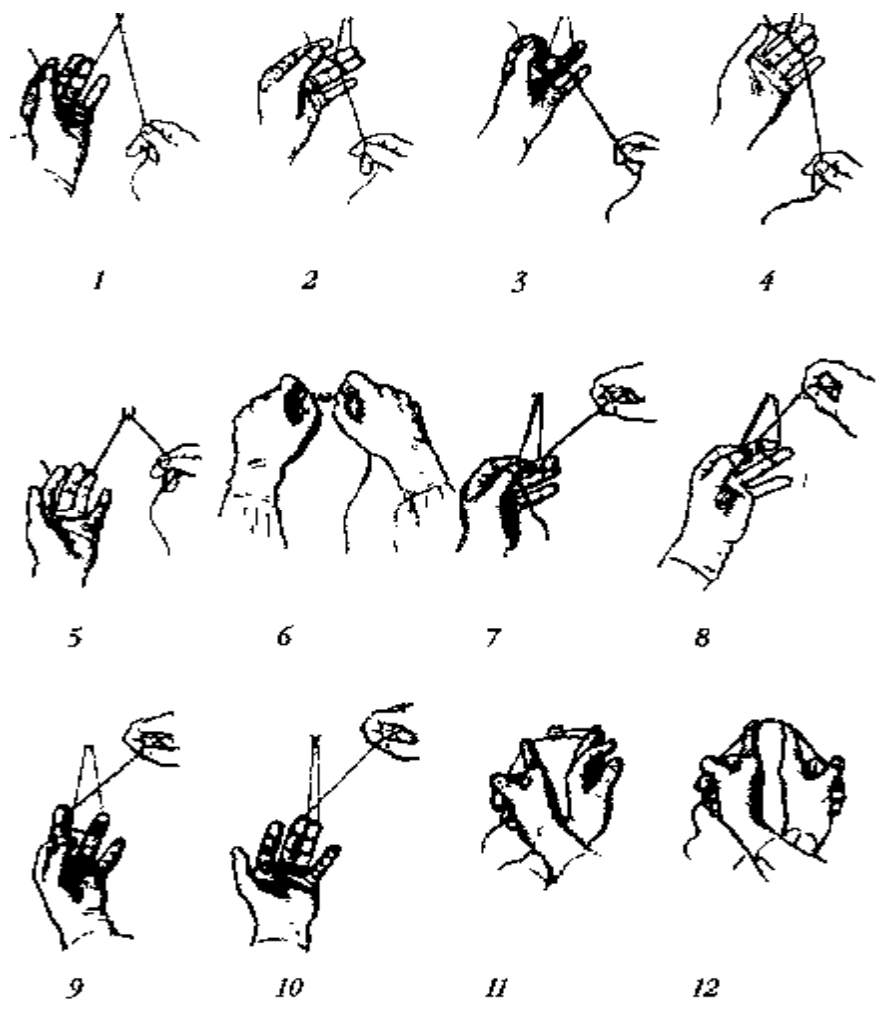


Рис 2. Связывание "морского узла" пальцами одной руки, когда вторая рука только натягивает один конец нити.

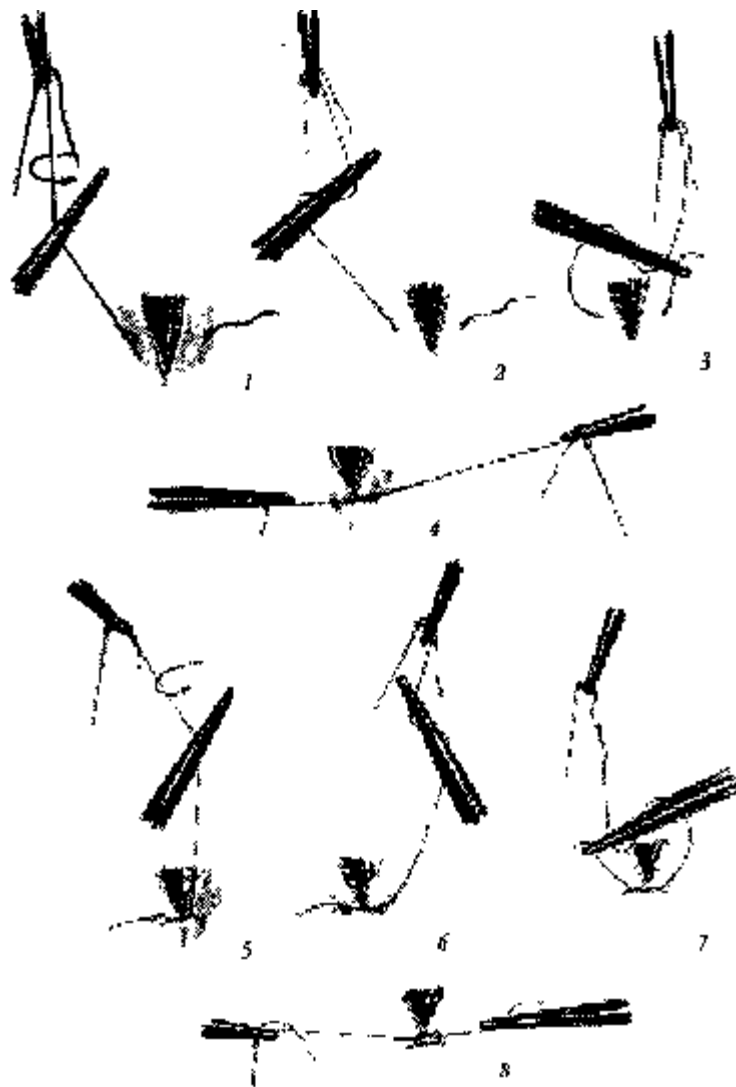


Рис. 3. Завязывание "морского узла" с помощью инструментов.

После проведения нити через оба края раны верхний конец нити удерживаем левой рукой (рис. 4а), а нижний - 1 и 2 пальцами правой руки. Создаем натяжение нити, после чего круговым движением правой кисти фиксируем конец нити в области межфалангового сустава 4 пальца (рис. 4б). После этого, опустив нижний конец нити, сгибаем 5 и 4 пальцы (рис. 4в). Таким образом, мы фиксировали конец нити. Имеющееся натяжение нити будет способствовать прочному затягиванию нити вокруг пальца. Это очень важный этап, так как без прочной фиксации нити завязать узел не удастся. После этого верхний конец нити фиксируем 1 и 2 пальцами правой кисти, с этого момента узловязание производят одной рукой.

Ногтевой фалангой 3 пальца отводим конец нити до пересечения обеих нитей на ширину фаланги пальца (рис. 4г). Затем производим сгибание 3 пальца так, чтобы удерживаемый 1-2 пальцами конец нити оказался лежащим сверху на 3 пальце (рис. 4д). Теперь, разгибая палец, вворачиваем лежащую на нем нить в образовавшуюся петлю (рис. 4е) и прижимаем 3 палец с лежащей на ней нитью к 1 пальцу, фиксируя нить (рис. 4е). Затем расслабляем 2 палец, и конец нити, ранее фиксируемый первыми двумя пальцами, оказывается освобожденным. Плавным движением 1 и 3 пальцев на себя, вытягиваем через петлю нити (рис. 4ж). Теперь, фиксировав нить 1-2 пальцами, освобождаем 3 палец и, разгибая его, затягиваем узел, натягивая при этом нить сгибанием 1 и 2 пальцев (рис. 4з). Завязав таким образом первый узел, не ослабляя концы нитей, завязываем тем же способом второй. Для полной надежности и с целью профилактики распускания узлов необходимо и достаточно завязать три узла.

Для обеспечения тугого завязывания узла нужно, чтобы 3 палец во время узловязания свободно доставал участок кожи, т.е. длина нити должна соответствовать длине 3 пальца или быть немного больше его. В противном случае при слишком длинной нити придется подтягивать ее путем перебирания 1 и 2 пальцами, что создает неудобства и ведет к потере времени.

Если зашивают кожу, то желательно, чтобы узел располагался сбоку от раны. Это легко достигается простым приемом:

когда узел практически затянут, нужно потянуть конец нити, фиксированный на 4 пальце, движением кисти на себя, и узел переместится в положение сбоку от раны, после чего его полностью затягивают.

Иметь постоянно с собой в кармане нитку - дело несложное и тогда в свободный момент в любом месте вы сможете потренироваться вязать узлы разными методами, доводя технику до автоматизма. При этом следует обращать внимание на два момента. Во-первых, при затягивании узла нити не должны перехлестываться, в про-

тивном случае они обязательно будут перетираться и рваться. Во-вторых, сразу приучайтесь завязывать каждый узел до конца.

Если вы опасаетесь, что узел, завязываемый где-то в глубине раны не под контролем зрения, затянут не до конца, не тяните нить с большой силой, она может порваться, лучше, затягивая узел с меньшей силой, делать при этом вибрирующие движения. Это будет способствовать лучшему скольжению нити в узле и надежному его затягиванию.

В настоящее время промышленность выпускает различный шовный материал, в том числе нити с сверхгладкой поверхностью (например, полипропилен - "prolen"). Преимущество таких нитей состоит в том, что с их помощью можно накладывать длинный непрерывный шов, не затягивая при этом каждый стежок нити, и легко затянуть ее, когда шов полностью закончен. В ряде случаев, когда после затягивания каждого стежка нити становятся плохо видны края сшиваемых тканей, подобная методика затягивания всех стежков после окончания всего шва позволяет хирургу четко дифференцировать эти края, что создает ему благоприятные условия для более быстрого наложения шва, причем высокого качества.

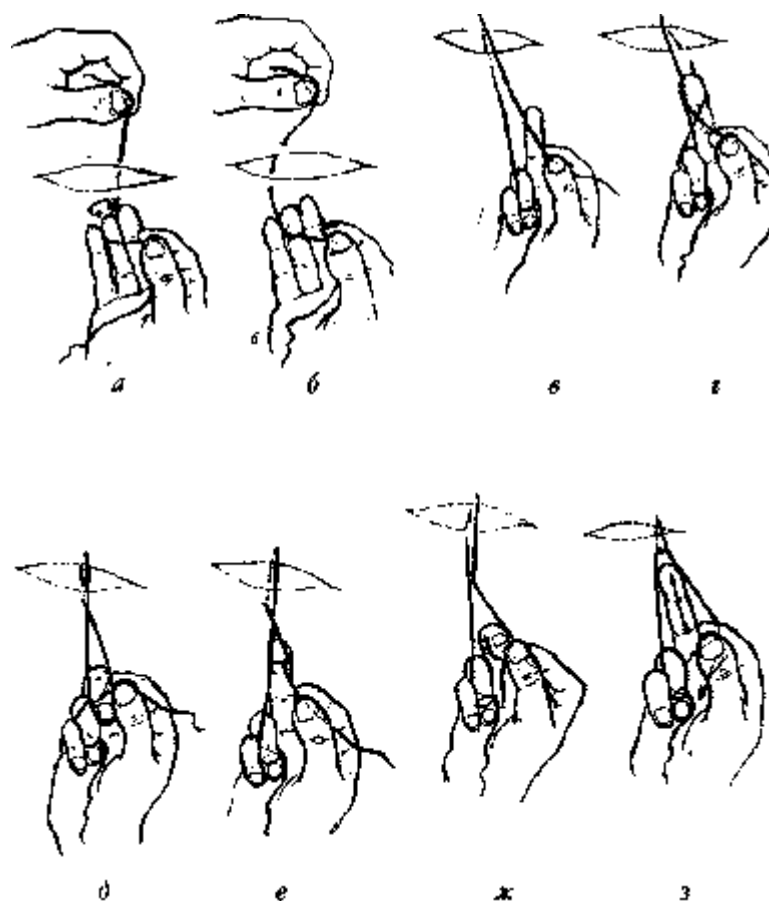


Рис. 4. Завязывание узла пальцами только одной руки.

Однако для того, чтобы закрепить такую нить, хирургу приходится вязать 6-7 узлов, иначе сверхгладкая нить может развязаться. Не рекомендуется пропиленовую нить связывать с нитями из другого материала, также во избежание развязывания. Эту нить нельзя захватывать инструментом или затягивать с помощью пинцета, поскольку это приведет к разрушению ее идеально гладкой поверхности, после чего она потеряет свое преимущество и шов не затянуть. Кстати, после того, как я однажды увидел под микроскопом, какие разрушения наносит обычный анатомический пинцет даже кетгутуовой нити, я всегда прошу своих помощников при наложении непрерывного кетгутуового шва не использовать пинцет или зажим, а удерживать нить только пальцами.

Если при сближении краев сшиваемых тканей создается их значительное натяжение, хирургу при затягивании первого узла приходится прилагать некоторое усилие. В этом случае во время, пока он формирует второй узел, первый может легко распуститься. Чтобы удержать первый узел в затянутом состоянии, можно перед его завязыванием дважды перехлестнуть завязываемые нити (хирургический узел) или попросить помощника удержать узел от развязывания, придавливая пальцем или осторожно зажимая инструментом.

Нужно также иметь в виду, что узел из синтетических нитей при значительном натяжении сшиваемых тканей может растягиваться даже после второго завязывания. Кстати, его при этом нередко удается снова полностью затянуть, а затем спокойно завязать третий узел.

Нередко создается такая ситуация, когда при окончании непрерывного шва у хирурга в руках остается лишь коротенький хвостик нити, который и связать-то не с чем. В этом случае можно порекомендовать следующий прием. Хирург под последним стежком непрерывного шва прошивает соединяемые ткани одиночной лигатурой обязательно из того же материала, что и основной шов, завязывает ее тремя узлами, один конец лигатуры срезают, а второй связывает с короткой ниткой непрерывного шва 3-4 узлами (рис. 5). Приблизительно таким же образом следует поступать, когда рвется нить, которой накладывают ответственный непрерывный шов, и шов поч-

ти закончен. В этом случае игла должна быть заряжена длинной нитью. Непрерывный шов под двумя последними стежками прошивают 8-образным швом и крепко завязывают, после чего продолжают непрерывный шов новой нитью (рис. 6). Если же нитка непрерывного шва рвется еще в самом его начале, лучше шов распустить, нить полностью удалить и начать шить заново.

Длина нити, которую подает сестра хирургу, зависит от методики завязывания узла, используемой хирургом, и глубины раны. В тех случаях, когда хирургу предстоит накладывать подряд несколько лигатур, удобно взять одну длинную нить и использовать ее на все лигатуры. Некоторые хирурги применяют для этого прямо катушку с нитью. Удерживая катушку в одной руке, другой - вяжут узлы. Попробуйте эти способы и определите, какой из них вам больше подходит. Использование вами длинной нити сэкономит время не только у вас, но и у операционной сестры, которая его употребит для подготовки к следующему этапу операции. К тому же расход шовного материала сократится приблизительно вдвое.

Многое в успешном и быстром окончании операции зависит от квалификации операционной сестры. Обучение и совершенствование работы сестры тоже ложится на плечи хирурга, но затраченное на это время и усилия быстро окупятся преимуществами четко слаженной работы. Конечно, если вы только-что пришли в отделение, не вздумайте не только учить, но даже без соответствующего почтения обращаться с опытными операционными сестрами. В противном случае они быстро найдут способ обидно поставить вас на место.

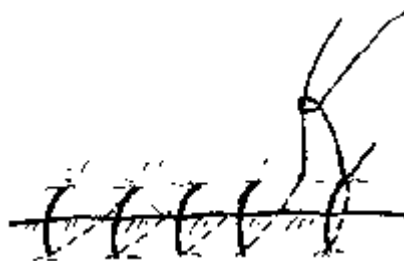


Рис. 5. Фиксация конца непрерывного шва к концу дополнительно наложенного узлового.

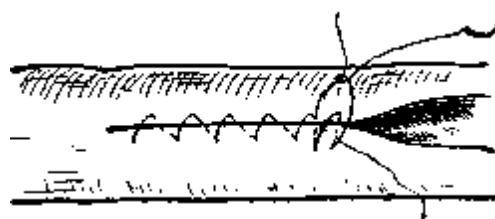


Рис. 6. 8-образный шов, закрепляющий конец оборвавшегося непрерывного шва.

Выполняя такие стандартные доступы, как срединная лапаротомия, разрезы Кохера и Федорова, Волковича-Дьяконова, вы действуете автоматически. Если же вам придется производить атипичный разрез, то при рассечении кожи всегда следует придерживаться направления естественных кожных щелей, описанных Лангером. В этом случае края раны ложатся сами собой в правильном положении и рубцы будут еле заметны. Разрезы, произведенные в направлении, перпендикулярном к кожным щелям, зияют, после них края раны труднее сопоставить, и они дают косметически худшие рубцы.

Производя разрезы на лице, следует, во-первых, помнить о лицевом нерве и не рассекать ткани перпендикулярно ходу его ветвей, во-вторых, из косметических соображений проводить кожные разрезы преимущественно между имеющимися кожными складками.

Как ни странно, хирурга принято учить, как держать в руке скальпель, но нигде не сказано, как им следует пользоваться. У конца линии предполагаемого разреза более удаленного от хирурга, остроконечным скальпелем, поставленным перпендикулярно к плоскости кожи, прежде всего следует проколоть кожу на всю ее толщину. Только после этого, наклонив скальпель к линии разреза под углом 30-40°, можно рассекать кожу на всю длину раны. Если скальпель острый, рука тверда, и кожа не задубела, разрез производится быстро и красиво. Затем послойно рассекают подлежащие ткани.

Рассечение жировой клетчатки удобнее производить брюшистым скальпелем. Брюшистый скальпель совершенно незаменим там, где нужно аккуратно рассекать плотные тонкостенные ткани (например, апоневрозы) с тем, чтобы не повредить подлежащих структур.

Некоторые хирурги предпочитают рассекать ткани электроножом. Им можно рассекать и кожу, но только предварительно также необходимо в начале разреза проколоть ее на всю толщину остроконечным скальпелем, а затем поставить в место прокола активный электрод, тогда контакт электроножа с кожей установится намного лучше, кожа не прожигается, а режется. Заживление раны, нанесенной электроножом, идет не хуже, чем раны, нанесенной скальпелем. Однако ни в коем случае нельзя использовать для рассечения кожи никакие ножницы! Кожа слишком плотная ткань для ножниц, а при приложении больших усилий они ее сильно травмируют.

Вместе с тем ножницы - это замечательный хирургический инструмент, все возможности которого должен уметь использовать каждый хирург полностью. Ножницы позволяют рассекать любые ткани, кроме кожи и костей, с их помощью из различных тканей может быть выкроен лоскут любой конфигурации. Ножницы служат также для вскрытия просвета полых органов, кровеносных сосудов и отсечения лигатур. Они отличаются по общим размерам, а также по величине, изгибу и форме их рабочих бранш. Хирургу нужно хорошо ориентироваться в том, какие ножницы надлежит использовать для каждого вида работы. Вряд ли миниатюрные ножницы из сосу-

дистого набора следует применять для рассечения плотных тканей или срезания лигатур.

Известный английский хирург Купер предложил придать кривизну рабочим браншам ножниц специально для того, чтобы хирургу можно было лучше видеть уровень срезаемого им ножницами органа или лигатуры. Поэтому хирург, пользуясь куперовскими ножницами, должен держать их таким образом, чтобы выпуклая поверхность ножниц была бы обращена в сторону больного, а вогнутая наружу. Не знаю, откуда это повелось, но среди наших хирургов, по-видимому, считается особым шиком держать эти ножницы как раз наоборот, т. е. вогнутой стороной вниз, по крайней мере, именно так ими срезают лигатуры. Но ведь при таком положении куперовские ножницы никак не помогут хирургу, а напротив, будут мешать ему видеть то, что и на каком уровне он пересекает. Пожалуйста, возьмите эти ножницы, хорошо потрудитесь с ними, убедитесь сами в преимуществе, которое дает их кривизна, и работайте ими только в их правильном положении. Не следуйте в этом отношении плохому примеру, даже со стороны своих старших товарищей.

Наконец, ножницы могут служить и для тупого разделения тканей наподобие диссектора. Их вводят в узкую щель между разделяемыми органами и осторожно раздвигают бранши. Прodelывая это многократно, можно более эффективно, чем при использовании диссектора, препарировать ткани тупым путем особенно при плоскостных их сращениях.

Тренировка с ножницами заключается в работе ими как правой, так и левой руками, в возможности работать ножницами в любом их положении относительно вашей кисти, в степени оптимального открытия бранш для выполнения того или иного действия.

Хороший ассистент никогда не выпускает ножниц из руки. Он жонглирует ими как ковбой кольцом, ловко переводя их при ненадобности на мизинец и безымянный палец (рис. 7,8).

Начинающему хирургу обязательно следует поупражняться и с накладыванием швов на ткани различной плотности, овладеть проведением хирургической иглы как справа налево, так и слева направо, в последнем случае - действуя левой рукой. Кстати, запомните, что при зашивании кожной раны хирург захватывает мелкозубчатым пинцетом край кожи и как бы надевает ее на иглу, а не наоборот.

В последние годы наши хирурги почти полностью перешли на работу иглодержателями типа Гегара, в то же время за рубежом широко пользуются иглодержателями типа Матье.



Рис. 7 и 8. Ножницы в руке ассистента в рабочем и нерабочем положении.

Мне кажется, что последними можно работать и точнее, и быстрее, поскольку в момент расстегивания иглодержателя игла, оставляемая на этот момент в тканях, меньше будет смещаться в стороны и их травмировать. При накладывании непрерывного шва удобно пользоваться иглодержателем типа Лангенбека или Крайля, не имеющим затвора, однако к работе с ним приходится долго привыкать.

Нужно потренироваться в удерживании тканей пинцетом, там более, что пинцеты, выпускаемые отечественной промышленностью, уже не современны и плохо держат ткани.

Основной принцип ушивания послеоперационной раны - не оставлять свободных полостей. Чаще всего такие полости образуются на уровне подкожной жировой клетчатки. Поэтому в том случае, когда при накладывании кожного шва вы обнаружите, что в результате неплотного соприкосновения клетчатки с апоневрозом или в самой клетчатке образовалось свободное пространство, его необходимо обязательно ликвидировать. С этой целью накладываются редкие швы, фиксирующие клетчатку к подлежащему апоневрозу, или перед наложением кожного шва опять же редкими швами сшивают клетчатку.

Если же полости при накладывании кожного шва не образуются, никаких швов на подкожную жировую клетчатку накладывать не нужно, поскольку любой шовный материал, оставляемый в ране, препятствует нормальному процессу ее заживления и благоприятствует развитию инфекции.

Теперь о зашивании самой кожной раны. Сегодня вопросы косметики хирург не учитывать уже никак не может. В качестве шовного материала следует применять нити только из синтетических материалов. Неплохо было бы использовать для шва кожи режущую атравматическую иглу, но это пока у нас невозможно по экономическим соображениям.

Качество рубца после операции во многом зависит от качества наложенного шва. Прежде всего необходимо запомнить основное правило: с кожей следует обращаться нежно! Следы от грубого захватывания кожи хирургическими, а тем более - лапчатыми пинцетом, остаются надолго, обезображивая рубец. Тем более следует всегда отказаться от принятого в хирургии приема захватывать оба края кожи одним пинцетом, приподнимать кожу и одним ходом иглы прокалывать их. Пользоваться следует пинцетом с мелкими зубчиками на конце и прокалывать кожу вначале с одной стороны раны, а затем с другой. В последние годы мы полностью перешли на вертикальный матрацный шов Мак-Миллана (рис. 9), с помощью которого можно получить хорошую адаптацию краев раны, а при необходимости ликвидировать намечающиеся полости.

В тех случаях, когда необходимо сшивать только кожу, вертикальный матрацный шов с одной стороны можно сделать скрытым (рис. 10), что также улучшает качество рубца. Очень важно для получения красивого рубца при завязывании нитей шва стягивать их только до момента соприкосновения краев раны, так как при чрезмерном стягивании нитей под ними образуются пролежни.

Чем реже лежат швы на коже, тем лучше, однако частоту их хирург определяет в каждом конкретном случае, постепенно увеличивая расстояние между швами, но не допуская при этом нарушения адаптации краев кожи.

Для закрытия раны косметическим швом можно также с успехом применить технику, описанную известным

пластическим хирургом Я. Золтаном. При его методике глубокие кожные раны закрывают, используя непрерывный шов. Первый ряд шва - глубокий, проходит в подкожной жировой клетчатке приблизительно в плоскости по середине ее толщины (рис. 11а). Второй ряд (рис. 11 в) проходит в собственно коже. Концы нитей обоих рядов швов выводят на поверхность кожи в конечных точках раны и связывают друг с другом.

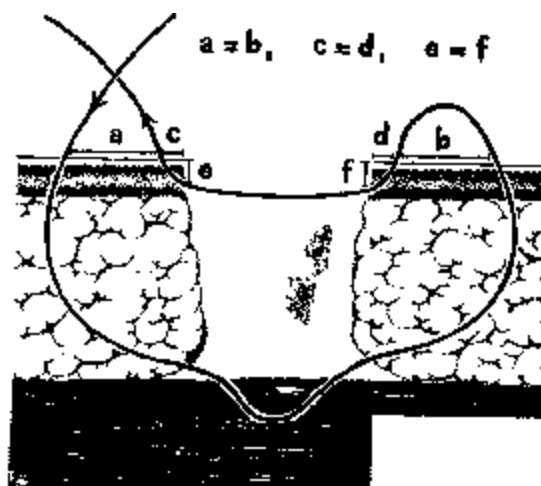


Рис. 9. Шов Мак-Миллана.

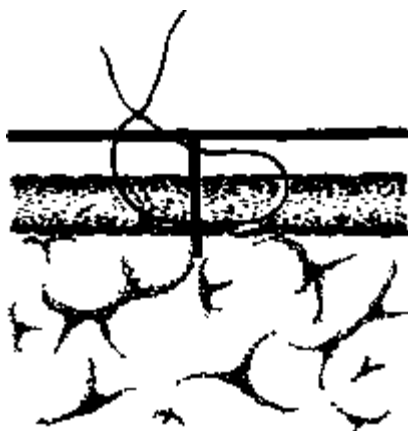


Рис. 10. Вертикальный П-образный косметический шов.

При наложении шва нужно строго придерживаться следующих рекомендаций. Для глубокого ряда швов необходимо выбрать иглу в соответствии с толщиной жирового слоя. Вкол делают в 2 см от одного из краев конца раны. Иглу проводят с поверхности кожи до точки, которая лежит в той плоскости, где вы намерены вести шов. Затем шьют уже строго в этой плоскости. В каждый стежок захватывают количество ткани, соответствующее размеру иглы и степени ее кривизны. Стежки должны быть точно одинаковыми, а точка вывода иглы совпадать с точкой следующего вкола на другой стороне. Достигнув противоположного конца раны, нить, проколов кожу, выводят на ее поверхность. Оба конца нити натягивают в противоположные стороны, чем достигается сближение краев раны. Ассистент продолжает их натягивать во время наложения хирургом второго поверхностного ряда швов.

Поверхностный ряд швов начинают, вкалывая иглу в кожу в нескольких миллиметрах от начала первого ряда швов. Кончик иглы должен появиться в плоскости разреза собственно кожи. Затем, держа иглу параллельно кожной поверхности, продолжают шить так, чтобы точки вкола и выхода иглы всегда располагались точно друг против друга и в стежки захватывалось одинаковое количество симметричных участков дермы, расположенных в одной и той же плоскости (рис. 12). Достигнув противоположного края раны, выводят нить у места выхода нити первого ряда швов. Одновременным натягиванием обеих нитей закрывают рану. О правильном наложении швов свидетельствует точное сближение краев раны.

Фиксация двух рядов швов достигается путем завязывания концов нитей. Сначала связывают концы двух нитей на одном краю раны, а затем, равномерно потягивая концы нитей, и на другом конце раны.

Наложив двухрядный непрерывный шов, с помощью нескольких тонких стежков достигают еще более полной адаптации краев раны. Для этой цели могут быть использованы и стерильные марлевые полоски "Steri-Strip".

Следует иметь в виду, что нить поверхностного ряда швов сильнее спаивается с дермой, и чтобы можно было ее потом легко извлечь, длина нити не должна превышать 6-8 см. Поэтому при применении шва Золтана на длинных ранах нить периодически следует выводить на поверхность и заключать ее в резиновую трубочку, а затем снова продолжать шов. В момент снятия шва трубочку и нить в этом месте рассекают и удаляют посегментарно.

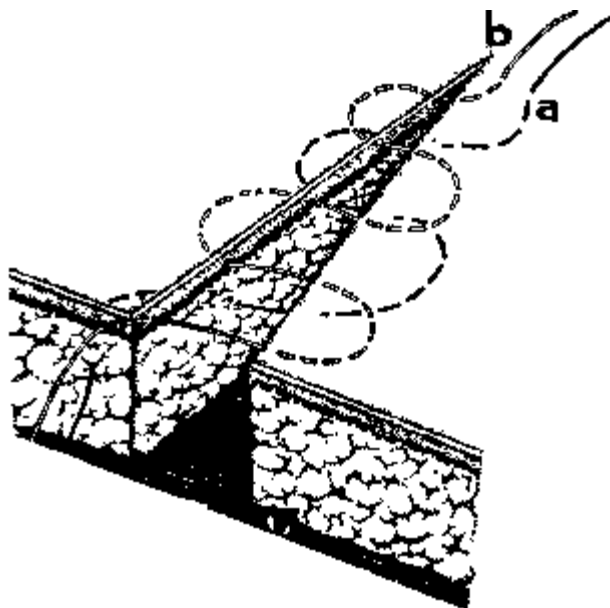


Рис. 11. Непрерывный двухрядный косметический шов.

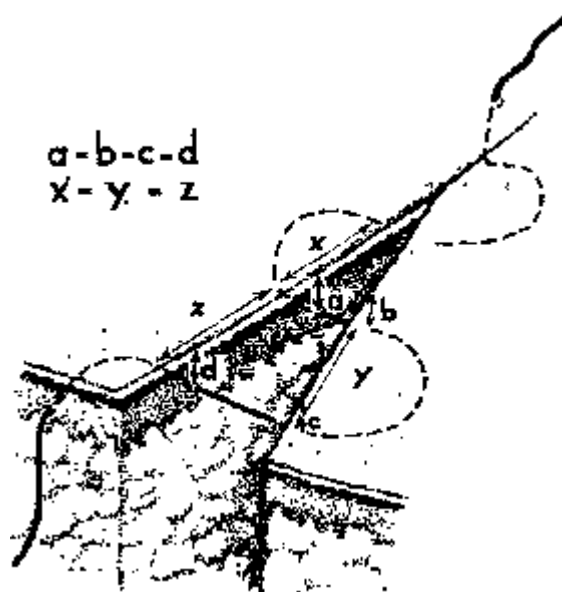


Рис. 12. Непрерывный однорядный косметический шов.

В случае неглубокой раны накладывают только поверхностный ряд непрерывного косметического шва. Необходимо подчеркнуть, что, к сожалению, из большого количества разнообразных инструментов, имеющих даже в рядовых отделениях, хирург обычно использует очень ограниченный их набор. Даже если он и удосужится когда-нибудь заглянуть в запасники операционной сестры, он увидит инструменты, предназначение которых ему все равно неизвестно.

Так, когда я пришел в клинику, которой сейчас руковожу, я на первых же операциях на желудочно-кишечном тракте потребовал зажимы Аллиса, с которыми привык работать. Мне сказали, что таких зажимов нет, однако когда я приблизительно через месяц произвел ревизию "запасников" старшей операционной сестры, то обнаружил несколько новеньких, ни разу не использованных зажимов Аллиса. Об их предназначении, а тем более названии просто никто не знал. А ведь эти инструменты могут оказать неоценимую помощь во время операции. Поэтому хирургу обязательно нужно выяснить предназначение этих инструментов и начать пользоваться ими.

Я уже упоминал о нежелании некоторых хирургов овладеть более сложной техникой - сшивающими аппаратами. А ведь за рубежом без сшивающих аппаратов сегодня не обходится буквально ни одна операция. Механический шов используют для сшивания кровеносных сосудов, наложения желудочно-кишечных, пищеводно-кишечных и межкишечных анастомозов, сшивания самых разнообразных тканей, в том числе и для зашивания кожной раны.

Следует понять, что сшивающие аппараты и другие автоматические и полуавтоматические инструменты несколько уравнивают шансы хирургов с хорошей и не очень хорошей мануальной техникой. Следовательно, вам имеет прямой смысл овладеть этой аппаратурой с самого начала вашей работы.

Как выбрать нужный хирургический доступ

Каждый опытный хирург знает, что правильно выбранный и обеспеченный хирургический доступ к оперируемому органу во многом решает успех операции, а время, потраченное на выполнение доступа, полностью будет компенсировано за счет сокращения времени, которое пойдет на выполнение основного этапа операции.

Напротив, неправильно выбранный, плохо осуществленный или недостаточно обеспеченный хирургический доступ не только намного затягивает время операции и утяжеляет труд хирурга, но, как правило, увеличивает кровопотерю, может привести к серьезным осложнениям, а также лишает хирурга удовлетворения и радости от красиво выполненного вмешательства.

Хирургических доступов для подхода к различным органам предложено, вероятно, несколько тысяч. Хирург должен четко знать основные доступы в той области хирургии, в которой он работает, и располагать справочной литературой, в которой легко мог бы найти подробное описание неизвестных ему доступов. Однако, даже зная множество доступов, нужно уметь выбрать доступ, наиболее подходящий для данного больного в совершенно конкретных обстоятельствах. Поэтому моя цель - рассказать о принципах выбора оптимального доступа и правильного обеспечения его. К сожалению, этому хирургов пока нигде не учат.

Понятие "хирургический доступ" шире, чем слово "разрез", фигурирующее обычно в протоколах операций. Под хирургическим доступом следует понимать не только место, форму, размер, способ и характер послойного разделения тканей при подходе к непосредственному объекту операции, но и обеспечение правильного положения больного на операционном столе, а также адекватное раскрытие раны соответствующими инструментами.

А. Ю. Сазон-Ярошевич характеризует степень простора в полости операционной раны, позволяющую хирургу свободно манипулировать с оперируемым органом, следующими показателями: направлением оси операционного действия, глубиной раны, углом операционного действия, углом наклона оси операционного действия и зоной доступности. Первые четыре критерия понятны из рисунка 13. Зона доступности - это фактическая площадь полностью открытого дна раны, выраженная в квадратных сантиметрах.

Не вдаваясь в подробности, заметим только, что, выбирая и обеспечивая хирургический доступ, хирург должен в разумных пределах стремиться получить наименьший индекс глубины раны, широкий угол операционного действия, угол наклона оси операционного действия, близкий к 90° и максимально большую зону доступности. Оговаривая "разумные пределы", мы имеем ввиду остановить хирурга, задумавшего улучшить эти критерии путем разреза неоправданно большой величины.

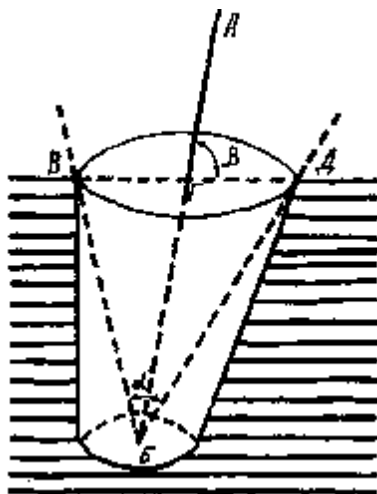


Рис. 13. Характеристики хирургического доступа по А. Ю. Сазон-Ярошевичу:

АВ - ось операционного действия;

ГВ - глубина раны;

*$V(ГВ/ВД)*100$ - индекс глубины раны;*

а - угол операционного действия;

В - угол наклона оси операционного действия.

Прежде всего хирургический доступ должен быть соотнесен со строением тела. Так, например, верхняя срединная лапаротомия при остром эпигастральном угле у больного позволяет свободно манипулировать на желудке во всех его отделах, на желчном пузыре, поджелудочной железе, поперечной ободочной кишке. Если же больной гиперстеничен и эпигастральный угол у него тупой, то расстояние от мечевидного отростка до пупка будет небольшим, и верхняя срединная лапаротомия не даст адекватного доступа к перечисленным органам. Неадекватность доступа здесь обычно усугубляется чрезмерным развитием жировой клетчатки. Продлить разрез по средней линии живота вниз нецелесообразно, поскольку, чтобы получить адекватный доступ, несколькими сантиметрами все равно не обойдешься, а после лапаротомии простирающейся от мечевидного отростка до лона, нередко бывает эвентрация, и в последующем, часто возникает вентральная грыжа.

Выбор места разреза зависит от многих причин: привычки хирурга, особенностей подхода к оперируемому органу, наличия рубца после предшествующей операции, предполагаемых особенностей дренирования раны, наличия беременности, возможности инфицирования раны, степени питания больного, риском оперативного вмешательства, необходимости срочно выйти на оперируемый орган, требований соблюдения асептики и, наконец, от необходимости считаться с косметическим результатом.

Многие хирурги не особенно утруждают себя обдумыванием доступа. У них имеется небольшой набор стандартных доступов, которые они хорошо знают и выполняют. Так, один хирург, производя холецистэктомию, все-

гда применяет косой доступ по Кохеру или Федорову, в то время как другой всегда использует верхнюю срединную лапаротомию. В большинстве случаев никаких затруднений при выполнении операции ни у того, ни у другого не возникает.

Вместе с тем конституция больного, степень развития у него жировой клетчатки, несомненно, будут влиять на такие критерии адекватности доступа, как глубина операционной раны и угол операционного действия. Ясно, что при более адекватном доступе операция может быть выполнена быстрее, качественнее, а главное, менее травматично. Поэтому для каждого больного все-таки должен быть продуман наиболее оптимальный для него доступ. Только при всех равных условиях хирург может отдать предпочтение своему любимому доступу.

Это положение сегодня должно быть обязательным, по крайней мере, в тех больницах, где расположение печени, желчного пузыря и желчных путей, а также имеющихся в них конкрементов, заранее могут быть точно установлены с помощью ультразвукового исследования или компьютерной томографии.

Под особенностями подхода к оперируемому органу следует понимать различные обстоятельства. В одном случае, чтобы сразу выйти на "ножку" опухоли или на приводящие и отводящие сосуды при артерио-венозной аневризме, приходится отказаться от наиболее близкого прямого пути к опухоли или к аневризме и использовать обходной путь, который окажется более эффективным и безопасным.

Другой случай - это отсутствие топического диагноза. Например, у больного установлено наличие феохромоцитомы. При наличии точного топического диагноза оптимальным будет поясничный доступ с резекцией XII ребра с соответствующей стороны. Однако, если не ясно, в каком надпочечнике располагается опухоль или же подзревается экстраорганный ее локализация, то приходится делать лапаротомию. Вместе с тем у тучных больных искать и удалять опухоль надпочечника через лапаротомный доступ - чрезвычайно сложная задача, поэтому в этом случае выгоднее прибегнуть к люмботомии с обеих сторон.

Наличие у больного рубца после ранее перенесенной операции или ранения также заставляет хирурга серьезно задуматься. С одной стороны, произвести доступ с иссечением рубца выгоднее как с точки зрения предупреждения образования новых, дополнительных спаек в брюшной полости, так и с позиции косметики, не говоря уже о преимуществе такого решения при наличии у больного вентральной грыжи, которую одновременно можно будет устранить. С другой стороны, при иссечении рубца могут быть поранены внутренние органы, припаявшиеся к этому рубцу, да и рубец может находиться далеко в стороне от оперируемого органа. По-видимому, только учет всех этих обстоятельств у конкретного больного даст возможность принять хирургу правильное решение.

Внебрюшинный доступ имеет ряд преимуществ перед лапаротомией: после операции отсутствует или бывает мягче выражен парез кишечника, нет опасности перитонита, дренажи проходят вне брюшной полости и, наконец, нет опасности последующего развития спаек в животе.

В последние годы шире стал применяться доступ путем торакофренолюмботомии. Этот доступ хотя и значительно травматичнее лапаротомии, зато сохраняет все преимущества внебрюшинного. Самое главное, он позволяет свободно манипулировать на аорте, всех ее висцеральных ветвях, нижней полой вене, почечных артериях, почке и надпочечниках. Что касается вскрытия плевральной полости и рассечения диафрагмы, необходимых при этом доступе, то это обычно протекает без осложнений и последствий.

Так называемые переменные доступы, при которых ткани на различных уровнях рассекают или раздвигают в разных направлениях или проекциях, известны давно (разрезы Волковича-Дьяконова, Пфанненштиля и др.). Цели их различны: сочетание косметичности и удобства оперирования, желание предупредить в последующем образование грыжи, стремление избежать рассечения плохо регенерирующей мышечной ткани, затруднить проникновение в глубину раны инфекции, сохранить целостность лимфатических путей.

Примером, объясняющим последнюю цель, может служить хирургический доступ к бедренной артерии при операциях аорто-бедренного или бедренно-бедренного протезирования. Дело в том, что при наличии синтетического протеза в ране создаются весьма благоприятные условия для развития нагноения при попадании в рану минимального количества даже слабовирулентного инфекционного начала. Последствия же нагноения раны при наличии в ней протеза кровеносного сосуда всегда трагичны. Поэтому разрез кожи и подкожной клетчатки делают не по проекционной линии бедренной артерии, а параллельно ей, отступая на несколько сантиметров в сторону. Подлежащие же ткани рассекают уже по проекционной линии. При этом предупреждается послеоперационная лимфорея, т. е. основные лимфатические пути не пересекают.

В последние годы за рубежом один из самых распространенных доступов - верхняя срединная лапаротомия - почти повсеместно заменен парамедиальным переменным доступом. Разрез кожи выполняют по средней линии живота или, отступая от нее вправо или влево на 2 см. Рассекают передний листок апоневроза влагалища соответствующей прямой мышцы живота, отступая на 2 см от средней линии, начиная от реберной дуги. Прямую мышцу отводят латерально, после чего рассекают задний листок влагалища прямой мышцы, а затем брюшину. При зашивании раны брюшину шьют вместе с задним листком апоневроза. После такого переменного разреза вентральных грыж практически не бывает.

Существует ситуация, когда хирург во время одного хирургического вмешательства бывает вынужден применить несколько доступов. В последнее время получают большее распространение симультанные операции. Не всегда следует при таких операциях стремиться обязательно выполнить все вмешательства из одного доступа. Если разрез при этом становится слишком обширным или травматичным, ему следует предпочесть два отдельных доступа.

В некоторых случаях стремление хирурга избавить больного от второго разреза и тем самым реабилитировать себя за ошибку в диагнозе приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям. Так, обнаружив уже во время операции, что у больного не острый аппендицит, а прободная язва желудка, хирург всегда вынужден бывает применить второй доступ. А вот при обратной ошибке некоторые хирурги совершенно напрасно производят аппендэктомию через верхнюю срединную лапаротомию. Этот грубый промах часто приводит к развитию распространенного перитонита или межпеченочных абсцессов. В случае подобной диагностической ошибки хирург должен зашить верхнюю срединную рану и подойти к червеобразному отростку, используя типичный доступ.

Наконец, при операциях на кровеносных сосудах множественные доступы уже давно заменили одиночные

обширные разрезы типа Маделунга, которые травматичны, оставляют после себя грубые рубцы, нередко приводя к развитию рубцовой контрактуры коленного сустава. Кстати, выбирая хирургический доступ в области сустава, следует подумать о возможности последнего осложнения, особенно у лиц, склонных к образованию келлоидных рубцов.

Наличие у больного инфицированной раны, или возможность иметь после операции источник инфекции в виде цекостомы, грахеостомы, свища мочевого пузыря и прочего, заставляют искать хирургический доступ, располагающийся как можно дальше от источника инфекции.

Так, хирургический доступ к вилочковой железе с продольным рассечением грудины по всем характеристикам доступа является лучшим. Однако в большинстве случаев мы отдаем предпочтение односторонней торакотомии. Конечно, удалить железу из этого доступа сложнее, зато, если больному придется накладывать трахеостому, то она окажется вдали от основной операционной раны. Кроме того, у больных с миастенией может длительно не восстанавливаться самостоятельное дыхание, а рассеченная грудина будет усугублять этот процесс.

Оперируя беременных, хирургу следует уложить больную так, чтобы матка отошла в сторону от хирургического доступа, а сам доступ должен быть проведен с учетом расположения смещенных маткой органов.

С целью соблюдения асептики при хирургическом доступе используют принципы подхода к ножке опухоли с периферии, производят тщательную изоляцию от опухоли рассекаемых здоровых тканей с помощью марлевых салфеток или полиэтиленовой пленки, рассекают ткани при осуществлении доступа электроножом, лазерным или плазменным скальпелем.

Из этих же соображений нельзя применять хирургический доступ, при котором опухоль придется протаскивать через узкий канал со стенками из здоровых тканей. Это замечание относится, например, к этапу выведения пересеченного пищевода вместе с опухолью из грудной клетки в рану на шее во время операции Добромыслова-Торека.

Величина разреза определяется степенью развития у больного жировой клетчатки как подкожной, так и предбрюшинной, глубиной расположения оперируемого органа, необходимостью подвергнуть ревизии другие органы и характером, а также степенью сложности предполагаемой операции.

Начинающие хирурги нередко любят щегольнуть минимальными разрезами, через которые они могут выполнить, например, аппендэктомию. Спору нет, косметический результат операции играет для больного далеко не последнюю роль. Вместе с тем диагноз острого аппендицита не так уж редко ошибочно ставят при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки, перфорации дивертикула Мекеля, при внематочной беременности, пельвиоперитоните, разрыве яичника, раке слепой кишки и других хирургических заболеваниях.

В этих случаях тяжелые осложнения и гибель больных являются результатом того, что при маленьком разрезе хирург не смог установить точного диагноза, поскольку не имел возможности осмотреть соседние органы, не полностью удалил из брюшной полости выпот.

С другой стороны, слишком большие разрезы не только травматичны, некрасивы, но и чаще ведут к образованию таких послеоперационных осложнений, как гематома, нагноение раны, эвентерация, а позднее - к возникновению грыжи и развитию спаечной болезни.

Для того, чтобы получить хороший обзор из сравнительно небольшого кожного разреза, хирург должен использовать следующие приемы обеспечения оптимального хирургического доступа.

1. Оперировать больного следует под адекватным наркозом с хорошей релаксацией.

2. Производить рассечение апоневрозов по длине нужно всегда немного больше, чем длина кожного разреза, поскольку кожа, клетчатка, мышцы и брюшина могут быть дополнительно растянуты инструментами, а сухожильная ткань практически не растягивается. Хорошему вскрытию раны при верхней срединной лапаротомии помогает удаление мечевидного отростка грудины.

3. Разумно использовать зеркала, ранорасширители и ретракторы. Реечный или винтовой ранорасширители равномерно растягивают рану. В том случае, если объект операции расположен в центре раны, применение их вполне оправдано. Однако, если объект операции оказывается в стороне, применение таких ранорасширителей нецелесообразно, т. к. угол операционного действия по отношению к объекту уменьшается. В таких случаях ранорасширитель следует удалить, а рану раскрыть с помощью брюшных зеркал, смещая ими мягкие ткани в нужном направлении.

Еще большего эффекта можно добиться, применив ретрактор Сегала, который крепят к операционному столу. Поставив оба ретрактора под нужным углом к оси операционной раны, натягивают один из ретракторов в положении, наиболее выгодном на данный момент операции. Например, во время гастрэктомии, на этапе мобилизации желудка, ретракторы, остановленные перпендикулярно длиннику раны, натянуты равномерно. На время ушивания культи двенадцатиперстной кишки левый ретрактор ослабляют, а правый подтягивают. При формировании пищеводно-кишечного анастомоза целесообразно левый ретрактор несколько передвинуть в сторону головного конца и натянуть его чуть больше правого.

Разумное применение расширителей даст возможность получить максимальную зону операционного действия с минимальным количеством помощников.

Кроме использования различных многолопастных ранорасширителей, может быть применен следующий простой прием. К рукоятке широкого брюшного зеркала типа Фришта привязывают прочную тесьму. Зеркало устанавливается в нужной точке раны, а конец тесьмы передают сестре, которая сильно натягивает тесьму, и фиксирует ее к операционному столу. Аналогичным путем устанавливают и фиксируют такое же зеркало в противоположном углу раны. Этот прием оказывается особенно выгодным при ранах большой длины.

За рубежом в настоящее время получили распространение мощные рамные ранорасширители. После того, как больной уложен на операционный стол и определена область разреза, сверху над больным устанавливается жесткая четырехугольная, круглая или овальная стерильная металлическая рама, которая прочно крепится к столу. В комплект такого ранорасширителя входит большое количество крючков, лопаток и зеркал самой разнообразной формы и размеров. Каждый из них с помощью специальных креплений может быть фиксирован на раме в любом месте и необходимом положении. Подобные расширители позволяют обеспечить хороший обзор и доступ на любой глубине раны, прекрасно удерживают смещенные под крючки и зеркала внутренности и позво-

ляют обойтись без дополнительного ассистента.

Подготовка кишечника к операции фактически также является методом обеспечения хирургического доступа. В настоящее время наиболее эффективным следует признать метод массивного промывания кишечника. С этой целью вечером накануне операции больному в двенадцатиперстную кишку вводят дуоденальный зонд. Затем через этот зонд в кишечник за 2-3 часа вводят 7-8 л физиологического раствора. У больного хорошо освобождается тонкий и толстый кишечник. В результате к концу промывания из заднего прохода отходит прозрачная неокрашенная жидкость.

Спавшийся кишечник легко может быть смещен в сторону и удержан там широкими салфетками. В то же время, при недостаточной подготовке, борьба с петлями кишечника, закрывающими операционное поле, нередко затрудняет ход операции. Для изоляции кишечника в нашей клинике успешно используют самодельные широкие Т-образные пластины из алюминия (рис. 14). Горизонтальную часть пластины вводят в брюшную полость и с ее помощью отводят в сторону петли кишечника. Вертикальную часть пластины сгибают под углом к горизонтальной, а затем моделируют по наружной поверхности тела больного и прикрепляют цапками к простыням, прикрывающим больного. Вторая пластина отводит и удерживает кишечник с противоположной стороны.

Для того, чтобы петли кишок не вылезали из-под зеркала, нужно под него подкладывать достаточно большую салфетку. Ассистент, удерживающий зеркало, должен не натягивать его чрезмерно без необходимости, а держать зеркало так, чтобы его плоскость была бы параллельна оси операционного действия.

Если раздутые петли кишечника выходят в рану, анестезиолог вводит релаксанты, и через 1-2 минуты кишечник может быть легко вправлен обратно. Ассистент крючками поднимает вверх края брюшной раны, а хирург нежно и последовательно, петля за петлей, возвращает кишечник в брюшную полость. Наконец, существует способ, при котором весь тонкий кишечник временно извлекают из брюшной полости и помещают в пластиковый мешок.

Немало может помочь делу правильное положение больного на столе. С помощью современного операционного стола, благодаря возможности изменять конфигурацию его поверхности, можно, придав соответствующее положение телу больного или используя систему валиков, намного уменьшить глубину раны, приблизив оперируемый орган к ее поверхности. К сожалению, хирурги пользуются этой возможностью только в ограниченном числе стандартных операций на почке, щитовидной железе и на желудке. В последнем случае валик нередко оказывается поднятым не на уровне последних грудных позвонков, а ниже, что не даст никакого эффекта.

Желательно, чтобы хирург с самого начала изучил типичные положения больного на операционном столе для всех стандартных операций, а также научился бы творчески выбирать выгодное положение при нетипичных случаях.

Следует помнить, что при применении мощных ретракторов и в результате необычного положения тела больного на операционном столе у него в этот момент могут быть сдавлены поврежденные кровеносные сосуды и кровотечения из них не будет. Поэтому после удаления ранорасширителей, ретракторов, валиков и приведения тела больного в нормальное положение, перед зашиванием раны обязательно следует тщательно проконтролировать надежность гемостаза. Конечно, и зашивать рану можно начинать только после придания телу больного на операционном столе нормального положения.

С конкретными вариантами доступов можно ознакомиться в соответствующих руководствах.

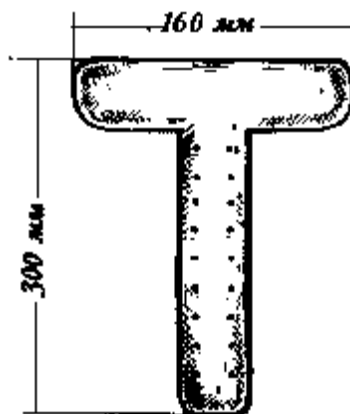


Рис. 14. Алюминиевая гибкая пластина.

Умение обращаться с людьми - это товар, который можно купить точно также, как мы покупаем сахар или кофе. И я заплачу за такое умение больше, чем за что-либо другое на свете.

Джон Д. Рокфеллер

Благодарность - результат высокого уровня нравственного развития человека.

Вы ее не найдете среди невоспитанных людей.

Если вы будете ждать благодарности, то тем самым вы готовите себе множество огорчений.

Незнание закона не освобождает от ответственности. Зато знание часто.

Эжи Лец

Как остановить кровотечение во время операции

Кровотечение - это одно из самых опасных для жизни организма осложнений. Оно может быть следствием случайного ранения или повреждения во время операции артерий, вен и паренхиматозных органов; аррозии

крупного сосуда в гнойной ране или язве; разрыва аневризматически расширенной артерии или венозного варикозного узла; а также повышенной ломкости или проницаемости стенок кровеносных сосудов, особенно в условиях нарушения со стороны свертывающей системы крови.

Проблема диагностики и остановки кровотечения сложна и многогранна, ей посвящены многочисленные монографии, поэтому я ставлю перед собой лишь небольшую, но важную и совершенно конкретную задачу - дать советы хирургу, как ему следует действовать во время операции, осложнившейся кровотечением. Тем более, что эти действия в руководствах почему-то не описывают.

Если хирург обрабатывает рану или производит операцию на конечности, то в этом случае он сразу и сравнительно легко может контролировать артериальное кровотечение и кровотечение из центрального конца вены с помощью жгута или пальцевого прижатия сосуда (при венозном кровотечении из дистального конца вены жгут следует наложить на конечность дистальнее раны). Затем широко раскрытую помощником рану тщательно осушивают от крови с помощью электроаспиратора или марлевых салфеток.

Перед тем, как распустить жгут, ко всей раневой поверхности прижимают свежие салфетки и, постепенно ослабляя жгут, наблюдают, в каком месте раны они начинают пропитываться кровью прежде всего. Это уже ориентировочно покажет вам место кровоточащего сосуда. Хирург держит наготове кровоостанавливающий зажим, а помощник быстро снимает салфетку с кровоточащего участка. Если место кровотечения обнаружено, а сам кровоточащий сосуд не виден, то зажим накладывают *en masse*. После этого, постепенно снимая салфетку с остальной части раны, устанавливают места других кровоточащих участков и на них также накладывают зажимы.

Если при этом сильное кровотечение возобновилось и вы не успели обнаружить его источник, жгут следует затянуть и всю процедуру проделать вновь до тех пор, пока не добьетесь полной остановки кровотечения.

Теперь предстоит проделать второй этап гемостаза - обнаружить и перевязать непосредственно сам кровоточащий сосуд. Дело в том, что пересеченный сосуд сокращается и в результате этого обычно погружается в глубину мышечного массива. Поэтому зажим, наложенный *en masse*, может не пережать сам сосуд, а только прижать к нему мышцу, что временно остановит кровотечение. Если мы после этого наложим лигатуру на всю захваченную зажимом массу тканей, сам кровоточащий сосуд окажется как бы только тампонируемым этими тканями. В любой момент мышцы могут сместиться, просвет сосуда откроется и кровотечение возобновится. Правда, в этом случае чаще всего кровь не изливается непосредственно в рану, а образуется межмышечная гематома, но гематома - это тоже весьма неприятное осложнение. Поэтому хирургу очень желательно увидеть сам кровоточащий сосуд и изолированно перевязать его.

С этой целью перед снятием зажима, наложенного *en masse*, ассистент должен двумя тупферами произвести достаточно сильную ретракцию мышц, как можно ближе к участку, где заложен зажим. Хирург правой рукой снимает зажим, а левой с помощью маленького плотного тупфера сдвигает ткани, стремясь увидеть сосуд. После того, как сосуд обнаружен, его захватывают зажимом и перевязывают, или коагулируют.

К сожалению, в некоторых случаях, несмотря на все старания, выделить и изолированно перевязать сосуд не удается. Тогда применяют метод "обкалывания" сосуда. Для этого на ткани вокруг кровоточащего сосуда накладывают кисетный или П-образный шов. При этом иглу следует вводить поглубже с тем, чтобы при затягивании шва последний обязательно захватил бы и сосуд. Естественно, что при наложении зажима и шва *en masse* следует следить, чтобы в него не попали нервы и другие не подлежащие перевязке образования.

В тех случаях, когда в ране кровоточат лишь мелкие сосуды, обычно нет необходимости накладывать жгут. Хирург на секунду прижимает марлевым тупфером кровоточащее место, затем быстро убирает тупфер, в этот момент ассистент отчетливо видит кровоточащую точку, захватывает ее пинцетом и электрокоагулирует. Таким же образом последовательно поступают с остальными мелкими кровоточащими сосудами.

Вы, несомненно, неоднократно наблюдали, что после рассечения тканей мелкие сосуды в результате их спазма в ответ на гравму обычно сразу не кровоточат. Как правило, этот период длится несколько секунд, но иногда затягивается надолго, особенно если хирург при выполнении местной анестезии в раствор добавляет адреналин. Поскольку спазм мелких сосудов иногда держится до момента зашивания раны, у больного после операции может образоваться гематома. Поэтому использовать местно спазмогенные препараты вряд ли стоит рекомендовать, а перед зашиванием раны необходимо тщательно проконтролировать гемостаз.

В случае ранения магистрального сосуда на него с целью восстановить кровоток должен быть наложен сосудистый шов. Поэтому, чтобы не раздавить стенку сосуда для его пережатия следует использовать только атравматические зажимы, сжимая их минимально - на один-два зубчика кремальеры.

Если вы не владеете техникой наложения сосудистого шва или протезирования сосуда, то можно выполнить временное протезирование, для чего в оба конца пересеченной артерии вставляется полихлорвиниловая трубка от системы для переливания крови. Трубка берется намого длинее, чем дефект в артерии, тогда можно из нее сделать петлю. Благодаря этому, трубку легче вставить в концы артерии и временно фиксировать там наружными лигатурами (рис. 15).

Значительно сложнее бывает справиться с кровотечением, наступившим во время хирургического вмешательства в брюшной полости или в забрюшинном пространстве, особенно у тучных больных, когда угол операционного действия мал, а глубина раны большая. При начавшемся массивном кровотечении прежде всего необходимо быстро взять в руку большую салфетку и вслепую сильно прижать ее к предполагаемой области кровотечения. Обычно после нескольких неудачных попыток все-таки удастся если не прекратить, то хотя бы значительно уменьшить кровотечение.

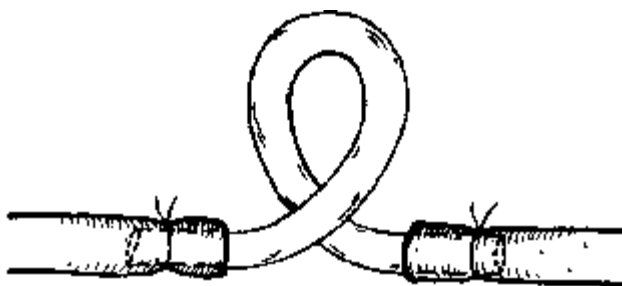


Рис. 15. Временный шунт в дефекте артерии.

Пока таким образом кровотечение временно остановлено, в случае, если хирургический доступ мал или неудачен, помощник должен быстро расширить рану, а анестезиолог ввести необходимое количество релаксантов и провести управляемую гипотонию. Должен быть подготовлен и проверен в работе электроаспиратор, а также обязательно предусмотрена возможность реинфузии крови больному. Необходим запас крови, ее препаратов или кровезаменителей для быстрого их переливания. Следует также проверить качество освещенности операционного поля, а в случае необходимости включить в хирургическую бригаду дополнительного ассистента. Только после такой подготовки, проведенной очень четко и быстро, можно приступить к надежной окончательной остановке кровотечения.

Помощники максимально широко, а главное, равномерно открывают рану на всю глубину. Это делают с помощью брюшных зеркал, длина которых должна приблизительно соответствовать глубине раны. Слишком длинные зеркала употреблять невыгодно, т.к. они искусственно углубляют рану. Чтобы предупредить выскальзывание кишечных петель, под зеркала подкладывают марлевые салфетки. Таким образом, удается раскрыть рану во все юрны, кроме той стороны, где хирург или его помощник прижимают кровоточащий сосуд. Включают электроаспиратор (если есть такая возможность, то лучше два), хирург и его помощники держат наготове различные кровоостанавливающие инструменты: обычные зажимы, зажим для глубоких полостей (кстати, очень удобный для этой цели), зажим Федорова, окончательный зажим. Такое разнообразие инструментов необходимо потому, что неизвестно, какой из них в данной ситуации окажется наиболее эффективным.

Наконец, когда всё и все готовы, можно начать освобождать прижатый сосуд. Тут возможны два варианта. При одном - хирург начинает медленно сдвигать салфетку, прижатую к кровоточащему участку, пока не появится струя крови, ориентируясь на которую, на сосуд пытаются наложить зажим. При другом - хирург резким движением убирает салфетку, что в некоторых случаях позволяет кровоточащий сосуд увидеть более отчетливо. Однако при любом варианте следует помнить, что та сторона раны, где располагалась рука хирурга, прижимающая кровоточащий сосуд, не открыта зеркалами, и если рука будет убрана полностью, то внутренности моментально закроют место кровотечения. Поэтому рука должна продолжать оттеснять внутренности до тех пор, пока она не будет заменена брюшным зеркалом.

Если первая попытка не удалась, следует все подготовить и попытаться вновь захватить сосуд или хотя бы область кровотечения, а затем, осторожно препарировав ткани, все-таки найти раненый сосуд и изолированно тщательно перевязать его. При этом следует внимательно смотреть, чтобы в лигатуру или шов не попали бы нервы и другие важные образования, располагающиеся вблизи него.

Несколько лет назад мне пришлось оперировать не в нашей больнице очень тучную больную с хроническим калькулезным холециститом. Операция протекала тяжело, т.к. больная была ранее неоднократно оперирована на органах верхнего этажа брюшной полости. Методом "от дна" был удален желчный пузырь. По ходу операции ассистент ошибочно снял зажим с неперевязанной пузырной артерии. Началось значительное кровотечение. Глубокая рана, малый угол операционного действия, помощники, с которыми я не привык работать, - все это создавало трудности и остановке кровотечения.

После нескольких неудачных попыток область кровотечения, наконец, была захвачена зажимом для глубоких полостей где-то в воротах печени. Для надежности гемостаза я наложил под зажимом П-образный шов, который завязал при удалении зажима. Изолированно кровоточащий сосуд выделить мне не удалось. По-видимому, он сократился и ушел в глубину жировой клетчатки печеночно-двенадцатиперстной связки. Кровотечение было надежно остановлено, однако на вторые сутки у больной было установлено наличие механической желтухи. Рентгеноконтрастное исследование, выполненное с помощью РПХГ, показало полную блокаду правого печеночного протока. Во время повторной операции с него была снята лигатура, в общий желчный проток поставлен дренаж по Керу. Больная поправлялась трудно и долго.

Особенно массивные кровотечения сопровождают ранения нижней полой и воротной вены, аорты, подвздошных вен и артерий. В некоторых случаях кровотечение через операционную рану удастся остановить только временно, путем прижатия рукой или грубого захвата зажимом en masse. А ведь при ранении этих сосудов нужно не только просто остановить кровотечение, но наложить сосудистый шов или дажешить протез, чтобы восстановить магистральный кровоток. Поэтому, если известно, какой сосуд ранен, то после временной остановки кровотечения необходимо открыть сосуд на протяжении как центрального, так и дистального места ранения, для того, чтобы наложить на него атравматические кровоостанавливающие зажимы или использовать для пережатия турникеты, и лишь затем вновь ревизовать место ранения. Только в спокойной обстановке без кровотечения, заливающего операционное поле, можно осуществить адекватную операцию по восстановлению магистрального кровотока.

В некоторых случаях, когда хирург не владеет техникой сосудистого шва, а временное протезирование невозможно, он может наложить на концы пересеченного магистрального сосуда атравматические зажимы и вызвать на себя ангиохирурга. Для того, чтобы за это время не наступила критическая ишемия конечности или органа, получающего кровь от пересеченного сосуда, можно рекомендовать создание местной гипотермии путем

обкладывания конечности или органа пузырями со льдом (для внутренних органов - с помощью стерильных полиэтиленовых пакетов, наполненных крошеным льдом).

Приведу совершенно необычный случай транспортировки больного по железной дороге за 200 км с наложенными на пересеченную аорту зажимами (полностью опубликовано в журнале-"Хирургия" N 11 за 1963 г.).

Больной 47 лет поступил 24.01.62 г. в 2 часа ночи. Накануне в 12 часов дня он был оперирован в больнице одного из городов. Челябинской области по поводу, якобы, забрюшинной опухоли. При попытке выделить заднюю стенку опухоли началось сильное кровотечение. Хирургу с большим трудом удалось справиться с кровотечением, оставив на концах сосудов кровоостанавливающие зажимы.

В сопровождении двух медицинских сестер больной поездом доставлен в Челябинск. В направлении было указано, что повреждена правая наружная подвздошная артерия. Однако, когда я снял швы с раны (была выполнена средняя срединная лапаротомия) и отделил уже достаточно прочно припаявшиеся к инструментам и тампонам тонкую кишку и сальник, то увидел, что не подвздошная артерия, а брюшная аорта была полностью пересечена на 3 см выше ее бифуркации. Оба конца аорты были закрыты зажимами и под ними перевязаны толстым шелком. Я также обнаружил и удалил округлое образование размерами 10x12x6 см, имевшее сообщение с правой общей подвздошной веной. После удаления этого образования на дефект в стенке вены длиной 1,5 см наложил боковой шов. Затем дистальный конец аорты и обе общие подвздошные артерии перекрыв Г-образными зажимами, после чего снял зажимы и лигатуры, наложенные оперировавшим хирургом. Удалил тромб из центрального конца аорты и после отсасывания сгустков из подвздошных артерий получил из них ретроградный кровоток.

Размятые концы аорты были иссечены, после чего образовался дефект между аортой и подвздошными артериями длиной 5 см. В него я вшил самодельный протез из айвалоновой губки, подкрепленный капроном (фабричные протезы в то время не выпускали). Кровоток был полностью восстановлен, что подтверждалось наличием пульсации артерий стоп. Гистологическое исследование подтвердило наше предположение относительно аневризмы аорты.

Конечно, ни в коем случае не нужно было транспортировать такого больного по железной дороге, а следовало вызвать ангиохирурга на себя с помощью санитарной авиации. Тем не менее, нельзя не отметить, что в этой крайне сложной ситуации хирург окончательно не растерялся и нашел выход из создавшегося положения.

Возможны случаи, когда после тщательного гемостаза кровотечение, казалось бы, надежно остановлено, и хирург зашивает «сухую рану», но в послеоперационном периоде вновь развивается массивное кровотечение. Причины этому могут быть следующие: сдавление крупных сосудов мощными ретракторами или ранорасширителями; сложное положение больного на операционном столе, когда раненые сосуды оказываются прижатыми перерастянутыми тканями самого больного; ненадежное тромбирование крупного сосуда, ну и, наконец, неадекватный контроль гемостаза перед концом операции, когда у больного сохраняется низкое артериальное давление.

Больная С. была оперирована 25.02.91 по поводу эхинококка хвоста поджелудочной железы. Она жаловалась на боли в левой половине живота, где у нее пальпировалось умеренно болезненное, округлое образование размерами 10x12 см, плотное, с гладкой поверхностью. По данным ультразвукового исследования образование располагалось в области хвоста и тела поджелудочной железы. Реакция с эхинококковым антигеном оказалась положительной.

Средне-срединным доступом была вскрыта брюшная полость, после рассечения желудочно-поперечноободочной связки легко обнаружено образование, располагавшееся тотчас ниже поджелудочной железы в забрюшинном пространстве. На эхинококк оно не и походило и было совершенно неподвижным. С большими трудностями образование частично тупым, частично острым путем было выделено и удалено. Удаление его сопровождалось значительным кровотечением, а в последний момент со стороны аорты дополнительно ударила мощная струя крови. Последняя была из культи довольно крупного сосуда, отходящего от аорты, по-видимому, к удаленному образованию. На сосуд был наложен зажим, и сосуд перевязан. Перевязаны были еще две крупные вены. Путем обкалывания и электрокоагуляции было остановлено паренхиматозное кровотечение на участках тела и хвоста поджелудочной железы, примыкавших к опухоли. Кровотечение было полностью остановлено, полость, образовавшаяся в забрюшинном пространстве, была тампонирована, поставлен дренаж целью контроля гемостаза и рана ушита.

Артериальное давление к концу операции было 80/60 мм. рт. ст., хотя кровопотеря была замещена с избытком. Срочное гистологическое исследование показало, что была удалена аденома мозгового слоя надпочечника. Поэтому больной сразу были назначены гормоны. В результате этого артериальное давление вскоре подняли до нормальных цифр. Однако через 3 часа оно начало резко снижаться, появилась резкая тахикардия, при перкуссии в брюшной полости определялась жидкость. Хотя по дренажу кровь не выделялась, было ясно, что у больной возобновилось кровотечение.

Больная взята на операционный стол. В животе было обнаружено около двух литров крови, которую удалось реинфузировать. Кровотечение происходило из двух позвоночных артерий и вены, отходящей от левой почечной вены, по-видимому, надпочечниковой.

Полагаю, что если бы мы прежде, чем закрывать рану, дождались нормализации артериального давления, то смогли увидеть кровотечение из оставшихся неперевязанными сосудов.

Как дренировать и тампонировать раны и полости

Опытный хирург знает, как часто судьба больного зависит от того, насколько точно были установлены показания для тампонирования или дренирования раны, полости, желудочно-кишечного тракта и других органов, а также насколько технически правильно это было осуществлено и проведено во времени.

К сожалению, специальных публикаций, освещающих общие принципы дренирования, почему-то нет, как нет и систематизированных сведений об этом ни в учебниках, ни в руководствах по хирургии. Исходя из этого, мне хотелось бы попытаться обосновать и сформулировать основные постулаты тампонирования и дренирования

хирургических ран и полостей, знание которых будет полезным для молодых хирургов.

Поскольку цели, которые ставит перед собой хирург, осуществляя тампонаду или дренирование, совершенно различны, следует отдельно подробно рассмотреть возможности тампона и дренажа, а также определить показания к их применению.

Хотя марлевый тампон и обладает слабым, а главное, кратковременным дренажным свойством, основная цель его применения состоит в другом. Тампоны прежде всего используют для отграничения области оперирования или места катастрофы от остальной полости. Это необходимо, например, в тех случаях, когда предполагается вскрытие гнояника в брюшной или плевральной полости, отграничение хода при формировании свища (при недостаточности культи двенадцатиперстной кишки, ранении желчных протоков, поджелудочной железы).

Поставленный тампон, являющийся для организма инородным телом, вызывает со стороны организма воспалительную реакцию, проявляющуюся отложением фибрина на поверхностях органов, соприкасающихся с тампоном, а затем организацию на его основе молодой соединительной ткани с образованием рыхлых спаек. Понимание этого процесса позволяет хирургу четко ориентироваться в сроках удаления тампона. Уже начиная со вторых суток после операции, выпавший фибрин довольно прочно фиксирует тампон к тем органам, с которыми последний соприкасается. Поэтому удаление тампона на 2-6 сутки после операции является серьезной ошибкой, поскольку не только приводит к разрушению спаек, отграничивающих свободную полость, но и может вызвать разрушение этих органов с образованием кишечных свищей, перитонита или возникновения массивного кровотечения.

В последующие дни реакция организма на инородное тело будет направлена на его изгнание: на 6-7 сутки начинается лизис фибрина, фиксирующего тампон к тканям. Происходит так называемое "ослизнение тампона". Поэтому на 7-8 сутки он может быть сравнительно легко извлечен без травматизации соседствующих органов. Обычно это делают в два этапа. На 7-е сутки тампон подтягивают, на 8-е извлекают. Удаление тампона ни в коем случае нельзя форсировать, а если хирургу при этом приходится применять значительное усилие, извлечение тампона следует еще отложить на 1-3 дня. Не следует забывать перед удалением тампона хорошо обезболить больного.

Вторая цель применения тампонирования - ликвидация образовавшейся полости. Следует сразу оговориться, что тампонирование марлей - далеко не лучший способ лечения полостей. Больше того, можно сказать, что сегодня это последнее средство при безвыходном положении. Лишь в случае, когда полость, образовавшаяся после удаления органа, опухоли или паразита, не может быть ушита, тампонирована сальником, мышцей или другими тканями, ликвидирована путем расправления легкого, перемещения диафрагмы, торакопластики и другими способами - следует использовать марлевый тампон. Мы в таких случаях предпочитаем использовать узкий и очень длинный тампон. Конец тампона вводят в самую глубокую точку раны, а затем начинают рыхло укладывать его слой за слоем так, чтобы при последующем извлечении не происходило бы его запутывания с образованием узлов. Предварительно оставляемый тампон может быть пропитан мазью, антисептиком, антибиотиком и другими необходимыми медикаментами.

Для быстрой ликвидации полости следует избегать ее тугого тампонирования, систематически извлекать часть тампона, а также контролировать размеры полости путем измерения объема заполняющей ее жидкости во время смены тампона или путем выполнения фистулографии.

Третье показание для тампонады - необходимость гемостаза. В большинстве случаев тампонаду применяют для остановки паренхиматозного или капиллярного кровотечения. Однако в некоторых обстоятельствах тампон используют для остановки кровотечения из более крупных сосудов - особенно вен. Последнее также является вынужденным средством, когда более надежные способы остановки кровотечения использовать не удается или когда при самых тщательных поисках источник кровотечения не обнаруживают.

Как правило, кровотечение может быть остановлено только при тугий тампонаде. Предварительно тампон пропитывают какой-либо гемостатической жидкостью, либо для тампонады используют специальную гемостатическую марлю. Наконец, перед тампонадой к месту кровотечения может быть подведена гемостатическая губка, которую затем там плотно прижимают сверху марлевым тампоном.

Мы в ряде случаев с успехом использовали прием, позволяющий, с одной стороны, усиливать гемостаз, а с другой - в дальнейшем более безопасно извлекать тампон. Он заключается в том, что между кровоточащим участком и тампоном помещали прядь сальника или кусочек мышцы.

Как правило, тампон, установленный с целью гемостаза, должен быть удален через сутки. Лишь в случаях, когда опасность рецидива массивного кровотечения велика, тампон оставляют, но тогда уж до 7-8 дня. Больному перед удалением тампона глательно провести гемостатическую терапию, снизить артериальное или венозное давление, а также подготовиться к хирургической остановке рецидива кровотечения.

Для того, чтобы говорить о показаниях к дренированию, нужно четко представить себе те возможности, которые оно открывает перед хирургом. Прежде всего с помощью дренажа можно осуществить удаление из раны или полости экссудата, крови, подтекающего экскрета (желчь, панкреатический сок, моча, лимфа и пр.).

Дело в том, что любое оперативное вмешательство вызывает ответную реакцию брюшины или плевры, как правило, в виде экссудативного воспаления. Степень воспалительного процесса зависит от таких факторов, как локализация и распространенность вмешательства, травматичность операции и реактивность организма. Практически всегда сразу после хирургического вмешательства имеет место экссудативный плеврит или перитонит. Поначалу они носят серозный характер и обычно протекают асептически. Лишь в тех случаях, когда после вскрытия полого органа по ходу операции произошло массивное бактериальное обсеменение, а хирург не произвел адекватной санации полости, или в случае раннего инфицирования экссудата в результате первичной недостаточности швов анастомоза, перитонит быстро принимает гнойный характер.

Экссудация со стороны плевры происходит интенсивнее, чем со стороны брюшины. Напротив, всасывающие свойства брюшины намного выше, чем плевры. Поэтому небольшой серозный экссудат обычно полностью резорбируется из брюшной полости за несколько дней. Более объемное количество жидкости из плевральной полости рассасывается долго. Отсюда и общепринятая тактика: брюшную полость после плановых операций зашивают наглухо, после торакотомии ставят дренаж минимум на 24 часа. Не дренируют плевральную полость обыч-

но только после пульмонэктомии, поскольку экссудат в этом случае может быть легко удален с помощью пункций.

Первичный дренаж в брюшную полость нужно ставить в тех случаях, когда после операции будет подтекать какой-нибудь экскрет. Например, даже после идеально проведенной операции холецистэктомии с тщательным ушиванием ложа пузыря никогда нельзя гарантировать, что не остался неперевязанным какой-либо небольшой печеночный проток, открывавшийся непосредственно в полость пузыря, или что желчь не будет подтекать из поврежденной ткани печени. И, если я раньше после плановой холецистэктомии редко дренировал брюшную полость, то в последние годы, как правило, оставляю дренаж у ложа пузыря на одни сутки. При этом в выделившемся через дренаж экссудате всегда наблюдалась примесь желчи.

Во-вторых, дренаж служит для борьбы с инфекцией, поскольку условия для развития или прогрессирования инфекции в хорошо дренированной полости всегда неблагоприятные. С другой стороны, дренаж позволяет осуществлять промывание инфицированной полости и вводить в нее лекарственные вещества.

Каждому опытному хирургу на своем примере хорошо известно, что природа организма не переносит наличия свободных полостей, особенно закрытых. Как правило, экссудат, заполняющий полость, быстро инфицируется, образуется абсцесс.

Причем даже условно патогенная инфекция в условиях замкнутой полости сразу становится необычайно вирулентной. Наглядным примером этому может служить бурное развитие острого воспалительного процесса в бронхах дистального места обтурации бронха злокачественной опухолью, аденомой или инородным телом.

Возможно, при этом в замкнутой полости в условиях отсутствия кислорода активизируются анаэробы, а возможно также, что создаются условия для повышенной проницаемости токсинов через стенки полости. Не будем более подробно выяснять причины, но с древних времен известно, что замкнутая инфицированная полость должна быть срочно вскрыта: "Ubi pus – ibi evasuo".

Поэтому профилактическая установка дренажа, с одной стороны предохраняет полость от развития в ней инфекции, а в случае развившейся инфекции помогает активно бороться с ней.

Третья функция дренажа - превентивная. С одной стороны, она превентивно-диагностическая, поскольку с его помощью могут быть рано выявлены такие осложнения, как кровотечение, несостоятельность анастомоза желудочно-кишечного тракта или желчных путей, с другой - превентивно-лечебная, поскольку при несостоятельности анастомоза содержимое уже не пойдет в брюшную полость, а будет отходить по дренажу, что спасет больного от возможных тяжелых осложнений.

Сюда примыкает и четвертая функция дренажа - планируемое образование наружного свища паренхиматозного органа. Например, при панкреато-дуоденальной резекции по методике В. А. Мазохи анастомоз культи поджелудочной железы с кишкой не накладывают, а заведомо идут на образование наружного панкреатического свища. С этой целью к культе железы сразу подводят дренажную трубку.

В отличие от дренирования брюшной и плевральной полостей дренирование желудочно-кишечного тракта помогает решить совсем другие задачи. Наиболее часто хирург дренирует полый орган с целью создать наиболее благоприятные условия для заживления пищеводно-желудочного, желчно-кишечного и других анастомозов. Дренаж помогает ликвидировать внутрикишечную гипертензию, вздутый кишечник спадается, благодаря чему создаются оптимальные условия для восстановления микроциркуляции в области анастомозированных краев сшитых органов.

С помощью дренажа решается не менее важная задача борьбы с гипертензией и метеоризмом при любом виде острой кишечной непроходимости, в том числе и динамической, развивающейся при перитоните. По моему глубокому убеждению, адекватное дренирование желудочно-кишечного тракта здесь является важнейшим делом. При этом обычно одновременно решается и вторая задача дренирования - освобождение желудочно-кишечного тракта от его токсического содержимого.

Третья задача дренирования - организация через него энтерального питания. Наконец, дренаж может быть использован в качестве каркаса при формировании на нем анастомозов небольшого диаметра (холедохо-холедохоанастомоз) с целью предупреждения развития стеноза.

Часто хирургу приходится сочетать тампонирование с дренированием. Это бывает необходимо в тех случаях, когда одновременно требуется и отграничение раны, и создание хорошего оттока. С моей точки зрения, применение с этой целью так называемого сигарного тампона совершенно неоправданно, поскольку дренирующая часть этого тампона (резинный футляр) находится снаружи, а отграничивающая (марля) - внутри. В результате этого тампон не может ничего отграничить, а дренировать он будет только свободную полость, что в общем-то не нужно.

Для эффективного сочетания тампонады и дренирования дренажные трубки подводят к нужному участку, а тампоны вводят по сторонам снаружки от них.

Мы пока не избалованы выбором трубок для дренажей. Из имеющегося материала предпочтение следует отдать трубкам из силиконовой резины. Чтобы избежать присасывания трубки, со стороны внутреннего торца ее следует сделать П-образный вырез. Число и места расположения вырезаемых на трубке боковых отверстий зависят от цели дренирования. Так, при дренировании кишечника с целью его опорожнения, на всем протяжении длинной трубки вырезается большое число боковых отверстий. Однако, следует помнить, что слишком большие или частые отверстия могут привести к перегибу трубки вследствие потери ею необходимой ригидности с полным прекращением дренажной функции.

В то же время в большинстве случаев боковые отверстия следует делать только вблизи внутреннего конца трубки. Если трубка перфорирована на значительном протяжении, то это может привести к инфицированию всего канала, в котором она расположена. Наличие перфорационных отверстий на уровне подкожной жировой клетчатки обычно является причиной развития ее флегмоны. Если подобное положение трубки имеет место при дренировании плевральной полости, то разовьется подкожная эмфизема, а то и пневмоторакс (рис. 16).

Наконец, в тех случаях, когда дренаж проходит через свободную полость, например плевральную, и часть отверстий в нем расположены выше уровня экссудата - он вообще может не функционировать, поскольку будет либо засасывать воздух, либо жидкость, поступившая в дренаж через нижние отверстия, не выходя наружу, будет выливаться обратно через верхние (рис. 17).

В тех случаях когда большого количества отделяемого не ожидается, а также при поверхностных ранах, дренажем может послужить полоска, вырезанная из перчаточной резины.

Следующий важный вопрос - это степень необходимого уровня отрицательного давления в дренажной системе. Отрицательное давление может быть создано с помощью стационарной вакуумной системы, электроотсоса, водоструйного отсоса, многобаночной системы, эластической гармошки, резиновой груши или просто за счет гравитации. Естественно, чтобы надежно изолировать вакуумную систему от попадания в нее удаляемого содержимого, между вакуумной системой и дренажем всегда должна находиться емкость - приемник удаляемого содержимого.

Регулирование величины необходимого отрицательного давления дело очень тонкое. Как правило, при небольшом отрицательном давлении создается наилучший отток, поскольку дренажная трубка не присасывается к тканям. Поэтому при дренировании брюшной полости предпочтительнее пользоваться гравитационным дренажом, либо присоединяя к дренажу резиновую грушу или пластмассовую гармошку.

При этом, чтобы избежать присасывания дренажа, грушу периодически отключают на несколько минут, а затем присоединяют вновь.

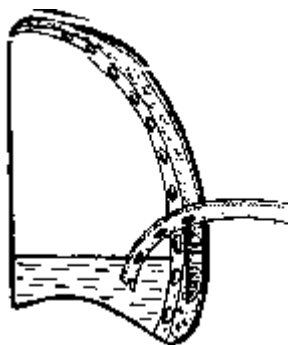


Рис. 16. Образование подкожной эмфиземы и флегмоны грудной стенки при неправильно установленном дренаже.

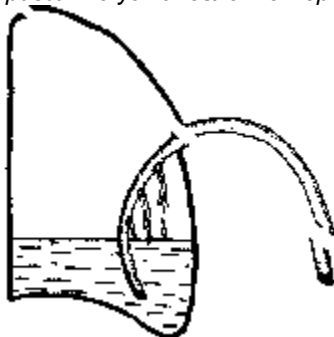


Рис. 17. Отсутствие дренажной функции при неправильно установленном дренаже

В тех случаях, когда нужно дренировать негерметичную полость, к дренажу следует присоединить мощную отсасывающую систему, но и здесь следует действовать разумно. Так, после операции резекции легкого при наличии незакрытой раневой поверхности легочной ткани в плевральную полость через множественные бронхиолы будет поступать много воздуха. Чтобы легкое расправилось, этот воздух нужно полностью удалить. Однако слишком высокий вакуум будет препятствовать слипанию стенок мелких бронхиальных свищей, поскольку через них постоянно будет идти сильный поток воздуха. Вот здесь то и потребуется искусство врача - регулируя силу вакуума, а также моменты его включения и выключения, добиться слипания стенок бронхиол и в то же время полного расправления легкого.

Чрезмерно сильный вакуум может помешать заживлению раны желчных путей или поджелудочной железы с последующим образованием свища, поскольку он будет поддерживать непрерывный ток желчи или панкреатического сока.

В тех случаях, когда ожидается отхождение значительного количества отделяемого или когда точное место подтекания неизвестно, лучше поставить к подозрительному месту сразу несколько дренажей - "обойму". Пользуясь дренажами, не следует забывать, что дренаж даже из самого инертного материала является инородным телом, а также, что возможно развитие пролежня на кишке, желудке и других органах, на которые длительное время дренаж оказывает давление. Поэтому срок пребывания дренажа должен быть максимально ограничен - ни одного лишнего дня он стоять не должен. В тех случаях, когда дренаж удалить нельзя, рекомендуется периодически его заменять на новый.

При замене дренажа нужно быть уверенным, что вам удастся его провести и поставить на старое место. Для этого в нашей клинике используют пластмассовые или проволочные длинные проводники - направители. Конец проводника мы проводим в дренаж до упора, затем, удерживая проводник на месте, извлекаем дренаж. Проводник обрабатываем антисептиком, насаживаем на него новую дренажную трубку, изнутри обильно смоченную глицерином, и, продвигая ее по проводнику, устанавливаем на нужную глубину. Предварительно определяем эту глубину на основании измерения длины наружной части удаленного старого дренажа. Это расстояние заранее отмеряем на новом дренаже и ставим отметку.

В некоторых случаях, например, при деструктивном панкреатите, когда ожидается отхождение сравнительно больших некротических секвестров, дренаж должен быть достаточно широким, чтобы пропустить эти секвестры

или, по крайней мере, обеспечить их отхождение после извлечения дренажа. При отсутствии широкой трубки сальниковую сумку дренируют "обоймами". При этом дренаж следует держать долго, чтобы сформировать достаточно широкий и надежный ход.

В современной хирургии широкое распространение получил метод промывания инфицированных полостей и ран. Промывание фракционным способом можно осуществить и через обычную дренажную трубку. Однако это имеет ряд отрицательных моментов. При отсутствии надлежащей герметизации жидкость начнет оттекать мимо трубки, если же дренаж поставлен в полость герметично, то при введении жидкости давление в полости будет возрастать, что помешает ее спадению с последующей ликвидацией. С другой стороны, даже кратковременная гипертензия в ликвидируемой полости может привести к проникновению инфицированного содержимого в кровоток и вызвать общую неблагоприятную септическую реакцию организма. Наконец, при одной трубке невозможно организовать постоянное промывание полости.

Всех этих неприятностей можно избежать, пользуясь так называемой проточно-дренирующей системой. Эта система состоит из нескольких однопросветных или одной (можно и нескольких) двухпросветных трубок, герметично соединенных с полостью. Присоединив капельницу с промывным раствором к узкому просвету трубки, мы получим хороший отток жидкости через ее широкий просвет.

При отсутствии двухпросветных трубок их можно сделать самим, используя с этой целью обычную дренажную трубку и подключичный катетер. Дренажную трубку следует проколоть толстой иглой, ввести в иглу проводник, затем иглу удалить и по проводнику ввести подключичный катетер, и наконец проводник удалить (аналогично методике Сельдингера). Катетер, продвигают до тех пор, пока введенный конец его не сравняется с внутренним концом широкой дренажной трубки, и двухпросветная трубка готова.

В некоторых случаях хирурги предпочитают ставить сквозные дренажи, проходящие через всю рану или полость. Обычно такой дренаж имеет множество боковых отверстий. Как правило, сквозные дренажи ставят с целью формирования на них каких-либо анастомозов и профилактики стеноза. Так дренаж, проведенный с этой целью через паренхиму печени, печеночные и желчный протоки и затем через кишку выведенный по Витцелю наружу, держат много месяцев. Вместе с тем сквозным дренажем иногда пользуются с целью лучшего опорожнения и санации полости. В этом случае я рекомендую дренажную трубку посредине туго перевязать лигатурой так, чтобы полностью перекрыть ее просвет. Тогда жидкость, поступающая в дренаж, не будет сразу вытекать из его другого конца, а будет вначале орошать полость через отверстия приводящего конца, а затем через отверстия обводящего конца - оттекает наружу.

Как уже упоминалось, повышать давление в полости нежелательно, поэтому даже при капельном введении в нее жидкости, всегда следует контролировать адекватность ее оттока. При отсутствии адекватного оттока следует прежде всего проверить проходимость дренажа, попробовать переменить положение больного или создать в дренаже легкий вакуум.

Легкий вакуум вообще полезен для быстрее спадения полости, поэтому даже при постоянном промывании с хорошим оттоком следует периодически промывание прекращать и присоединять дренаж к вакууму. Чем чище будет оттекаемая по дренажу жидкость, тем чаще и дольше следует держать больного на вакууме. В первые дни стенки полости наименее ригидны, поэтому применение вакуума в это время оказывается наиболее эффективным.

Тампоны и дренажи выводят наружу, как правило, через отдельный небольшой разрез кожи. Однако тампоны, поставленные с целью отграничения, почти всегда выводят через основную рану. Если тампонов и дренажей, поставленных в различные места полости или полостей, несколько, то они обязательно должны быть четко маркированы, и эта маркировка описана в протоколе операции, только тогда есть гарантия, что их не перепутают.

Все дренажи, а также рыхло поставленные тампоны прочно фиксируют к коже, лучше швами. Вокруг дренажа, поставленного в плевральную полость, должен лежать ситуационный шов, который затягивают после удаления дренажа. В некоторых случаях, когда важно, чтобы внутренний конец дренажа стоял точно в определенном месте или дренаж не вышел бы самостоятельно из просвета кишки, желудка, протока или другого полого органа, куда он был поставлен, его следует фиксировать там с помощью кетгутового шва.

Хочу думать, что строго придерживаясь изложенных здесь основных принципов тампонирования и дренирования, вам удастся избежать многих осложнений и значительно сократить сроки лечения пациентов.

Как следует действовать при наличии спаечного процесса в брюшной полости

Повторные операции на органах брюшной полости подчас бывают связаны со значительными трудностями. Главная причина этого заключается в наличии тяжелого спаечного процесса, развивающегося у некоторых людей после операции.

Прогнозировать развитие спаечного процесса мы пока-что не можем, хотя несомненно тест на развитие спаек должен быть найден. Дело в том, что образованию спаек обязательно предшествует фибринозный перитонит. Именно фибрин - один из белков крови - всегда содержится в воспалительном экссудате брюшной полости при воспалительном процессе брюшины любой этиологии. Он участвует в защитной реакции организма, склеивая между собой сальник, петли кишечника, желудок, печень и другие органы, покрытые брюшиной.

Таким путем организм пытается отграничить участок катастрофы от остальной брюшной полости. В ряде случаев это ему удается, тогда или образуется аппендикулярный инфильтрат, или инфильтрат вокруг желчного пузыря, или прикрывается перфоративная язва желудка, происходит осумковывание гноя под диафрагмой, между петлями кишечника или в дуэласовом пространстве.

Однако, как я уже упоминал, биологическая природа организма не рассчитана на помощь хирурга в решении ее проблем. Поэтому брюшина на хирургическое вмешательство реагирует точно так же, как и на случайное ранение, травму, перфорацию или воспалительный процесс ее органов. После каждой плановой лапаротомии обязательно возникает воспалительная реакция брюшины в виде перитонита. Этот перитонит протекает асептически, естественно, если во время операции не была внесена инфекция.

По характеру экссудата он может быть серозным, серозно-фибринозным или фибринозным. Асептические перитониты протекают благоприятно и специального лечения при них не требуется. От чего зависит характер экссудата, определено сказать трудно. Считается, что чем нежнее хирург обращается с органами, покрытыми брюшиной, и с париетальной брюшиной, тем меньше будет ее ответная воспалительная реакция, и, наоборот, грубая тракция органов, травматизация брюшины сухими салфетками и, инструментами, раздражение попадающими на нее химическими веществами, тампонами и дренажами вызывает выраженную воспалительную реакцию. При такой реакции фибрина в выпоте оказывается гораздо больше. Однако, по-видимому, характер экссудата зависит не только от этого.

Опытные хирурги за свою жизнь обычно видят немало больных, ранее неоднократно оперированных, с обширными рубцами после заживления ран вторичным натяжением, у которых, тем не менее, спайки в брюшной полости отсутствовали или были минимальными. В то же время у других больных после чистых "невинных" операций иногда развивается тяжелейшая спаечная болезнь.

Причина этого, по-видимому, кроется в том, что у определенной группы лиц имеется какая-то реакция организма, направленная на быструю организацию соединительной ткани, в данном случае - на формирование спаек. Скорее всего это реакция, общая для всего организма, а следовательно для того, чтобы ее заранее обнаружить, может быть найден какой-то тест.

Необходимость такого теста очевидна. При положительном тесте мы будем больному проводить все меры профилактики образования спаек, при отрицательном - понадеемся на аутофибринолитические возможности самого организма. Правда, и сейчас существуют многочисленные рецепты профилактики спаечного процесса в брюшной полости, но в массовом порядке они не используются. Причин этому несколько. Прежде всего, подавление ответной реакции организма в виде быстрой организации соединительной ткани в целом невыгодно, поскольку в результате перестанут заживать ссадины, раны и язвы, не будут отграничиваться гноиники. Во-вторых, методы, предлагаемые для этого сегодня, дороги или трудоемки. В-третьих, нет уверенности, что они эффективны. Поэтому со спайками в брюшной полости хирургу пока что приходится встречаться постоянно.

При одиночных спайках или при рыхлом спаечном процессе у хирурга трудностей обычно не возникает. Отдельные плотные спайки он просто пересекает. Если спайки богато васкуляризированы, то предварительно их перевязывают или просто рассекают электроножом. Рыхлые спайки могут быть легко разделены частично тупым, частично острым путем.

Проблемы возникают тогда, когда спаечный процесс в брюшной полости мощный и обширный. В этом случае даже войти в брюшную полость нередко бывает тяжело. Еще большие трудности понижают у хирурга, когда он начинает выделять и идентифицировать ее органы.

При наличии подозрений на возможность тяжелого спаечного процесса прежде всего желательнее найти оптимальный доступ. При повторных операциях многие предпочитают использовать тот же доступ с иссечением старого рубца. Преимущество такого доступа с косметических позиций неоспоримо, но, если вы будете иссекать рубец на всю толщину брюшной стенки, то всегда есть реальная опасность вскрыть просвет кишки или серьезно повредить другой орган, впаявшийся в рубец. Поэтому даже если вам ничего не известно о наличии и характере спаечного процесса, то советую поступить следующим образом.

Если рубец у больного образовался после верхнесрединной лапаротомии, надлежит иссечь только кожную часть рубца, а затем продольным разрезом на всю длину раны рассечь передний листок влагаллица правой или левой (в зависимости от цели вашей операции) прямой мышцы живота, отодвинуть мышцу в латеральном направлении и осторожно рассечь в продольном же направлении задний листок влагаллица прямой мышцы. При этом в тех случаях, когда это возможно, париетальную брюшину лучше сразу не вскрывать. Тогда у вас появится возможность отслоить ее от апоневроза в латеральную сторону еще на несколько сантиметров и только после этого продольным разрезом рассечь её. Действуя таким образом, вы, по крайней мере, окажетесь на значительном расстоянии от послеоперационного рубца в стороне от самых мощных спаек, а иногда перед вами откроется свободная брюшная полость.

В том случае, если после вскрытия брюшины вы сразу попадете на сплошные сращения, то попытайтесь обнаружить в них "слабое место". Для этого тщательно пропальпируйте всю открытую вам поверхность и попробуйте найти на ней наиболее мягкие участки. Очень важно также, если при осмотре этой спаечной поверхности вам удастся обнаружить хотя бы небольшой участок кишки, желудка, сальника или печени, свободный от сращений. В том случае, если рядом с обнаруженным органом имеется "мягкий" участок, то начинайте разделять сращения именно здесь.

Спайки разделяют осторожно, захватывая их лучше двумя пинцетами, слегка приподнимая и буквально по миллиметру надсекая ножницами или скальпелем. После каждой насечки рассеченные ткани следует пытаться сдвинуть в стороны с помощью небольшого плотного тупфера. Больших усилий при этом прилагать не следует. Ориентируйтесь на видимую часть органа стараясь его освободить.

Если при разделении сращений полый орган будет вскрыт или хотя бы десерозирован, повреждение должно быть ушито. К сожалению, не могу сказать "немедленно ушито", поскольку в ряд случаев, чтобы надежно ушить отверстие в кишке, ее все-так приходится предварительно освобождать из сращений на каком то протяжении.

Если же после вскрытия брюшины вы не увидите ни одного органа, а при пальпации спаечный панцирь будет однородно плотным, разделение сращений следует начинать только с верхнего угла раны, пытаясь выйти на печень. Дифференцировать печень легко по ее консистенции и цвету, а поверхностное повреждение ее менее опасно, чем вскрытие полого органа. Идя по печени вниз, вы, продолжая рассекать и тупо разделять сращения, постепенно переходите на ее нижнюю поверхность. Сюда может быть припаян желудок. Если сращения между ним и печенью на этом участке очень прочные и стенка желудка различается плохо, то следует попытаться пройти правее или левее этого места, пытаясь найти участок менее плотных сращений. При этом все время следует ориентироваться только на печень. Обнаружив такой слабый участок, вы после разделения в этом месте спаек заходите пальцем в отверстие между печенью и желудком на некоторую глубину и только после этого, идя в направлении из глубины к поверхности, вновь возвращаетесь к месту прочного сращения печени с желудком.

В тех же ситуациях, когда в операционной ране печени близко нет, разделяя сращения, старайтесь держать

ся ближе к передней брюшной стенке, поскольку это единственное плотное образование, на которое можно ориентироваться. Продолжайте двигаться по ней вверх, вниз и в стороны, пока в каком-то месте не войдете в брюшную полость или не встретитесь с рыхлыми спайками.

Нередко бывает и так, что, пройдя поверхностный плотный слой сращений, вы окажетесь среди рыхлых спаек, легко разделяемых и пальцем, а то и в свободной брюшной полости. Это уже большой, но не окончательный успех. Не увлекайтесь. Легко расслаивая и разрывая пальцами рыхлые сращения, ненароком можно порвать сальник, повредить печень или брыжейку, нарушить целостность серозного покрова на органах, а то и вскрыть их просвет. Это происходит чаще в моменты, когда приходится рассекать более плотные участки режущим инструментом.

При тотальном спаечном процессе, если у больного после первой операции не было никаких клинических проявлений спаечной болезни, нет необходимости разделять все спайки и освобождать все органы, поскольку новые сращения, которые будут скорее всего вновь образовываться и после вашей операции, могут спаять органы в менее выгодном положении. Да и процесс разделения спаек сам по себе сложен и опасен. Поэтому освободите из сращений только те части органов, которые понадобятся вам для свободного выполнения планируемой операции.

Однако тем больным, у которых проявлялась непроходимость кишечника или были боли, связанные со спаечным процессом, приходится не только разделять, по возможности, все сращения, но и фиксировать кишечник в каком-то определенном порядке. Хотя относительно операций типа Нобля существуют различные мнения, другого лучшего варианта борьбы с хронической кишечной непроходимостью пока нет. Наконец, в тех случаях, когда при выраженной спаечной болезни обнаруживается кишечный конгломерат, разделить который не представляется возможным даже самому опытному хирургу, его приходится резецировать.

***Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай быстротечен,
опыт ненадежен, суждение трудно.***

Гиппократ

***Человеку свойственно ошибаться, но только глупому –
упорствовать в своей ошибке,***

Как предупредить и бороться с послеоперационным парезом желудочно-кишечного тракта

В своей книге я не ставил целью рассматривать осложнения после хирургических операций, однако вынужден сделать исключение для такого осложнения, как послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта и развивающаяся при этом клиническая картина острой динамической непроходимости кишечника. Причина этого заключается в том, что подобное осложнение встречается довольно часто, но почему-то подробно не рассматривается в учебниках и руководствах по хирургии. К тому же в большинстве случаев парез разрешается самостоятельно довольно быстро. Вместе с тем не так уж редко осложнение приводит к самым тяжелым последствиям.

Во-первых, могут быть диагностические ошибки, когда за послеоперационный парез принимают острую кишечную непроходимость, развившуюся в результате наличия механического препятствия, образовавшегося вследствие самой операции. В результате необходимую повторную операцию своевременно не производят.

Причинами ранней послеоперационной механической кишечной непроходимости могут быть следующие: ущемление кишки во вновь образованных и недостаточно тщательно ушитых отверстиях или в карманах брюшины после наложения анастомозов, например, в окне брыжейки поперечно-ободочной кишки; спайки; сдавления кишечной трубки воспалительным инфильтратом; заворот и узлообразование кишечника; технические ошибки хирурга: захватывание в шов стенки кишечника при зашивании брюшной раны; забытые инородные тела, а также оставление без соответствующей коррекции имеющихся спаек, инфильтрата или опухоли, вызвавших непроходимость.

Больной М. с облитерирующим атеросклерозом бифуркации аорты и подвздошных артерий, которому 3 года назад было сделано бифуркационное аортобедренное шунтирование, поступил по поводу острого тромбоза шунта. Внебрюшинным доступом была обнажена аорта. Тромбированный протез удален. Поставлен новый аортобедренный бифуркационный шунт. Магистральный кровоток в конечностях был восстановлен, однако у больного после операции появился тяжелый парез кишечника, который несмотря на все лечебные мероприятия прогрессировал. Во время лапаротомии обнаружено ущемление петли тонкой кишки в отверстии брюшины на месте правой бранши удаленной тромбированного протеза.

Во-вторых, имевшийся в начале парез кишечника в дальнейшем сам может оказаться причиной развития острой механической непроходимости кишечника.

Больной У. был оперирован по поводу травматической диафрагмальной грыжи. Разрыв левого купола диафрагмы произошел 2 года назад в результате сдавления больного между кирпичной стенкой и бортом грузовой автомашины. Во время операции был обнаружен дефект в медиальной части купола диафрагмы размером 6-14 см. Содержимым грыжи являлись часть левой доли печени и поперечно-ободочная кишка, грыжевого мешка как такового не было. После вправления внутренностей в брюшную полость и освобождения диафрагмы из сращений была выполнена пластика грыжевых ворот с созданием дубликатуры из переднего и заднего лоскутов диафрагмы.

По-видимому, в результате частичного повреждения левого блуждающего нерва у больного на следующий день после операции развился тяжелый парез желудочно-кишечного тракта. Метеоризм был сильно выражен и серьезно беспокоил больного. Дыхание была частым и поверхностным из-за того, что диафрагма оказалась высоко поднятой раздутым кишечником и желудком. Больному был поставлен постоянный зонд для разгрузки желудка и 12-перстной кишки, а также использован весь арсенал средств, направленных на стимуляцию тонуса и моторики желудочно-кишечного тракта, но эффект оказался минимальным. На третьи сутки у больного боли в животе приняли схваткообразный характер, резко усилились и начали иррадиировать в левую половину грудной клетки. При рентгенологическом исследовании были обнаружены раздутые петли кишечника, расположенные

выше левого купола диафрагмы. Во время реторакотомии было установлено, что несколько швов, наложенных на диафрагму в медиальном углу раны, оказались несостоятельными, петля тощей кишки вышла в плевральную полость и ущемилась в образовавшемся в диафрагме отверстии. Кишка оказалась жизнеспособной. Она была погружена в брюшную полость. Дефект в диафрагме тщательно ушили. Парез с трудом разрешили через несколько дней. Больной поправился.

Несомненно, что парез кишечника в данном случае сыграл далеко не последнюю роль в развитии неточности швов, наложенных на диафрагму.

В-третьих, длительно существующий парез кишечника может перейти в уже необратимое состояние - паралич кишечника.

В-четвертых, парез кишечника способствует появлению таких осложнений, как воспаление легких, полная или неполная эвентерация, образование дефектов по линии шва апоневроза с последующим формированием вентральных грыж, а также некоторых других осложнений.

Наконец, парез кишечника иногда может быть единственным признаком вяло текущего гнойного перитонита, а несвоевременное распознавание причин пареза может привести к самым гяжелым последствиям.

Одним из моих аспирантов, А.Ю. Сапожковым, было проделано большое исследование, специально посвященное вопросу ранней послеоперационной непроходимости. Прежде всего он изучил течение послеоперационного периода у 21976 больных. Вопреки общепринятому мнению, что такие явления, как вздутие живота, рвота, боли в животе, задержка стула и газов обычны для лапаротомированных больных, он нашел развитие подобной симпто-матики лишь у 425 больных, т.е. меньше, чем у 2% оперированных. У остальных же подобных явлений после операции вообще не наблюдалось. Отсюда он сделал справедливый вывод о том, что появление симптомов непроходимости желудочно-кишечного тракта, далеко не банальная реакция организма на оперативное вмешательство, а поэтому такие больные, у которых эти симптомы проявляются, должны находиться под постоянным пристальным вниманием со стороны врача.

Второй вывод, к которому пришел А.Ю. Сапожков, вообще обескураживающий. Он убедительно доказал, что дифференциальный диагноз между послеоперационным парезом кишечника и ранней механической кишечной непроходимостью крайне труден, поскольку симптоматология их в первые дни после операции практически одинакова. Единственно полезными для этого оказываются лишь такие симптомы, как боль в животе схваткообразного характера, усиленная перистальтика и асимметрия живота. Причем только последний симптом отличается стабильностью, в то время как схваткообразный характер болей сменяется довольно скоро болями постоянного характера, а перистальтика быстро истощается.

Исходя из этого, он предлагает вообще отказаться от попытки проведения дифференциального диагноза, а сразу приступить к энергичному лечению больного. Дифференциальный диагноз же вида послеоперационной кишечной непроходимости практически становится возможным лишь после оценки динамики изменения каждого симптома в процессе проведения лечебно-диагностических мероприятий.

Лечение следует начинать с проведения консервативных мероприятий. В результате только консервативного лечения мы получили стойкий эффект у 77% больных. Вместе с тем чрезмерное увлечение консервативным лечением опасно, поскольку в ситуациях, когда необходимо оперативное вмешательство, это может привести к задержке релапаротомии.

Хочу обратить ваше внимание на то, что имеется всего лишь три достоверных признака нарастания кишечной непроходимости:

- прогрессирующее вздутие живота,
- не уменьшающееся количество отделяемого по зонду из желудка и
- отсутствие пневматизации толстой кишки.

Эти признаки выявляются обычно уже в первые 6-12 часов наблюдения за больным в условиях правильного и энергичного консервативного лечения и показывают, что больной подлежит неотложной операции.

За десять лет проведения нами активной тактики, которая заключалась в более ранней релапаротомии при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии летальность больных после релапаротомии снизилась с 52,2 до 21,7%.

Исходя из этих стратегических предпосылок, я считаю возможным рекомендовать хирургам при ранней послеоперационной кишечной непроходимости четко придерживаться следующей **тактики**, разработанной А.Ю. Сапожковым.

1-й этап (продолжительность 4-6 часов). Обзорная рентгеноскопия или рентгенография брюшной полости, прием больным внутрь 100-150 мл взвеси сернокислого бария, проведение внутривенной инфузионной терапии с медикаментозной стимуляцией деятельности кишечника и одного сеанса гипербарической оксигенации (если есть возможность). По окончании комплекса названных лечебно-диагностических мероприятий проводится осмотр больного и контрольная рентгеноскопия (-графия) брюшной полости.

Варианты:

1. При ухудшении общего состояния больного и нарастании клинических проявлений непроходимости - срочная релапаротомия.
2. При улучшении общего состояния и уменьшении клинических проявлений непроходимости - продолжать проведение консервативных мероприятий и наблюдение.
3. При отсутствии изменений в общем состоянии и клинических проявлений непроходимости следует перейти к следующему этапу лечения.

2-й этап (продолжительность 4-6 часов). Блокада эпидурального пространства в сочетании с медикаментозной стимуляцией кишечника и сеанс ГБО. По окончании проводится осмотр больного и контрольная рентгеноскопия (-графия) брюшной полости.

Варианты:

1. При ухудшении общего состояния и нарастании клинических проявлений непроходимости - срочная операция.
2. При улучшении общего состояния и уменьшении клинических проявлений непроходимости - продолжение

динамического наблюдения на фоне проведения инфузионной терапии и стимуляции деятельности кишечника.

3. При отсутствии изменений в клинической картине непроходимости у больного, находящегося в тяжелом состоянии - срочная релапаротомия.
4. При отсутствии изменений в клинической картине у больного, находящегося в удовлетворительном состоянии, следует переходить к третьему этапу лечения.

3-й этап (продолжительность 4-6 часов). Внутривенная инфузионная терапия в полном объеме, сеанс гипербарической оксигенации, медикаментозная стимуляция деятельности кишечника в комплексе с продленной эпидуральной блокадой. По окончании лечебных мероприятий проводится осмотр и контрольная рентгеноскопия (-графия) брюшной полости.

Варианты:

1. При ухудшении общего состояния и нарастании клинических проявлений непроходимости - срочная релапаротомия.
2. При отсутствии изменений в общем состоянии больного и в клинической картине осложнения - срочная релапаротомия.
3. При улучшении общего состояния, уменьшении клинических проявлений непроходимости кишечника продолжить проведение консервативного лечения и наблюдение.

Во время повторной операции перед хирургом стоит несколько задач. Прежде всего необходимо установить и устранить причину непроходимости желудочно-кишечного тракта. Во-вторых, следует определить жизнеспособность кишечника, принять решение о необходимости его резекции и выбрать метод восстановления проходимости. В-третьих, обеспечить адекватное дренирование желудочно-кишечного тракта. В-четвертых, надлежит произвести санацию брюшной полости. В-пятых, надежно закрыть операционную рану передней брюшной стенки.

В случае высокой непроходимости причину ее установить бывает несложно, поскольку большая часть кишечника находится в спавшемся состоянии. При низкой же непроходимости раздутые петли кишечника являются серьезной помехой в поисках места и причины непроходимости. Иногда все-таки удается найти неизменную петлю кишки. Тогда, идя по ней в оральном направлении, вы обязательно дойдете до места препятствия. Если такую петлю отыскать невозможно, а раздутые кишки не позволяют произвести надлежащую ревизию, то их предварительно приходится опорожнять путем пункции иглой с широким просветом, введения в просвет кишки наконечника электроотсоса или широкой трубки, а в некоторых случаях даже путем полного поперечного пересечения кишки. Последний способ используют обычно в тех случаях, когда необходимость последующей резекции кишки сомнения не вызывает.

Оценивать жизнеспособность ущемленной петли кишки мы имеем право, только устранив причину непроходимости и разгрузив ее раздутый оральный отдел от содержимого либо путем опорожнения наружу, либо перераспределив содержимое в дистальные отделы кишечника.

К сожалению, известная триада признаков "живой" кишки: нормализация цвета, сохранение пульсации брыжейки по ее кишечному краю и наличие перистальтики, не являются абсолютно достоверным доказательством ее жизнеспособности. Стенка кишки начинает некротизироваться прежде всего со стороны слизистой оболочки, состояние которой мы не видим. Поэтому известны случаи, когда петля кишки, оцenenная на основании триады, как вполне жизнеспособная, в дальнейшем некротизируется на всю толщину стенки и происходит ее перфорация.

Известны попытки определить жизнеспособность кишки более объективными методами: путем измерения импеданса, электровозбудимости, диафаноскопии, однако, к сожалению, ничего конкретного я рекомендую не могу. Так что, пока приходится ориентироваться лишь на триаду и на собственный опыт.

Другое дело, если при острой странгуляционной кишечной непроходимости мы сразу, не ликвидируя странгуляцию, пойдем на резекцию ущемленной кишки, даже и не пытаюсь установить, жизнеспособна ли она. Смысл подобного подхода заключается в том, чтобы надежно устранить отрицательный эффект реперфузии, возникающий после устранения странгуляции в результате включения в общий кровоток ранее выключенной части сосудистой системы брыжейки.

Я лично убежден, что тяжелая интоксикация организма, наступающая после ликвидации странгуляционной непроходимости вследствие реперфузии, является основной причиной гибели больных с оставленной живой кишкой.

Мое сообщение на эту тему, сделанное на 4 Всероссийском съезде хирургов в Перми в 1973 году, вызвало бурную дискуссию, но, насколько мне известно, до сих пор последователей у меня не нашлось. В самом деле, хирургу кажется, по крайней мере, странным предложение удалять жизнеспособный кишечник, хотя это нередко позволяет спасти жизнь больного. Сегодня, когда появились такие мощные средства экстракорпоральной детоксикации, как лимфо- и гемосорбция, плазмаферез и другие, мое предложение, казалось бы, теряет смысл. Однако для тех учреждений, где этих методов детоксикации нет, оно по-прежнему остается в силе.

К сожалению, настойчиво пропагандировать его я не имею права, поскольку в решениях съезда о нем ничего не было сказано, а ссылка на мой авторитет перед лицом комиссии по, разбору смертей, боюсь, хирургу не поможет.

Существует известное правило: при резекции некротизированной кишки вместе с ней должно быть удалено около 30-40 см неизменной кишки с оральной стороны и 10-15 см от ее дистальной границы. Однако, если дистальную границу резекции установить бывает просто, то определение оральной границы встречает серьезные трудности. Дело в том, что при странгуляционной непроходимости почти всегда имеет место и обтурационная непроходимость. Поэтому приводящая кишка, начиная с места странгуляции, будет резко вздута, нередко на значительном протяжении. В стенке этой кишки нарушается микроциркуляция, мускулатура кишки перерастягивается, нервные окончания и сплетения в стенке кишки страдают не только от ишемии, но и от действия на них токсического содержимого кишечника, т.е. имеются все условия для развития паралича кишки.

Чем дольше длится непроходимость, тем на большем расстоянии от границы странгуляции будет паретиче-

ски изменена приводящая петля кишки. Поэтому хирург должен ориентироваться при выборе орального уровня резекции не на рекомендуемые 30-40 см, а на внешний вид кишки и кровоточивость ее стенки на месте пересечения. При этом, если после определения вами предполагаемого размера резекции, кишечника остается еще достаточно много, лучше не экономьте.

Еще три технических соображения. Первое. Даже при обширной резекции разница в диаметре сшиваемых орального и каудального концов кишки все равно может оказаться значительной. В этом случае будет предпочтительнее наложение анастомоза по типу «бок-в-бок». Если же желательнее наложить анастомоз по типу «конец-в-конец», то каудальный конец кишки следует срезать косо с расчетом, чтобы срез кишки шел в сторону края, противоположного брыжейке (рис. 18). Второе. Перед пересечением кишки, ее брыжейку следует обязательно посмотреть на свет, чтобы убедиться, что вблизи места пересечения ее сосуды обеспечат хорошее кровоснабжение будущего анастомоза. Третье. Анастомоз получается очень красивым, если концы кишки на значительном протяжении освобождены от брыжейки, да и сшивать их тогда просто. Однако гнаться за такой красотой крайне опасно, поскольку при этом вследствие нарушения кровоснабжения сшиваемых концов кишки очень часто наступает недостаточность анастомоза. Поэтому без брыжейки может быть ставлен конец кишки лишь на расстоянии не более 0,5 см. Этого вполне достаточно, чтобы наложить первый ряд швов. При накладывании ряда серо-серозных швов у брыжеечного края анастомоза они могут быть наложены на серозу брыжейки (рис. 19-22).

В немалой степени успех хирургического лечения непроходимости кишечника зависит от адекватности внутреннего дренирования кишечника и в первую очередь, места анастомоза. Многочисленными экспериментальными работами и клиническими наблюдениями совершенно определенно доказано, что если внутрикишечное давление в области анастомоза хоть немного повышено - следует ждать его несостоятельности. Поэтому еще перед наложением анастомоза должен быть выбран оптимальный метод и осуществлено соответствующее дренирование. В зависимости от локализации анастомоза дренирование осуществляют, выводя зонд наружу через нос, желудок, слепую кишку или задний проход.

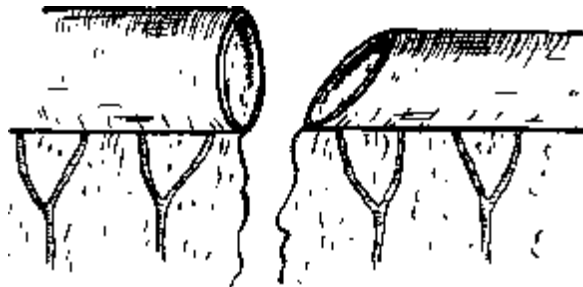


Рис. 18. Направление косо срез кишки при несоответствии просвета соединяемых концов.

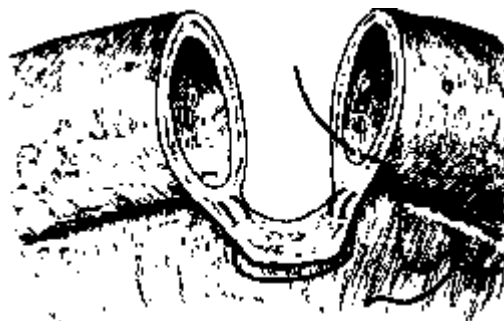


Рис. 19. Методика наложения Т-образного шва у брыжеечного края соединяемых концов кишки.

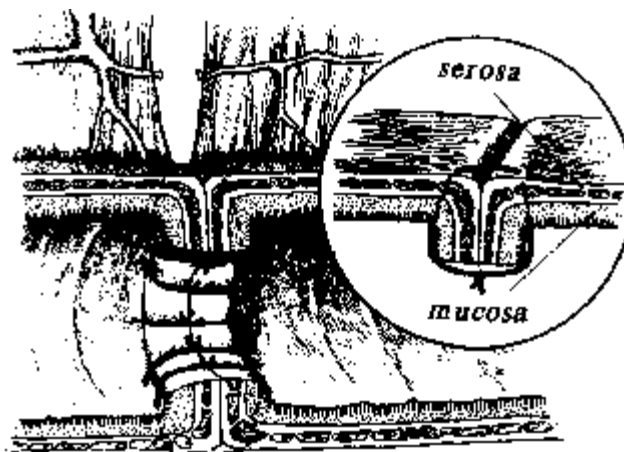


Рис. 20. Однорядный узловый шов с узелками в просвете кишки.

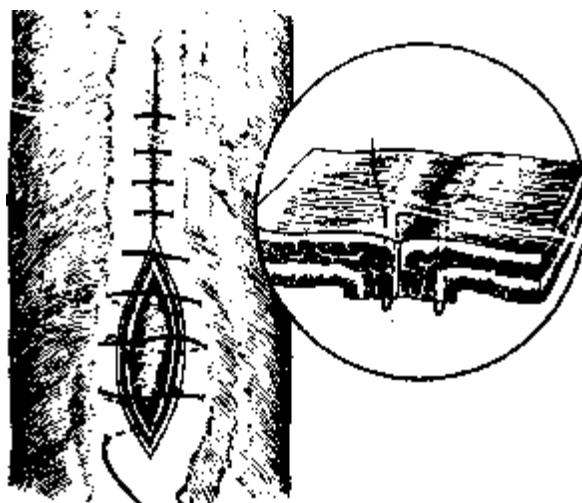


Рис. 21. Сквозной шов Коннеля-Апполито.

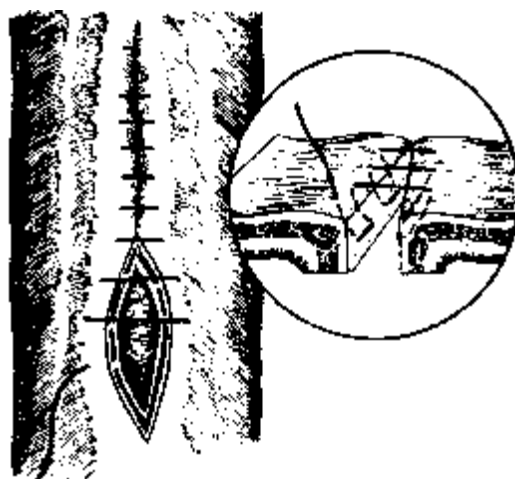


Рис. 22. Серозно-мышечный прямоугольный шов Кушинга.

При этом дренажная трубка должна заходить за анастомоз не более чем на 10-15 см с тем, чтобы хорошо дренировать, главным образом, область анастомоза, а при удалении трубки не травмировать анастомоз. Полагаю, что то, как поставлена дренажная трубка в ортоградном или ретроградном направлении, особого значения не имеет, так как к тому времени, когда кишка начинает нормально перистальтироваться и может сместить трубку, дренаж может быть уже удален. Я являюсь категорическим противником длинных трубок с множественными отверстиями, сделанными по всему длиннику. Дело в том, что основная наша задача - осуществить декомпрессию прежде всего в области анастомоза. Если в трубке имеется множество отверстий, то никогда нельзя быть уверенным, что она остается проходимой на всем протяжении до области анастомоза. В том случае, если конец трубки забивается кишечным содержимым, дренаж части кишки будет продолжаться осуществляться, но дренаж наиболее необходимого нам участка, т.е. области анастомоза осуществляться при нем не будет.

Даже вводя в дренаж рентгеноконтрастное вещество, вы не сможете установить, работает дренаж или нет, поскольку оно будет вытекать из многочисленных отверстий и не дойдет до конца. По этой же причине дренажную трубку не удастся полностью промыть, чтобы восстановить ее проходимость.

Совсем другое дело, если поставленный дренаж, кроме торцового отверстия, будет иметь еще только два боковых отверстия по каждую сторону анастомоза. В этом случае можно будет абсолютно точно установить, работает ли дренаж. А если он забился - восстановить его проходимость, подавая по нему жидкость под напором. Если есть основание ожидать появления у больного после операции сильного метеоризма, то ему лучше поставить второй дренаж с множеством отверстий по длиннику, но главным всегда остается дренаж, расположенный вблизи анастомоза!

Санация брюшной полости при релапаротомии имеет немаловажное значение для успешного лечения больного. При ранней релапаротомии в брюшной полости всегда можно обнаружить выпот. Характер его определяется рядом обстоятельств. В частности, при странгуляционной непроходимости скапливается в значительном количестве геморрагическая жидкость, которая часто оказывается инфицированной. Чтобы не намочило белье, ограничивающее операционное поле, большую часть жидкости следует удалить сразу как только будет чуть-чуть приоткрыта брюшина. С этой целью заранее включают электроотсос, анестезиолог делает больному "выдох", хирург приподнимает зажимами брюшину, снимает пару швов с брюшины или делает в ней небольшое отверстие, вводит через него наконечник аспиратора и удаляет возможно большее количество жидкости. Только после этого можно окончательно открывать брюшную полость. По ходу операции время от времени приходится дополнительно удалять жидкость, и тем не менее к концу операции она все еще будет скапливаться в отлогах местах. Поэтому, закончив все основные этапы операции, необходимо окончательно осушить брюшную полость. Затем нужно тщательно промыть ее растворами антисептиков или антибиотиков, и при необходимости поставить мик-

роирригаторы для последующего введения лекарств или дренажные трубки.

Последний этап релапаротомии - закрытие раны брюшной полости. При тяжелой перитонеальной инфекции рану вообще лучше не закрывать илишить в нее "молнию", использовать другие приспособления, позволяющие многократно производить ревизию и повторные санации брюшной полости. Если же рану решено закрыть наглухо, то следует подумать о предупреждении эвентрации, которая после релапаротомии нередко катастрофически осложняет послеоперационный период. Кроме распространенных в нашей стране швов на пуговицах, на резиновых трубках и т.п. еще более прочно удерживают края раны 8-образные или блоковидные проволочные швы, наложенные через все слои брюшной стенки. Больному разрешается вставать с постели только с хорошо затянутым бандажом, носить который ему следует рекомендовать не менее 3-х месяцев после операции. Если же у больного наблюдается метеоризм, он сильно кашляет или имеются другие причины, в результате которых происходит повышение внутрибрюшного давления, то, во-первых, необходимо бороться с этими причинами; во-вторых, больной должен находиться с затянутым бандажом постоянно, даже в горизонтальном положении; в-третьих, снятие швов с раны (особенно наложенных через все слои брюшной стенки) следует задержать на 4-6 дней.

Что касается профилактики развития острой послеоперационной непроходимости желудочно-кишечного тракта, то здесь следует выделить две стороны проблемы: предупреждение развития послеоперационного пареза и предупреждение развития механической непроходимости.

Причиной развития послеоперационного пареза может быть травматизация и раздражение рефлексогенных участков, повреждение нервных стволов, ответственных за моторику желудка и кишечника, инфицирование брюшной полости.

Как известно, грубое оперирование с сильной тракцией брюшных органов является одной из причин развития после операции пареза желудочно-кишечного тракта. Однако следует помнить об особой опасности травматизации таких участков, как корень брыжейки тонкой кишки, ретроцекальное пространство и брыжейка терминального отдела подвздошной кишки. Отсюда следует не только требование нежного обращения с этими отделами, но и по-возможности введения 1/4% раствора новокаина в забрюшинное пространство этих областей или в брыжейку в количестве 100-200 мл. По крайней мере такая новокаиновая блокада желательна в случаях длительного поиска червеобразного отростка, ревизии подвздошной кишки при поисках меккелева дивертикула, ревизии тонкой кишки.

Как избежать врачебных ошибок. Возможно ли это?

В начале книги я уже касался вопроса врачебных ошибок. Однако важность этой проблемы для медицины в целом и для каждого отдельного врача такова, что мне хотелось бы на этом остановиться подробнее.

Юристы В. А. Глушков и Н. Б. Денисюк полагают важным отделить понятие врачебной ошибки и несчастного случая от преступной неосторожности, которая влечет за собой уголовную ответственность. Врачебной ошибкой они считают ошибочные действия врача по установлению диагноза или лечению больного, совершенные им при отсутствии осознания опасности этих действий для больного, без предвидения возможности причинения вреда или при уверенности в его предотвращении и обусловленные состоянием медицинской науки на данном этапе ее развития, особыми неблагоприятно сложившимися условиями и обстоятельствами оказания помощи или недостатком врачебного опыта. Это хотя и несколько сложновато написанное, но, пожалуй, исчерпывающее определение. Несчастный случай - это неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не может предвидеть и предотвратить.

Английский врач Абрахам писал: "Человеческой природе свойственно быть слепой и глухой по отношению к собственным ошибкам. С другой стороны ей присуща чрезвычайно выгодная черта подчеркивания ошибок других, что несет за собой некрасивое чувство осуждения с явным осознанием собственного превосходства". Как ни печально, но приходится признаться, что в принципе автор прав. Свои ошибки ты всегда склонен чем-то объяснить, приуменьшить и простить, ошибки других ты даже понять не хочешь.

Могу честно признаться, что одни и те же ошибки, допущенные мной или моими помощниками, часто вызывают у меня неодинаковую реакцию. Полагаю, что с этим свойством человеческой природы каждый человек, желающий все-таки стать личностью, может и обязан бороться.

По-видимому, нет лучшей профессиональной школы, чем публичный, но доброжелательный разбор ошибок как допущенных другими, так и своих собственных. Только тот может достичь истинного успеха, кто не утратил чувства самокритики. А сколько можно привести примеров тому, как даже вроде бы очень умные поди под влиянием успеха, славы и лести постепенно начинают признавать себя непогрешимыми, незаменимыми, полностью теряют способность к самокритике. И это не только Великие вожди народов, но и другие менее известные люди, в том числе и хирурги. Несомненно, что человек, утративший способность к самокритике, останавливается в своем развитии.

Хирургу, по своей профессии человеку действия, и действия весьма ответственного, более, чем кому-либо другому, должно быть присуще свойство находить и тщательно анализировать собственные ошибки. Это единственный реальный путь к предотвращению подобных ошибок в будущем. Все хирургические журналы имеют специальные разделы "Ошибки, опасности и осложнения". Советую вам эти разделы изучать особенно внимательно.

Однако, как в каждом большом и важном деле, здесь без определенной системы не обойтись. Вот довольно типичный и не так уж редко встречающийся пример тому, когда второпях недостаточно полно собранный анамнез заболевания приводит к серьезной диагностической и, как следствие этого, тактической ошибке.

Во время дежурства хирурга А. поступил молодой человек с диагнозом: "острый аппендицит". Поступлений в этот день было много, ответственный хирург был занят на сложной операции. Больной в приемный покой вошел на своих ногах, общее состояние его было удовлетворительным. Из беглого расспроса хирург сумел выяснить, что человек болен где-то около двух часов. Боль, начавшаяся в эпигастральной области, переместилась постепенно в правую подвздошную область. В этой же области определялась довольно резкая болезненность, было

выражено защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Оказались положительными аппендикулярные симптомы Ровзинга, Воскресенского и Ситковского. Пульс был 60 ударов в минуту, язык суховат, в анализе крови - умеренный лейкоцитоз, температура 37,5°C. Дежурный хирург А. подтвердил диагноз "острый аппендицит", доложил о больном ответственному хирургу, получил "добро" на операцию и при ассистенции субординатора произвел больному типичную аппендэктомию. Хирургическое вмешательство прошло без особенностей, правда, в протоколе операции было отмечено наличие большого количества мутного выпота в брюшной полости. Отросток был признан "катаральным". Операция закончилась вечером и до утра больной врача не вызывал, а сам врач к больному не подходил. Утром во время отчета дежурной бригады об этом больном было упомянуто вскользь, как об обычном больном. Однако заведующий отделением, обычно осматривающий до утренней конференции всех больных, поступивших в порядке экстренной помощи, заявил, что у этого больного имеется разлитой перитонит. Осмотрев больного, я согласился с ним, а, расспросив больного о начале его заболевания, убедился, что дежурный врач "просмотрел" типичную перфоративную язву желудка. Ему было некогда, или он забыл и не расспросил больного о том, как началось заболевание, а больному оказался малоразговорчивым, терпеливым или мужественным человеком. Раз врач не спрашивает о начале заболевания - значит, он и так все знает, поэтому пациент не стал описывать те сильнейшие боли в животе, с которых совершенно внезапно началось заболевание. Он не вызвал к себе врача ночью, когда после операции ему стало совсем плохо. По счастью, больному удалось спасти, хотя ценой многих оперативных вмешательств и трехмесячного пребывания в стационаре.

Главная ошибка врача А. заключалась не только в том, что он не остановился на таком важнейшем моменте анамнеза болезни - как ее начало, а в том, что он не провел дифференциального диагноза. Нужно отметить, что игнорирование дифференциального диагноза - это самая типичная причина врачебных ошибок. Как бы "сто процентов" не выглядел поставленный больному диагноз, как бы классически не были выражены симптомы заболевания, без исключения других заболеваний, могущих дать близкую клиническую картину, окончательный диагноз не может быть поставлен.

Конкретно, в данном случае для дифференциального диагноза, следовало, кроме выяснения обстоятельств начала заболевания, произвести перкуссии живота больного, что должно было обязательно выявить наличие жидкости в свободной брюшной полости и газа в поддиафрагмальных пространствах (симптом отсутствия печеночной тупости). При сомнении врач обязан был сделать рентгеновский снимок, на котором бы можно было увидеть серповидную полоску газа под куполом диафрагмы.

Давало пищу для размышления и несоответствие у больного температуры и пульса. Правда, 60 ударов в минуту - это, строго говоря, еще не брадикардия, но ведь у больного была субфебрильная температура, а известно, что при остром аппендиците пульс "обгоняет" температуру. Наконец, хирург совершенно не прореагировал на интраоперационную находку - большое количество мутного выпота в брюшной полости, чего обычно не бывает при катарально измененном отростке. И после этого у него не возникало никаких сомнений в правильности диагноза. В противном случае он обязательно нашел бы время, чтобы ночью активно подойти к больному и тщательно осмотреть его.

Хирург, несомненно, должен быть уверенным человеком, но его уверенность имеет право на существование только после того, когда он разрешил все свои сомнения.

Вариантов классификации хирургических ошибок есть несколько, но большинство специалистов выделяют следующие группы ошибок: диагностические, тактические, ошибки в хирургической технике, организационные ошибки. Однако этих групп ошибок может быть значительно больше и они могут быть детализированы.

Мой ученик, профессор Иван Иванович Стрельников в своей диссертации, посвященной вопросу артериальной эмболии в поздней стадии, на основании 306 клинических наблюдений, где в каждом была обязательно допущена та или иная ошибка, счел целесообразным выделить следующие группы и подгруппы ошибок. С разрешения автора, я ее несколько отредактировал и привожу здесь полностью.

I. Диагностические ошибки.

1. Ошибки в диагнозе:

- а) ложно положительные,
- б) ложно отрицательные.

2. Ошибки в локализации эмбола и распространении продолженного тромба.

3. Ошибки в распознавании этапной множественной эмболии.

4. Ошибки в распознавании осложнений на всех этапах лечения.

II. Тактические ошибки.

1. Ошибки, приведшие к поздней госпитализации и позднему началу лечения:

а) недостаточная санитарно-просветительная работа, проводимая среди больных данной группы риска, следствием чего явилась поздняя обращаемость больных;

б) лечение больных амбулаторно или в общехирургическом отделении без приглашения на консультацию ангиохирурга или запоздалый вызов ангиохирурга;

в) отказ больному в госпитализации в плановом порядке.

2. Ошибки, связанные с неправильной оценкой общего состояния больного и степени ишемии конечности:

а) транспортировка в отделение хирургии сосудов больного, находящегося в тяжелом состоянии, вместо того, чтобы к нему вызвать ангиохирурга;

б) проведение операции у больного, находящегося в тяжелом состоянии без предварительной адекватной подготовки его;

в) недостаточное анестезиологическое обеспечение операции;

г) отсутствие профилактики реперфузионного синдрома;

д) направление больного, уже с явными признаками гангрены конечности, в специализированное отделение, вместо того, чтобы быстро ампутировать конечность по месту первичной госпитализации;

е) использование травматичного и сложного доступа к эмболизированной артерии во время хирургического вмешательства.

3. Ошибки, связанные с отказом от применения специальных методов обследования:

а) неприменение дополнительных методов исследования при неясности причины острой артериальной непроходимости;

б) отказ от интраоперационной ангиографии при сомнении в адекватном восстановлении кровотока;

в) неприменение специальных методов исследования для выявления послеоперационных осложнений.

4. Ошибки, связанные с неправильным выбором метода лечения артериальной эмболии и ее осложнений:

а) проведение консервативного лечения больным, которым показано оперативное вмешательство;

б) отказ от предоперационной медикаментозной подготовки в случаях, когда общее состояние больного и состояние конечности позволяли ее провести;

в) попытка хирургического восстановления магистрального кровотока при явных признаках гангрены конечности;

г) неправильный выбор характера оперативного вмешательства;

д) отказ от применения антикоагулянтов, дезагрегантов, средств, улучшающих реологические свойства крови, спазмолитических препаратов на всех этапах лечения больного.

5. Ошибки при консервативном лечении:

а) применение неполного комплекса лечебных мероприятий;

б) назначение недостаточного количества или неправильный выбор антикоагулянтов;

в) резкие колебания в дозировке антикоагулянтов по ходу лечения;

г) применение на область ишемизированных участков тела тепла или физиотерапевтических процедур;

д) недостаточная профилактика пролежней.

6. Ошибки в послеоперационном периоде:

а) недостаточная профилактика возможных осложнений;

б) запаздывание мероприятий по ликвидации осложнений;

в) преждевременная выписка больного;

г) невыполнение больным рекомендаций после его выписки из стационара и позднее поступление больного при развитии повторной острой артериальной непроходимости или других осложнений в результате плохого инструктора, проведенного ангиохирургом.

III. Технические ошибки:

а) неточный выход к эмболизированному сосуду;

б) смещение эмбола и продолженных тромбов в дистальные отделы сосудистого русла;

в) выполнение эмболэктомии вместо другого метода восстановления проходимости артерий у больного с атеросклеротическим поражением сосуда;

г) неполная эмболэктомия или оставление в артерии продолженных тромбов;

д) оставление дистального эмбола при нераспознанной этапной эмболии;

е) оставление нефиксированным лоскута отслоенной интимы в дистальном конце раны сосуда.

IV. Организационные ошибки:

а) отсутствие достаточного количества дежурных ангиохирургов при одномоментном обращении нескольких больных;

б) отсутствие возможности и условий срочной транспортировки больных в специализированное отделение;

в) периодическое отсутствие необходимого оснащения и медикаментов.

Полагаю, что И. И. Стрельников, работая над проблемой поздней эмболии, почти исчерпывающе осветил все ошибки, но только в одной группе больных. Возможно, что некоторым читателям отнесение пункта "использование травматичного доступа к эмболизированной артерии" к группе тактических ошибок покажется неверным. Чтобы убедить их в обратном, приведу следующую историю. В середине пятидесятых годов, работая доцентом в Челябинском мединституте, я увлекся совершенно новым в то время разделом - хирургией кровеносных сосудов. Тогда восстановительные операции на сосудах были весьма редкими. Но я уже успешно выполнил несколько эмболэктомий, горел энтузиазмом и с удовольствием выезжал в разные больницы и днем, и ночью. В городе об этом знали.

Однажды вечером мне позвонила дежурный врач городской больницы, невропатолог по специальности, и сказала, что у них есть больная с эмболией аорты, но их хирурги больную не оперируют. Поскольку этой клиникой руководил ректор института с которым у нас были несколько натянутые отношения, я ей сказал, чтобы с этой просьбой ко мне обратились хирурги. После их приглашения я приехал и увидел больную в крайне тяжелом состоянии. У нее имелся сочетанный порок сердца, тяжелая степень недостаточности кровообращения, а 4 часа назад произошла эмболия аорты. Конечности были мраморной окраски, пульс отсутствовал на обеих бедренных артериях, расстройство всех видов чувствительности захватывало обе стопы. Мочи было мало, в ней определялись свежие эритроциты. Артериальное давление было снижено, наблюдались сердцебиение и одышка. Печень была значительно увеличена, плотна. Да, риск операции был весьма велик, к тому же оперировать в клинике, шеф которой не больно хорошо к тебе относится, мне не очень хотелось. Однако использовать последний шанс было необходимо, и я решил оперировать больную. В то время наркоз был достаточно примитивным, а катетеры Фогарти еще не появились. Поэтому под масочным эфирным наркозом ей была сделана лапаротомия. Сразу после того, как я вскрыл брюшину, наркотизатор сообщил, что у больной произошла остановка сердца. Я ввел одну руку и брюшную полость и через диафрагму начал массаж сердца. Сердечные сокращения удалось восстановить, но всем стало ясно что на этом нужно остановиться. Операцию после ушивания брюшной стенки прекратили. Через 2 часа больная погибла. Представьте мое состояние, когда во время патологоанатомической секции в области бифуркации аорты эмболов не оказалось! Эмболы были обнаружены на месте отхождения от бедренной артерии глубокой артерии бедра как на правом, так и на левом бедре. Если бы я поставил правильный топический диагноз, (то есть установил бы уровень эмболии), все могло быть иначе. Во-первых, больной не нужно было давать весьма несовершенный наркоз, а оперировать ее под местным обезболиванием, во-вторых, вместо травматичного доступа через брюшную полость, который мы затеяли, эмболы можно было легко удалить из не-большого и нетравматичного доступа в верхней трети бедра.

К чести нашего ректора могу сказать, что он лишь самую малость поиронизировал над незадачливым сосудистым хирургом. Мне же эта история осталась памятной на всю жизнь.

Конечно, от врачебных ошибок никто не застрахован, они, к сожалению, пока неизбежны, но у эрудированного, внимательного и думающего врача их бывает значительно меньше. Несомненно, что и с опытом врач ошибается реже, но только в том случае, если он тщательнейшим образом анализирует каждую свою ошибку и активно участвует в разборе ошибок, допущенных его коллегами.

Что такое психологический барьер хирурга и как его преодолеть

Не так уж редко в хирургии возникает необходимость в выполнении больному повторной операции, обычно речь идет о релапаротомии (2,5-5%). Как правило, при решении вопроса об ее необходимости у хирурга появляется ряд серьезных проблем, из которых, пожалуй, самая сложная - это определение показаний к ней. Прежде всего бывает далеко не просто распознать осложнения, требующие выполнения повторного вмешательства. Этому мешают следующие обстоятельства. Во-первых, мощное обезболивание, под которым находится больной в первые дни после операции; во-вторых, наличие послеоперационных, осложнений со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов; в-третьих, изменение реактивности организма и снижение функциональной активности нервной системы, а также системы гуморальной адаптации в результате перенесенной операции и наркоза. Все эти причины нередко приводят к поздней диагностике осложнения, при котором возникают необходимость выполнить повторное вмешательство.

Однако, пожалуй, наиболее часто основной причиной запаздывания с повторными операциями является психологический барьер, появляющийся в сознании хирурга, оперировавшего больного, который ему бывает очень трудно преодолеть. Причины возникновения этого барьера несколько. Это и уверенность хирурга в адекватности и высоком качестве проведенной им операции; и опасение напрасного повторного хирургического вмешательства, которое может привести к еще большему ухудшению состояния больного, если будет допущена ошибка в диагностике осложнения; и престижные соображения; и, наконец, "политика страуса". Последняя прежде всего связана с боязнью ответственности за свои действия перед больным и его родственниками. Хирург рассуждает примерно так: без операции может быть как-то все и обойдется, даже если больной все же погибнет, родственники смерть его воспримут как судьбу - организм не выдержал операции. Однако в том случае, когда больному производится повторная операция, то у него и у его родственников нередко возникает серьезное подозрение, что первая операция была выполнена некачественно.

Поэтому в связи с этими обстоятельствами справедливо считается, что мнение хирурга, оперировавшего данного больного, при решении вопроса о повторной операции редко может быть объективным, а значит, решающего голоса при обсуждении вопроса о необходимости повторной операции он иметь не может.

Практически этот вопрос решает консилиум старших хирургов и реаниматологов, который имеет право или принять во внимание, или вообще не учитывать соображения оперировавшего хирурга относительно показаний к повторному вмешательству и срока его выполнения.

Вместе с тем бывают и прямо противоположные ситуации, когда опытному врачу приходится всеми силами сдерживать оперировавшего хирурга, настаивающего на повторном вмешательстве.

Больная П., 46 лет, была оперирована опытным хирургом доцентом В. по поводу язвы 12-перстной кишки была произведена операция экономной резекции желудка по типу Бильрот-1 и стволовая ваготомия - совершенно рутинная операция в нашей клинике. Первые дни у больной все было хорошо, но с начала кормления через рот у нее проявилось значительное нарушение эвакуации содержимого из желудка. В области выходного отдела желудка и 12-перстной кишки пальпировался плотный инфильтрат, на основании чего поставлен диагноз: "анастомозит".

Было начато противовоспалительное лечение, в том числе и рентгенотерапия. Больная получала довольно полноценное парэнтеральное питание. Вместе с тем никакого клинического эффекта после двух недель лечения мы не наблюдали. По-прежнему при промывании желудка эвакуировали по 600-1000 мл и более содержимого, больная слабела, продолжала терять массу тела. Однако при рентгенологическом исследовании желудка барий длительное время находившийся в желудке, на следующий день все-таки был обнаружен в тонком кишечнике. Мне стало ясно, что анастомозит (если он и был) разрешился, а причина нарушения эвакуации заключается, по-видимому, в стойкой атонии желудка после ваготомии. Больной был назначен бензогексоний, гипербарическая оксигенация и другие средства, стимулирующие моторику желудка, но безуспешно. Все это время меня настойчиво атаковал заведующий и все сотрудники отделения и, конечно, больше всех - оперировавший хирург. Все требовали повторной операции "пока не поздно". Попытались оказать на меня аналогичное давление и родственники больной.

Мне с трудом, но все-таки успешно удалось удержать оборону в течение целых 6 недель. Мы дополнительно поставили больной электростимулятор для оживления желудочной моторики и в конце концов постепенно добились полного восстановления нормальной эвакуации из желудка. Больную благополучно выписали. При повторном обследовании ее через полгода никаких нарушений моторной и эвакуаторной функций желудка обнаружено не было.

В данном случае действовал, хотя и в обратную сторону тот же самый психологический барьер - оперировать пока не поздно, пока у больной есть еще силы. К этому врача активно побуждают и сам больной, и его родственники, и даже дежурные врачи. Ведь в самом деле, не всегда просто исключить, как причину непроходимости, наличие какого-то механического препятствия, а если оно действительно имеется, промедление с операцией опасно (см. раздел "Как предупредить и бороться с послеоперационным парезом желудочно-кишечного тракта").

Вместе с тем, ни при анастомозите, ни при поставаготомической атонии желудка повторная операция ничего хорошего не сулит. Как правило, причина анастомозита заключается в обширном пролиферативном воспалительном процессе, вовлекающем не только непосредственно область анастомоза, но и распространяющемся на значительную часть желудка. При этом вполне возможно вообще не найти места на желудке, пригодного для гастроэнтероанастомоза или наложить анастомоз на измененную воспалительным процессом стенку желудка и

получить новое тяжелое осложнение.

Если же гастроэнтероанастомоз накладывать при наличии атонии, то это вообще совершенно бессмысленное дело, поскольку такая операция никак уже не улучшит моторику желудка, да и выход-то из желудка для содержимого существует.

Три года назад в одной из медико-санитарных частей города, в хирургическом отделении которой работают весьма квалифицированные хирурги, был оперирован по поводу острого аппендицита субординатор-хирург Р. Во время операции оказалось, что у него был заворот слепой кишки - незавершенный поворот Ледда со множественными спайками по ходу всего толстого кишечника. Произведена аппендэктомия, слепая кишка развернута и фиксирована швами в правой подвздошной ямке, спайки разделены. Через 5 суток произведена релапаротомия по поводу тонкокишечной спаечной непроходимости. После второй операции развился стойкий парез желудка и кишечника, не разрешившийся несмотря на энергичное лечение.

Меня пригласили на консультацию с целью, как я понял по давлению, которое на меня оказывали врачи, чтобы я санкционировал третью операцию - наложение гастроэнтероанастомоза. Однако, осмотрев больного и убедившись, что у него все-таки имеется частичная динамическая непроходимость и барьер доходит до начала тощей кишки, я настоял на продолжении консервативного лечения. Через сутки несогласные с моей тактикой хирурги перевели больного в нашу клинику. Здесь давление на меня усилилось за счет моих опытных старших товарищей и родственников больного, и я, к сожалению, сдался. Во время верхнесрединной релапаротомии мы обнаружили прочный конгломерат из петель тонкого кишечника, по-видимому, воспалительного генеза и множество спаек в других отделах брюшной полости. Наложить какой-либо обходной анастомоз между раздутой 12-перстной кишкой и нижележащими петлями кишечника никакой возможности не было.

После операции больному проводились сеансы гипербарической оксигенации, новокаиновые блокады, мощное противовоспалительное лечение, включая рентгенотерапию, электрофорез лидазы и полноценное парентеральное питание. Восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта шло медленно, тем не менее через три недели ее полностью удалось наладить и благополучно выписать больного.

Другой, не менее важный вопрос, который сразу же возникает после принятия решения об операции: кто должен будет производить повторное хирургическое вмешательство больному. С первого взгляда вполне логичным кажется, что повторную операцию обязан делать тот же самый хирург, который курировал больного в первый раз. Он хорошо знает, что было выполнено больному во время первой операции, может учесть новые топографоанатомические взаимоотношения органов, изменившиеся после операции, ну и, наконец, несомненно, он больше всех остальных заинтересован в благоприятном исходе. Вместе с тем специальные исследования, проведенные профессором К. И. Мышкиным и Г. А. Блувштейном, показали, казалось бы, совершенно парадоксальные результаты. Так, в том случае, когда повторную операцию производил тот же хирург, что и первую, число умерших составило 65,4%, когда же повторную операцию производил другой хирург, умерло лишь 33,2%. В чем же причина этого? Указанные авторы считают, что в практической деятельности хирурга следует учитывать то, что психологическое воздействие недавней неудачной операции весьма значительно и вызывает у него неуверенность в своих силах. Из нескольких возможных вариантов повторного вмешательства такой хирург часто выбирает самое простое и наименее рискованное. В нем еще живет надежда, что, допустим, после простого дренирования брюшной полости все обойдется, отсюда боязнь и нежелание радикального вмешательства. Авторы приводят научно обоснованное доказательство этого. Так, при повторной операции тот же хирург лишь в 31,9% случаев производит радикальную операцию, а в 68,1% ограничивается паллиативным вмешательством. Тогда как "новый" хирург наоборот в 68,1% случаев выполняет радикальное вмешательство и лишь в 31,9% - паллиативное.

Я не могу отнести себя к неуверенным в себе людям, по крайней мере, в хирургии. Еще несколько лет назад я при всех своих собственных неудачах старался повторные операции производить сам. Однако одно тяжелое происшествие убедило меня в недопустимости этого.

9.11.82 г. я произвел сложную операцию больному М., 46 лет, по поводу огромной фибросаркомы правой доли печени. Путем торакофренолюмботомии справа по 8-му межреберью было вначале широко открыто забрюшинное пространство, а затем вскрыта брюшина. Опухоль смещала и сдавливала правую почку, 12-перстную кишку, но не прорастала их ткани. Произведено удаление правой доли печени вместе с опухолью весом более 3 кг. На ткань печени были наложены П-образные швы и дополнительно перевязаны пересеченные крупные сосуды на поверхности среза. Поверхность среза была прикрыта широкой прядью сальника на ножке. Сальник был плотно прижат к поверхности печени узким и длинным тампоном. Рана послойно зашита. Несмотря на травматичную операцию, сопровождавшуюся массивным кровотечением, послеоперационный период протекал гладко, больной ел, пил и ходил по палате. На 7-е сутки был самостоятельный стул.

На 8-е сутки было решено только подтянуть тампон, однако поскольку он отходил совершенно свободно, я удалил его полностью. Кровотечения из раны после удаления тампона не было. Состояние больного не изменилось.

Однако на следующее утро он был найден в довольно тяжелом состоянии. По всем данным у больного имелось внутреннее кровотечение. После гемостатической терапии и непродолжительного наблюдения я произвел ему повторную операцию лапаротомии. К моему удивлению, крови в брюшной полости не оказалось. Сальник вроде бы хорошо прикрывал раневую поверхность печени. Снимать же его и осмотреть рану печени я не решился, опасаясь усиления кровотечения и уповая на то, что раз крови в брюшной полости нет, кровотечение из мелких сосудов нам удастся остановить с помощью консервативных мероприятий. После операции мы проводили интенсивнейшую гемостатическую терапию, переливали свежечитратную кровь и ее компоненты, но не смогли спасти больного. При вскрытии была обнаружена огромная забрюшинная гематома, кровотечение происходило из культи крупной вены печени, располагавшейся дорзально, с которой, по-видимому, соскользнула лигатура. Сальник действительно, довольно прочно прикрывал остальную раневую поверхность, в нем лишь образовался как бы канал, по которому вытекавшая из вены кровь уходила в забрюшинное пространство.

Конечно, во время операции я в глубине души чувствовал, что можно было бы произвести ревизию раневой поверхности, но побоялся, чтобы больному не сделать хуже.

С тех пор я дал себе зарок участвовать в повторных операциях своих больных только в качестве ассистента или не участвовать вовсе, чтобы своим авторитетом не давить на оперирующего хирурга.

Таким образом, мне представляется, что хирург, первый раз оперировавший больного, в составе бригады, повторно оперирующей этого больного может выступать только в качестве ассистента. Если же хирурги этой бригады достаточно квалифицированы, ему лучше вообще не участвовать в операции и не появляться без вызова в операционной.

Конечно, все повторные операции должны выполнять самые опытные хирурги. И уж если ты вообще один хирург или квалификация других хирургов совсем низкая, приходится все эти сложные вопросы решать самому и повторно оперировать тоже самому. Что касается более легкого преодоления психологических барьеров для хирурга с возрастом и по мере накопления опыта, на что указывает профессор С. М. Луценко, то у меня такая возможность вызывает очень большие сомнения, поскольку с возрастом человек становится более осторожным, особенно при принятии радикальных решений.

Имеет ли врач право на эвтаназию для больного?

Однажды на первом году моей врачебной жизни я вечером как дежурный врач обходил больных. Естественно, что в то время мне, молодому человеку, были далеки и чужды философские мысли по поводу жизни и смерти. Может быть, это было несколько странно, ведь за моей спиной было уже двухлетнее пребывание на фронте, собственные ранения, смерть многих товарищей и друзей. Но ведь в то время нас учили эрзацфилософии, ограниченной 4-й главой "Краткого курса истории партии", что, конечно, не вооружало жизненной философией. Жили, не думая о смысле жизни. А самое главное, я был молод, здоров, и жизнь казалась бесконечной.

Так вот, во время этого хорошо памятного для меня обхода один интеллигентного вида больной попросил у меня разрешения поговорить с ним наедине. После обхода я пригласил его в ординаторскую, но, поскольку он был не из моей палаты, предварительно ознакомился с историей его болезни. Оказалось, что это был больной после пробной лапаротомии, выполненной по поводу неоперабельного рака желудка. Было обнаружено прорастание опухоли поджелудочной железы, множественные метастазы в печень и в лимфатические узлы большого и малого сальника, забрюшинного пространства. Больной медленно погибал.

Он очень мягко сказал мне, что знает абсолютно все про свою болезнь, подтвердив это точным диагнозом, понимает, что скоро должен умереть и с этим уже смирился. Долго и занимательно рассказывал про свою богатую плохими и хорошими событиями жизнь, про женщину, которую он слишком поздно встретил и теперь вынужден оставить, про своих друзей и врагов. Человек он был, конечно, очень интересный, с оригинальным образом мыслей и сильным характером. Через полчаса я был полностью во власти его обаяния. И тут он мне задал свой сакраментальный вопрос: "Скажите, доктор, когда медицина будет настолько гуманной, что сможет внезапно, легко и безболезненно убивать таких больных, как я?". Естественно, что я несколько растерялся, тем более, что это был совсем не отвлеченный вопрос, а задавался он действующим лицом, желавшим такой смерти. Я начал мямлить о том, что его болезнь не доказана, что бывают ошибки, что есть закон и т. п. Он терпеливо выслушал мой лепет и спросил меня: "А имеет ли право человек сам распоряжаться своей жизнью, если он не верит в Бога?" Конечно, к этому вопросу я подготовлен не был. Тогда он сам взялся отвечать на эти вопросы. Будучи силен в философии и психологии, он убедил меня, что в настоящем его положении досрочная смерть будет облегчением для всех: и для него, и для его семьи, и для его друзей, и для врачей.

Затем он признался, что долго присматривался ко мне и уверен, что именно я тот человек, который сможет помочь ему умереть. Он просит ввести ему внутривенно большую дозу препаратов морфина, которые ему удалось тайно скопить. Никто никогда об этом не узнает. Больной был большим мастером убеждения и психологического воздействия на собеседника, и я уже почти согласился, но попросил у него сутки подумать. На том мы и разошлись в 3 часа ночи. Остаток ночи я не спал. Утром пришел к нему и сказал, что сделать этого не смогу. Он внимательно посмотрел на меня и сказал: "Я тоже, но в Вас я не ошибся". Больной долго и мучительно умирал, а незадолго до смерти сказал мне: "Наверное, нам все-таки нужно было сделать это". После его смерти я рассказал об этой истории моему отцу. Мой отец был высокоинтеллигентный, добрый и необыкновенно порядочный человек, он был тоже хирург и заведовал кафедрой факультетской хирургии Свердловского медицинского института. В нравственных вопросах он был и остался для меня высшим приоритетом. Я был уверен, что он одобрит мое решение. Но он сказал только: "Ну, значит, ты такой" и отказался продолжать разговор. Думаю, что он сделал это с целью дать мне возможность самому поразмыслить о проблемах жизни и смерти.

Эвтаназия - легкая, хорошая, счастливая смерть - слово древнегреческое. Поэтому несомненно, что и в те далекие времена проблема уже существовала. Тем более, что в своей клятве Гиппократ прямо утверждает: "Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла". Френсис Бэкон (1561-1626) писал: "Если бы врачи хотели быть верными своему долгу и чувству гуманности, они должны были бы увеличить свои познания в медицине и в то же время приложить все старания к тому, чтобы облегчить уход из жизни тому, в ком еще не угасло дыхание". В последующие века вопрос о праве больного на эвтаназию обсуждался постоянно. Не разрешен он окончательно до сих пор. Хотя с развитием аллотрансплантации органов в некоторых странах появились законы, регламентирующие принудительную эвтаназию безнадежных жертв травматизма с разрешения родственников.

В настоящее время эвтаназию пытаются даже классифицировать. Так, активная эвтаназия - это действия, прямо направленные на смерть сильно страдающего безнадежного больного. Пассивная эвтаназия - отказ врача от действий, продляющих жизнь такого больного. Если врач намеренно сокращает жизнь больного - это прямая эвтаназия, в том же случае, когда действия врача, направленные к другой цели, могут ускорить смерть пациента - это будет непрямая эвтаназия. Если эвтаназия осуществляется по просьбе измучившегося безнадежного пациента, то она называется добровольной. Если же больной без сознания, а шансов на его спасение нет, речь может идти о принудительной эвтаназии.

Я позволю себе не приводить все существующие взгляды на эвтаназию и ее допустимость, а выскажу лишь свое мнение. Конечно, эвтаназия - гуманный акт, но, к сожалению, она в больницах официально разрешена быть

не может.

Прежде всего, вопрос об эвтаназии может идти только в отношении тяжело страдающих безнадежных больных. Но всегда ли мы со стопроцентной уверенностью можем утверждать, что больной безнадежен? Каждый более-менее опытный врач сталкивается с феноменом, когда поправляется самый, казалось бы, безнадежный больной. Подобные "чудеса" неоднократно описаны в медицинской литературе даже в отношении инкурабельных больных с гистологически подтвержденными злокачественными опухолями. С другой стороны, представьте себе состояние любого больного, поступающего в больницу, если он знает о возможности для него эвтаназии. А каково будет отношение к врачам населения, а сколько появится дополнительных жалоб от родственников и больных, даже если речь пойдет только о добровольной эвтаназии.

Кроме того, тяжело больной человек теряет силы, утрачивает мужество, но очень долго держится за самую эфемерную надежду. вспомните, как легко позволяют себя обманывать онкологические больные. Даже самые образованные из них, в том числе и врачи, наивно верят шитым белыми нитками объяснениям лечащего врача относительно появления все новых и новых симптомов прогрессирующего злокачественного процесса. У самого отчаявшегося человека желание жить остается всегда до конца, а замерзав, при новой надежде ярко вспыхивает вновь. вспомните рассказ блестящего беллетриста и тонкого психолога Андре Моруа "Отель Тенезис". Разочарованный в жизни человек отправляется в санаторий, где реклама обещает ему легкую и приятную смерть. сразу же герой знакомится с другой пациенткой санатория, очаровательной молодой женщиной, также разочарованной в жизни. Он влюбляется в нее, готов начать новую жизнь, они строят планы совместного будущего. Проведя вместе великолепный день, расходятся, чтобы поутру встретиться вновь. Он засыпает радостный, в превосходном настроении, а директор санатория приказывает пустить в его номер смертоносный газ. Очаровательная новая подруга оказалась просто сотрудницей санатория - "подсадной уткой".

Так и мой пациент, который ночью просил, чтобы ему ввели смертельную дозу морфия, наутро тоже раздумал умирать.

Сложнее обстоит дело с глубокими стариками, впадшими в деменцию, у которых практически нет шансов поправиться. Они нередко являются тяжелым крестом для родственников и бременем для общества. Несомненно, что их эвтаназия оказалась бы благом для всех. Но и это, с моей точки зрения, крайне опасный путь. Во-первых, врач единолично превращается вначале, в судью, а затем и в палача. А это не проходит для него даром. Цена человеческой жизни в его глазах падает, он черствеет, его гуманизм подвергается серьезному испытанию. Во-вторых, подобное отношение к больному вызывает такое же действие на души непосредственных наблюдателей: сестер, санитаров, студентов. В-третьих, свидетелями этого, особенно при пассивной эвтаназии, оказываются больные и их близкие, а это неизбежно отразится на мнении населения о больнице и ее персонале.

Другое дело, когда врач, часто располагая весьма скромным резервом медикаментов, отдает предпочтение в назначении наиболее эффективных препаратов перспективному больному, но и безнадежный старик должен что-то получить, и ему должно быть уделено внимание персонала, он не должен быть брошен. Всей своей нелегкой жизнью человек заслуживает этого. Не исключено, что он до сих пор активен, очень близок и нужен кому-то.

Несколько лет назад в одну из больниц нашего города вечером был доставлен глубокий старик, подобранный в бессознательном состоянии на улице с признаками нарушения мозгового кровообращения. Документов у него при себе не оказалось. Утром он умер. Через несколько часов выяснилось, что это был известнейший в стране авиаконструктор, дважды Герой социалистического труда, до сих пор возглавлявший крупное КБ. Он прибыл в командировку, вечером вышел погулять, и во время прогулки у него случился инсульт. Специальная комиссия установила, что в больнице больной был просто брошен, практически никакого лечения не получал.

Этим примером я хочу прежде всего подчеркнуть, что врач не может становиться судьей, определяющим ценность человека для общества. Конечно, дело не в том, что лечение больного должно проводиться в зависимости от его социальной значимости или общественного положения родственников, хотя подобный подход нередко имеет место.

Итак, как бы ни решал врач конкретные вопросы жизни и смерти человека, он должен прочно стоять на позициях разума, законности, гуманизма. Ни в коем случае его решения не должны исходить из пресловутой целесообразности.

***Человек властен против болезни, но не властен против судьбы.
Китайская пословица
Настоящий врач никогда тебя не покинет.
Ежи Лец
Помните, у человека нет выбора: он должен быть человеком.
Ежи Лец***

Как использовать теоретические знания в практической работе

Так ли часто хирург в своей работе вспоминает о каких-то теориях, а тем более пытается реально использовать их на практике? Думаю, что здесь честным будет отрицательный ответ.

Конечно, было бы более правильным этот раздел предпослать другим, но так поступить я просто побоялся. К сожалению, большинство наших практических врачей и, особенно хирургов, убеждены в том, что теорией они "обкормлены" в институте, а теперь их задача - медицинская практика. Поэтому, если такой врач увидит на первом месте в оглавлении что-то связанное с теорией, он книжку просто может не купить.

В Древней Греции почти каждый философ был врачом, а уж каждый врач - обязательно философом. Поэтому, приступая к диагностике и лечению заболевания больного, он прежде всего хотел понять сущность болезни, используя для этого пусть наивные и неточные теоретические представления о строении и работе человеческого организма того времени.

За два с лишним тысячелетия медицинские науки ушли далеко вперед. Сегодня существует немало гипотез и

теорий, с помощью которых можно как-то понять этиологию и объяснить патогенез всех существующих заболеваний. Причем сущность одного и того же заболевания с точки зрения разных теорий оказывается совсем не одинаковой. Так, в настоящее время существует не менее десятка теорий, объясняющих этиологию и патогенез язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Какой же теорией из нескольких существующих должен руководствоваться хирург, выбирая метод лечения каждого конкретного больного? Мне представляется целесообразным придерживаться следующего правила. Каждый врач обязан выбрать и затем твердо стоять на позициях той теории, которая более других импонирует лично его взглядам и соответствует его мировоззрению. И так для каждого заболевания у больных, которым ему придется лечить. Только тогда все назначения и действия хирурга будут осмысленными, а лечение обретет свою логику. В противном случае врач сможет проводить больному только симптоматическое лечение на фельдшерском уровне.

Конечно, врач может со временем изменить свое мнение о ценности той или иной теории, поскольку его взгляды меняются, а теории уточняются. Тем не менее, в каждый данный момент все его врачебные действия должны согласовываться с положениями той теории, которую он исповедует сегодня.

Так, из всех теорий патогенеза язвенной болезни я для себя, как ведущую, выбрал пептическую. Мне представляется, что хроническая язва желудка и 12-перстной кишки образуется в результате противодействия двух сил: агрессивного действия желудочного содержимого и противостоящих ему защитных свойств слизистой оболочки желудочной стенки. Это, конечно, предельно упрощено, но, по моему мнению, это самое главное положение, которым должен руководствоваться врач (как интернист, так и хирург), подходя к лечению язвенного больного.

На сегодняшний день хирурги могут воздействовать с помощью оперативных вмешательств только на один из двух этих факторов, ведущих к образованию язвы, а именно на желудочную секрецию.

Согласно исследованиям И. П. Павлова, существует две основные фазы желудочной секреции. Первая сложнорефлекторная. Вид, запах и ощущение вкуса пищи вызывает у человека отделение желудочного сока. Возбуждение соответствующих центров головного мозга по эфферентным секреторным волокнам, идущим в составе вагуса, передается к главным и обкладочным клеткам желудка, которые в результате этого начинают функционировать, выделяя желудочный сок.

Вторая фаза желудочной секреции - нейро-гуморальная. Она запускается только в тот момент, когда пища, попавшая в желудок, вступает в непосредственный контакт со стенкой желудка в антральном отделе. Раздражение желудочным содержимым рецепторов стенки желудка приводит к выработке в ней гастрин, который поступает в кровь и уже гуморальным путем стимулирует деятельность главных и обкладочных клеток желудка.

Как известно, после поражения "гастроэнтероанастомозов" с середины 30-х годов в нашей стране получила широкое распространение операция резекции желудка. Удаление дистальных 2/3 желудка имело целью унести весь аппарат внутренней секреции желудка и тем самым ликвидировать вторую фазу желудочной секреции.

Хотя результаты после резекции желудка оказались много лучше, чем после гастроэнтероанастомоза, тем не менее осложнений и после резекции было много. Так, при недостаточном объеме резецированной части желудка у больного возникала пептическая язва анастомоза, а после удаления 2/3 или 3/4 желудка больные страдали от так называемой агастральной астении. Существуют и другие осложнения. К тому же до 3-5% больных погибает непосредственно после операции.

Операция стволовой ваготомии, предложенная с целью ликвидации первой фазы желудочной секреции, хотя была проще, чем резекция желудка, и больные умирали реже, долго не просуществовала. После нее часто наблюдались тяжелейшие расстройства моторики желудка.

Однако, после того, как во второй половине пятидесятых годов ваготомии стали дополнять так называемыми дренирующими операциями, т. е. операциями, направленными на улучшение опорожнения желудка, она получила как бы второе рождение. В качестве дренирующих операций применяли различные способы пилоропластики, гастродуоденоанастомоз и гастродуоденоанастомоз.

В 1962 году мною была предложена операция, направленная одновременно на подавление обеих фаз желудочной секреции. Она заключалась в выполнении селективной ваготомии и резекции антрального отдела желудка по типу Бильрот-1. В нашей клинике в этот период было выполнено более 200 подобных операций. Ни один больной не умер. Трех-пятилетние результаты оказались хорошими.

Однако наше, казалось бы, научно обоснованное и разумное предложение, достаточно подкрепленное клиническим опытом, повсюду встречалось в штыки. В то время в нашей стране ваготомия была решительно объявлена порочной операцией. Против наших предложений выступали на научных обществах и конференциях, наши статьи возвращали из редакций. Только в 1967 году журнал "Хирургия" в порядке дискуссии опубликовал мою и И. М. Березина статью "Экономные операции на желудке в сочетании с селективной ваготомией при лечении язвенной болезни".

Однако постепенно лед тронулся и обновленная ваготомия начала занимать свое место. Появилась суперселективная ваготомия, при которой сохранялся нерв Латарже, управляющий привратником, что позволяло отказаться от дренирующих операций. Под напором огромной литературы о прекрасных результатах ваготомии, мы клюнули на приманку сохраняющих желудок операций, перестали делать антрумрезекцию в сочетании с ваготомией и перешли на ваготомию в сочетании с дренирующими операциями.

К сожалению, наша пионерская работа по ваготомии в отечестве прочно забыта, ее цитируют только иностранцы (например И. Литтманн, "Оперативная хирургия", 1982 г.). Умер уже И. М. Березин, кандидатская диссертация которого по этой теме "Экономные операции на желудке в сочетании с селективной ваготомией при лечении язвенной болезни" была защищена еще в 1969 г. Прошло более 25 лет с момента наших первых операций и мы решили поинтересоваться отдаленными результатами в сроки 20-25 лет после операции. Сравнив результаты операции ваготомии с антрумрезекцией, при которой мы выключали обе фазы желудочной секреции, с одной стороны, с собственными результатами операции ваготомии с дренирующими операциями при которой выключали только первую фазу секреции - с другой, мы смогли отчетливо убедиться в преимуществе первого вмешательства. У больных наблюдалась стойкая ахлоргидрия, которая являлась единственной надежной гаран-

тией заживления как язвы желудка, так и язвы двенадцатиперстной кишки Остающаяся же после ваготомии с дренирующей операцией кислотопродуцирующая способность слизистой желудка за счет сохранившейся второй фазы секреции, даже при низком уровне базальной и стимулированной кислотности, не так уж редко приводит к рецидиву язвенной болезни.

Данный пример, по моей мысли, должен наглядно показать, каким образом правильное представление хирурга о патогенезе заболевания позволяет ему наиболее полноценно, быстро и надежно лечить больного.

Вместе с тем, совершенно очевидно, что даже знание патогенеза каждого заболевания еще не делает врача настоящим философом. Для этого ему нужно овладеть общей теорией медицины.

Современная медицина серьезно претендует на то, чтобы называться наукой. Огромное количество важнейших исследований проведено за последние два столетия, и число их продолжает нарастать. Исследования дошли уже до молекулярного уровня. В научной работе широко пользуется математическое моделирование, информатика, кибернетика. Во всем мире функционируют тысячи лабораторий, станций, научно-исследовательских институтов, академий медицинского профиля. В научные медицинские исследования вкладываются огромные государственные средства и частные пожертвования.

Нелепо было бы отрицать успехи медицинской науки, они общеизвестны. Однако насколько они глобальны? Основная проблема здоровья человечества - атеросклероз, гипертоническая болезнь, рак, СПИД, и некоторые инфекционные заболевания, в первую очередь - грипп, пожалуй, так же далеки от своего разрешения, как и сто лет назад.

Решаются в основном отдельные частные вопросы, однако, по большому счету, успехи и в этом относительны. Так, за последние годы среди других медицинских специальностей стали особенно видны успехи хирургии. Во всем мире в геометрической прогрессии растет как абсолютное, так и относительное число хирургических вмешательств. Только за последние 50 лет появилось и получило широкое распространение хирургическое лечение заболеваний и пороков сердца, нарушений мозгового кровообращения, симптоматической гипертонии, окклюзирующих заболеваний кровеносных сосудов, аневризм аорты и ее ветвей, коронарной недостаточности, заболеваний легких, пищевода и средостения. А какое развитие получила хирургия при желчнокаменной болезни и язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки! В общем, хирургам в ближайшее время не угрожает безработица. Но ведь людям от этого совсем не радостно.

Во-первых, после операции развиваются осложнения, подчас приводящие к инвалидности и даже гибели больных. Во-вторых, операция сама по себе может носить калечащий характер (гастрэктомия, холецистэктомия, ампутация и др.). В-третьих, операция надолго выключает больного из привычных условий труда и быта. Наконец, операция оказывает на больного сложное психосоматическое воздействие.

Ах, как мы любим говорить, что медицина прежде всего должна быть профилактической! Но ведь пока это просто болтовня. Если болезнь доведена до той степени, когда больному может помочь только хирургическое вмешательство, то очевидно, что это будет уже далеко не ранняя стадия заболевания, а в ряде случаев оказывается, что болезнь вообще здорово запущена. Мне представляется, что подобное положение может быть объяснено только двумя обстоятельствами: либо поздней диагностикой, либо плохим лечением. Поскольку эта тенденция в общем-то существует во всем мире, она, по-видимому, в первую очередь указывает не на существование большого числа плохих врачей, а на несовершенство самой медицинской науки.

Слабость официальной медицины в последнее время подтверждается массовым выплодом экстрасенсов, телегипнотизеров, ясновидящих, новых знахарей, шаманов, астрологов, и прочих шарлатанов, не без успеха изымающих деньги не только у дураков, но и многочисленных несчастных больных, разуверившихся в возможностях дипломированных врачей.

Как мне представляется, основная причина отставания прогресса медицины от остальных наук заключается не только в том что она не относится к точным наукам, а, главным образом, в том, что она фактически не имеет единой концептуальной теории. Такой философской теории, которая позволила бы объединить в единое целое многочисленные экспериментальные и клинические научные материалы и наблюдения, расставить все по своим местам, чтобы получить общую картину патологического процесса.

Да, в медицинской науке есть очень много прекрасных "кирпичей", есть отдельные безупречные блоки, и даже стены, сложенные из этих "кирпичей", но целого-то здания нет! Как мне представляется, основная ошибка создателей, пожалуй, всех теорий заключалась в том, что авторы их пытались найти в организме одну главенствующую систему, или один ведущий процесс, или один механизм и, уже исходя из них, построить теорию, могущую объяснить все происходящее как в здоровом, так и в больном организме. Но ведь человеческий организм (как и любого другого животного) устроен необычайно сложно и целесообразно. Он состоит из настолько великолепно тонко работающих, экономических и долговечных органов и систем, что каждого кто хотя бы элементарно познакомился с его анатомией и физиологией и сравнил живой организм с самой сложной и умной машиной, это всякий раз не может не изумлять. Ну, а если при этом еще по-настоящему задуматься над тем, как живому организму приходится функционировать для того, чтобы выжить в сложнейших, опасных и постоянно меняющихся состояниях окружающей среды, то это просто потрясает.

Несомненно, что и в живом организме существует иерархия, есть центр, есть периферия, но в отличие от нашего государства, здесь "парада суверенитетов" не существует. Не всегда и не во всех ситуациях главенствует центр. Нередко периферия действует совершенно автономно и тем не менее, весьма эффективно. Несомненно, что уже упоминавшаяся АПУД-система - периферическая эндокринная система наряду с вегетативной нервной системой играет в этом не последнюю роль.

Огромное значение для выживания организма имеет его способность создавать временные ассоциативные механизмы, обеспечивающие приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней среды или защиту от них.

Если бы организм находился в строго постоянных условиях внешней среды (одна и та же температура, влажность, освещенность, радиация среды, одно и то же питание, при ограниченном и однообразном объеме движений и т. п.), его жизнь могла быть четко обеспечена нормальным функционированием его великолепных органов и систем, действующих изолированно один от другого. Но ведь условия нашей жизни и деятельности быстро,

непрерывно, а нередко и радикально меняются.

Для того, чтобы существовать в таких условиях, организм вынужден постоянно создавать временные ассоциации каких-то органов и систем, согласованная работа которых позволяет ему справиться с возникшей ситуацией. После чего ассоциация распадается с тем, чтобы мгновенно трансформироваться в новую, соответствующую новым условиям. При этом одновременно могут функционировать несколько ассоциаций. Эти ассоциации, в зависимости от их предназначения, принято называть и описывать, как приспособительные, компенсаторные и защитные механизмы.

Таким образом, процессы, происходящие в каждый данный момент в организме даже здорового человека, необычайно сложны и подвижны, а выделить какую-то главную систему организма или типичную реакцию, так или иначе работающую в каждом процессе, просто невозможно. Именно поэтому я хочу здесь остановиться на теории, которую я исповедую многие годы и автором которой сам себя считаю. Это биологическая теория медицины.

Для того, чтобы разобраться в болезни, проанализировать сущность ее проявления и назначить обоснованное лечение, я каждый раз обращаюсь только к ней. Суть теории заключается в том, чтобы любой процесс, происходящий в больном организме, прежде всего считать целесообразным ответом организма на воздействие внешней среды, а также пытаться понять любое проявление заболевания, ставя перед собой вопрос не *почему* оно возникло, а *зачем* оно нужно организму на данный момент его состояния.

Право такого подхода, как мне представляется, дают следующие положения, исходящие из биологии.

1. Природа, создавая биологический вид в течение миллионов лет, сделала его достаточно защищенным для того, чтобы он мог существовать в сложных и постоянно меняющихся условиях окружающей его среды.

2. Все врожденные ответные реакции организма на внешние воздействия первично целесообразны, в противном случае биологический вид был бы обречен на быстрое вымирание.

3. Изменения, происходящие в организме во время болезни, с одной стороны, связаны с действием повреждающего агента, а с другой - с ответной реакцией организма на это воздействие.

4. Биологическая природа организма не рассчитана на вмешательство в нее врача.

5. Гомеостаз (постоянство внутренней среды организма) поддерживается благодаря возможности создания в нем огромного количества временно действующих приспособительных, компенсаторных и защитных механизмов.

Указанные механизмы дают возможность организму вступать в борьбу с неблагоприятными для него экзогенными и опосредованными эндогенными влияниями внешней среды. Исход этой борьбы, с одной стороны, зависит от силы воздействующих на организм неблагоприятных условий внешней среды, с другой стороны - от состояния приспособительных, компенсаторных и защитных механизмов, а также от времени их включения в работу.

В первые годы появления на Земле человека естественный ход эволюции живой природы мало менялся, однако в дальнейшем деятельность человека стала оказывать серьезное отрицательное влияние на экологию. Оказалось, что у животных под влиянием новых неблагоприятных факторов, появившихся не постепенно, внезапно, могут иногда вырабатываться довольно быстро новые приобретенные механизмы. Этот процесс происходит на основании врожденных приспособительных, компенсаторных и защитных механизмов аналогично выработке условного рефлекса на базе безусловного. К сожалению, человечество за последние годы сумело поставить мир на границу экологической катастрофы. Неблагоприятные факторы приобрели такую силу, что любой живой организм уже не может никак к ним приспособиться, ни защититься от них.

Как мне представляется, настоящий врач для того, чтобы правильно понимать сущность процессов, происходящих в организме, прежде всего должен хорошо знать биологию, уметь логически мыслить и быть философом.

Наш великолепный рационально устроенный организм обладает многими замечательными качествами: он преобразует почти без потерь один вид энергии в другой, гармонично растет и развивается, воспроизводит себе подобных, его мозгу присуща высшая функция - возможность абстрактного мышления. Строение и функции живого организма настолько близки к идеалу, что появилась даже специальная наука бионика, стремящаяся заимствовать и использовать их подобию в технике и точных науках для создания различных механизмов и химических реакций, кибернетических схем и т.п.

Однако человеческий организм в условиях постоянно существующих, непрерывно меняющихся многосторонних воздействий внешней среды, несмотря на четкое взаимодействие всех его клеток, тканей и органов, без наличия комплекса компенсаторных механизмов и систем, вряд ли мог бы просуществовать даже несколько часов. Поэтому филогенетическое развитие человека привело к созданию в нем, за счет временного сочетания в работе различных органов и систем организма, бесчисленных, чрезвычайно тонких и сложных приспособительных, компенсаторных и защитных механизмов.

Для понимания процессов, происходящих в организме, важно знать не столько состояние того или иного органа или системы организма, сколько цель защитных, приспособительных и компенсаторных механизмов, работающих в данный момент. Именно это следует врачу стремиться понять в первую очередь.

Многочисленные непрерывно происходящие отклонения функций различных систем организма немедленно корректируются, благодаря включению тех или иных компенсаторных механизмов. Как правило, это происходит совершенно неощутимо не только для самого человека, но и незаметно для стороннего наблюдателя, вооруженного самой современной исследовательской аппаратурой.

При более значительных отклонениях функций отдельных органов и систем компенсаторные реакции, естественно, будут более выраженными. В этих случаях изменения, происходящие в организме, с помощью достаточно тонких методик, могут быть обнаружены.

Еще более серьезные нарушения работы систем и органов, наступившие в результате каких-то эндо- и экзогенных неблагоприятных влияний на организм, потребуют включения большого числа различных механизмов, иногда не только приспособительных и компенсаторных, но и защитных. Только в этом случае у человека появляется выраженная субъективная и объективная симптоматика уже болезни. Эта симптоматика отражает три начала: этиологический фактор, функциональную недостаточность, связанную с повреждением органов и систем и, наконец, интенсивную работу указанных механизмов.

Например, проявлением этиологического начала может быть обнаружение в организме каких-либо токсинов, микроорганизмов, наличие раны при травматическом повреждении или паразита при эхинококкозе. Проявлением функциональной недостаточности, например, миокарда могут быть отеки, печени - желтуха и высокие цифры билирубина в крови, почек - низкий удельный вес мочи и т. п. Что касается проявления интенсивной работы приспособительных, компенсаторных и защитных механизмов, то это может быть и одышка, и сердцебиение, и температурная реакция, и рвота, и повышение или снижение кровяного артериального давления, и активизация свертывающей системы крови, и многое, многое другое.

Следует подчеркнуть, что понять, к какому началу следует отнести тот или иной симптом, совсем не просто. Так, рвота может быть не только проявлением работы защитных механизмов, например, в случае интоксикации, но и непосредственным признаком недостаточности пищеварительной системы, вследствие, например, стеноза привратника или острой кишечной непроходимости. Настоящий врач, чтобы понять состояние больного, обязательно должен выяснить, какое начало имеет рвота. Для этого ему необходимо ответить на два вопроса: *почему* происходит рвота и *зачем* она происходит. Ответ на первый вопрос поможет понять существующую патологию со стороны органов и систем. Ответ на второй вопрос даст понимание биологической реакции организма в борьбе с заболеванием.

Чем лучше функционируют приспособительные, компенсаторные и защитные механизмы, тем позднее и слабее внешне проявляется заболевание. Однако, как это ни парадоксально, однозначно ответить на вопрос хорошо это или плохо, весьма затруднительно.

Природа слепа. Создав великолепный человеческий организм, она максимально вооружила его для защиты. Приспособительные и защитные реакции, если они хорошо действуют, могут предохранить основные системы организма от умеренной агрессии со стороны внешней среды. При значительной агрессии, благодаря существованию этих механизмов, организм выживает, но полной реабилитации его обычно не происходит. Наконец, чрезмерная агрессия приводит организм к гибели. В последнем случае спасти жизнь больного может только та сила, которую природа не только не признает, но и против которой она, слепая, нередко борется. Эта сила - врачебное искусство.

Таким образом, если при незначительных и медленно прогрессирующих хронических расстройствах организм с помощью компенсаторных механизмов в течение длительного времени, а иногда и всей жизни может существовать вполне удовлетворительно, то при более тяжелых и прогрессирующих заболеваниях компенсация процесса на протяжении некоторого времени приводит к тому, что клинические признаки заболевания проявляются иногда слишком поздно, когда болезнь становится неизлечимой.

Положение "Природа лечит, а врач помогает" было выдвинуто еще древними философами. На ранних стадиях развития медицинской науки оно было бесспорным. Однако многие врачи и сегодня продолжают ставить его в основу своей деятельности. В наше время, когда медицина достигла все-таки определенных успехов, это положение остается верным только для тех заболеваний и расстройств, которые могут быть излечены в основном с помощью защитных свойств, присущих самому организму. В других случаях врач должен лечить, не считаясь с природой, и, наконец, в некоторых случаях ему приходится в большей степени бороться с природой, чем с самим заболеванием.

В качестве примера можно сослаться на ситуацию, возникающую при трансплантации органов. Успешная пересадка почек, печени, легких или сердца от донора уже успешно осуществлена. Организм больного нормально переносит оперативное вмешательство. Пересаженный орган хорошо функционирует. Однако природа организма реципиента не может понять, что ему полезен пересаженный орган, поскольку здесь существует и действует только один биологический закон: "Все инородное в организме вредно и должно быть отторгнуто". Именно поэтому организм реципиента пускает в ход все свои защитные реакции, чтобы отторгнуть внедренное в него "чужеродное тело". В свою очередь, врачу приходится использовать все имеющиеся в его распоряжении средства, чтобы подавить эту реакцию отторжения. Сегодня при трансплантации с природой организма уже в большинстве случаев справиться удается, но это до сих пор дается нелегко.

Дело в том, что программа действия всех биологических механизмов нашего организма создавалась природой на протяжении миллионов лет, и, хотя она чрезвычайно обширна и мобильна, в своей сущности эта программа крайне консервативна. Чтобы что-либо изменилось в ней требуются многие тысячелетия.

Пока человек не вмешивался в дела природы столь грубым и совершенно необычным для нее способом, подобная программа организм устраивала, поскольку изменения, медленно происходящие во всей окружающей жизни, вызывали столь же медленное изменение программы защиты организма против новых вредных влияний на организм, появляющихся в природе.

Лишь изредка на Земле наступали катаклизмы, резко менявшие течение жизни. После них выживали лишь организмы, имевшие в программе своей защиты механизмы, охраняющие организм в условиях новой окружающей среды. Однако могли возникнуть (а скорее всего и возникали) и такие изменения, при которых все существовавшие виды вообще погибали, а затем процесс зарождения жизни и эволюции начинался заново.

Животные, даже самые высшие, не могут изменить природу, а вот человек, к сожалению, может. Причем его творения и открытия нередко оказывают на природу губительные действия, по своей силе равные катаклизмам. Возьмем, к примеру, ионизирующую радиацию, загрязнение земли, воздушного и водного бассейнов токсическими отходами при производстве вновь синтезируемых продуктов и т. п.

Несомненно, что с этой точки зрения следует рассматривать и неприспособленность нашего организма противостоять нарастающему темпу жизни и потоку отрицательных эмоций, создаваемых опять же самим человеком, как причину неуклонного роста и психических, и соматических заболеваний. Возможно, что Природа когда-нибудь выработает у организма соответствующие эффективные приспособительные реакции и к новым вредностям, но совершенно невозможно предусмотреть, какие еще вредные воздействия на свой организм придумает человек за те тысячелетия, которые потребуются для этого.

Если человек путем искусственного отбора или генной инженерии может активно воздействовать на наследственность, получая потомство животных с нужными признаками, то в принципе в будущем нельзя исключить возможность управления наследственностью и у самого человека. В числе прочих наследственных признаков,

очевидно, можно будет и изменить существующие приспособительные и защитные реакции. Например, создать человека, которому можно будет пересаживать любую ксено- или аллоткань, или орган и они не отторгнутся, т. к. у данного человека не будет иммунитета против чужеродного белка. Теоретически такой человек может прожить бесконечно долго, поскольку его износившиеся органы и ткани можно будет систематически менять на новые. Фактически же он быстро погибнет, т. к. не будет иметь никакой защиты даже от малопатогенных микроорганизмов.

В какой же степени современная медицина может управлять природой? Хотя, как уже говорилось выше, программа действия защитных и приспособительных реакций живого организма необыкновенно консервативна, нельзя не отметить, что данные реакции в определенной степени все же поддаются управлению и регулированию.

В качестве примеров можно взять возможность закаливания организма, или привыкание его к постепенно увеличивающимся дозам ядов. И в том, и в другом случае происходит тренировка ответствующих приспособительных реакций живого организма, в результате которой эти реакции довольно легко справляются с агрессией такой степени, которая раньше приводила организм к гибели. Подобную же роль тренировки защитных реакций фактически играют различные прививки, направленные на выработку организмом активного иммунитета.

С другой стороны, наоборот, возможным оказывается подавить некоторые защитные и приспособительные реакции, воздействуя на организм ионизирующей радиацией, антимиетаболитами, гормонами и некоторыми другими веществами. Именно таким путем влияют на организм, стремясь подавить его реакцию на пересадку алло- или ксенотканей и органов. Подобные воздействия на приспособительные и защитные реакции организма следует отнести к активным. Однако наряду с активными возможны и пассивные воздействия на эти реакции как с целью их усиления, так и подавления. Для этого в первую очередь используются самые различные фармакологические препараты, синтез которых в последние годы проходит весьма успешно.

Теперь можно попытаться на основании пропагандируемого мною биологического подхода сформулировать задачи, стоящие перед хирургом, анестезиологом, реаниматологом в период подготовки больного к операции, во время наркоза и хирургического вмешательства, а также в послеоперационном периоде.

В предоперационном периоде необходимо пополнить дефицит и, если возможно, создать запас энергетических веществ в организме, поскольку интенсивная работа всех механизмов, запускаемых во время операции, потребует огромных затрат энергии. Необходима нормализация состава крови, электролитов, стабилизация функции нервной системы и желез внутренней секреции, т. е. основных компонентов, играющих существенную роль в формировании этих механизмов.

Далее следует предпринять тренировку тех механизмов, на которые во время операции и после нее должны упасть максимальные нагрузки. Наконец, необходимо подавить те реакции организма, которые могут оказать отрицательное влияние на результаты хирургического вмешательства.

Конечно, нельзя забывать и о подготовке основных систем и органов (сердечно-сосудистая система, органы дыхания, печень, почки) организма, разумно сочетая в этой подготовке их отдых и тренировку, ибо в период подготовки к сверхнапряженной работе во время операции бездействие органа не менее опасно, чем чрезмерная его функция.

Принято считать, что операция для организма является агрессивным актом со стороны внешней среды. С биологической точки зрения - это верно, так как природа организма реагирует на хирургическое вмешательство точно так же, как и на случайное ранение. А организм при ранении включает свои защитные механизмы, чтобы сохранить себе жизнь.

Включение же этих механизмов приводит к интенсивной функции многих основных органов, иногда почти предельной. Теперь все зависит от того, насколько выдержат органы ту повышенную нагрузку, под которой заставляют их работать компенсаторные механизмы.

Приведем пример. При ранении крупной артерии происходит ее местный спазм, снижается системное артериальное давление, значительное количество ранее циркулировавшей крови депонируется. Все это происходит в результате проявления защитных реакций организма, стремящегося уменьшить и ликвидировать кровопотерю. Кровотечение останавливается или уменьшается, однако, чтобы в этих условиях не развилась гипоксия жизненно-важных органов, компенсаторные реакции оказывают действие на сосудистую систему, в результате которого происходит централизация кровообращения, а также на сердце - появляется тахикардия, благодаря чему увеличивается минутный объем и возрастает скорость кровотока в жизненно важных органах.

В тот период, пока, с одной стороны, не остановится кровотечение, а также не будут ликвидированы гиповолемия и анемия за счет возвращения депонированной крови в магистральные сосуды и поступления в кровеносное русло тканевой жидкости, а с другой стороны, пока не восстановится сосудистый тонус, дальнейшую судьбу больного определит, прежде всего, сердечная деятельность. Здоровое тренированное сердце, обладающее энергетическими ресурсами, способно выдерживать тахикардию в течение длительного периода, в то время как больное старое сердце не сможет долго выдержать высокий темп и силу окращений. Это приводит к уменьшению объема и скорости кровотока, в результате чего развивается гипоксия жизненно важных органов и организм погибает. Иногда происходит и внезапная остановка перегруженного сердца.

Подобная реакция может развиваться в ответ не только на ранение крупного сосуда, но и на значительное разможение тканей, сложный перелом костей и другую тяжелую травму. По-видимому, организм недостаточно точно может дифференцировать как степень агрессии, так и характер полученного повреждения. Во всех случаях включаются механизмы, способные предупредить возможную кровопотерю или, по крайней мере, значительно уменьшить ее величину. Такие же реакции развиваются при операции, если не была блокирована или недостаточно блокирована зона операции и связанные с ней нервные и гуморальные пути, по которым могут пройти сигналы о необходимости защиты и быть запущены соответствующие защитные механизмы. Необычная, чрезмерная нагрузка органов и систем, наступающая во время операции под влиянием защитных механизмов, довольно быстро утомляет и истощает их, а иногда даже полностью выводит из строя. Анестезиолог должен обеспечить этот напряженный период работы организма достаточным количеством энергетических и других необходимых веществ (кислород, витамины, гормоны и т. п.), а также помочь отдельным органам справиться с пиковой

нагрузкой, применяя для этого искусственное дыхание, искусственную почку, вспомогательное кровообращение и другие средства.

Однако, сколь не действенны бывают эти средства, они никак не могут обеспечить к концу операции полноценного состояния напряженно работавших органов и систем. Кроме того, даже опытный анестезиолог, вооруженный самой современной аппаратурой, не всегда может разобраться, является ли тот или иной процесс отражением истинной патологии данного органа или изменением его под влиянием компенсаторных реакций, а ведь долго думать - то некогда, меры надо применять немедленно.

В качестве примера сошлюсь на следующую историю. Длительное время нам оставались непонятными причины тахикардии и сохранения высокого артериального давления у пациентов, после успешно ликвидированной коарктации аорты. Назначение средств, понижающих давление или уменьшающих тахикардию, эффекта не давало. Гиповолемия, как причина подобной реакции организма, вроде бы исключалась, так как кровопотеря полностью и немедленно была возмещена. Тщательное наблюдение за больными, а главное, размышления на тему, зачем организму нужна такая реакция, в конце концов привели нас к правильному решению вопроса.

Дело в том, что после восстановления нормального просвета, аорты кровяное давление во всей артериальной системе выравнивается, то есть в сосудах, расположенных выше бывшего сужения, оно снижается, а расположенных ниже - повышается. В результате этого сосуды нижней половины туловища растягиваются, следовательно, общая емкость артериального русла увеличивается. Поскольку при этом объем циркулирующей крови остался первоначальным, гиповолемия все же имеет место. Для того, чтобы предупредить угрозу гипоксии тканей, включаются компенсаторные механизмы. Прежде всего происходит спазм сосудов, в результате которого уменьшается общая емкость артериального русла и повышается артериальное давление. В то же время с целью увеличить минутный объем и скорость кровотока возрастает темп сердечных сокращений. После того, как больным сразу после устранения коарктации мы стали избыточно переливать 600-1000 мл крови, эти реакции перестали проявляться.

Второй путь, по которому может пойти врач, стремящийся к максимальному сохранению сил и запаса энергии организма - это сделать так, чтобы организм не воспринимал операцию как акт агрессии и, следовательно, не реагировал бы на нее своими защитными реакциями.

По сути дела, природа и не должна бы защищать организм от операции, проводимой во благо организма и по всем правилам, однако она не может дифференцировать операцию от случайной травмы и реагирует на нее точно так же, как на любую случайную агрессию, поскольку программа защиты организма не рассчитана на чью-то помощью извне.

Полностью исключив саморегулирование и самозащиту организма, анестезиолог вместе с тем берет на себя весьма ответственную задачу защищать организм от любых опасных для него нарушений, возникающих по ходу операции. Однако в этих условиях самая первая задача как анестезиолога, так и хирурга - это предупреждение каких-либо нарушений, прежде чем они разовьются. Кроме того, в этом случае врачам будет легче разобраться в истинном состоянии на данный момент каждого органа, или системы, поскольку им будет известно, что при таких условиях работа данного органа уже не будет отражать часть какого-то компенсаторного процесса.

Таким образом, анестезиолог во время операции может пойти двумя путями. Либо, следя за защитными реакциями организма, развившимися в ответ на агрессию (оперативное вмешательство), одни из них - поддерживать, против других бороться, в то же время с трудом оценивая действительное состояние основных органов и систем организма. Либо, полностью блокируя организм от реакции на оперативное вмешательство, исключив тем самым для него какую-либо реакцию на агрессию, и полностью взять на себя немедленную компенсацию всего того, что будет нарушено во время вмешательства.

По понятным причинам второй путь нам кажется более предпочтительным. Однако полностью осуществить его можно будет лишь в будущем. В настоящее время, пожалуй, нет другой возможности избежать ответной реакции организма на хирургическое вмешательство, чем погрузив его в очень глубокий наркоз, в состояние гипбернации или глубокой гипотермии. Однако с помощью таких методов мы, избежав ответную реакцию организма на хирургическую агрессию, подвергнем его тяжелой интоксикации при глубоком наркозе, или снижению реактивности при гипбернации, что невыгодно для последующего послеоперационного периода.

Поэтому мы не исключаем возможности, что сочетание хирургической стадии наркоза с местной блокадой нервных и гуморальных путей окажется методом выбора, если мы решим пойти по этому направлению. Однако, даже в том случае, когда благодаря умелым действиям анестезиолога и хирурга реакции со стороны компенсаторных механизмов во время операции не последует, это не значит, что у оперируемого не появится реакция тревоги (1 стадия общего адаптационного синдрома по Селье), связанная с переживаниями и волнениями больного перед операцией.

Как известно, в результате реакции тревоги часть компенсаторных механизмов запускается, происходит интенсивная мобилизация кортикостероидов, и организм приходит в состояние напряжения. Подавить реакцию тревоги можно путем назначения больному соответствующих психотропных средств или заранее погрузив больного в физиологический сон, либо наркоз.

Возможно, что через несколько лет мы сможем погружать больного в сон вообще на все время пребывания его в хирургическом стационаре, включая период обследования, подготовки к операции, самой операции и послеоперационного периода. Может быть, это окажется великим благом для больного человека.

В заключение этого раздела попытаемся, к примеру, научно разобраться в сущности такого сложного феномена, как травматический шок, природа которого до сих пор вызывает многочисленные дискуссии.

Несомненно, что существует определенный симптомокомплекс, соответствующий понятию "травматический шок". При экспериментальной травме кошек, собак и других млекопитающих филогенетически довольно далеко стоящих от человека, возникает состояние, весьма напоминающее травматический шок у человека. Это позволяет предположить, что травматический шок - есть определенная реакция организма, развивающаяся в ответ на травму и присущая всем млекопитающим (условно ограничим свои рассуждения только этим классом животных). Эта реакция, по-видимому, возникла в процессе эволюции и естественного отбора вначале у какого-то одного биологического вида, а затем войдя как новый признак в генотип, т. е. стала передаваться по наследству. В по-

следующем, в процессе филогенеза, она распространилась, по крайней мере, на целый класс животного мира. Можно предполагать, что без этой реакции в сложных условиях существования на Земле, ни один вид животных просто не мог выжить. Если согласиться с этими предположениями, то кроме признания факта существования травматического шока придется признать и то, что эта реакция является целесообразной для организма. В противном случае факт появления и закрепления ее будет противоречить самой сущности дарвиновской биологии: нецелесообразная реакция приведет к вымиранию по крайней мере, одного биологического вида.

Мнение, что травматический шок является полезной для организма реакцией, не является оригинальным. Однако даже сами немногочисленные сторонники этой гипотезы убеждены в том, что эта реакция является целесообразной только тогда, когда речь идет только о начальных стадиях шока, а в дальнейшем она не только утрачивает свою целесообразность, но и становится вредной для организма.

Практика показывает, что это мнение как будто бы не лишено основания, так как пострадавшие, находящиеся в тяжелых стадиях шока, нередко погибают. Вместе с тем биологическая сущность травматического шока заставляет серьезно сомневаться в правильности этого.

В чем смысл защитной реакции организма, называемой травматическим шоком? Несомненно, что для сохранения жизни организма после травмы самым важным является его способность предупреждать возможность кровотечения или хотя бы уменьшать величину и скорость кровопотери. Поэтому логично будет предположить, что самая первая реакция на травму должна быть направлена на сохранение крови. Отсюда мне представляется, что **травматический шок** - это врожденная защитная реакция организма, направленная на предупреждение возможной кровопотери или уменьшение ее размеров, а также на обеспечение выживания организма в условиях малого объема циркулирующей крови.

Анализ развития шока и изменений, происходящих при нем в различных органах и системах, подтверждают это определение. Как уже упоминалось, животные получают угрожающие для жизни повреждения в основном в схватках с противником. Запах или вид противника вызывает у животного реакцию тревоги (по Селье), поскольку уже в этот момент запускаются механизмы, которые, с одной стороны, должны обеспечить напряженнейшую функцию организма во время бегства или схватки с противником, а с другой - подготовить защиту организма на случай получения ранения. При этом животное возбуждено, у него активизируются обменные процессы: появляется тахикардия, повышается артериальное кровяное давление, происходит спазм поверхностных сосудов. То есть налицо все признаки того, что уже в этот момент появляется реакция, которую принято называть эректильной фазой шока.

Но вот животное ранено. Эректильная фаза шока вначале еще продолжается. Эта реакция, предельно мобилизующая силы организма, должна помочь победить противника или спастись бегством. Однако при тяжелом повреждении эта фаза шока может быть весьма кратковременной. Сменяющая ее так называемая торпидная фаза шока в основном характеризуется следующим: признаками снижения артериального давления - что в сочетании с депонированием крови и централизацией кровообращения уменьшает кровопотерю; тахикардией, целесообразность которой заключается в сохранении минутного объема, чем обеспечивается предупреждение гипоксии жизненно важных органов в условиях низкого ОЦК; повышением коагулирующей способности крови.

Кроме этого, животное обездвиживается, поскольку при шоке моторная реакция нарушается в первую очередь. Благодаря этому, во-первых, не усугубляется полученное повреждение, например, острые отломки костей не будут продолжать рвануть мягкие ткани и кровеносные сосуды, во-вторых, создаются условия для лучшего гемостаза, в-третьих, снижаются энергетические затраты, уменьшается потребность организма в кислороде. В осуществлении этой важной защитной реакции организма несомненно существенная роль принадлежит нервной системе, поэтому мне импонируют работы П. К. Дьяченко, в которых он не обнаружил торможения центров коры мозга при шоке.

Как я уже упоминал, в генотипе биологического вида в процессе эволюции и естественного отбора не может закрепиться типичная реакция, способствующая гибели организма.

До появления человека животные получали травму обычно во внутривидовой борьбе за самку, за право быть вожакom. Эти схватки обычно кончались тем, что побежденный либо спасался бегством, либо сдавался, и победитель его не добивал. Смертельные исходы и тяжелые повреждения во внутривидовой схватке - случайность. В межвидовой схватке исход почти всегда предрешен - жертва гибнет и служит пищей хищнику. Следовательно, и в этом случае очень тяжелых повреждений, с которыми приходилось бы бороться организму, не будет. По-видимому, именно по этой причине природа не смогла выработать в организме ответной реакции на очень тяжелую травму.

Человек получает тяжелые повреждения в связи с такими "достижениями" цивилизации, как войны, транспортные катастрофы, производственные, бытовые, спортивные травмы и пр. Однако врожденная защитная шоковая реакция, полученная человеком по наследству от своих филогенетических предков, также не рассчитана на действие против такой чрезмерной силы, которой может быть подвергнут современный человек.

Следовательно, о травматическом шоке в биологическом его понимании следует говорить только в тех случаях, когда речь идет о травме не очень тяжелой.

При тяжелых и обширных повреждениях особенно трудно бывает разобраться в том, что в организме является следствием травматического шока, а что - результатом разрушения его различных органов и систем, поэтому говорить о травматическом шоке III и IV степени, конечно, нельзя. То, что до сих пор принимается как травматический шок III и IV степени, это уже не шок, а дезинтеграция организма, вследствие обычно необратимого повреждения его жизненно важных органов и систем.

Нужно ли выводить больного из состояния шока, если шок считать реакцией целесообразной? Несомненно, нужно, если у него кровотечение остановлено, а поврежденная часть тела иммобилизована.

Таким образом, шок является целесообразной защитной реакцией организма, однако до того момента, пока в дела природы не вмешается врач. При правильных действиях врача целесообразность некоторых механизмов, выработанных природой в процессе эволюции, иногда теряет свой смысл.

Действительно, шоковая реакция достается организму дорогой ценой: во-первых, многие органы и системы его работают в предельно напряженном режиме, а, следовательно, в любой момент могут выйти из строя; во-

вторых, для того, чтобы выжить, организм в некоторых случаях вынужден бывает пожертвовать какими-то своими "второстепенными" органами и, в-третьих, запуск и работа защитных механизмов при шоке требует огромных энергетических затрат. Врач может добиться защиты организма в случае агрессии со стороны внешней среды значительно более простыми средствами без затраты со стороны организма огромных усилий и потери такого количества энергии.

Примером этому может служить любое правильно выполненное плановое хирургическое вмешательство. Перевязка или коагуляция кровеносных сосудов перед их рассечением, а также полное и немедленное возмещение кровопотери делают излишним включение шокового механизма. Однако природа организма все равно реагирует на любую хирургическую операцию, как на случайную травму, включая свои защитные механизмы. Поэтому хирургу и анестезиологу приходится приложить немало усилий, чтобы предупредить и подавить эти реакции, которые в данной ситуации оказываются не только нецелесообразными, но и вредными, т. к. на осуществление их организм затрачивает много сил и энергии.

Что касается активного лечения больных, находящихся в состоянии шока, то и здесь мне хотелось бы подержать П. К. Дьяченко. Травматический шок не будет усугубляться оперативным вмешательством, если анестезиологическое пособие больному будет квалифицированным и адекватным. Вместе с тем быстрее восстановление органов и тканей путем хирургического вмешательства, несомненно, будет способствовать лучшему и более быстрому выздоровлению пострадавшего.

Наконец, хочу подчеркнуть, что следует строго различать реакцию организма на травму без кровопотери или с незначительной кровопотерей от травмы с массивной геморрагией. В каждом случае реакция организма будет совершенной иной, так же, как и действия врача. С этих позиций мне кажется, что будет лучше отказаться от термина "геморрагический шок" и говорить об острой массивной кровопотере.

***Есть периоды в жизни, когда судьба, обстоятельства и даже люди к нам благосклонны.
Не следует волноваться. Это пройдет.***

Жюль Ренар

***К старости мы потому любим подавать добрые советы,
что уже не можем подавать дурные примеры.***

Моя хирургическая жизнь

Доверительный разговор, а именно его я хотел бы вести читателями в этой книге, обязательно требует более близкого знакомства собеседников. Понятно, что с каждым из читателей автор познакомиться никак не может, однако, взявшись за перо он, если хочет завоевать читательские симпатии и доверие, прежде всего должен достаточно хорошо представлять себе, что их может заинтересовать. Постоянное многолетнее общение со студентами и клиническими ординаторами, аспирантами и молодыми врачами дает мне некоторое основание полагать, что интересы и стремления своих читателей я, пожалуй, достаточно изучил. Поэтому теперь мне остается представить другую сторону, то есть самого себя. Только познакомившись хотя бы немного с моей жизнью в хирургии, читатель решит, имею ли я право давать ему те советы и рекомендации, которыми полна эта книга. Но это не единственная причина, по которой я решил привести здесь некоторые страницы своей биографии. Прожита долгая хирургическая жизнь. В ней были многочисленные ошибки и неудачи, успехи и достижения, поражения и разочарования. Может быть, читатель сумеет извлечь уроки и сделать для себя какие-то выводы и из моего пути. Я, по крайней мере, постоянно пытался это сделать для себя самого, хотя и не всегда успешно.

Родился я на Урале в семье потомственного врача. О деде мне известно немного - только то, что он был потомственным почетным мещанином города Смоленска, а видел я его лишь на фотографии, в числе известных русских врачей в каталоге Петербургской фирмы медицинских инструментов Штилле. Отец закончил в 1910 г. медицинский факультет Московского университета, проходил стажировку по хирургии и урологии в Берлине у профессора Дзирне, а в годы гражданской войны был начальником плавучего госпиталя на Волге. Там он познакомился с моей мамой. Она работала медицинской сестрой. После окончания гражданской войны они жили в Екатеринбурге. Отец вначале заведовал хирургическим отделением городской больницы, а затем после организации Екатеринбургского медицинского института в течение многих лет возглавлял кафедру факультетской хирургии и одновременно руководил онкологическим отделением Уральского института физиотерапии. Он был известным в стране хирургом, а главное, очень добрым высокопорядочным и принципиальным человеком. До сих пор помню, как в 1937 г. и позднее я, правоверный пионер, с ужасом слушал как отец ругал Сталина и его окружение. По счастью, никто на него не донес, и репрессиям он не подвергся. Однако в 1951 г. за публичные выступления в защиту гонимых в то время генетиков его лишили кафедры. В 1953 г. он умер. Несомненно, что это субъективно, но отец по своим нравственным качествам остается для меня человеком, близким к идеалу. Добрая память о нем жива в Екатеринбурге до сих пор.

В детские и отроческие годы я интересовался больше вопросами техники, мастерил радиоприемники и очень хотел стать инженером по автоматике и телемеханике. Школу я закончил рано, в 16 лет, и подал заявление в Московский энергетический институт.

Когда я приехал в Москву сдавать экзамены, то оказалось, что на факультет автоматки и телемеханики конкурс составляет 13 человек на одно место. Мне, конечно, стало страшновато, но деваться было некуда. Хотя отличником я не был, но учителя в нашей школе были отменными, я готовился упорно и был принят. Однако проучиться долго не пришлось, началась Отечественная война. Поскольку мне не было еще 18 лет, в армию сразу не взяли. Полтора месяца я проработал водителем троллейбуса на маршруте N 5 "Пл. Свердлова - Химки". Дело заключалось в том, что вскоре после начала войны многие водители ушли в армию, и наш институт выделил 40 студентов на эту работу. Обучали нас мало и плохо, не у инструкторов, а просто мы ездили вместе с рядовыми водителями, учились в приглядку. Троллейбусы были тяжелыми и плохо управляемыми, Москва была затемнена, в результате пошли аварии, одна тяжелее другой. Нас повыгоняли. Часть водителей сумели возвратиться из армии, а остальных заменили опытными шоферами. Я поступил на завод им. Лепсе, где работал элек-

тромонтером.

В самые тревожные дни конца октября 1941 г. завод и институт были эвакуированы из Москвы. К этому времени мне уже минуло 18 лет. Я вернулся в родной город, попрощался с родителями и ушел в армию. Вначале меня отправили в Елховские лагеря на Урале, где мы жили в огромных холодных землянках по 40 человек на земляных нарах, покрытых лапником, ходили частично в гражданской одежде, частично в военном обмундировании, сильно поношенном, и изредка ели. После прохождения какой-то комиссии меня направили курсантом в Одесское артиллерийское училище. Оно в то время было эвакуировано на Урал в г. Сухой Лог. Однако через три недели учения два взвода училища были подняты ночью по тревоге и эшелонам отправлены на Кавказ. Там я был зачислен в стрелковый полк в качестве командира орудия полковой артиллерии на конной тяге. Учился стрелять из пушки и ездить на коне самостоятельно, без какого-либо руководства. Наш полк участвовал в десанте, высадившемся к Крыму в районе Керчи и Феодосии. Но уже в начале мая 1942 г. десант был выбит из Крыма, и мы на подручных средствах переправлялись через Таманский залив. Не буду описывать всех сложностей и приключений моего путешествия, но судьбе было угодно лишь меня, единственного из двух взводов, вернуть обратно в Одесское артиллерийское училище. Окончил я его лейтенантом и был направлен командиром взвода в 9-й запасной артиллерийский полк, расквартированный в ту пору в Саранске. В мае 1943 г. в нем был сформирован очередной 723-й отдельный разведывательный артиллерийский дивизион, в котором я служил командиром взвода разведки. Дивизион был направлен на 1-й Прибалтийский фронт. К счастью, теперь уже мне пришлось повоевать в наступлении. От Смоленска до границы с Литвой дивизион прошел с боями за один год.

Как раз на границе я получил сквозное пулевое проникающее ранение грудной клетки. До этого у меня были три легких ранения и после лечения в медсанбате каждый раз я возвращался в свою часть. На этот раз мне пришлось пройти все этапы медицинской эвакуации и вновь судьба оказалась ко мне благосклонна. В конце концов я очутился в эвакогоспитале N 414 в родном Екатеринбурге. Рана зажила, но в результате частичного повреждения нервов плечевого сплетения пальцы правой кисти работали плохо - развилась сгибательная контрактура пальцев и локтевого сустава, но самое неприятное, что все это сопровождалось тяжелой каузалгией.

Уже через несколько дней после ранения у меня появились сильные боли в правой кисти. Днем, когда я чем-то отвлекался они еще были терпимы, но ночью становились особенно мучительными. Около месяца я нормально не спал ни одной ночи но наркотические анальгетики мне не давали, чтобы не сделать меня наркоманом. Отец, бывший в то время главным хирургом Уральского военного округа, делал все, чтобы мне помочь.

Собирали консилиумы, применяли все методы лечения, но легче мне не становилось. Лишь после того, когда был использован новый в то время метод УВЧ, после первого же сеанса каузалгия прекратилась.

Пожалуй, это обстоятельство окончательно предопределило мою дальнейшую судьбу. Из армии меня демобилизовали по инвалидности. Продолжать учебу в техническом вузе я не мог, поскольку правая кисть у меня плохо работала, а там нужно было много чертить. Зато после истории с каузалгией мне стало ясно, что медицина - это дело абсолютно темное, а, следовательно, там мое место. Я тогда, конечно, не думал, что с неполноценной правой рукой смогу стать хирургом, но путешествуя по госпиталям, увидел чудеса, которые могут делать хорошие врачи с самыми тяжелооболеченными и ранеными. Это в основном и привело меня в медицину.

Еще во время пребывания в госпитале я сумел поступить учиться в медицинский институт. Все свои силы и время тратил на разработку пальцев. Научился писать левой рукой. Приблизительно через год движения пальцев правой кисти мне удалось восстановить в полном объеме, однако пониженная чувствительность первых трех пальцев так и осталась на всю жизнь. Вот этим закончилась для меня война. Однако, как выяснилось много позднее, у меня кроме этого оказался еще своевременно нераспознанный компрессионный перелом XII грудного позвонка. Тем не менее мне повезло. В такой войне остался жив и трудоспособен.

Учился в медицинском институте я с удовольствием и довольно успешно. С самого начала меня заинтересовала биология, физиология и патофизиология. Это был печально известный период разгула лысенковщины, разгрома отечественной генетики, борьбы с "космополитизмом" в науке. К сожалению, мощное давление средств массовой информации и невозможность отстаивать свои принципы со стороны преподавателей в условиях жесточайшего тоталитарного режима привело к тому, что наши девственные мозги воспринимали бредовые идеи Лысенко, как истину в последней инстанции. В результате у меня, например, появилась мысль о том, как получать при рождении особь желаемого пола. Не зная генетики, я решил, что подобно тому, как можно искусственно изменить у животного вторичные половые признаки, лишив, например, петуха семенников, или вводя курице мужские половые гормоны, будет возможно получить потомство мужского или женского пола, создав в организме беременной самки высокую концентрацию мужских или женских половых гормонов. И вот я стал парам белых мышек, самцам и самкам, находящимся в одной клетке, вводить подкожно фолликулин. В полученном потомстве преобладали самки, хотя и не в очень значительном количестве. Однако этого оказалось достаточно для того, чтобы я решил, что сделал великое открытие. Местные биологи несколько скептически отнеслись к моим исследованиям, но я подумал, что они просто недобитые морганисты, и махнул в Москву. С энергией, заслуживающей лучшего применения, я добился встречи с О. В. Лепешинской ("открытие" которой, как выяснилось много позднее, были сплошной авантюрой), а затем проник и в цитадель самого Лысенко в ВАСХНИЛ, где дошел до его заместителя, академика Ольшанского. Он посоветовал мне для начала опубликовать мои данные в "Вестнике ВАСХНИЛ", куда моя статья была немедленно принята.

Однако время шло, я заканчивал институт, мне предстояло выбирать специальность. Честно говоря, я хотел быть физиологом, но судьба решила иначе. Шел 1949 г. и в нашем выпуске из 600 человек оказалось всего 15 парней, причем почти все с инвалидностью. Меня пригласил к себе член-корреспондент АМН Аркадий Тимофеевич Лидский, возглавлявший клинику госпитальной хирургии. Авторитет этого человека был громадный, и когда он пожаловался на засилье женщин в хирургии и предложил остаться у него в клинической ординатуре, я посоветовался с отцом, который, кстати, не оказывал на меня никакого влияния в выборе профессии, и согласился. К этому времени движения в правой руке у меня полностью восстановились и физического препятствия для работы хирургом вроде бы не было. Клиника А. Т. Лидского была большой и многопрофильной, она ставилась своими специалистами, в ней работало много высокообразованных и интересных людей. Отделением неотложной хирургии заведовала Ада Евгеньевна Норенберг-Чарквиани - блестящий диагност, автор известных книг по ки-

шечной непроходимости и тромбозам мезентериальных сосудов. Доцент М. И. Сахаров руководил отделением гнойной хирургии, а доценты Л. А. Збыковская и М. А. Азина - плановыми хирургическими отделениями. Мастерство хирургической техники демонстрировал А. Я. Кампельмахер. Над всеми заслуженно царил А. Т. Лидский, управлявший клиникой довольно круто, но справедливо.

Попав в живой коллектив энтузиастов своего дела, я просто не мог не увлечься хирургией. Сутками пропадал в клинике, в летнее время через день дежурил по неотложной хирургии, читал книги по каждому своему больному, тренировал руки для овладения мануальной техникой. Через год Аркадий Тимофеевич дал мне тему для научного исследования: анатомически обосновать предложенную им несколько лет назад операцию позадилоной простатэктомии. В то время продолжительность клинической ординатуры составляла 3 года. За это время я поработал во всех отделениях клиники, много оперировал, но только больных грыжами, аппендицитом, внематочной беременностью, острым холециститом, а также больных в гнойном и травматологическом отделениях. В клинике была жесткая установка шефа, по которой клиническим ординаторам не давали самостоятельно производить большие плановые операции. Тем не менее, мне однажды, по-видимому, из уважения к моему энтузиазму, который я старался проявлять в любой хирургической работе, дали самостоятельно выполнить резекцию желудка. Все шло хорошо, но в конце операции нас за этим делом поймал Аркадий Тимофеевич. Мне он ничего не сказал, но старших товарищей, которые санкционировали операцию и помогли мне на ней, отругал последними словами.

К концу ординатуры я защитил кандидатскую диссертацию и был направлен приказом МЗ РСФСР в Хабаровский край в г. Северокурильск. Думаю, что назначение было не случайным. Дело в том, что в то время у меня хватило энергии не только подучиться хирургии и завершить диссертацию, но и «увести» чужую жену. Муж ее - военный летчик, по-видимому, пожаловался в Министерство, считая, что так далеко его жена со мной не поедет. Но ошибся. Она поехала.

Правда, до Курильских островов мы не доехали. Прибыв в Хабаровский крайздравотдел, мы узнали, что уже два года, как острова входят в состав Сахалинской области. Поэтому нас направили в г. Комсомольск-на-Амуре, хотя не исключали альтернативу - поехать в Сахалинскую область. Кстати, мы долго думали, прежде чем принять решение. Решили мы правильно - поехали в Комсомольск. Через два месяца город Северокурильск, куда пришлось бы ехать, был ночью полностью смыт волной цунами. Да, оказывается, что твоя жизнь и судьба завяжут даже и от плохого знания географии работниками министерства здравоохранения.

Комсомольск-на-Амуре к этому времени был уже довольно большим городом. Вначале я немного поработал ординатором в больнице Центрального района, а затем был переведен заведующим хирургическим отделением больницы N 2 в другой район города, расположенный на месте села Дземги. Там иногда приходилось быть и за хирурга, и за гинеколога, и за оториноларинголога, и даже удалять зубы. Очень много работал по неотложной хирургии. Поначалу мой хирургический пыл сдерживал главный хирург города. Он был опытным хирургом с большим стажем, но пределом его деятельности была резекция желудка. Первый год работы и я действовал в этих пределах. По-счастью, мои больные редко умирали. Благодаря этому моя деятельность начала получать признание как со стороны начальства, так и со стороны населения, тем более, что это был район, изолированный от центра города расстоянием почти в 20 км. Постепенно я расширил свою деятельность: начал делать гастрэктомию, тонкокишечную пластику при рубцовых стриктурах пищевода.

В 1953 году я успешно сделал редкую по тем временам операцию лобэктомии по поводу хронического абсцесса левого легкого. Все операции тогда производились исключительно под местным обезболиванием. Оперировал я большую около 7 часов, однако вторая моя больная тоже с абсцессом легкого, погибла во время операции. Нижняя доля у нее была уже удалена, но соскользнули лигатуры с культи нижней легочной вены и мгновенно произошла воздушная эмболия. По просьбе главного хирурга города приехала комиссия из Крайздравотдела, которая подробно разбирала обстоятельства смерти этой больной. Комиссия оказалась милостивой, я получил выговор, тем не менее, производить подобные операции мне не запретили, а ведь это происходило вскоре после известного "дела врачей". Думаю, что я делался так легко только потому, что в период подготовки к операциям на легких я тщательно изучал анатомию, оперативную хирургию и обеспечение операции по выписанным книгам, сделал около десятка операций на трупах, тщательно оформил историю болезни и все это документально продемонстрировал комиссии. Кроме того, в активе у меня после аналогичной операции уже была одна живая больная, а средняя летальность и в солидных клиниках в то время после торакальных операций составляла приблизительно 50%.

Несомненно, что в "комсомольский" период жизни самостоятельная работа в большом хирургическом отделении дала мне возможность твердо встать на ноги. Много помогала мне и жена, также работавшая хирургом.

В 1954 г. я был избран по конкурсу на должность ассистента кафедры факультетской хирургии Челябинского медицинского института. Правда, годом раньше меня избрали на такую же должность в Хабаровский медицинский институт, но тогда меня из Комсомольска краевое начальство не отпустило. И на этот раз не обошлось без длительной тяжбы. Уволили меня лишь после специального приказа МЗ РСФСР. Но еще 2 месяца не снимали с партийного учета, а без этого Челябинский обком КПСС категорически запретил брать меня на работу. Почти 3 месяца я был безработным и зарабатывал на жизнь, разъезжая по Челябинской области с лекциями от общества "Знание".

Наконец, все уладилось, и я стал работать. Кафедрой заведовал профессор Иван Данилович Корабельников. Он был необыкновенно эрудированный человек, великодушный лектор, добрый человек и хороший врач. Клиника располагалась на базе большой медсанчасти Челябинского тракторного завода.

Первый год я в основном овладевал методикой педагогической работы. Я с большим удовольствием занимался со студентами, руководил научными исследованиями своих студентов в кружке, ездил с ними на практику в районные больницы. Что касается объема хирургической работы, то здесь он был приблизительно на том уровне, на котором я уже работал в Комсомольске. Поэтому я стал настойчиво подталкивать Ивана Даниловича к торакальной хирургии.

В библиотеке института я обнаружил большое количество иностранных журналов и стал их читать. И вот однажды меня просто потрясла одна статья, в которой описывалось дело совершенно небывалое: успешное замещение участка аорты у человека синтетическим протезом. Думаю, что с этого началось мое увлечение хирургией

кровеносных сосудов. Посоветовавшись с шефом, я решил заняться этой проблемой. Никаких сосудистых протезов в нашей стране в то время не было. В экспериментах на собаках я резецировал участок брюшной аорты и замещал этот участок самодельной трубкой из плексигласа, капроновыми протезами из тесьмы, и наконец, созданным мною комбинированным протезом, сформированным из айвалоновой губки и подкрепленным снаружи капроновой сеткой. Для животных мне пришлось самому построить сарай, где жило одновременно до 30 оперированных собак.

Гистологическое исследование, проведенное в различные сроки после операции, показало довольно хороший ангиогенез, происшедший на моем протезе. Это позволило мне перенести методику в клинику. В своей докторской диссертации, кроме материалов большого экспериментального исследования, я представил всего-то 23 наблюдения успешно оперированных мною больных с коарктацией аорты, аневризмами аорты и артерий, с травматическими повреждениями артерий, а также больных после онкологических операций, когда опухоль приходилось удалять вместе с участком артерии. Во всех случаях был применен комбинированный протез моей собственной конструкции. Конечно, сегодня такими цифрами никого не удивишь. Но ведь тогда это было начало. Не было готовых протезов, сосудистых инструментов, атравматических игл, а главное, не было никакого опыта.

Первая операция, выполненная мною при коарктации аорты, запомнилась мне на всю жизнь. Это была всего вторая подобного рода операция в нашей стране. Продолжалась она много часов. Помню ужас, который я испытал, когда Г-образный зажим, наложенный на дугу аорты, после резекции аорты на месте коарктации начал медленно сползать. Я наложил другой, но и он пополз. Только, одев на бранши третьего зажима резиновые трубочки, мы смогли удержать его на месте. Больной поправился. Еще до защиты диссертации в 1957 г. в Челябинске вышла моя первая монография "Пластика кровеносных сосудов".

Однако, кроме особого увлечения хирургией кровеносных сосудов, меня влекла начавшая в то время развиваться грудная хирургия. Я уговорил Ивана Даниловича открыть такое отделение на 25 коек и стал им заведовать. Вместе со мной работало несколько энтузиастов, готовых ради интересной работы пожертвовать всем. Это были хирурги Анатолий Александрович Фокин, Раиса Степановна Ермолюк, рентгенолог Борис Константинович Шаров, анестезиолог Вениамин Константинович Заславский, терапевт Геня Львовна Шафран. Новая, живая и интересная работа, конечно, тянула к научным поискам. Ныне А. А. Фокин, Р. С. Ермолюк и Б. К. Шаров профессора, доктора медицинских наук. Хочется думать, что интерес к большой хирургической работе и к науке им в какой-то степени привил и я.

Мы много и успешно оперировали на легких и пищеводе, а позднее стали оперировать больных с пороками и заболеваниями сердца. Во всех наших начинаниях мы всегда чувствовали поддержку шефа Ивана Даниловича Корабельникова. Он не часто участвовал в наших операциях, но много бесценных советов мы получили именно от него.

В то же самое время я стал горячим пропагандистом восстановительных операций при острой артериальной непроходимости. В любое время суток выезжал в различные больницы и там иногда в приспособленных помещениях производил эмболэктомию. Надо сказать, что при успешно проведенной эмболэктомии, всегда получаешь самое большое удовлетворение. На твоих глазах и глазах изумленных терапевтов оживает мертвая конечность. Я показывал этих больных на заседаниях не только хирургического, но и терапевтического, неврологического обществ, поэтому пациентов было предостаточно.

В 1957 г. я стал доцентом и мне поручили читать лекции. Только во время подготовки лекций я с удивлением установил, что в моих, казалось бы, неплохих знаниях предмета имеются существенные пробелы. Оказывается, многие вопросы, особенно теоретического плана, я просто не знал или понимал неправильно. И только когда мне стало необходимо объяснять все это студентам, да так, чтобы они поняли, пришлось прежде всего все понять самому. По-видимому, именно в этом заключается главная ценность педагогического процесса для самого преподавателя.

Кстати, хочу обратить ваше внимание и на то, что когда пытаешься записать свои мысли на бумаге, то при этом более отчетливо становятся видны пробелы как в твоих знаниях, так и в завершенности собственного мышления.

В 1959 г. бригада в составе всех врачей нашего отделения была направлена в Институт грудной хирургии АМН СССР. Там мы прошли неплохую специализацию по хирургии сердца, а также познакомились с работой отделений хирургии легких и пищевода. Но мое увлечение хирургией сосудов не давало мне жить спокойно. И в Москве во время специализации я подготовил обоснованный доклад о необходимости создания в Институте грудной хирургии отделения ангиохирургии и добился приема у бывшего в то время президентом АМН СССР Александра Николаевича Бакулева, основателя и патрона этого института. Он выслушал меня весьма терпеливо и благосклонно. Тут же позвонил по телефону директору института и попросил заслушать мой доклад на конференции, а заодно прорецензировать мою книжку по пластике кровеносных сосудов.

На конференцию были представлены положительные рецензии на книгу, и мое сообщение прослушали с интересом, но отделение хирургии сосудов решили не открывать. С тем я и вернулся в Челябинск, где мы с новым энтузиазмом взялись теперь уже за хирургию сердца.

Через год новый директор Института грудной хирургии, профессор С. А. Колесников, пригласил меня к себе и предложил возглавить отделение хирургии сосудов, которое он решил открыть в институте. При мне он попросил ученого секретаря объявить конкурс в газете. В Челябинске, куда я вернулся окрыленным, меня вначале никак не хотели отпускать, но в конце концов все-таки удалось выправить все документы. Вместе с тем объявление о конкурсе, которого я ждал с нетерпением, все никак не появлялось. Наконец пришло письмо от С. А. Колесникова, в котором он сообщал, что институт преобразован в Институт сердечно-сосудистой хирургии, а поэтому должность заведующего отделением хирургии сосудов будет предоставлена одному из заведующих ликвидируемых отделений. Письмо меня, конечно, очень сильно огорчило. Но все было справедливо, и времени на переживание не было, поскольку я заканчивал работу над докторской диссертацией. В октябре 1961 г. я ее защитил. А уже в июне 1962 г. был избран заведующим кафедрой факультетской хирургии Самарского медицинского института.

Однако уехать из Челябинска оказалось не так-то просто. Без ложной скромности могу сказать, что моя популярность в городе к этому времени была велика. Это, конечно, было связано не столько с моей фигурой, сколько

с теми новыми разделами хирургии, которые я начал развивать в Челябинске. Меня трижды приглашали в обл-исполком и обком, но уговорить остаться не смогли. Вакантной должности заведующего кафедрой в Челябинске не было, а я уже хотел работать только самостоятельно, быть сам себе головой.

Подводя итог челябинскому периоду работы, прежде всего могу сказать, что здесь я прошел хорошую педагогическую школу, приобрел опыт преподавательской работы, почувствовал вкус настоящей исследовательской работы и нашел в этом свое призвание. Получил я и свое направление в хирургической деятельности - грудная и сердечно-сосудистая хирургия. Однако, самое главное, здесь я приобрел значительный опыт в выполнении больших операций и обрел уверенность в собственных силах и возможностях.

Моими предшественниками на кафедре факультетской хирургии в Самаре были такие известные хирурги, как профессор А. Г. Бржозовский и С. Л. Либов. Антон Григорьевич Бржозовский фактически создал кафедру и многие годы руководил ею. Им написан известный учебник "Частная хирургия", по которому училось несколько поколений студентов. Он был переиздан в Болгарии, Корею и Китае. А. Г. Бржозовского сменил Сергей Леонидович Либов, ученик главы ленинградской школы хирургов академика Петра Андреевича Куприянова. Сергей Леонидович дал кафедре самое современное в то время направление: грудная и сердечная хирургия. Самара стала третьим городом страны, где стали выполнять операции при приобретенных и врожденных пороках сердца. Сергей Леонидович сумел собрать вокруг себя коллектив молодых энтузиастов, привить им интерес к большой хирургии и научным исследованиям. Однако это в институте не всем понравилось, и вскоре Сергей Леонидович вынужден был уехать в Минск.

Около двух лет кафедра имела лишь временных руководителей и явно начинала хиреть. Тем не менее, я пришел не на пустое место. Энтузиасты остались, навыки работы в грудной и сердечной хирургии сохранились, у сотрудников появилось желание продолжать научные исследования. Как вы понимаете, мне, молодому человеку, завоевать доверие и уважение такого «образованного» коллектива было нелегко. Пришлось показывать, что ты можешь делать, что ты знаешь, как ты относишься к сотрудникам и больным, как читаешь лекции, какой ты человек и руководитель. Необходимо было очень много работать, прежде чем я получил признание коллектива на право руководить клиникой. Были сложности и в отношениях с другими профессорами, поскольку я был молод и "чужак", а главное, энергично лез вперед. Однако, поскольку только что передо мной успешно выжили профессор С. Л. Либов, со мной повторить это сразу же уже было сложно. Кроме того, меня поддерживали ректор Дмитрий Андреевич Воронов, ведущие профессора института: Николай Федорович Шляпников, Сергей Вячеславович Шестаков, Сергей Павлович Шиловцев и другие.

Развитие хирургии, как, впрочем, и большинства других наук, носит скачкообразный характер. Последний крупный скачок приходится на начало 50-х годов. Появление новых наук анестезиологии и реаниматологии позволило хирургам в первую очередь приступить к операциям на органах грудной полости и средостения, то есть на органах, на которых до того времени лежало "табу" из-за так называемого плевропульмонального шока, развивающегося у больного после вскрытия грудной полости.

Жить и работать в этот период было необыкновенно интересно. Каждый день приносил сообщения о все новых и новых хирургических вмешательствах, успешно выполненных то по поводу рака и нагноительных заболеваний легких, то при приобретенных или врожденных пороках сердца, то при лечении опухолей и стриктур пищевода, а то при восстановлении проходимости аорты или магистральных артерий.

Мне почастливилось. Начало моей хирургической работы пришлось как раз на период расцвета этих новых разделов хирургии. Однако, когда ты не только смотришь со стороны, но и активно участвуешь в такой работе, то отчетливо осознаешь, насколько трудно делать первые шаги в этих новых разделах. Нет обученных кадров - анестезиологов, реаниматологов, хирургов; недостает современной наркозной и контролирующей аппаратуры; в крайнем дефиците аппараты искусственного кровообращения, точная диагностическая аппаратура. С великими трудностями приходилось добывать протезы кровеносных сосудов, атравматические иглы и многие другие мелочи, без которых невозможно работать. Однако молодость, энергия, энтузиазм позволяли преодолевать все трудности и многое делать.

Хорошо помню, как во время кратковременной стажировки в институте им. Бакулева я за немалые деньги приобрел у предприимчивых людей чертежи дилататора Дюбо, необходимого при операции митральной комиссуротомии. Вернувшись домой, я попросил изготовить по ним дилататор в инструментальном цехе одного из заводов. Его довольно быстро сделали, но когда я его принимал, мне показалось, что оси рабочих частей инструмента слабоваты. Технари уверили меня, что они сделаны из очень прочной стали и наши нагрузки свободно выдержат. Тем не менее во время первой операции с этим инструментом я, по счастью, не рискнул вводить его, как это положено, через стенку левого желудочка, а подвел к отверстии митрального клапана через разрез, сделанный в ушке левого предсердия, вместе с собственным указательным пальцем. Во время комиссуротомии, когда я сжал наружные бранши дилататора, послышался хруст - это сломались оси его внутренних рабочих бранш и эти бранши оказались внутри сердца в открытом положении. С немалыми трудностями при продолжающемся кровотечении мне все-таки удалось извлечь инструмент. Но я смог сделать это через широкий разрез в ушке предсердия. Если бы инструмент был введен через прокол передней стенки левого желудочка, то вытащить его из сердца было невозможно.

После того, как конструкторы на заводе смогли усилить его слабые узлы, мы успешно пользовались этим инструментом многие годы.

Отсутствие аппарата искусственного кровообращения заставило нас совместно с КБ завода им. Фрунзе сконструировать и изготовить оригинальный АИК со спиральным ротором оксигенатора. Успешно работал у нас и коронарный отсос, изобретенный нашим коллегой Л. С. Коньковым. Конечно, вся эта работа отнимала массу времени и сил, аппаратура выглядела кустарно, была несовершенна в обслуживании, тем не менее, она работала вполне прилично. Дело хотя и медленно, и с трудом, но неуклонно шло вперед.

Через год к существующему в клинике торакальному и общему хирургическому отделениям я уже смог прибавить отделение хирургии сосудов и кардиохирургии. Мы начали большую экспериментальную работу по искусственному кровообращению. С помощью созданной нами аппаратуры мы смогли приступить к операциям при врожденных, а позднее и приобретенных пороках в условиях "сухого" сердца.

Большую работу мы выполнили совместно с кафедрами политехнического института по созданию биоуправляемого аппарата искусственного кровообращения, работа которого находилась бы под постоянным контролем со стороны самого организма больного.

Были предложены и осуществлены в эксперименте и в клинике новые методы вспомогательного кровообращения, в том числе метод интраэкстракорпорального кровообращения. Смысл последнего заключается в том, что больному с низким сердечным выбросом через бедренную артерию вводят баллонный катетер, который продвигают в аорту. Баллон может быть установлен и раздут на необходимом уровне, например, тотчас ниже дуги аорты. В этом случае мы как бы разделяем кровообращение в большом круге. Сердце обеспечивало кровью только голову и верхние конечности. Остальное кровообращение осуществляется за счет работы аппарата вспомогательного искусственного кровообращения, забирающего часть венозной крови и нагнетающего оксигенированную кровь в другую бедренную артерию. Интересно отметить, в авторском свидетельстве на этот метод в нашей стране мне было отказано, так же, как в публикации, а в американском журнале "Circulation" в 1968 году моя статья была опубликована, после чего метод под моим именем стали использовать в некоторых больницах в США и Германии.

Вторая проблема, над которой работали наши кардиохирурги, было лечение нарушений сердечного ритма. Сюда вошли работы по лечению полной атрио-вентрикулярной блокады с помощью пейсмейкеров, лечению мерцательной аритмии различными методами, в том числе в сочетании с ГБО.

Особенно эффективным оказалось использование электростимулятора сердца с парными импульсами. С помощью этого стимулятора можно уменьшить в два раза число сердечных сокращений. Совместно с авиационным институтом и заводами мы создали несколько моделей таких стимуляторов, в том числе и вживляемый. Мой ученик, ныне профессор В. П. Поляков, который начинал эту работу, заведует сейчас кафедрой кардиологии и успешно продолжает исследования по проблеме хирургического лечения нарушений сердечного ритма.

Удачная работа над созданием электростимуляторов сердца заинтересовала многих сотрудников и других наших отделений. Постепенно возникла новая научная проблема клиники "электростимуляция органов и тканей". За несколько лет работы нам удалось совместно с другими институтами и заводами Самары создать следующие оригинальные электростимуляторы: стимулятор, снижающий системное артериальное давление; стимулятор, снимающий приступы стенокардии; стимулятор диафрагмального дыхания. Особенно продуктивной оказалась работа над стимулятором, вызывающим аналгезию. В настоящее время несколько типов стимуляторов семейства ЭЛИМАН выпускает наша промышленность. Как показали исследования моих сотрудников, они оказываются весьма эффективны при снятии послеоперационных болей, при обезболивании родов, а применение стимулятора в сочетании с общим обезболиванием позволяет намного снизить расход фентанила и дроперидола.

В ангиохирургическом отделении у нас лечились больные с самыми различными заболеваниями. Вначале мы оперировали, главным образом, больных с облитерирующими заболеваниями артерий, аневризмами и острой артериальной непроходимостью. При этом, выискивая больных с коарктацией аорты, мы были вынуждены осматривать сотни людей с гипертонией. В результате нам пришлось заняться проблемой хирургического лечения больных с симптоматической гипертонией. В эту группу вошли пациенты с феохромоцитомой, с синдромом Иценко-Кушинга, с первичным альдостеронизмом, реноваскулярной гипертонией, а также больные с злокачественным течением гипертонической болезни. Проведены фундаментальные исследования по хирургическому лечению больных с хронической абдоминальной ишемией, лечению больных с гангренозной стадией облитерирующего эндартериита, с поздней эмболией, с артериальной эректильной импотенцией.

В 1969 году у нас была организована одна из первых в стране выездная бригада для оказания ангиохирургической помощи. Отсутствие четких рекомендаций по лечению болезни Рейно и диабетической ангиопатии заставило нас провести специальное исследование и в этом направлении. Наконец, изучение отдаленных результатов лечения больных с облитерирующим атеросклерозом различной локализации показало нам, что дальнейшая судьба больного после успешной восстановительной операции зависит, главным образом, от течения у него атеросклероза. Поэтому сейчас мы пытаемся хирургическим путем бороться с прогрессированием атеросклеротического процесса.

Еще одна большая проблема, которой многие годы занимается клиника, это лечение больных с портальной гипертензией. Интересна эволюция методов лечения, произошедшая у нас за 30 лет. Если в начале мы предпочитали использовать в лечении различные органозаностомозы, нередко сочетавшиеся со спленэктомией, то вскоре перешли к наложению портокавальных анастомозов в различных модификациях. Наконец, мною была предложена операция выполнения спленоренального анастомоза с сохранением селезенки, которая оказалась значительно менее травматичной, чем другие. Казалось, что все шло неплохо. Мы имели лучшие результаты, чем другие и немало этим гордились. Однако на одном из конгрессов я услышал доклад японского хирурга Сугиуры, результаты у которого были еще лучше.

Сущность операции Сугиуры заключается в том, чтобы в один или в несколько этапов произвести следующее: скелетировать нижнюю треть пищевода с рассечением всех вен, подходящих к нему; поперечно рассечь все слои стенки пищевода, за исключением задней мышечной, с последующим послойным сшиванием, рассечь левую желудочную артерию и иссечь все вены в области кардии и по малой кривизне желудка; произвести спленэктомию. А поскольку при этом пересекаются стволы обоих блуждающих нервов - необходимо выполнить пилоропластику.

В 1989 году мне удалось побывать у Сугиуры – посмотреть операции, побеседовать с ним и получить от него в подарок фильм, где были представлены все варианты его операции. После этого мы начали оперировать по методике Сугиуры и настолько успешно, что сейчас практически полностью отказались от вено-венозных анастомозов.

В начале 60-х годов, когда хирургия легких проходила период становления, сотрудниками клиники Б. Н. Бандалиным и Г. Л. Рубановичем была предложена методика одномоментной тотальной бронхографии с использованием в качестве контрастного вещества бария-алтея. Больному под наркозом это вещество вливалось в трахею, после чего моментально производились снимки в 1 и 2 косых положениях и в фасной проекции. Тут же барий-алтей отсасывали и промывали бронхиальное дерево. Апноэ, во время которого все это выполнялось, про-

должалось 1-2 мин. Всего в клинике было произведено свыше тысячи подобных исследований. Бронхограммы получались настолько превосходными, что скептики со стороны утверждали, что якобы они получены на трупном материале. Конечно, с появлением водорастворимых контрастных веществ мы оставили нашу методику, но на развитие легочной хирургии в нашей клинике ее применение оказало существенное влияние.

Проведя ряд солидных научных исследований, мы установили показания к различным хирургическим вмешательствам при двухсторонних бронхоэктазах у взрослых и у детей, при хронических абсцессах легких, при аномалиях развития легких. Следует подчеркнуть, что клиника явилась пионером выполнения экономных резекций легкого при центральном раке. Получив через 5 лет 38% выживаемости (1970 г.) мы доказали, что расширенная лобэктомия имеет право на существование.

Интересные исследования были проведены в клинике по восстановлению проходимости пищевода у больных после ожогов и у онкологических больных. А.А. Шайном (ныне профессор Тюменского мединститута) была разработана оригинальная методика безопасной интубации пищевода при его иноперебельных опухолях. Больному давали проглотить конец длинной нити. Обычно, даже при значительной степени сужения пищевода, нить проходила через суженный участок в желудок, а затем и в кишечник, благодаря чему закреплялась. После этого наружный конец нити пропускали в канал полого бужа. Нить сильно натягивали и по ней с определенным усилием продвигали буж через росвет опухоли, при этом нить служила проводником, не дававшим возможности бужу отклониться и перфорировать пищевод. Затем на буж насаживали полиэтиленовую трубку с раструбом и с помощью специального толкателя продвигали ее через просвет опухоли до тех пор, пока раструб трубки не упирался в верхний полюс опухоли. Толкатель и буж извлекали. На следующий день больному давали выпить контрастное вещество и под рентгеновским экраном убеждались в том, что трубка стоит на месте и она хорошо проходима, после чего больной сразу начинал питаться через рот.

Для больных с послеожоговыми стриктурами пищевода В. И. Белоконовым (ныне профессор нашего института) была удачно модифицирована методика безопасного бужирования. Здесь в качестве проводника иногда использовали также нить, но чаще применяли тонкий стальной проводник. Проводник вводили ортоградно или ретроградно через предварительно наложенную гастростому с использованием ряда остроумных методик. В последующем с помощью проводника нам удавалось осуществлять форсированное бужирование, проводя за один сеанс до 6-8 номеров бужей, что значительно сокращало процесс лечения.

Оперируя много больных с хроническим холециститом, я нередко не испытывал удовлетворения. Так обычно случалось, когда приходилось удалять макроскопически и функционально неизменный пузырь с камнями. Как известно, желчный пузырь выполняет целый ряд важных функций в процессе пищеварения. Часто после его удаления возникает постхолецистэктомический синдром. Поэтому удалять в общем-то нормально функционирующий пузырь только потому, что в нем образовались камни, мне всегда казалось делом весьма сомнительным. К сожалению, эти мысли у меня появились далеко не сразу, а только после того, как я удалил уже немало таких пузырей, и их бывшие владельцы стали все чаще обращаться ко мне с претензиями. Поэтому я на какое-то время, оперируя подобных больных, перешел на так называемую "идеальную" холецистостомию. Рассекал дно желчного пузыря, тщательно удалял все камни, промывал пузырь, после чего наглухо ушивал его рану. Правда, мне было известно, что через полтора-два года после такой операции камни в пузыре как правило, рецидивируют, но я понадеялся, что диета и двигательная активность, которые мы назначали после выписки всем больным, помогут им избежать рецидива. Увы, этого не произошло.

Размышляя о том, каким же образом все-таки избежать рецидива образования конкрементов при сохраненном желчном пузыре, я решил попробовать улучшить опорожнение пузыря. Мои рассуждения шли следующим образом. Если мы сможем добиться этого, то, во-первых, уменьшится концентрационная функция пузыря, а, следовательно, холестерину труднее будет выпадать в осадок, а, во-вторых, возможность свободного опорожнения пузыря создаст неблагоприятные условия для развития в нем инфекции.

С этой целью я разработал операцию, которая заключается в следующем. После осмотра пузыря и установления показаний к операции с помощью электроножа вскрываем просвет пузыря, разрезом длиной 2 см над гартмановским карманом. Тщательно убираем все камни из пузыря и для гарантии несколько раз промываем его полость струей физиологического раствора. Затем продольным разрезом такой же длины вскрываем просвет общего желчного протока. Столь же тщательно производим ревизию его. Имеющиеся камни удаляем и убеждаемся в надежной проходимости протока. После чего с помощью непрерывного шва тонким хромированным кетгутом на атравматической игле накладываем холецистохоледохоанастомоз «бок в бок», сшивая вначале заднюю, а затем переднюю губу анастомоза (рис. 23). У места анастомоза оставляем два дренажа для периодической активной аспирации.

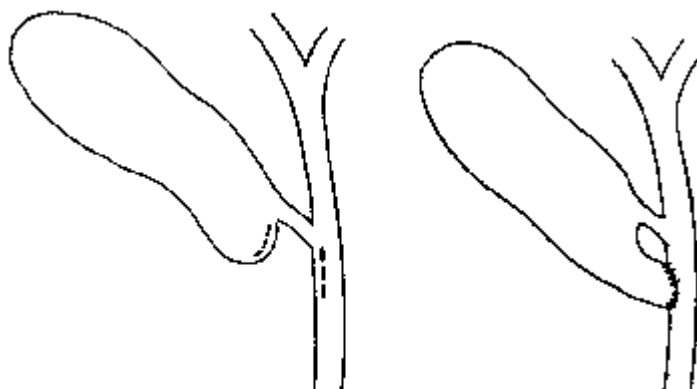


Рис. 23. Схема операции холецистохоледохоанастомоза.

Сравнение отдаленных результатов операции холецистохоледохоанастомоза в сроки до 13 лет с группой аналогичных больных, которым была выполнена холецистэктомия, показало, что результаты после нашей операции были намного лучше. Правда, "наша" операция оказалась не нашей, поскольку при оформлении заявки на изобретение выяснилось, что подобная операция была произведена австрийским хирургом Прибрамом еще в 1922 году. Хотя разработанная мною операция во многих деталях отличалась от операции Прибрама, но в авторском свидетельстве мне справедливо было отказано.

Наша клиника одна из первых в стране применила в медицине метод гипербарической оксигенации (ГБО). Вскоре после появления первых сообщений голландского хирурга Буремы об успешном применении этого метода мои сотрудники разыскали на другом берегу Волги брошенную совершенно новую рекомпрессионную камеру РКУ-Х. Мы с трудом разыскали ее хозяина, который легко с ней расстался, перевезли и установили в подвале нашей больницы. Причем все вплоть до капитального ремонта помещения и установки компрессора выполнили своими руками.

Здесь я не могу не упомянуть добрым словом А. А. Ненашева (ныне заведующий кафедрой патофизиологии Кабардино-Балкарского университета), который в то время возглавлял отделение ГБО нашей клиники и провел эту огромную работу. Одним из первых наших исследований по ГБО была именно его работа, посвященная лечению больных с клостридиальной анаэробной инфекцией. Комплексное изучение проблемы, проведенное с привлечением микробиологов, патофизиолога, биохимика, хирургов и реаниматологов, позволило нам получить настолько благоприятные результаты, что наше сообщение была заслушано на пленарном заседании 24-го международного конгресса хирургов в 1973 году. В нем мы потребовали полностью изменить тактику лечения больных с газовой гангреной, а именно, отказаться от лампасных разрезов, вообще не спешить с хирургическим лечением и начинать его только после проведения нескольких сеансов ГБО, прекратить применение лечебных сыворток.

Наш доклад был с интересом воспринят, задавали много вопросов, в кулуарах многие подходили ко мне с поздравлениями. Однако академик Б. В. Петровский, которого я искренне уважаю за тот неоценимый вклад, который он внес в дело развития нашей хирургии, разыскал меня и серьезно упрекнул в преждевременности таких радикальных рекомендаций. Он даже усомнился в том, что у нас вообще лечилось столько больных и были получены столь блестящие результаты. В то время Борис Васильевич был министром здравоохранения СССР, и, когда я вернулся с конгресса, то оказалось, что в клинике уже активно работала присланная им комиссия. Однако никаких фальсификаций она не обнаружила, все наши данные были документально подтверждены.

В последующие годы мы активно изучали действие ГБО во многих областях хирургии и реаниматологии. В частности, метод был использован в комплексном лечении больных с перитонитом, тиреотоксическим зобом, столбняком, при несросшихся переломах костей и ложных суставах, нарушениях функции печени и почек, при облитерирующих заболеваниях артерий, диабетической ангиопатии, синдроме Рейно, острой кишечной непроходимости, при острой анемии мозга, при нарушении течения репаративных процессов и в других ситуациях, когда мы имели дело с общей или местной гипоксией.

Работали мы и по совершенствованию методик ГБО. Так, группой сотрудников клиники получено авторское свидетельство на новый метод ГБО "камера в камере". Они предложили в тех случаях, когда имеет место какое-либо поражение верхней или нижней конечности, и именно к ней следует приложить основное воздействие гипербарического кислорода, помещать больного в большую камеру и герметически одевать ему на большую конечность малую камеру. Если давление в малой камере будет на несколько сотых атмосферы ниже, чем в большой, то оксигенированная кровь устремится именно в эту конечность, чем и будет достигнут необходимый эффект. В последующем мы использовали метод "камера в камере" и с целью воздействия на конечность, используя переменное давление.

Предложенный метод нашел успешное применение при лечении больных с облитерирующим эндартериитом, диабетической ангиопатией, синдромом Рейно, с длительно незаживающими переломами костей и ложными суставами, с отеками различного происхождения.

Кроме уже упомянутых выше, в клинике было разработано еще несколько оригинальных операций в различных разделах хирургии. Так, новая операция для лечения туберкулезной эмпиемы была предложена И. В. Ивановым (ныне заведующий кафедрой туберкулеза нашего института). Операция перемещения диафрагмы - Б. К. Солдаткиным (ныне доцент кафедры онкологии нашего института). Операция при поздних эмболиях - И. И. Стрельниковым (ныне профессор кафедры хирургии нашего института). Л. А. Кудрявцевым (ныне заведующий кафедрой урологии нашего института) была предложена и многократно осуществлена операция создания нового мочевого пузыря из сальника после субтотального удаления пузыря, пораженного раковой опухолью. В. Н. Чернышев (ныне заведующий кафедрой хирургии нашего института) предложил математический расчет истмопластики при коарктации аорты и новую конфигурацию протеза аорты. Э. К. Емельянов (ныне заведующий кафедрой хирургии Волгоградского мединститута) предложил целую серию новых оперативных вмешательств при лечении эректильной импотенции. В. Д. Иванова (ныне заведующая кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии нашего института) разработала и успешно применила новые методы подключения вспомогательного искусственного кровообращения.

Таким образом, научно-исследовательская работа в клинике велась широко по очень многим практически важным направлениям. Не имея возможности перечислить все выполненные исследования, могу только сообщить, что почти за 30 лет моего заведования сотрудниками защищено 20 докторских и свыше 70 кандидатских диссертаций, выпущено 11 коллективных монографий, лично мной написано 11 книг, получено 10 авторских свидетельств на изобретения.

Всю жизнь я старался пополнять свой хирургический багаж и брал на вооружение все полезное, что приходилось видеть в других хирургических клиниках и отделениях. Немало ценного сумел извлечь и из зарубежных коллег-мандировок. В 1976 году меня приглашали французские хирурги поделиться опытом в хирургии сосудов. За полтора месяца мне удалось поработать в клиниках Парижа, Лиона и Марселя. В 1980 году я продемонстрировал предложенную нами операцию холецистохоледохоанастомоза в Швеции, а также работал в клиниках Стокгольма, Мальме и Лунда. В 1983 г. работал в университетских клиниках Амстердама и Роттердама. В 1987 г. посетил

клиники городов Токио, Такай и Осака в Японии. В 1989 г. выступал с лекциями и работал полтора месяца в университетских клиниках Чикаго, Сан-Франциско и Лос-Анджелеса. Выступал с докладами на конференциях и конгрессах в Неаполе, Милане, Амстердаме и Зальцбурге.

А сколько интересных людей, блестящих ученых, великолепных хирургов и просто добрых товарищей мне повстречалось повстречать в своей жизни! Об этом можно написать еще одну книгу и, если судьба останется благосклонной ко мне, я непременно это сделаю.

Советы желающим заняться научной работой

Желание врача работать над диссертацией может быть объяснено либо стремлением заниматься наукой как своим любимым делом, либо материальной заинтересованностью, либо соображениями престижа или карьеры. Думаю, что это не так уж важно, какой стимул приводит человека в науку, поскольку ни здоровое научное честолюбие, ни материальная заинтересованность, ни соображения престижа не повредят делу, если эти чувства не гипертрофированы.

До самых последних лет зарплата научных работников и преподавателей высших учебных заведений, имеющих ученые степени, существенно превышала оклады практических врачей. В настоящее время в связи с повышением оклада хирургам и особенно заведующим отделениями эта разница нивелировалась. Поэтому отпал важный фактор (думаю, что временно), стимулирующий научные исследования. Вместе с тем для человека с живым умом, имеющим оригинальные идеи и стремящегося самому активно участвовать в прогрессе медицины, научная деятельность всегда остается весьма интересным делом, это для него как бы хобби, причем в отличие от многих других и содержательное, и полезное.

Несомненно, что выполняя научное исследование, врач прежде всего начинает шире и глубже смотреть на вещи, значительно обогащает свою эрудицию и приобретает многие навыки, могущие пригодиться ему и в практической деятельности. Однако, самое главное, это то огромное удовлетворение, которое он получает, успешно закончив полезное исследование.

Для того, чтобы выяснить, есть ли у вас склонность к научному исследованию, нужно начать с малого: обобщить какой-то материал отделения в виде статьи или научного доклада. При выполнении такого небольшого по объему исследования совсем не обязательно искать себе в помощь научного руководителя. Достаточно бывает ознакомиться с правилами представления статей, периодически публикуемых каждым журналом, познакомиться хотя бы с несколькими литературными источниками по этому вопросу и посмотреть, как оформляется собранный материал в статьи именно в том журнале, куда предполагается направить статью.

Почувствовав вкус к научной работе, врач нередко задумывается о проведении более солидного исследования, которое в дальнейшем может вылиться в кандидатскую диссертацию. Имея некоторый опыт подготовки кандидатов и докторов наук, я написал книгу "Как работать над медицинской диссертацией" (издательство Саратовского университета 1989 г.). Из нее вы сможете почерпнуть достаточную информацию по всем вопросам подготовки и защиты диссертации. Здесь же я привожу наиболее важные несколько переработанные фрагменты из нее, позволяющие врачу запланировать и начать исследовательскую работу.

Дело в том, что на сегодняшний день основным критерием, аттестующим научного работника, является наличие у него ученой степени кандидата или доктора наук. Конечно, в жизни бывает так, что хороший научный работник не имеет никакой ученой степени и, наоборот, научный сотрудник со степенью оказывается недостаточно квалифицированным для проведения научных исследований, однако это все-таки исключение из общего правила.

Дело в том, что в процессе работы над диссертацией человек фактически впервые обучается навыкам систематической научной работы. Он в совершенстве должен ориентироваться в обширном мире научных книг и журналов. Он обязан овладеть методикой ряда сложных инструментальных, лабораторных и прочих исследований. Нередко ему приходится становиться искусным экспериментатором, а в некоторых случаях не только остроумно поставить эксперимент, но и самому изготовить необходимые оригинальные инструменты и приборы. Однако на самодельных приборах сегодня далеко не уедешь, поэтому диссертанту приходится научиться "выбивать" необходимое научное оборудование, иногда весьма дефицитное и дорогостоящее.

Когда же в результате эксперимента или клинических наблюдений вами накоплено большое количество фактического материала, следует научиться его классифицировать, правильно статистически обрабатывать, научно анализировать и обобщать, а затем логически обсуждать, делать выводы и суметь выдать практические важные рекомендации.

По ходу работы диссертант приобретает еще целый ряд умений и навыков в самом широком диапазоне, начиная от умения хорошо фотографировать или рисовать, и кончая искусством излагать свои мысли на бумаге, читать на иностранных языках и вести публично научную дискуссию, отстаивая собственные положения и выводы. Умение написать научную статью, правильно и быстро оформить изобретение или рационализаторское предложение тоже входит в "школу" диссертанта. Только постигнув все эти вещи, пройдя через огонь, воду и медные трубы публичной защиты диссертации, человек действительно становится достаточно зрелым научным работником.

Подготовка кандидата наук в любой специальности сложный и длительный процесс, подготовка кандидата медицинских наук имеет особую сложность. Подразумевается, что кандидат медицинских наук - это не только дипломированный научный работник, но это, прежде всего, и хороший врач-специалист. И для того, чтобы стать врачом-специалистом, требуются не только глубокие знания, но и опыт, который, как тут не крутись, приобретается только со временем. Молодой человек может стать после защиты достаточно зрелым научным работником, но до опытного врача-специалиста, если говорить честно, ему всегда приходится потом добираться. Опытный врач-специалист - человек уже в годах, подчас обремененный большой семьей, обычно нашедший свой путь в жизни и никогда прежде не занимавшийся систематической научной работой, редко поддается на уговоры оформить свой опыт в диссертацию. Даже если он все же решается проделать весь нелегкий путь соискателя, и диссертация у него получится очень хорошая, такой человек, став кандидатом медицинских наук, как правило, про-

должает оставаться на практической работе.

Поэтому в этой дилемме первый путь, когда работать над диссертацией начинает сравнительно молодой врач, мне представляется более предпочтительным. Однако и молодой человек, вступающий на путь подготовки диссертации, несомненно, должен иметь определенный врачебный стаж. Кроме того, научный руководитель обязан проследить, чтобы время работы над диссертацией соискатель использовал и для совершенствования в своей врачебной специальности. Мой опыт подготовки диссертантов показывает, что при правильном отборе соискателей, четкой организации их работы в клинике, большинство из них за этот период намного повышают свою врачебную квалификацию и приобретают глубокие профессиональные знания. Вместе с тем для врача-соискателя очень важно продуманно спланировать организацию своей практической и научной деятельности.

Итак, первое условие - желание заниматься научной работой а точнее - работой над кандидатской диссертацией. Это далеко не одно и то же, поскольку существует немало врачей, которые с удовольствием время от времени проводят небольшое клиническое исследование, обобщают и публикуют данные этого исследования в печати. В то же время у них нет никакого желания браться за довольно кропотливую, объемистую и весьма сложную по своему оформлению диссертационную тему.

Для того, чтобы подготовить кандидатскую диссертацию, врач поступает в очную или заочную аспирантуру или становится так называемым соискателем, т. е. ведет работу над диссертацией параллельно своей основной работе.

Аспирант обязан выполнить свою диссертацию за три года аспирантуры, заочный аспирант - за 4 года. Соискатель имеет минимум льгот, но зато ему на работу над диссертацией отводится 5 лет, да и то лишь начиная с момента, когда его диссертация будет включена в план научного учреждения. Исходя из этого, требования при подборе аспирантов должны быть намного выше чем к соискателям.

Однако одного желания заниматься научной работой мало. Кандидат в аспиранты или соискатель должен быть достаточно подготовлен, чтобы успешно выполнить научное исследование. Вполне понятно, что человек с недостаточно развитым интеллектом не может получить ученую степень, это в равной мере относится и к лицам с низким уровнем общей культуры или медицинских знаний.

Серьезные огрехи, оставшиеся у некоторых врачей еще со времени окончания средней школы, выражаются прежде всего в слабой грамотности и неумении четко и понятно излагать свои мысли.

Слабым местом многих молодых врачей является недостаточно хорошее знание иностранных языков. Конечно, совершенствованию в языке будет способствовать необходимость читать иностранные книги и журналы уже по ходу работы над диссертацией, а также подготовка к предстоящей сдаче кандидатского минимума по иностранному языку, но и для этого нужно знание хотя бы основ языка.

Врач, вступающий в большую науку, должен быть достаточно подготовлен в моральном отношении. Прежде всего он должен быть честен. Если нечестный человек будет допущен к научной работе и особенно к выполнению диссертации, то он, несмотря на самый тщательный контроль со стороны руководителя и сотрудников, всегда может фальсифицировать протоколы экспериментов или клинических наблюдений, произвольно увеличить их число или подогнать результаты под выдвигаемую им концепцию.

Как правило, мошенник от науки рано или поздно попадает, его разоблачают. К сожалению, в результате ложных практических выводов из подобной диссертации могут пострадать многие пациенты, которых начнут лечить с помощью бесполезного, а иногда и просто вредного метода.

Ложные данные, опубликованные им, в дальнейшем могут лечь в основу других вполне честно выполняемых исследований, что отнимет драгоценное время у многих научных сотрудников, работающих над ними, и основательно запутает дело. Наконец, даже хорошая идея после пребывания ее в руках нечестного человека может оказаться надолго опороченной.

Врач К. разрабатывал способ лечения облитерирующих заболеваний артерий с помощью магнитотерапии. Руководил его работой известный хирург и маститый ученый, который, к сожалению, не имел обыкновения тщательно контролировать работы своих учеников. Честность работы К. вызвала серьезные сомнения у многих и, в первую очередь, у его коллег. В своих сообщениях на хирургическом обществе он обычно не мог привести никаких фактических данных, которые бы объективно подтверждали эффективность метода. Тем не менее К. привлек на свою сторону падких на сенсации корреспондентов некоторых газет, которым демонстрировал людей, якобы вылеченных им. Шеф своим авторитетом поддерживал К.. Благодаря этому ему были созданы самые благоприятные условия для работы, и еще неизвестно, чем кончилось бы дело, если бы К. не был уличен во взяточничестве. Ему пришлось покинуть Самару. Не знаю, когда, где и на какую тему он защитил диссертацию, но ныне К. все-таки кандидат медицинских наук и успешно подвизается на ниве платной "нетрадиционной медицины". Тем не менее после этой истории вера в магнитотерапию у многих врачей нашего города оказалась подорванной надолго.

Вторая сторона моральной неподготовленности врача заключается в том, что он может позволить себе применить для лечения больных неапробированный метод. Например, использовать химические или биологические препараты, не утвержденные Фармкомитетом Министерства здравоохранения РСФСР, или применить новую лечебную аппаратуру, не получив на то разрешения Комитета по новой технике Министерства Здравоохранения РСФСР для применения ее на людях, или вообще использовать новые способы лечения, в том числе и новые хирургические операции, не получив на то специального разрешения Ученого Совета Министерства здравоохранения РСФСР. Все эти действия врача могут быть отнесены к категории эксперимента на людях. Врач, позволивший себе подобные действия в первую очередь не для пользы больного, а для успешного завершения своей научной работы, должен быть лишен права заниматься этой работой.

Многие увлеченные своей идеей врачи искренне верят в пользу нового метода, а необходимость получить специальное разрешение считают проявлением бюрократизма. Тем не менее, это все-таки значит, что и они еще морально не готовы к выполнению диссертации, по крайней мере, если это исследование с клиническим уклоном.

После того, как врач решит, что он достаточно и всесторонне подготовлен к выполнению диссертации, ему предстоит обдумать и второй вопрос, а сможет ли он выполнить диссертацию и в какой срок.

Здесь приходится взвешивать все: состояние здоровья, вероятность декретных отпусков, возможность длительной заграничной командировки, переезда в другой город, или перехода на другую работу, условия семейной жизни, наличие побочных интересов и даже характер общественной деятельности.

Действительно, вряд ли сможет успешно работать над диссертацией человек, обремененный большой семьей, которому приходится постоянно работать на 1,5 - 2 ставки и много дежурить, или мать часто болеющих детей. Если смотреть на вещи реально, то не остается времени на серьезную научную работу и у врача, выбранного на большую общественную должность.

С моей точки зрения, основные качества человека, обеспечивающие ему успешную работу над диссертацией - это организованность, упорство и трудолюбие.

Врач Х-ов был одним из первых моих аспирантов. Человек эрудированный, неплохой врач, хорошо владел английским языком, отличался завидным трудолюбием, ни семейными делами, ни общественной работой он особенно обременен не был. Х-в активно взялся за экспериментальную работу по изучению влияния дыхания различными газовыми смесями на защиту головного мозга при кратковременном выключении сердца из кровообращения. Проведя несколько экспериментов, он пришел ко мне с сообщением, что нашел крайне эффективную газовую смесь и убедил меня в необходимости в связи с этим коренным образом изменить план его работы. Через год оказалось, что исходная предпосылка была неверной, но у Х-ва к этому времени появилась уже другая, еще более заманчивая идея. Я было попытался охладить пыл аспиранта и вернуться к первоначальному плану, но мне не удалось сломить его энтузиазм, и он опять пошел по новому пути. К сожалению, и этот путь привел в тупик. Аспирантура закончилась без диссертации. Х-в еще довольно долго работал в клинике. Он продолжал заниматься научной работой, но постоянно отвлекался новыми идеями, все время уходил в стороны. Ему так и не удалось закончить диссертацию.

Отсутствие целеустремленности, неорганизованность, разбросанность - это серьезные пороки для исследователя. Самые оригинальные и многообещающие идеи, отвлекающие соискателя от основного предмета исследования, должны быть отложены до его окончания. И если врач сам не в силах справиться с искушением, научный руководитель должен "железной рукой" заставить его сделать это.

Но всегда ли в научном смысле будет безнадежен тот или иной человек, неподходящий под все указанные требования?

В 1971 г. я по рекомендации главного хирурга области принял на работу в клинику врача Л.. Довольно быстро всем стало ясно, что мы сделали плохой выбор. Л. был крайне расхлябан, к делу относился спустя рукава, плохо ладил с больными, был необязательным и безответственным человеком. Он вообще больше увлекался горнолыжным спортом, чем медициной. Неоднократно приходилось разбирать его конфликты с больными, сестрами, врачами и даже с заведующим отделением. Многие люди, знавшие его ранее, при встрече со мной удивлялись, как я мог взять его к себе в клинику. Л. работал у нас в отделении хирургии сосудов, среди людей, увлеченных своим делом и активно работающих над своими темами. Постепенно и он увлекся делом, а поскольку Л. был человеком неглупым и руки у него были хорошие, то дело постепенно пошло. Со временем он не без помощи товарищей сумел побороть недостатки своего характера и воспитания, научился ладить с людьми и стал полноправным членом коллектива. Через некоторое время я счел возможным поручить ему разработать оригинальную научную тему. Он увлекся исследованием, работал с энтузиазмом, сумел получить несколько авторских свидетельств на изобретения и в 1977 г. защитил кандидатскую диссертацию. В настоящее время он квалифицированный и уважаемый врач, один из лучших сосудистых хирургов клиники.

Практический врач при решении о возможности работы над диссертацией должен постараться очень строго оценить в себе все указанные качества, а также взвесить реальность выполнения работы в тех условиях, в которых он живет и трудится.

Вместе с тем успех в работе над кандидатской диссертацией во многом зависит и от второго действующего лица - научного руководителя. Может ли соискатель в свою очередь подобрать себе научного руководителя? Во многих случаях это трудно или невозможно. Так, например, если врач специалист по глазным болезням живет в городе, где в медицинском институте имеется одна кафедра глазных болезней, на которой работает один доктор наук, он не имеет возможности выбирать научного руководителя. Конечно, теоретически этот врач может поехать в другой город и там поступить в заочную аспирантуру, но это обычно сложно. Совсем другие условия в этом же городе будут для врача хирурга, который сможет выбрать себе научного руководителя из 4 и более докторов наук, хирургов, работающих в этом институте.

Обычно начинающему молодому врачу каждый доктор наук, а особенно профессор, представляется недоступной и недостижимой сверкающей горной вершиной. Однако хорошо известно, что не каждый, даже самый крупный ученый, сам внесший достаточно существенный вклад в науку, имеет среди своих учеников даже кандидатов наук. Поэтому врач должен постараться возможно больше разузнать о своем будущем руководителе как о личности и как о специалисте по подготовке научных кадров.

Научный руководитель несомненно должен быть эрудированным в своей специальности человеком, затем быть, как теперь принято говорить, генератором идей и иметь хотя бы минимальный опыт руководства аспирантами или соискателями. Важно так же, чтобы он был человеком организованным и справедливым.

Что касается совпадения направления его научных исследований с темой будущей диссертации, то мне представляется, что это весьма желательно, но вовсе не обязательно. Дело в том, что, как показывает практика, в тех случаях, когда к опытному руководителю обращается соискатель со своей темой, которую он сам предложил и эта тема, по мнению руководителя, достаточно интересна и перспективна, роль руководителя обычно ограничивается общим руководством, что соискателя вполне устраивает.

Другое дело, как заинтересовать научного руководителя своей собственной темой, как доказать ее жизненность и перспективность? Для этого нужно хорошо подготовиться к самой первой беседе с будущим руководителем, наметить по пунктам, о чем с ним следует говорить, подобрать веские доказательства своей правоты, в том числе имеющиеся протоколы экспериментов, записи динамики различных физиологических и биохимических показателей, а также прочий документальный материал. Хорошо, когда будущий руководитель уже где-то слушал ваше выступление или читал написанную вами статью. Ни в коем случае нельзя начинать этот важнейший для

вас разговор, если ваш собеседник спешит, нервничает или отвлечен каким-то важным делом. Хорошенько продумайте, как можно связать вашу идею с проблемами той кафедры или отдела, совместно с которыми вы собираетесь работать. Полагаю излишним напоминать, что на столь ответственную беседу нужно прийти аккуратно одетым и не с похмелья.

Попасть в аспиранты к ученому, создавшему свою школу, с одной стороны, вроде бы весьма заманчиво и очень почетно, а с другой - опасно. Дело в том, что такой ученый крайне занят и обычно в первую очередь занимается подготовкой докторов наук и руководит другими фундаментальными работами. Он, конечно, может представить свое научное имя аспиранту, но конкретное руководство аспирантом скорее всего поручит одному из своих помощников. А тут опять уж как вам повезет. Если глава школы человек простой и доступный, то вы заранее сможете обговорить с ним все вопросы конкретного научного руководства. Тогда вы еще имеете возможность разузнать, что представляет собой предлагаемый вам шефом научный руководитель, и принять решение. Практика показывает, что диссертации, выходящие из крупных научных школ, как правило, бывают полноценными, но в некоторых случаях среди них проскальзывают и слабые работы, которые, правда, под прикрытием имени известной научной школы, тоже нередко успешно защищают.

В виде исключения кандидатская диссертация может быть выполнена под руководством кандидата наук соответствующей специальности. И она может оказаться даже очень неплохой, поскольку есть уверенность, что в этом случае начинающий руководитель работы приложит к ней максимум сил и внимания.

В настоящее время, когда немало научных работ появляется на стыке нескольких наук, одного научного руководителя может оказаться недостаточно. В этом случае в качестве второго научного руководителя приходится приглашать специалиста другого профиля, а если это небольшой раздел исследования - то приглашать его в качестве консультанта (консультантом может быть кандидат наук).

Необходимо оговориться, что постановлением ВАК не разрешено иметь двух руководителей по одной и той же номенклатурной специальности, т. е. нельзя, чтобы оба руководителя были специалистами, например, по хирургии, кардиохирургии, урологии и т. д.

Вместе с тем с самого начала диссертанту не следует забывать, что приглашение второго научного руководителя или консультанта в дальнейшем потребует защиты диссертации в таком специализированном совете, где должны быть представители ученых этих разных специальностей, или в так называемом "разовом" специализированном совете, собираемом специально для защиты этой пограничной диссертации. Все это требует дополнительного времени и создает немалые добавочные сложности для Ученого секретаря совета, а, главное, для самого диссертанта, поскольку необходимых специалистов нередко приходится приглашать из других городов, предварительно получив на это специальное разрешение ВАК.

Конечно, если работа действительно проводилась в пограничных областях, без консультанта или второго научного руководителя не обойтись. Однако еще во многих случаях появление второго руководителя, к сожалению, не всегда бывает связано с действительной необходимостью его иметь.

Теперь, после того, когда как будто бы выяснены все требования к соискателю и кое-что сказано о научных руководителях, можно перейти к вопросу о выборе темы диссертации.

Тему исследования в большинстве случаев подбирает научный руководитель, но иногда соискатель предлагает ее сам. К теме, предложенной соискателем, научный руководитель должен подойти очень серьезно. С моей точки зрения, даже если предлагаемая тема несколько отходит от общей проблемы, разрабатываемой его коллективом, но в итоге исследования можно ожидать интересные результаты, и она реально выполнима, следует отдать предпочтение этой теме. Над "своей" темой соискатель, несомненно, будет работать с максимальным интересом, энтузиазмом и энергией. Однако самое главное преимущество здесь будет состоять в самостоятельности выбора своего научного пути, что в дальнейшем с трудом проявляется и у некоторых дипломированных научных работников, которые привыкли быть только хорошими исполнителями. Самостоятельность и оригинальность мышления - вот качества, которые в первую очередь действительно определяют творческого научного работника.

Какие же требования следует предъявлять к выбираемой теме?

ВАК определяет кандидатскую диссертацию, как законченную научно-исследовательскую работу, содержащую новое решение актуальной научной задачи, имеющей существенное значение для соответствующей отрасли. Отсюда тема работы прежде всего должна быть достаточно актуальной, т. е. входить в одно из современных направлений науки. Хотелось бы подчеркнуть, что здесь речь идет именно о современных, а не только о главных направлениях науки. Конечно, работы по профилактике и лечению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний чрезвычайно важны, но ведь кому-то нужно заниматься и другими заболеваниями. Вместе с тем тема должна принадлежать к проблемам, над которыми именно в настоящий период времени усиленно работает мысль ученых. Тема, оторванная от общего потока научного движения в настоящее время и в данной области, редко может оказаться плодотворной.

В "Положении о порядке присуждения ученых степеней и присвоении ученых званий", утвержденном Советом Министров СССР, указывается, что диссертации по медицинским наукам должны содержать результаты теоретических, экспериментальных или клинических исследований по фундаментальным медико-биологическим проблемам, имеющим первостепенное значение для теории и практики медицины. В диссертациях клинического характера должны быть приведены результаты по разработке и внедрению новых методов диагностики и лечения, а также профилактики заболеваний, созданию и внедрению эффективных лечебных препаратов.

Перечислить все типы тем для диссертации мне невозможно, для этого надо слишком хорошо знать специфику каждой медицинской специальности, однако некоторые наиболее актуальные направления, по которым сегодня следует работать, здесь можно привести:

1. Улучшение организации хирургической помощи населению.
2. Профилактика важнейших и наиболее распространенных хирургических заболеваний.
3. Совершенствование методов диспансеризации населения.
4. Новые методы диагностики заболевания.
5. Сравнительная оценка различных диагностических методов.

6. Вопросы выбора лечебной тактики.
7. Новые методы лечения заболеваний.
8. Сравнительная оценка различных способов лечения заболеваний.
9. Выявление ранее неизвестных заболеваний.
10. Детальное изучение малоизвестных и редко встречающихся заболеваний.
11. Влияние факторов внешней среды на здорового и больного человека.
12. Реабилитация больных после хирургических вмешательств.
13. Трудоустройство больных после хирургического лечения.
14. Углубленное изучение этиологии и патогенеза хирургических болезней.
15. Новые методы в реаниматологии и анестезиологии.
16. История хирургии.
17. Проблемы геронтологии и гериатрии в хирургии.

Тема предлагаемой соискателю диссертации это обычно одна из частых тем какой-то актуальной проблемы, уже на протяжении многих лет разрабатываемой научным коллективом кафедры или отдела. Это как бы отдельный кирпичик строящегося здания кафедральной науки. Но в отличие от здания настоящего, "кирпичики" здесь не должны быть похожи друг на друга.

При определении темы диссертации заранее должна быть установлена ее научная и практическая ценность. Конечно, начиная любое исследование, никогда нельзя заранее полностью предопределить, во что оно выльется и какие результаты будут получены. Однако, как правило, всегда можно говорить об ожидаемых результатах, особенно если речь идет о диссертации кандидатской.

Обычно тема исследования зреет в голове исполнителя или научного руководителя достаточно длительный срок и берется она не из воздуха, а из конкретных потребностей в данном научном учреждении. Например, в клинике было произведено большое количество операций по поводу атеросклероза терминального отдела брюшной аорты и подвздошных артерий. Применяли методы протезирования, шунтирования и эндартериозэктомии. Операции выполняли из различных доступов и производили их на разных сосудах. Оперировали больных разного возраста и с различным состоянием здоровья. Общее впечатление от проведенного лечения сложилось благоприятное, но у ряда больных операция не дала эффекта, иногда имели место серьезные осложнения и даже гибель больных после операции.

Берясь за исследования, соискатель в результате его ожидает получить научные сведения по всем этим вопросам и надеется дать рекомендации, которые помогут хирургу правильно ориентироваться в выборе доступа и характера операции у каждого конкретного больного в зависимости от имеющейся патологии, распространенности процесса, возраста и общего состояния больного.

В данном случае практическая ценность диссертации несомненна, что же касается научной ценности, то ее следует хорошенько поискать и правильно определить. Клиническое исследование, которое проводится на больных людях, прежде всего должно иметь практическую направленность и ценно бывает именно своими практическими выводами.

Сделать научные выводы, под которыми обычно подразумеваются выводы, имеющие значение для теории медицины, можно далеко не из каждой диссертации клинического характера. Открытия в науке совершаются вообще не так уж часто. Решение научной задачи, а именно так ВАК определяет цель кандидатской диссертации, совсем этого и не требует. Важно, чтобы выводы и положения диссертации были получены строго научным путем.

При этом подразумевается такой путь, при котором соискателем с помощью максимально объективных методов исследований были бы собраны новые (а иногда и не новые) факты, произведен их анализ и аргументированное обобщение, а также сделаны оригинальные выводы. Вот это и есть научное решение задачи.

Конечно, если автор предлагает новый метод лечения, в том числе и новую хирургическую операцию, описывает новый ценный симптом того или иного заболевания, предлагает новый метод клинического, лабораторного или инструментального диагностического исследования, то в этом случае новизна диссертации будет наиболее очевидна.

Именно поэтому при планировании любой научной работы сегодня требуется тщательная проработка темы, а диссертации, по теме которых соискатель имеет авторские свидетельства на изобретения, выданные Госкомитетом по изобретениям при Совете Министров, проходят наиболее гладко.

Напротив, найти сразу прикладное значение некоторым теоретическим положениям, полученным автором, не всегда бывает просто. Так, планируя исследование, посвященное изучению характера заживления послеоперационной раны в условиях гипербарической оксигенации, мы совместно с исполнителем предполагали, что в условиях хорошей оксигенации рана должна заживать намного быстрее, чем в нормальных условиях. Было проведено огромное количество экспериментов, использованы самые разнообразные режимы проведения сеансов, однако наши надежды не оправдались. Наоборот, оказалось, что рана заживает медленнее, а образующийся рубец менее прочный, чем при заживлении раны в обычных условиях.

При утверждении темы этой диссертации на Ученом совете вопросы, задаваемые членами совета, касались в основном практической ценности исследования, его экономического эффекта. Что мог ответить на это диссертант?

Однако дальнейшее исследование течения раневого процесса в условиях гипербарической оксигенации показало, что причина медленного заживления раны и ослабления прочности рубца зависела от того, что гипербарический кислород подавлял развитие коллагена в соединительной ткани. На основании этой находки оказалось возможным установить и практическое использование метода. В частности, прибегать к гипербарической оксигенации следует в тех случаях, когда нужно получить заживление раны нежным эластическим рубцом. Это очень важно, например, для пластической и косметической хирургии, при лечении больных с ожогами пищевода или с келоидными рубцами. По-видимому, метод может быть применен для предупреждения развития пороков сердца у больных с ревматизмом и в других пока что неизвестных случаях.

Многие исполнители, прежде чем запланировать собственную диссертацию, и некоторые научные руководи-

тели, прежде чем запланировать диссертацию своего ученика, организуют поисковые исследования. В этих исследованиях предварительно проверяется правильность основной идеи предполагаемой работы. Если будет получен положительный результат, то диссертацию планировать целесообразно. При отрицательном результате, полученном из поисковой работы, планирование диссертации по этой теме становится рискованным делом. В принципе допускается возможность защиты кандидатской диссертации и при получении автором отрицательных результатов исследования, потому что для науки и это важно, но я что-то не слышал, чтобы хоть раз была защищена подобная диссертация.

Ошибкой следует считать попытку взять для кандидатской диссертации слишком широкую тему. Никакой углубленной разработки ее в этом случае соискатель сделать не успеет, и его суждение получится слишком поверхностным.

При выборе темы нельзя не учитывать еще одно важное условие реальность выполнения диссертации. Можно выбрать самую актуальную задачу, решение которой должно обогатить науку и практику здравоохранения, можно открыть совершенно новое направление для медицинской науки или биологии, но решить ее окажется невозможно. Прежде всего потому, что соискатель не располагает возможностью получить достаточное количество клинических наблюдений. В другом случае не оказывается в наличии необходимой аппаратуры, в третьем - нет отработанной методики какого-то важного исследования или эксперимента, в четвертом - отсутствуют необходимые реактивы, изотопы, медикаменты. Наконец, нет того минимума технических помощников, который необходим для проведения работы.

Практика убеждает нас, что нельзя планировать диссертацию в расчете на то, что выписанная аппаратура будет получена. Даже если ее и удастся получить в необходимый срок, аппаратуру придется монтировать, отлаживать, а нередко доукомплектовывать или отправлять обратно для ремонта.

В то же время все исследования в диссертации должны быть обязательно выполнены на сегодняшнем уровне науки с использованием современной аппаратуры и методик. Если при выполнении диссертации предполагается использовать сложную методику, которая в данной клинике ранее не применялась, а будущий соискатель собирается ее осваивать уже по ходу своей работы, то и в этом случае успешное завершение диссертации становится очень сомнительным.

Длительная задержка в выполнении диссертации или вообще срыв ее может быть связан с перебоями в снабжении медикаментами и реактивами. Особенно опасно бывает рассчитывать на импортные препараты, поставка которых в нашу страну может быть ограничена или вовсе прекращена.

При планировании диссертации, основанной на эксперименте, чтобы сохранить его чистоту и достоверность, следует быть уверенным, что вы сможете обеспечить себя необходимым количеством животных не только одного вида, пола, возраста и веса, но в некоторых случаях даже и одной линии. Надлежит серьезно подумать и о неукоснительном соблюдении "Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных", утвержденных МЗ СССР от 12.08.77, в которых указывается о том, что все эксперименты на животных должны производиться в условиях их полного обезболивания. Эти "Правила" строго регламентируют и способы легкого умерщвления для животных (эвтаназии).

Все эти многочисленные вопросы следует заранее тщательно продумать, однако не вдаваясь в излишнюю панику и не перестраховывая себя, в противном случае вообще никакую диссертационную работу вам никогда запланировать не удастся. Трудности, периодически возникающие на пути соискателя, с моей точки зрения, тоже полезны, они заставляют его активно искать выход из создавшегося положения, и закаляют против неприятностей, которых в жизни настоящего ученого имеется великое множество.

Отдельно следует остановиться на планировании диссертаций, в которых предполагается исследовать, апробировать и обсудить новый способ лечения или принципиально новую хирургическую операцию, или новый инвазивный диагностический метод и, особенно, применение новых фармакологических препаратов. Как я уже упоминал, подобного рода диссертации имеют наибольшую ценность, однако на их пути встречаются дополнительные трудности. Дело в том, что главный принцип медицины - "не навреди" - строго поддерживается советским законодательством, касающимся вопросов медицины. Каждый новый способ лечения, инвазивный метод диагностики или новая хирургическая операция для применения на больных должны получить особое разрешение Ученого Совета МЗ РФ. Даже если автор имеет авторское свидетельство Государственного комитета по изобретениям при Совете Министров, все равно это не дает никакого права использовать данное изобретение в клинической практике без подобного разрешения.

Для получения разрешения Ученого Совета автор направляет туда заявление, где подробно излагает сущность метода, его отличие и преимущества перед существующими, а также безопасность для больного. Что касается последнего пункта, то правильнее, пожалуй, говорить о степени опасности метода, а не о его безопасности, т. к. любая операция или инвазивный способ исследования потенциально все-таки опасен. Заявление должно быть убедительно подкреплено данными научной проработки и результатами экспериментального исследования.

Особенно строго обстоит дело с получением разрешения для применения на людях новых лекарственных средств. И эта строгость совершенно справедлива. Просьба о разрешении применения новых лекарственных средств должна направляться в Фармакологический Комитет МЗ. Фармкомитет дает на него разрешение только при наличии у автора бесспорных доказательств характера действия этого средства на организм, все его органы и системы, а также отсутствия тератогенного и бластомогенного действия препарата. Для установления всего этого в эксперименте нередко требуются годы.

Следовательно, возможно запланировать диссертацию, где все указанные действия нового средства предполагается изучить в эксперименте, но планировать диссертацию клинического характера, не имея на то разрешения Фармкомитета, ни в коем случае нельзя.

Мой сотрудник Б. начал применять на больных с гнойными полостями новый комбинированный иммунный препарат. Он был предложен на кафедре микробиологии нашего института. Препарат прошел частичную экспериментальную проверку и состоял фактически из различных лекарственных средств, большинство из которых, взятые отдельно, имели разрешение на клиническое применение. Тем не менее я все же посоветовал Б. сразу

запросить Фармкомитет о необходимости отдельного разрешения на применение комбинированного препарата в целом. Б. своевременно этого не сделал. Он послал запрос, когда его диссертация уже была в стадии оформления. К сожалению, Фармкомитет предложил ему провести такую сложную и длительную программу экспериментальной проверки препарата, что Б. предпочел отказаться от завершения почти готовой диссертации.

Особые сложности при поиске темы работы возникают у врача, работающего на периферии в небольшой больнице. Больных там обычно бывает немного, современной диагностической аппаратуры недостаточно. Как правило, условий для выполнения диссертации там нет. В большинстве случаев от работы над диссертацией при отсутствии соответствующих условий, нужно твердо отказаться. Исключения представляют лишь случаи, когда у врача возникает оригинальная идея, которая практически может быть реализована в его больнице, или набранный там материал в дальнейшем может быть исследован в хорошо оснащенных лабораториях центральных медицинских учреждений.

Так, заочную аспирантуру при нашей кафедре закончил хирург одной из центральных районных больниц Пензенской области. Он пришел ко мне с идеей диспансеризации всех оперированных в районе больных с целью хирургической профилактики послеоперационных грыж. Для того, чтобы получить достаточно большое число наблюдений, он с согласия главного хирурга Пензенской области распространил диспансеризацию больных этой группы на соседние районы и успешно завершил диссертацию.

Вместе с тем отказ в теме для диссертации во всех случаях должен быть хорошо обоснован. Обычно, когда ко мне обращается практический врач с просьбой дать ему тему для диссертации, я предлагаю ему принести мне отчет больницы за предыдущий год. После просмотра годового отчета вместе с врачом мы определяем заболевания, с которыми больные чаще поступают в больницу или приходят на амбулаторный прием. Подсчитываем, сколько лет нужно работать, чтобы набрать достаточное количество наблюдений. Прикидываем, могут ли быть использованы и в какой мере наблюдения подобных больных в нашей клинике, какие исследования у больных могут быть сделаны. После этого определяем, что нового и интересного может быть выявлено в результате анализа этих наблюдений и обычно приходим к соглашению, что диссертация из этого материала не выйдет, но может получиться неплохой доклад на обществе хирургов или врач сможет написать и опубликовать научную статью.

Перед уходом врач получает от меня некоторые инструкции по принципам отбора и обработки материала, изучения литературы и т. п. Все остальное зависит во многом от него самого. Если энтузиазм его к научной работе на этом не иссякнет, наш дальнейший очный или заочный контакт продолжается и обычно приводит к успеху.

Врач Ч. после окончания Куйбышевского медицинского института работал хирургом в одной из ЦРБ Кировской области. За время работы там он сделал ряд сообщений в хирургическом обществе и на конференциях хирургов области, опубликовал две научные статьи, много оперировал сам и ассистировал старшим товарищам. Все это время он поддерживал связь с клиникой. Через 3 года я принял его на должность ординатора хирургического отделения. Он и здесь проявлял высокую хирургическую и научную активность. Через 3 года защитил кандидатскую, а еще через несколько лет и докторскую диссертацию. В настоящее время он профессор, заведует одной из хирургических кафедр института.

Сразу после выбора темы диссертации соискателем вместе с научным руководителем должны быть предельно четко определены цели и задачи исследования. Я неоднократно убеждался, что до этого момента вся предстоящая работа представляется диссертанту весьма туманной. Вместе и тем четкое определение цели и задач исследования, сделанное в самом начале работы, сразу проясняет сущность будущей диссертации.

Правильно сформулированная цель сразу раскрывает перед читателем основную сущность исследования. Тем не менее проводить чрезмерную детализацию предполагаемого исследования здесь не следует, т. к. это входит уже в описание задач диссертации. Перечисленные задачи фактически представляют собой общий план исследования. В них должно быть отражено все, что предполагает сделать диссертант, чтобы успешно достичь поставленной перед собой цели. Желательно, чтобы они были описаны в логической последовательности, тогда самому соискателю будет яснее путь, который ему надлежит пройти, а оппоненту и читателю сразу станет понятной логика проведенного исследования.

Почему-то в перечне задач исследования обычно не принято указывать на первую и чрезвычайно важную задачу любого исследования и уж конечно диссертации - тщательное изучение литературы. Считаю, что первая задача любой диссертации должна быть сформулирована только так: "Тщательно изучить литературу, касающуюся темы исследования, и найти слабоизученные, нерешенные и противоречивые вопросы проблемы, исследование которых следует продолжить".

Если исследование носит экспериментальный или экспериментально-клинический характер, то в следующем пункте должна быть сформулирована задача (или задачи) его экспериментальной части.

Задача экспериментальной части может быть поставлена достаточно общо без детализации ряда промежуточных задач. Например: "Разработать в эксперименте на собаках новый хирургический метод лечения при портальной гипертензии". Если вся диссертация носит клиничко-экспериментальный характер и большая часть ее посвящена клиническим вопросам, одной такой задачей можно будет и ограничиться. Однако в экспериментальной работе подобная формулировка больше годится для определения цели, а не задачи диссертации. Правильнее будет детализировать задачи.

Можно, к примеру, в диссертации, посвященной разработке новой операции при портальной гипертензии это проделать следующим образом:

1. Создать экспериментальную модель портальной гипертензии.
2. Детально разработать техническую сторону предлагаемой операции.
3. Отобрать максимально доказательные тесты, определяющие эффективность предлагаемой операции.
4. Изучить непосредственные и отдаленные результаты новой операции.

Мне представляется, что подобная детализация задач всегда предпочтительнее. Однако, если соискатель набирает слишком много задач, то при чтении их не всегда легко разобраться, какие из них являются кардинальными, а какие второстепенными и даже третьестепенными. Поэтому можно поступить следующим образом: в введении к работе автор дает перечень сравнительно небольшого количества только самых основных задач;

детально же перечислить все стоящие перед ним задачи автор сможет в начале каждой из глав диссертации там, где это ему потребуется. Даже если он кое в чем и повторится, то ничего страшного не произойдет, зато каждому, кто захочет познакомиться с диссертацией, будет точно известно, чего же в этой главе хотел добиться автор, а по прочтении главы станет ясно - насколько это автору удалось.

После того, как сформулированы цели и задачи, диссертант сможет довольно отчетливо представить себе границы своего исследования как в ширину, так и в глубину, и понять, что входит, а что не входит в то исследование, которое ему предстоит выполнить.

Осмыслив цели и задачи своей будущей работы, диссертант с этого момента должен постоянно и повсюду думать над своей темой, поскольку всем известно, что чем больше и направленнее думаешь, тем чаще в голову приходят хорошие мысли. Все эти мысли, чтобы их не забыть, нужно сразу же фиксировать в блокноте или толстой тетради, которую соискатель просто обязан постоянно носить с собой.

Сюда же он будет заносить и все необходимые для разрешения вопросы, постоянно возникающие по ходу работы. Для удобства поиска тетрадь можно разделить примерно на такие разделы: мысли, библиотека, эксперимент, клинические наблюдения, техническое обеспечение, домашняя работа, дела в командировке и т. п. Можно рекомендовать также указывать на срочность исполнения каждого дела для того, чтобы срочные дела не затерялись бы среди многих других, менее срочных и вообще не срочных дел.

Отмечать все это на отдельных карточках или заводить несколько различных тетрадей не стоит. Они будут постоянно теряться или в нужный момент обязательно оказывается, что необходимая тетрадь как раз и отсутствует.

Тщательное изучение литературы по проблеме, подлежащей исследованию, всегда должно предшествовать началу работы. В противном случае можно напрасно потратить уйму времени и сил, чтобы получить факты и научные выводы, которые были кем-то сделаны задолго до начала вашей работы, а вы об этом узнаете слишком поздно. Только после обсуждения с научным руководителем состояния проблемы по данным литературы и обсуждения темы на конференции сотрудников кафедры можно окончательно планировать диссертацию.

В настоящее время медицинская библиотека областного центра, а тем более медицинского института достаточно хорошо укомплектована литературой. Поэтому диссертант на месте сможет проделать значительную, если не большую часть своей работы по ее изучению. На месте же он должен хорошо подготовиться и к поездке в центральную библиотеку. С этой целью диссертант производит следующую работу: во-первых, после изучения имеющихся в его распоряжении рефератов, он составляет список тех работ, которые ему хотелось бы прочитать в оригинале; во-вторых, на основании имеющихся библиографических справочников, изданий и оглавлений журналов он составляет перечень работ, с которыми ему необходимо познакомиться и которых нет в местных библиотеках; в-третьих, он включает в этот список работы, сведения о которых он получил из опубликованных обзоров или других статей, где имелись ссылки на соответствующие работы, заинтересовавшие его.

В итоге такой подготовки диссертант заранее перед поездкой в центральную библиотеку будет уже иметь список большинства работ, с которыми ему там предстоит познакомиться, чем сэкономит себе немало времени для работы непосредственно над источниками.

Весьма целесообразно в этом списке расставить работы по степени их важности и, в первую очередь, начать знакомство с самыми необходимыми для дела. В противном случае на изучение главных работ во время командировки может не остаться времени.

Конечно, список, подготовленный диссертантом на месте, он сможет значительно расширить в центральной библиотеке, просматривая обширные каталоги библиотеки и пополняя его за счет ссылок на авторов в изучаемых работах. Вместе с тем увлекаться здесь особенно не стоит, иначе работа над литературой может затянуться, а то и вовсе оказаться бесконечной. Помните, что диссертант обязан исчерпывающе знать литературу лишь по конкретной разрабатываемой им теме и достаточно хорошо, чтобы представить себе состояние всей проблемы в целом. Для того, чтобы правильно дифференцировать одно от другого, следует, прежде чем начать углубленно изучать литературу, продумать план будущего обзора литературы.

Перепробовав различные способы систематизации литературы, я пришел к выводу, что самый простой и удобный - это собственный каталог литературы, собранный на стандартных библиографических карточках. Конечно, карточки несколько более громоздки и менее транспортабельны, чем блокнот с алфавитом, но во всем остальном преимущества их неоспоримы.

На каждую работу, знакомство с которой, как предполагается, может понадобиться, нужна отдельная карточка. На ней четким почерком выписывают следующие данные: фамилию и инициалы каждого из авторов, название работы и все ее выходные данные, согласно требованиям, предъявляемым к "Указателю литературы". Эти данные помещают в центре карточки и с помощью двух горизонтальных и двух вертикальных линий, проходящих через всю карточку, берут в рамку. На периферии карточки при пересечении линий образуются четыре клетки и четыре поля: верхнее, нижнее, левое и правое. Вся периферия карточки служит для отметок, которые делает диссертант по мере изучения данной работы. Например, в верхней правой клетке диссертант делает отметку только после ознакомления с работой. Пока он работы не видел, клетка остается пустой. Если работу он только просмотрел, в клетку карандашом ставится буква П, если работа прочтена - буква Ч, если работа прочтена и реферирована - буква Р. В верхней левой клетке описывается характер работы, с которой удаётся ознакомиться диссертанту: О - работа в оригинале, Р - реферат работы, А - аннотация работы, Рез. - резюме работы, Ц - цитированная работа. В последнем случае в верхнем поле должен быть указан источник, где эта работа цитирована. Эти буквы также проставляют карандашом, т. е. вначале вы можете познакомиться с цитированной работой, затем с ее рефератом и, наконец, с оригиналом.

В нижней правой клетке необходимо проставить предполагаемую ценность работы. До ознакомления с работой это лучше делать карандашом. Ценность работы отмечают римскими цифрами в убывающем порядке.

На боковых полях проставляются шифр собственных папок, в которых у диссертанта находятся рефераты фрагментов этой работы, и номера, под которыми рефераты находятся в папках.

Поскольку при ряде обстоятельств к первоисточнику нередко приходится обращаться повторно, чтобы что-то уточнить или проверить, то в карточке на нижнем поле нужно отметить: в какой библиотеке, дома или где-либо

еще он находится.

Делать заметки на карточках, касающихся сущности работы типа реферата или аннотации, не нужно, т. к. эта карточка служит для других целей.

Заполнять карточки нужно сразу по всем правилам ГОСТов 7.1.76 и 7.12.77 с тем, чтобы затем при составлении "Указателя литературы" их только отобрать, расставить в требуемом порядке, проверить и передать машинистке для перепечатывания сразу в чистовые экземпляры диссертации.

Составление рефератов для последующего обзора литературы справедливо считается весьма ответственным делом.

Обычно реферат принято составлять один на каждую работу, независимо от ее объема и построения. Поэтому соискателю при написании обзора литературы приходится неоднократно обращаться к одному и тому же реферату с тем, чтобы взятые из него сведения внести то в один, то в другой, то в третий разделы литературного обзора.

Если диссертант отчетливо представляет себе план будущего обзора литературы, то он может значительно облегчить свой труд. Правда, изучая какую-либо фундаментальную монографию, ему придется написать не один большой реферат, а такое количество небольших выписок, сколько вопросов он собирается осветить в своем литературном обзоре. Тогда в дальнейшем ему не нужно будет делать из одного реферата несколько. К примеру: первый реферат будет содержать взгляды автора монографии на вопросы этиологии, второй - раскрывает его мнение относительно патогенеза, третий - мысли автора о лечении заболевания и т. д.

На каждый из предполагаемых к обсуждению вопросов диссертант заводит отдельную папку, куда и вкладывает реферат той части книги, которая посвящена именно этому частному вопросу. В другую папку пойдет реферат, содержащий обсуждение второго вопроса, в третью - третьего, и т. д.

При составлении обзора литературы из соответствующей папки берут уже готовые для внесения в нужный раздел обзора рефераты. Их прочитывают, отбирают необходимые и складывают в логическом, хронологическом порядке.

Теперь по сути дела остается провести только стилистическую работу: после сокращения и литературной обработки соединить эти рефераты вместе и сделать обзор по одному из частных вопросов, которые необходимо осветить диссертанту. Точно так же поступают и с другим вопросом. После этого обзоры по каждому частному вопросу следует логически и стилистически связать между собой в один общий обзор литературы. Объем обзора литературы должен быть не более 30 страниц машинописи, т. е. составлять максимум одну треть диссертации.

В начале обзора литературы, вне зависимости от конкретных вопросов, намеченных в нем к обсуждению, всегда следует отдать должное людям, которые первыми начали разрабатывать проблему и внесли в нее существенный вклад. Приводя фактический материал по каждому из затрагиваемых вопросов, необходимо отыскать автора, который первым что-то открыл, показал, доказал или придумал, и в первую очередь сослаться на него. Затем дать сведения об исследованиях других ученых, которые продолжили работы первооткрывателя, а также сослаться на ученых, которые на основании собственных исследований пришли к противоположным выводам или получили с помощью иных или тех же самых методик другой фактический материал. Все это обычно описывается в хронологическом порядке.

В заключение обзора литературы следует обобщить состояние обсуждаемой проблемы на сегодняшний день и указать слабоизученные, нерешенные и противоречивые вопросы, проблемы. Это логически дает диссертанту право считать эти вопросы актуальными и заняться их изучением.

План работы над диссертацией - основная путеводная нить диссертанта, а выполнение его - основной критерий, по которому научный руководитель оценивает деятельность соискателя.

При составлении плана в первую очередь определяют узловые задачи, а уж затем их детализируют. Например, к основным пунктам плана могут быть отнесены такие задачи, как изучение литературы, проведение эксперимента, накопление клинических наблюдений, обработка результатов исследования, написание глав диссертации, подготовка и проведение апробации работы, написание автореферата, оформление документов для защиты диссертации. Для работающих над кандидатской диссертацией в плане обязательно должен быть предусмотрен еще один важный момент - подготовка и сдача экзаменов кандидатского минимума. Все это должно быть распределено по времени, которым располагает соискатель, если он включен в план исследовательских работ института.

Однако, чтобы конкретизировать план по времени, он должен быть составлен во всех деталях.

Так, планирование экспериментального раздела диссертации начинают с пункта о *продумывании создания экспериментальной модели* и выбора соответствующего вида животного.

Прежде всего следует установить, насколько близко будет подходить созданная на выбранном животном модель к типу заболевания или состоянию человека, которое намечено к изучению. В других случаях приходится думать вообще о наличии у животного анатомических образований, аналогичных человеку. К примеру, в работе одного из моих сотрудников, с целью снижения артериальной гипертензии необходимо было производить электрическую стимуляцию депрессорного нерва Людвига-Циона. Оказалось, что означенный нерв, как самостоятельное образование, из всех лабораторных животных, имеется только у кроликов.

Выбор вида животного определяется и конкретными задачами эксперимента. Так, для выполнения хирургических операций, наиболее подходящими будут собаки или кролики. Но если предполагается использовать в эксперименте значительное количество животных, и эксперимент предполагается проводить одновременно на нескольких животных, помещаемых в какие-то однообразные условия, то придется использовать белых крыс или мышей. Здесь приходится учитывать и безупречную чистоту эксперимента, и реальные возможности вивария, и экономическую сторону дела, и простоту последующей обработки материала.

Сотрудник клиники В. работала над вопросами влияния различных режимов гипербарической оксигенации на регенерацию операционных ран. Для того, чтобы сразу обработать экспериментальную серию при определении режима сеанса гипербарической оксигенации, она одновременно помещала в барокамеру до 20 мелких лабораторных животных. Это не только позволяло сэкономить время и материальные затраты, идущие на эксперимент, но и делало условия эксперимента для каждого животного данной серии абсолютно идентичными (давление в

камере, продолжительность экспозиции, время компрессии, температура и влажность).

Наконец, для некоторых исследований бывают необходимы животные одного пола или одной массы тела, а при изучении некоторых онкологических проблем - даже животные одной породы и линии. Все эти обстоятельства заставляют первым пунктом экспериментальной части плана поставить: "Выбор вида лабораторного животного".

Второй пункт плана относится к *методу создания экспериментальной модели*. Он также должен быть хорошо продуман. Общеизвестно, насколько бывает трудно у собаки получить атеросклероз, желчнокаменную болезнь и т. п. Нередко создание модели заболевания требует выполнения на животном достаточно сложной хирургической операции, длительного проведения строгой диеты для животного или создания особых условий его обитания. Причем в плане следует учитывать, что необходимое для основного эксперимента состояние или заболевание у животного может развиться только через много месяцев после начала подготовительного эксперимента.

При этом всегда имеют место неудачи, развитие сопутствующих заболеваний или падеж животных в результате осложнений оперативного вмешательства или эпизоотии. Поэтому третий пункт плана должен отразить предполагаемое количество животных, необходимых для основного эксперимента, т. е. тех, на которых удастся предварительно успешно создать нужную модель.

Четвертый пункт должен быть посвящен *детальной разработке основного эксперимента*. Сюда в виде подпунктов должны войти следующие: выбор необходимых, практически доступных и осуществимых методов исследования животного; этапы эксперимента, на которых эти исследования (все или часть из них) будут проводиться; анестезия животного; техника проведения эксперимента; ведение послеоперационного периода (если проводилась операция); сроки наблюдения за животным после эксперимента; способ его умерщвления.

Пятый пункт касается *документации эксперимента*. Прежде всего следует заранее тщательно разработать карту протокола эксперимента. В ней должно быть предусмотрено протоколирование всех необходимых сведений в самом конкретном, кратком и удобном для дальнейшей обработки виде. При небольшом количестве экспериментов и малом объеме информации (не по качеству, а по количеству), извлекаемой из каждого эксперимента, полученные данные легко могут быть обработаны любым математическим способом, но если данных много, их приходится подвергать машинной обработке. В последнем случае при составлении образца протокольной карты следует привлечь для консультации программиста именно той вычислительной машины, на которой в дальнейшем предполагается обрабатывать данные.

Какие сведения об эксперименте должны быть внесены в карту? Конкретные советы, пригодные для каждого эксперимента, здесь дать, конечно, невозможно. Все зависит от задач, решаемых экспериментатором. Однако сведения о поле, возрасте, массе животного следует считать обязательными так же, как дату и часы проведения опыта.

Далее в протоколе последовательно, опять-таки с указанием точного времени, указывают все этапы эксперимента. Сюда входят все инъекции, внутривенные вливания, введение препаратов внутрь и прочие способы введения медикаментов. Все дозировки препаратов лучше указывать в миллиграммах или граммах на килограмм массы животного. Это в дальнейшем упростит все расчеты. Четко должны быть представлены сведения о характере и осложнениях проводимого обезболивания.

Если по ходу опыта выполняют какое-то оперативное вмешательство и оно типично для всех экспериментов, то операция должна быть описана самым подробным образом только в протоколе первого эксперимента. В последующих протоколах указывают, что операция была проведена по типичной методике и отмечают лишь ее особенности и осложнения. Зато вся информация, полученная на различных этапах эксперимента, должна быть полностью внесена в каждый протокол. Соответствующие записи ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, осциллограммы, гастрограммы и т. п. должны быть четко размечены, согласно этапам эксперимента и приложены к протоколу. Если этих документов много, то придется сделать для хранения их большой конверт, отдельный для каждого опыта. В конце протокола следует оставить место, куда экспериментатор записывает краткое резюме эксперимента. Протокол подписывает сам экспериментатор и очень желательно чьей подписью представителя той лаборатории, где этот эксперимент проводился.

Окончательно образец протокольной карты удастся уточнить обычно лишь после трех-пяти экспериментов, поскольку по ходу первых опытов всегда оказывается, что что-то упущено, или наоборот, некоторые сведения в ней окажутся лишними. После окончательной корректировки карту протокола размножают в необходимом количестве экземпляров.

Следующий пункт плана - это *обработка экспериментального материала*. Он включает в себя математическую обработку, а также последующий анализ и обобщение полученных результатов с целью получить определенные выводы.

В плане должно быть предусмотрено фотографирование или зарисовки отдельных моментов эксперимента и точно определены эти моменты.

Чтобы логически завершить работу над экспериментальной частью, следующим пунктом плана должно быть написание главы, посвященной экспериментальным исследованиям.

Переход к клинической части работы по логике также возможен лишь после завершения экспериментального этапа. Вместе с тем часто эксперимент и накопление клинических наблюдений практически проводят параллельно с самого начала или почти с самого начала работы, как только в эксперименте будут получены первые обнадеживающие результаты.

Это оправдано в тех случаях, когда тема исследования зародилась на основании клинических наблюдений, и анализ клинических наблюдений составляет основную часть работы, а эксперимент в данной диссертации служит только для выяснения некоторых частных вопросов, позволяющих, к примеру, правильно понять отдельные вопросы патогенеза или изменения характера заболевания под влиянием проводимого лечения. Обычно на титульном листе под названием такой диссертации в скобках принято указывать, что это клинико-экспериментальное исследование.

Следующий раздел плана посвящен *ведению клинической части работы*. Здесь первый пункт должен ка-

саться обеспечения поступления в больницу больных необходимого профиля. Для этого прежде всего с помощью научного руководителя нужно убедить администрацию больницы и заведующего отделением в необходимости госпитализации таких больных.

Во-вторых, через городской и областной отделы здравоохранения, конечно с согласия главных специалистов, надлежит подробно ознакомить врачей города и области с той работой, которую вы собираетесь проводить. Это можно сделать, выступая перед врачами на различных совещаниях, конференциях, семинарах, рассылая информационные письма о вашей работе или, наконец, путем личных контактов с заведующими отделениями тех больниц или поликлиник, откуда вы рассчитываете получить больных.

Пожалуй, один из наиболее сложных пунктов плана связан с выбором *методов исследования больного*. Несомненно, что большая часть невыполненных или выполненных со значительным опозданием диссертаций связана с трудностями в успешном решении именно этого пункта.

Начинать планирование всех используемых в диссертации методов нужно с определения методов обследования больного. Прежде всего применяемые методики исследования должны позволить четко ответить на все вопросы, которые соискатель намеревается разрешить в своей диссертации. Например, если автор собирается дать оценку новому диагностическому приему, то с помощью проведенных исследований он сможет установить, насколько точен этот прием по сравнению с другими ранее применяемыми приемами. Если диссертант намеревается оценить новый комплекс лечебных мероприятий, то проведенные в динамике исследования должны показать, насколько быстрее и полнее выздоравливает больной, как скоро восстанавливается у него гомеостаз.

Методики должны соответствовать современному уровню развития медицинской и философской науки; они должны быть достаточно точными для того, чтобы сведения, полученные с их помощью, можно было бы считать достоверными; желательно, чтобы они были максимально просты в выполнении и занимали бы для своего выполнения как можно меньше времени; для их осуществления было бы достаточно самых минимальных количеств ткани, взятой при биопсии, крови, спинно-мозговой жидкости и других веществ и материалов, забираемых от больного; они должны быть безопасны для больного.

Нельзя делать исследования, связанные с забором крови, взятием биопсии и т. п., если эти исследования делают только для науки. Исключение могут представлять лишь больные, которым разъяснена цель исследования и они соглашаются на него добровольно. Кстати, об этом обязательно должна быть сделана специальная пометка в истории болезни.

Далее идут пункты: "*Овладение методиками обследования больного*" и "*Организация обследования больного*". Первый из этих пунктов необходим для врача, работающего над диссертацией, поскольку некоторые новые методики ему приходится осваивать вначале самому.

При реализации других методов соискателю приходится только организовывать обследование больного. В большинстве случаев это рутинные анализы или исследования, поэтому он должен только контролировать профессиональное и своевременное их выполнение персоналом отделения и лаборатории.

Следующий пункт плана - "*Составление карты больного*". В том случае, если больных немного, как это иногда бывает при экспериментально-клиническом характере диссертации, можно вообще отказаться от такой карты и всю работу провести по больничным историям болезней, но при обязательном условии, чтобы их заполнял сам диссертант.

Однако в подавляющем большинстве случаев соискателю все-таки приходится заводить специальную карту, чтобы заполнять ее на каждого больного. На карте четко и строго на определенных местах должны быть вписаны только необходимые для работы сведения о больном, тогда в дальнейшем их будет легко сортировать и обрабатывать. Карты являются личной собственностью диссертанта, он не связан со сложной системой многократного получения историй болезней из архива. Тем не менее, карта является научным документом, и соискатель полностью ответствен за то, чтобы все сведения, имеющиеся в карте, точно соответствовали бы данным истории болезни.

Характер карты больного, конечно, целиком зависит от того, какую цель преследует ее составитель. Вместе с тем имеются общие принципы составления карты и некоторые графы, обязательные для каждой карты.

Для карты берется лист бумаги, иногда двойной. Размер его определяется количеством необходимой информации. Все сведения следует разместить на нем таким образом, чтобы при последующем разборе карт нужное сразу бы бросалось в глаза. Сведения должны быть объединены по группам и размещены на карте в логическом порядке. Каждая группа сведений для удобства заключается в рамку. Так, первая группа обычно включает в себя паспортные данные. Сюда входят №№ историй болезни, дата поступления и выписки из стационара, фамилия, имя, отчество, возраст, пол, профессия (место работы), домашний адрес и номер телефона.

Вторая группа сведений может включать, например, данные анамнеза, третья - симптоматику при поступлении, четвертая - данные лабораторных исследований, пятая - данные инструментальных методов исследования, шестая - данные рентгенологического исследования, седьмая - данные, показывающие динамику заболевания, восьмая - характер лечения, девятая - характер оперативного вмешательства, десятая - результаты и т. п.

Для облегчения последующей обработки карт можно применять все известные и доступные диссертанту средства оргтехники, начиная от самых примитивных и кончая перфокартами и перфолентами для последующей машинной обработки материала или даже сразу вводя их на дисковый накопитель персонального компьютера.

Сведения в графах можно регистрировать путем подчеркивания нужных или вычеркиванием ненужных данных. Если же все-таки требуется какая-то запись, то она должна быть предельно краткой и внесена крупными, четкими буквами. Записывая различные сведения ручкой с чернилами строго определенного цвета, можно также облегчить себе последующую работу при сортировке карт. Типичные варианты операций, медикаментозного и физиотерапевтического лечения и т.п., можно обозначить цифровым, буквенным или смешанным кодом.

Например: больной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки вначале получил лекарственную терапию: атропин (А), викалин (В), Н₂ - гистаминоблокаторы (Г), затем ему была выполнена операция экономной резекции желудка по типу Бильрот-1 (Б1) и селективная ваготомия (СВ). После операции было проведено 10 сеансов гипербарической оксигенации (ГБО). Все это может быть закодировано следующим образом: А, В, Г, Б1, СВ, ГБО (10).

В карте может быть представлена схема какого-либо органа (желудок, кишечник, молочная железа, печень, пищевод и т. д.) или системы (костный скелет, магистральные артерии), или даже дан контур человеческого тела. На ней легко обозначить, например, локализацию, величину и распространенности местного поражения изучаемого органа, показать число и расположение метастазов опухоли, распространение злокачественной опухоли или изобразить размеры произведенной резекции органа.

В некоторых случаях в карте приходится предусмотреть наличие свободного места, где при ее заполнении можно будет изобразить схему выполненной операции, дать какой-то график или привести характерную кривую. Однако при этом всегда следует думать не только о простоте заполнения карты, но в первую очередь о том, насколько легко будет в дальнейшем эти карты обрабатывать.

Вообще же составление карты больного - это творческий акт, где автор также может ярко проявить свои таланты. Время, которое пойдет на составление хорошо продуманной карты, всегда окупится в дальнейшем при их заполнении и обработке. Успешно могут здесь быть применены перфокарты или персональный компьютер, в базы данных специальных пакетов которого сразу закладываются все сведения согласно карте.

Для составления карты больного используют стандартные перфокарты. Правда, в этом случае на первичную обработку - "заполнение" карты - затрачивается поначалу несколько больше времени, но зато в последующем намного упрощается и ускоряется процесс обработки перфокарт для получения сводных данных.

Следует помнить, что как бы тщательно вы не продумывали необходимые вам для диссертации сведения, которые должны фигурировать в карте больного, но уже при заполнении нескольких первых карт всегда оказывается, что кое-что вами упущено, нарушена логика истории болезни или неправильно составлены поэтапные таблицы, поэтому окончательно тиражировать бланки карты спешить не следует. Только после заполнения десятка-другого карт вы сможете составить приемлемую карту больного и уже тогда заказывать всю серию бланков.

Следующим пунктом плана будет: *"Проведение клинических наблюдений. Заполнение карт"*.

Это один из важнейших пунктов плана и самый продолжительный по времени. Наиболее удобно для соискателя и лучше всего для дела будет положение, при котором всех больных изучаемого профиля ведет как лечащий врач он сам. Однако в некоторых случаях острая необходимость в сравнительно короткий срок набрать большее количество наблюдений заставляет соискателя одновременно собирать эти наблюдения в других отделениях или даже в других больницах. Непременным условием полноценности такого клинического наблюдения будет наличие личного контакта диссертанта с больным. Беседы с больным и осмотр (иногда осмотры) его должны быть проведены самим диссертантом. После этого он должен передать конкретнейший план обследования больного лечащему врачу, проследить за проведенным исследованием и в конце еще раз посетить больного, чтобы полностью закончить заполнение карты больного, которую он начал заполнять еще при первой встрече с больным. Естественно, что все это диссертант может проделать только с разрешения главного врача и заведующего отделением при благосклонном отношении к нему лечащего врача и самого больного.

Что касается правомерности диссертанта использовать архивный материал, т. е. истории болезни уже выписанных больных, то в суждениях здесь следует быть крайне осторожным из-за низкого их качества.

Тем не менее, сразу полностью отказываться от использования архивного материала не следует. Так, если отсутствуют многие, однако все же второстепенные сведения, но основные данные, решающие вопросы диагностики или лечения, в истории болезни имеются - эти истории могут быть использованы соискателем и даже включены в общую статистику наблюдений, но с обязательной оговоркой об их неполноценности. Сведения из этих историй болезни диссертант переносит в свои карты, делая соответствующую пометку. Естественно, что многие графы таких карт останутся незаполненными.

Однако в некоторых диссертациях архивный материал может быть использован достаточно полноценно.

Например, вы изучаете эффективность хирургического лечения какого-то заболевания. Как известно, основным критерием оценки эффективности лечения будут его отдаленные результаты. Первые операции на больных были произведены за несколько лет до начала вашей работы. Методика операций за это время не изменилась, контингент больных также остался прежним.

В этом случае из архивной истории болезни вы узнаете адрес больного, вызываете или посещаете его, если нужно, обследуете в поликлинике или стационаре. Сравнивая настоящее состояние больного с тем, которое у него было до операции, что возможно установить по архивной истории болезни, вы имеете право сделать вполне обоснованное научное заключение об эффективности лечения данного больного. Естественно, что заполнение карты больного - это только регистрация той большой работы, которую врач проводит. На нем лежит все обследование и лечение больного, проведение различных манипуляций, участие в операции и перевязках, а также ведение обычной многочисленной медицинской документации. К тому же все это время над ним дамокловым мечом висят вопросы деонтологии. Если больному для его успешного лечения дополнительные инвазивные методы исследования не нужны, но они очень нужны для научной работы, врач может произвести их только с согласия больного, объяснив ему, для какой научной цели эти исследования необходимы.

Вторая проблема - проведение больному нового вида лечения, особенно нового хирургического вмешательства. Аprobация вашего метода разрешена Ученым Советом МЗ, и тем не менее, решиться на новую особенно сложную и тяжелую операцию у больного настоящему врачу бывает нелегко. Если проводить ее у безнадежных больных, то можно полностью скомпрометировать новую идею с самого начала. Решение выполнять ее у лиц, находящихся в сравнительно хорошем состоянии, с риском получить плохой исход, тоже требует мучительных раздумий.

Взять, к примеру, молодого больного с ожирением. Человек прошел всех специалистов, лечился в специализированных эндокринологических отделениях, в институте питания, побывал и у знахарей, но никто ему не помог. Масса тела продолжает увеличиваться. У больного возникает множество проблем - личная жизнь, трудоустройство, транспорт, наконец одежда и обувь. Больной согласен на любое вмешательство. В клинике ведется исследовательская работа, посвященная хирургическому лечению ожирения. Во время клинического разбора многие выступают против операции, предлагают больному полечиться консервативно, убеждают его, что он может жить и без операции, а операция - есть операция, и исход ее никогда, мол, не предскажешь. Я не сомневаюсь,

что в большинстве случаев сотрудниками движут самые лучшие чувства, но и в таком случае это все-таки проявление того консерватизма, который всегда препятствует внедрению нового. Конечно, больной без операции скоро не погибнет, но, думаю, что если кто-либо из выступавших против операции очутится на месте этого несчастного человека, то скорее всего он согласится пойти на значительный риск, связанный с выполняемой операцией, но с тем, чтобы после операции наконец избавиться от физических и моральных мучений, связанных с ожирением.

Что касается диссертанта, то если отношение к нему в больнице прохладное, то на длительное время, до тех пор, пока хорошие результаты подобных операций не изменят настрой коллектива, отношение к нему станет еще хуже. Могут возникнуть разговоры, что он экспериментирует на людях, что он ради своей диссертации готов пойти на все. В этой ситуации соискатель должен проявлять к своим больным максимум внимания, заботы и делом доказывать свою преданность больному. Конечно, врач, пользующийся в коллективе любовью и авторитетом, этот период переживает гораздо легче, но и ему придется серьезно волноваться за каждого оперированного больного.

А как быть с контрольной группой больных, которые должны существовать при проведении, по сути дела, каждого научного исследования? Ведь больные контрольной группы не будут получать, как предполагается, самого эффективного препарата, который в настоящее время апробирует соискатель, или им будет выполнена менее эффективная операция.

Важным критерием оценки любого лечения являются отдаленные результаты. Поэтому, если в работе это предусматривается, то следующий пункт плана должен быть посвящен именно этому вопросу. Дело в том, что выяснение отдаленных результатов вопрос сложный и трудоемкий. Сложен он, главным образом, потому, что больных, особенно чувствующих себя после лечения хорошо, врачу трудно бывает заполучить к себе снова. Даже тому врачу, к которому больной должен испытывать чувство благодарности. Приходится посещать больных на дому или посылать к ним медицинских работников.

Метод рассылки анкет не очень оправдывает себя по ряду причин. Во-первых, многие бывшие больные вообще не отвечают за запросы, во-вторых, не имея соответствующих медицинских знаний, люди просто не могут достаточно точно и правильно ответить на поставленные перед ними вопросы. Наконец, самый главный недостаток анкеты состоит в том, что врач лично не может посмотреть больного и максимально объективно оценить его состояние. Тем не менее в ряде случаев, особенно при переезде больного на жительство в другой населенный пункт, приходится прибегать и к анкетному методу. Поэтому специальным пунктом в плане необходимо предусмотреть и возможность подготовки анкеты опроса больного.

В плане следует предусмотреть вопрос и о том, каким образом в картах больного будут фигурировать данные биофизического обследования больного. Можно ограничиться лишь описанием патологии, обнаруженной, например, на электрокардиограмме или электроэнцефалограмме, или же давать полное их описание и даже скопировать их на ксероксе или сфотографировать.

Кроме того, тех больных, у которых выражена местная патология (сыпь, язвы, раны, характерный дермографизм, рубцы и т. п.) вам придется несколько раз фотографировать для того, чтобы показать результаты лечения. Эти снимки являются документами и их следует прикладывать к карте больного. Наиболее наглядные из них вы сможете затем использовать в диссертации в качестве иллюстраций.

Когда все необходимые материалы собраны, следует спланировать их окончательную и полную обработку. Некоторые начинают обработку и клинического, и экспериментального материалов значительно раньше, чем все они будут получены окончательно, собрав приблизительно 20-30% всех наблюдений с целью получить определенное мнение о правильности выбранного пути и его отдельных деталей. После обобщения этих предварительных данных и самостоятельного анализа, проведенного диссертантом, предполагается обсуждение их с научным руководителем, сообщение на кафедральном совещании, на заседании научного общества и даже опубликование статьи.

При предварительном анализе клинического материала может оказаться, что апробируемый вид лечения недостаточно эффективен, и он не имеет преимуществ перед другими, или, что предлагаемая операция не дает требуемого эффекта. Вместе с тем может возникнуть совершенно новая идея в лечении больных данной группы, в выполнении какого-то момента оперативного вмешательства, или еще чего-то другого. Если эта идея уж очень хороша, то ее следует реализовать даже ценой некоторой перестройки работы.

Обработка материала начинается сведением всех данных в общие таблицы, с последующей математической обработкой таблиц и выдачей окончательных результатов в графическом или числовом вариантах. Поэтому в календарный план должны быть внесены соответствующие пункты.

После того, как будут определены результаты, можно начинать писать главы диссертации. Однако и здесь возможны варианты.

Я уже упоминал, что черновой вариант главы "Обзор литературы" мог быть написан раньше, в любой свободный у диссертанта промежуток времени. Например, в период налаживания методик для экспериментальной части работы или в период накопления клинических наблюдений. Если позволяет время, имеется возможность написать и ту часть главы "Материал и методы исследования", которая относится только к экспериментальному материалу и методам исследования, но раздел "Общая характеристика больных" может быть написан только после окончания сбора всех клинических наблюдений.

Техническое оформление рукописи всегда забирает гораздо больше времени и труда, чем обычно предполагает диссертант, в результате этого над ним нависает угроза не уложиться в установленный срок. Чтобы не было просчета, в календарном плане на оформление работы надлежит отвести достаточно большое количество времени.

Календарный план следует продолжить дальше за срок окончания аспирантуры и включить в него многочисленные пункты, связанные с определением места защиты диссертации, ее предварительного рассмотрения; работе над полученными замечаниями; оформлением множества документов, без которых диссертация не будет принята к защите; издание автореферата и многое другое.

В календарный план должен войти и пункт подготовки ряда статей, отражающих содержание работы. Плани-

ровать подготовку статей следует не менее чем за год до предполагаемого срока окончания диссертации. В некоторых случаях отдельные статьи можно написать и опубликовать раньше. Почти все журналы с удовольствием печатают обзоры литературы по актуальным вопросам своего направления. Поэтому соискатель, работая над обзором литературы для диссертации, может параллельно подготовить такой обзор и для журнала.

Если автором предложена новая или модифицирована известная методика какого-либо исследования, хирургической операции или консервативного лечения, но новая идея не может пройти как изобретение, то это может быть описано в статье.

Еще раньше следует начинать оформлять материалы на получение авторского свидетельства, если по ходу диссертации вы предполагаете, что сделали изобретение. Переписка с Государственным комитетом Совета Министров по делам открытий и изобретений может затянуться, а без его разрешения такую работу к защите не примут.

Внедрение результатов диссертации в теорию и практику медицины фактически определяет ее ценность. Чтобы получить к моменту защиты диссертации акты внедрения, необходимо планировать проведение большой работы по внедрению задолго до окончания диссертации, как только будут получены убедительные доказательства эффективности вашего предложения.

Какие существуют пути внедрения? Это прежде всего информация медицинских работников или работников медицинской промышленности о том новом, что получено в результате проведенной работы. Сюда относятся доклады на съездах, конференциях, симпозиумах, на заседаниях научных обществ; проведение тематических декадников или семинаров; организация экспозиций на различных выставках, в том числе на ВДНХ; получение авторских свидетельств и патентов; опубликование статей, содержащих основные положения, выводы и рекомендации диссертации, в журналах, монографиях, энциклопедиях и других изданиях; наконец, обучение сотрудников других учреждений на рабочих местах.

Но все это пока только пути внедрения. Под самим внедрением следует понимать использование предложений, выводов и рекомендаций диссертанта в других учреждениях или предприятиях. Документом, подтверждающим внедрение, кроме изданных типографским способом и утвержденных министерствами материалов, могут быть только акты внедрения, подписанные руководителями ведомств или учреждений.

Наконец, в календарном плане должны быть указаны сроки подготовки и сдачи экзаменов кандидатского минимума.

Диссертация - это строго научный документ, поэтому выводы должны базироваться только на материалах ее глав, быть обоснованы максимально точными документированными данными, полученными из эксперимента и клиники.

Все это требует такой организации работы и четкости документации, чтобы ни у кого не возникало сомнений в точности этих данных. Речь здесь идет не о научной недобросовестности диссертанта, а о правильной и предельно четкой постановке научного исследования.

Данные проведенного исследования могут считаться достоверными при соблюдении следующих условий; однородность материала, идентичность условий опыта, достаточное количество материала, наличие контрольной группы, использование "слепого" метода в оценке данных, правильность подбора метода математической обработки материалов.

Понятие "однородность материала в эксперименте" предусматривает опыт с животными одного вида, пола, породы, веса, возраста. Что касается клинических наблюдений, то здесь о подобной однородности, само собой понятно, говорить невозможно. Тем не менее, принцип однородности и здесь чрезвычайно важен. Апробируя какой-то новый метод лечения, на первых порах желательно по возможности подбирать группу больных приблизительно одного возраста, с одной и той же стадией заболевания, тяжестью общего состояния, теми же осложнениями. Однако, если вы уверены, что предлагаемый метод лечения намного лучше и эффективнее метода, применяемого раньше, то вряд ли вы имеете право лишиться каких-то больных, неподходящих по своим условиям в отбираемую вами группу, этого высокоэффективного лечения.

Основным критерием, на основании которого вы имеете право оценивать преимущества нового метода лечения, является показатель эффективности его применения у больных по сравнению со старым, то есть с результатами лечения больных контрольной группы. Вот поэтому состав больных в основной и контрольной группах должен быть приблизительно одинаковым.

При сравнении опытной и контрольной групп больных нужно сохранить полную объективность и получить истинные результаты, для этого при подборе групп следует строго соблюдать принцип "рандомизации". Рандомизация происходит от английского слова "random", что значит "без выбора, наобум". Сестра или лаборант отбирают истории болезни всех больных, леченных каким-то одним способом, после чего вы просите их выбрать из пачки историй, например, все четные или все нечетные истории болезней или вообще взять наобум нужное количество историй. Таким же порядком отбирают нужное количество историй болезней контрольной группы больных. При таком способе отбора всякая неумышленная тенденциозность автора при отборе больных будет исключена.

Идентичность условий опыта - чрезвычайно важный фактор чистоты исследовательской работы. Сюда входят самые разнообразные условия, которые во многом зависят от цели и задач эксперимента. Так, например, если выполняется исследование, задача которого определить влияние какого-то фактора на артериальное кровяное давление подопытного животного, то на результат могут оказать существенное влияние даже метеорологические условия. Следовательно, подобные эксперименты придется проводить в дни с приблизительно одинаковыми погодными условиями.

Если во время опыта определяют влияние хирургической операции поясничной симпатэктомии на температуру кожи нижних конечностей животного, то экспериментатор обязан добиться того, чтобы температура в помещении была постоянной при каждом эксперименте, иначе получаемые данные могут оказаться сильно искаженными.

Когда ставится острый опыт, при котором необходимо обезболивание животного, то все вещества, используемые для обеспечения хорошего анестезиологического пособия, следует вводить в одинаковых дозах на кило-

грамм веса животного.

При хроническом опыте, а также после выполнения на животном новой операции, огромное значение имеют качество и стабильность ухода за животными, условия их содержания и лечения.

При клинической оценке новых методов лечения и сопоставлении их с применяемыми ранее, существует понятие так называемого плацебо-эффекта. Например, сравним результаты лечения трех групп больных; больным первой группы давали новое высокоэффективное лекарство, заключенное в драже зеленого цвета; больным второй группы давали обычное лекарство в драже белого цвета; а больные третьей группы получали это же лекарство, но включенное в драже зеленого цвета, причем они были убеждены в том, что получают новое высокоэффективное лекарство. Результаты оказываются довольно интересными. В первой группе, где больные получали традиционное лекарство, результаты были гораздо лучше, чем у больных второй группы, где больные получали традиционное лекарство. Но вот у больных третьей группы, убежденных, что они получали новое лекарство, как правило, результаты оказывались лучше, чем у больных второй группы. Это и есть плацебо-эффект, который может достигать 33%. Вот наглядное доказательство влияния внушения на эффект лечения. Поэтому роль плацебо-эффекта при клинических испытаниях должна быть выявлена очень строго.

Вместе с тем как плацебо-эффект, так и субъективная оценка результатов исследователем могут быть полностью исключены с помощью двойного слепого метода. Недавно в нашей клинике проводилась апробация метода электрообезболивания с применением аппарата ЭЛИМАН-101. Чтобы определить истинный эффект обезболивания, использовали 2 аппарата, совершенно идентичных по своему виду. Больным на одно и то же место накладывали аналогичные электроды и после включения аппарата больные ощущали на месте электродов одинаковое по характеру и силе легкое покалывание. Однако только один аппарат давал ток, вызывающий обезболивание, тогда как другой вызывал лишь электрическое раздражение кожи. Эффективность обезболивания определяли по ряду показателей и регистрировали в истории болезней, но какой аппарат был рабочим, мы узнали от завода-изготовителя только тогда, когда подвели итоги работы по каждому аппарату. Эффективность рабочего аппарата составила 91,6% от всех подвергавшихся обезболиванию больных, плацебо-эффект аппарата наблюдался у 2% больных.

Что касается количества наблюдений, то необходимо, чтобы оно было представительным (репрезентативным), то есть среди наблюдений должны быть самые разные варианты, отражающие все разнообразие и истинные закономерности изучаемого процесса, а это возможно только при достаточно большом количестве наблюдений.

Чтобы действительно выявить истинные закономерности и все отклонения от них, число экспериментов и особенно клинических наблюдений должно быть достаточно большим и никакие математические ухищрения тут не помогут.

Но вот материал диссертации полностью или почти полностью собран и обработан. Теперь настал момент, когда нужно садиться, чтобы писать диссертацию. Конечно, и здесь следует начать с составления плана. Традиционный план самой диссертации общеизвестен и обычно состоит из следующих глав:

- Введение
- Обзор литературы
- Материал и методы исследования
- Результаты
- Обсуждение
- Выводы

Подобная классическая схема построения диссертации оправдана и с научной, и с логической точек зрения. Исследователь изучил литературу вопроса, провел на соответствующем материале достоверные исследования, обобщил их, сопоставил результаты собственного исследования с данными литературы, обсудил их, после чего сделал научно-обоснованные выводы.

Однако в некоторых случаях возможен другой вариант: диссертация строится по так называемому монографическому плану. Например, подобный план больше подойдет, когда автор посвящает свою диссертацию изучению редко встречающегося или вообще впервые открытого им заболевания. Само собой разумеется, что в этом случае ему придется подробно осветить все стороны этого заболевания - этиологию, патогенез, частоту, клинику и симптоматологию, диагностику, лечение, прогноз. При монографическом плане, кроме разделов "Введение", "Материалы и методы" и "Обсуждение" (а в этом варианте скорее понадобится раздел "Заключение"), в ней будет столько разделов, сколько сторон заболевания собирается осветить автор. Вот примерный план диссертации монографического типа:

- Введение
- Материал и методы
- Этиология и патогенез
- Клиника, симптоматология и диагностика
- Лечение и прогноз
- Заключение
- Выводы

В диссертации монографического типа небольшой обзор литературы понадобится давать отдельно в начале каждой главы, затем в ней описывают собственный материал, приводят результаты его анализа, после чего обязательно проводят обсуждение, в котором производят сравнение собственных данных с данными литературы и делают выводы. Таким образом, каждая глава диссертации монографического типа по построению как бы соответствует полной диссертации традиционного характера.

Поэтому в необходимых случаях, когда в одной диссертации приходится обсуждать несколько слишком разных вопросов, ее лучше строить по монографическому типу.

Если в работе предусматривается проведение и клинических наблюдений, а обе эти части примерно равны по материалу, то в подобной ситуации диссертацию лучше разделить на две части: после общего обзора литературы вначале пойдет раздел "Экспериментальные исследования", куда войдут все главы (или

подглавы), под названиями, присущими диссертации традиционного плана, а затем раздел "Клинические наблюдения", построенный аналогичным образом.

Однако, если диссертация носит экспериментально-клинический характер и клиническая ее часть состоит всего из нескольких наблюдений, иллюстрирующих возможность переноса данных эксперимента в клинику, то клиническая часть в ней должна составлять лишь одну небольшую главу. В то же время «Обсуждение» и «Выводы» следует сделать общими для всей работы.

Наоборот, если диссертация в основном носит клинический характер, а эксперимент нужен в ней только для выяснения каких-то отдельных деталей, то делают обратное.

Любая диссертация начинается с раздела "Введение". В нем автор должен показать актуальность проблемы, сформулировать цель и задачи исследования, показать то, что внес автор в исследование проблемы, и перечислить основные положения, которые он выносит на защиту.

Затем следует перейти к формулировке цели и задач исследования. Поэтому я всегда рекомендую диссертанту тщательно подумать и сформулировать цель работы в нескольких вариантах, а затем вместе с руководителем выбрать наиболее подходящий вариант.

Задачи, поставленные диссертантом в начале работы, к моменту окончания работы могут существенно трансформироваться. Не всегда поставленную цель удается решить с помощью первоначально задуманных методов. При изложении вопросов практической и теоретической значимости работы следует избегать крайностей. Вряд ли соискателю пристало самому писать о "существенном вкладе в науку и практику", которые он внес своим исследованием. Даже если это и так, то лучше подождать, пока о ваших заслугах скажут другие. Не следует впадать и в противоположную крайность. В том случае, если вы сами четко не напишете, что же нового внесено вами в изучаемую проблему, может случиться так, что и другие в вашей работе этого не обнаружат.

В главе "Материал и методы" должен быть полностью и наглядно представлен весь экспериментальный и клинический материал работы, которым располагал автор. Здесь описывают абсолютно все методики, использовавшиеся в работе, как методы, с помощью которых проводились специальные экспериментальные и клинические исследования, так и методы диагностики и лечения, применявшиеся в клинической практике, а также следует упомянуть о методах математической обработки материала.

О больных должно быть представлено максимально большое число известных и нужных для работы сведений. Все их берут из карты больного и сводят в общие таблицы, которые и будут фигурировать в данной главе. Обычно больных представляют по полу, возрасту, характеру предшествующего лечения, типу лечения заболевания, наличию и характеру осложнений, наличию и характеру сопутствующих заболеваний, тяжести общего состояния, характеру и степени местных изменений, а в необходимых случаях также и по росту, массе тела и многим другим, необходимым для данной конкретной работы, сведениям.

Хочу обратить внимание на составление возрастной таблицы, поскольку возрастные группы часто подбирают неправильно. Обычно используют следующую возрастную классификацию:

- 1) новорожденные - (1-10 дней)
- 2) грудной возраст - (11 дней - 1 год)
- 3) раннее детство - (1-3 года)
- 4) первое детство - (4-7 лет)
- 5) второе детство - Мужчины (М) (8 - 12 лет), Женщины (Ж) (8-11 лет)
- 6) подростковый возраст - М (13 - 16 лет), Ж (12 - 15 лет)
- 7) юношеский возраст - М (17 - 21 год), Ж (16 - 20 лет)
- 8) зрелый возраст
- 1 период - М (22 - 35 лет), Ж (21 - 35 лет)
- 2 период - М (36 - 60 лет), Ж (36 - 55 лет)
- 9) пожилой возраст - М (61 - 74 года), Ж (56 - 74 года)
- 10) старческий возраст - (75 - 90 лет)
- 11) долгожители - (старше 90 лет)

В диссертации имеет право на существование и принцип выделения общих для мужчин и женщин возрастных групп по десятилетиям: 21-30 лет, 31-40 лет, 41-50, 51-60 лет и т. д.

Почти каждая таблица, приводимая вами в работе, нуждается в некоторых пояснениях и обобщениях. Так, если в таблице идет речь о стадии заболевания, предварительно должны быть описаны основные признаки, по которым больных относили бы к той или иной стадии заболевания. Если в таблице приводят степень тяжести состояния больных, предварительно следует представить принятые критерии оценки общего состояния больного.

Соответствующим образом следует и резюмировать табличный материал. Так, например, после таблицы возраста больных, можно сделать заключение, что в основном под наблюдением были больные в возрасте старше 61 года, а после таблицы, характеризующей тяжесть общего состояния, обобщить, что большинство больных находилось в тяжелом состоянии и т. д.

В самом начале раздела следует указать на наличие в исследованиях контрольной группы больных или экспериментальных животных. Одной из основных задач этого раздела диссертации является необходимость доказать, что основная (опытная) группа больных или животных по своему качеству, состоянию здоровья и всем основным показателям не отличается от контрольной группы. Для того, чтобы доказательство этого было бы наглядным, следует больных опытной и контрольных групп параллельно включать в одну общую таблицу. Если же таблица сложная, имеет много граф, то данные об опытной и контрольной группах помещают в две таблицы под одним и тем же номером, но с индексами "А" и "Б".

Подглаву "Методы" обычно бывает можно разделить на три части: методики обследования объекта исследования, методики воздействия на объект исследования и методики обработки полученных данных. Методики обследования объекта исследования могут быть весьма многочисленными. Их следует перечислить, указывая, с какой целью и по какому способу было выполнено каждое исследование, и на каких этапах наблюдения все эти исследования выполнялись. Если методик и этапов было много, то для наглядности это можно показать в табли-

це.

Методики воздействия на объект исследования как в эксперименте, так и в клинике могут быть самые разнообразные - это медикаментозное лечение, действие гипербарической оксигенации, физиотерапевтическое лечение, суггестивная терапия, бальнеотерапия, диетотерапия, луч лазера и оперативное вмешательство. Причем в эксперименте в ряде случаев воздействие на объект исследования может быть многоэтапным. Вначале на животное действуют с целью получить модель заболевания и лишь через некоторое время, когда модель удавалась, действуют уже на него с целью испытать новое изучаемое средство или хирургическое вмешательство. В ряде случаев соискателю приходится проводить несколько серий исследований. Запланировать проведение всех этих серий в начале работы обычно невозможно. Тем не менее, полезно заранее продумать алгоритм своего научного поиска. Вот одна из схем такого алгоритма.



Для того, чтобы эта схема была более понятна, начну с примера. Согласно рабочей гипотезе, при лечении какого-то заболевания должен помогать препарат А. В первой серии исследования при назначении препарата внутрь вы можете предполагать, что получите либо хороший результат, либо обнадеживающий результат, либо плохой результат. В любом случае научный поиск следует продолжить. Даже при хорошем результате, чтобы получить еще лучший результат, вы должны провести несколько серий экспериментов, меняя дозы препарата, пути его введения, продолжительность курса, промежутки между курсами лечения, или сочетая его с другими препаратами иными методами терапии.

В результате изменения методики лечения результаты могут стать еще лучше, но могут и ухудшиться. Продолжая поиск, вы обязаны найти самую лучшую методику лечения, после чего исследование можно считать законченным.

Во втором случае, получив обнадеживающий результат, вы идете аналогичным путем до тех пор, пока не достигнете оптимального результата.

Получив плохой результат, настоящий ученый тоже никогда сразу не откажется от своей гипотезы. Вначале он пойдет аналогичным путем, но если не добьется успеха, то будет пытаться доказать правильность своей гипотезы иными способами. Путь этот труден, хотя конечный успех, нередко завоеванный ценой целой жизни, вызывает уважение, восхищение и признательность потомков.

Аналогичным образом решается вопрос в отношении алгоритма исследования у хирургических больных. Примером может служить работа "Лечение больных с облитерирующим эндартериитом в гангренозной стадии", проведенная в нашей клинике, в то время ассистентом, а ныне профессором Б. А. Гулевским.

В первой группе наблюдений, где больные получали только медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, эффекта от него практически не было. Больным второй группы это лечение было дополнено применением гипербарической оксигенации по общепринятой методике. Результаты несколько улучшились, так как такое комплексное лечение помогало снизить уровень ампутации. Тогда больным третьей группы методика проведения гипербарической оксигенации была изменена. Больную конечность пациента, находящегося в большой камере, помещали в небольшую герметически закрывающуюся камеру. В барокамере больной, как и обычно, получал кислород под повышенным давлением, а в камере, надетой на ногу, давление во время сеанса, периодически меняли, что способствовало улучшению местного кровотока, а следовательно, лучшей оксигенации тканей конечности. Результаты в этой группе больных стали еще лучше, чем в предыдущей, тем не менее хорошими их называть все еще было нельзя.

Тогда в комплексное лечение больных четвертой группы, получавших полностью всю терапию, как и больные третьей группы, было добавлено хирургическое лечение - поясничная или грудная симпатэктомия. Результаты продолжали улучшаться. У ряда больных этой группы конечность удалось сохранить, у остальных - уровень ампутации был снижен. Больным пятой группы, кроме того, что они получали все то же лечение, что и больные четвертой группы, осуществлялась длительная внутриаортальная или внутриаоральная инфузия лекарственных веществ. Результаты значительно улучшились. Почти у половины из них (48,8%) некротические язвы зажили и конечность удалось полностью сохранить. У остальных пациентов были выполнены только так называемые "малые ампутации": трансметатарзальная ампутация стопы, экзартикуляция пальцев. У части больных рану после ампутации стопы закрывали с помощью свободной кожной пластики перфорированным лоскутом, который обыч-

но хорошо приживал.

Глава "Результаты" является той частью диссертации, которая подводит итог проведенным клиническим наблюдениям или экспериментальным исследованиям. В ней должны быть представлены и проанализированы все данные выполненного автором исследования.

Хочу напомнить, что повторять описание методик выполнения экспериментов или клинических наблюдений не следует. Никаких ссылок не должно быть здесь и на литературные источники.

Результаты можно приводить в виде сравнительных таблиц, диаграмм или графиков после математической обработки всех данных эксперимента, или клинического наблюдения. В них сравнивают результаты, полученные в опытных и в контрольных группах.

В текст диссертации полагается помещать только итоговые таблицы. Рабочие таблицы при необходимости приводят в "Приложениях к диссертации" или хранят в собственном архиве диссертанта.

Все таблицы, приводимые в тексте диссертации, кроме порядковой нумерации, надлежит снабжать четкими заголовками, соответствующими содержанию таблицы. Цифровые данные можно нагляднее изобразить на диаграммах, а если интересуют динамические процессы, то лучше эти изменения показать еще и на графике.

На каждом графике должно быть изображено по крайней мере две кривые: изменение параметра во времени у объекта опытной и у объекта контрольной группы. Естественно, что эти линии внешне отличаются, например, одна - пунктирная, вторая - непрерывная. Для каждого из изучаемых параметров можно сделать отдельный график, но для того, чтобы лучше были видны закономерности взаимосвязи изменения различных параметров, все их помещают в один график (а если их слишком много, то в несколько). Понятно, что каждый параметр будет иметь свое условное изображение в виде линии различного характера или цвета. Все условные изображения линий, приводимых в графике, надлежит объяснить только в подписи под графиком.

После каждой таблицы (или пары таблиц), диаграммы или графика дается их сравнительный анализ. В этом анализе рассматривают разницу в течение аналогичных процессов у объектов опытной и контрольной групп. Частой ошибкой является стремление автора в тексте еще раз просто продублировать цифры, приведенные в таблице.

Когда подробный сравнительный анализ изменения каждого параметра в отдельности произведен, следует рассмотреть изменения всех изучаемых параметров интегрально, то есть совместно в их взаимовлиянии и взаимозависимости как в опытной, так и в контрольной группах и снова произвести их сравнение. Только таким путем удастся получить полное представление о характере изменения течения исследуемого процесса в зависимости от применения изучаемого фактора.

В том случае, когда в диссертации рассматривается применение нового способа диагностики, необходимо дать подробный анализ причин диагностических ошибок, допущенных при его применении. Если же диссертация посвящена разработке и применению нового способа лечения, то в этом случае должен быть проведен анализ причин имевших место ошибок, осложнений и неблагоприятных исходов.

Кроме таблиц и анализа результатов, в главе должны быть приведены описания отдельных наиболее ярких и убедительных экспериментов, которые бы удачно иллюстрировали основные положения, полученные автором в каждой серии экспериментов.

При описании результатов клинической части работы ее нужно также хорошо иллюстрировать выписками из истории болезней, которые наиболее наглядно подтверждали бы основные положения, полученные в результате анализа вашего материала.

После того, как определены и описаны результаты всех серий экспериментов и клинических наблюдений, а затем проанализированы результаты в каждой серии, главу можно считать законченной.

Кульминационной главой диссертации является "Обсуждение". Некоторые до сих пор вместо "Обсуждения" пишут "Заключение". Задачи этих разделов совершенно различны и заменены они один другим никак быть не могут. Раздел "Заключение" целесообразен для объемистой, в несколько сот, страниц диссертации, чтобы как-то упорядочить все многократно изложенные предшествующие материалы.

Сегодня, когда объем диссертации рекомендовано ограничивать, необходимость в "Заключении" просто отпала. В то же время современное требование к дипломированному ученому - быть прежде всего творческим работником - делает совершенно необходимым иметь раздел "Обсуждение".

В главе "Обсуждение" вы должны проявить себя как зрелый научный работник, основным качеством которого должно быть умение проанализировать материал, после чего сделать правильные обобщения и точные выводы, то есть уметь научно мыслить. В этой главе должны ярко раскрыться все ваши творческие возможности и как критика, и как ученого, и как полемиста, и, наконец, как литератора - поскольку "Обсуждение" в литературном плане должно быть написано намного сильнее остальных глав, где фактически шла только регистрация полученных данных. Плохой литературный стиль, неумение понятно и красиво изложить свои мысли сильно портит эту важнейшую главу диссертации.

Раздел "Обсуждение" следует открывать четким перечнем тех вопросов, которые вы считаете необходимым обсудить. Во время работы над диссертацией ставилось и решалось немало вопросов крупных и мелких. Для обсуждения же вам нужно отобрать только кардинальные вопросы, ответив на которые, вы сумели бы разрешить поставленные перед собой цель и задачи исследования.

При обсуждении прежде всего производят сравнительный анализ всех серий эксперимента или групп клинических наблюдений, в которых исследовались эти методы, а также сравнивают собственные результаты с результатами других авторов, известных из литературных источников. Для большей убедительности и наглядности здесь можно привести таблицу, в которой все это и показать.

В то же время, при сравнении результатов, полученных в отдельных сериях собственных исследований, нет необходимости вновь приводить какие-либо таблицы или производить анализ этих таблиц. Все это уже было сделано вами в предыдущей главе. Здесь в качестве аргументов следует манипулировать лишь ссылками на эти данные, приводить лишь основные, самые важные цифровые или какие-либо другие доказательства.

При наличии в диссертации одновременно экспериментального материала и данных клинических наблюдений порядок обсуждения зависит от их значения в решении цели диссертации. Как правило, вначале рассматри-

ваются данные эксперимента. Однако в тех работах, где эксперимент призван лишь в помощь при решении некоторых частных вопросов, а основные выводы делают на основании клинических наблюдений, результаты клинических наблюдений обсуждают в первую очередь, а обсуждение данных эксперимента вставляют в нужное место по логике дискуссии.

В раздел "Выводы", которыми завершается основная часть диссертации, может войти лишь то, что было получено, доказано, обсуждено и описано в работе. Соискатель обязан прежде всего показать, что сумел поднять до уровня выводов только самые кардинальные вопросы проделанного исследования. Все выводы должны быть четко и кратко сформулированы, одни и те же положения в них не должны повторяться, а число выводов следует предельно ограничить. Любой вывод должен быть совершенно независимым в редакционном плане от предыдущего или последующего вывода. Каждый вывод начинается с красной строки и имеет свой порядковый номер.

Первыми обычно следуют выводы, относящиеся к новым положениям, установленным автором в теоретических вопросах, конечно, если такие положения были определены в диссертации. Это могут быть вопросы, имеющие отношение к этиологии или патогенезу какого-то заболевания, или к механизмам некоторых процессов, происходящих в различных системах или отдельных органах здорового организма. Сюда же можно отнести действие эндо- и экзогенных факторов на здоровый и больной организм, теоретические обоснования предлагаемых организационных мероприятий и т. п.

Следующими по порядку идут выводы по клинике, симптоматологии и диагностике заболевания.

Далее - выводы, относящиеся к профилактике и лечению заболевания, затем выводы, освещающие вопросы реабилитации, трудоспособности и трудоустройства больных. Наконец, в последних выводах может найти отражение то новое и достаточно важное, что вами было обнаружено по ходу выполненного исследования, хотя и не имеющее прямого отношения к теме диссертации.

Настойчиво обращаю ваше внимание на то, что никакие объяснения, ссылки на собственный материал, а тем более на данные литературы, в выводах категорически недопустимы. Выводы должны носить строго декларативный характер и не иметь никакой дополнительной (тем более цифровой) аргументации.

Если выводов получается слишком много (оптимальным следует считать не более 8-10 выводов), то они должны быть пересмотрены. Некоторые из выводов можно обычно просто убрать без какого-либо ущерба для диссертации, другие - объединить между собой.

После того, как все выводы написаны, их следует еще раз сравнить с целью и задачами, которые вы поставили перед собой в начале работы.

После выводов на свое место помещают указатель литературы.

Теперь остается составить оглавление и дать окончательное название работе.

В настоящее время наиболее рациональной считается цифровая нумерация разделов, глав, подглав, и т. п. Вся нумерация идет в арабских цифрах. Первая цифра обозначает номер основного раздела (главы), вторая - номер подглавы, третья - номер еще более мелкого раздела подглавы и т. д. Из приводимого ниже примера - фрагмента оглавления одной диссертации - ясно, что при такой нумерации разобраться в иерархии заголовков и подзаголовков очень просто, никакой путаницы не возникает.

1. Введение.
2. Обзор литературы.
 - 2.1. Печеночная недостаточность - этиология, морфология и клиника.
 - 2.2. Лечение острой печеночной недостаточности.
 - 2.3. Гипербарическая оксигенация в лечении больных с острой послеоперационной недостаточностью печени.
3. Материалы и методы исследования.
 - 3.1. Клиническая характеристика больных.
 - 3.1.1. Общестатистические данные.
 - 3.1.2. Клинико-лабораторные методы оценки состояния больных.
 - 3.1.3. Распределение больных в соответствии с оценкой их состояния.
 - 3.2. Методика комплексной терапии больных с острой послеоперационной недостаточностью печени.

Дополнительно к нумерации в оглавлении, конечно, необходимы заголовки и подзаголовки. Все заголовки и подзаголовки должны полностью отражать сущность разделов, быть предельно ясными и краткими. Чтобы основные разделы выглядели бы более наглядно, подчиненные разделы следует при печатании оглавления смещать на 5-6 знаков вправо.

Прежде чем расставить нумерацию, следует правильно определить логическую соподчиненность разделов. После этого внимательно прочтите и проверьте оглавление еще раз.

Теперь остается последнее: дать диссертации название.

Чтобы выбрать удачное название работы, я всегда предлагаю диссертанту написать возможно большее количество вариантов названия, причем не только разных по текстовому смыслу, но и различных по порядку слов предложения. Из этого списка мы вместе с ним тщательно отбираем название, наиболее точно, кратко и, по возможности, не шаблонно, передающее содержание выполненного исследования.

Заключение

В заключение мне хотелось бы кратко подытожить задачи, стоящие перед хирургом на пути к высокому профессионализму. Я делаю специально это в афористическом стиле, что может быть некоторым и покажется претенциозным, но несомненно прочнее осядет в памяти молодого читателя.

Когда научишься выделять главное из всего остального, чем нужно иногда без сожаления пожертвовать.

Когда будешь ясно представлять, чего ты хочешь добиться и научишься четко формулировать это.

Когда сможешь браться за дело, только зная, как это сделать и будучи уверен, что сумеешь его закончить.

Когда твоими действиями будет руководить мысль о больном, а не последствия этих действий для тебя.

Когда обретаешь уверенность, только разрешив все сомнения. Когда научишься преодолевать неудачи и из-

влекать из них урок. Когда будешь владеть собой в самых критических ситуациях.

Когда сумеешь проникнуть в душу другого, чтобы спасти его от него самого.

Когда становишься твердым, мягко обойдя неверные стремления больного.

Когда станешь безжалостным во имя добра, жизни и здоровья пациента.

Когда твой мозг и руки станут единым точным механизмом. Когда твои знания и умения будут всегда современны.

Когда поймешь, что без надежных помощников ты ничего не стоишь.

Вот только тогда ты станешь Врачом, Хирургом и Личностью!

Приложение 1

Медикаментозная профилактика постоперационных осложнений

Показания	Препарат	До операции за 30 мин	Во время операции	После операции 2 - 4 дня
Резекция желудка	пенициллин или канамицин (при осложненной язве, раке)	1 млн ЕД в/м 1,0 в/м		1 млн х 4 в/м 1,0 х 3 в/м
Гастрэктомия	пенициллин или канамицин	1 млн ЕД в/м 1,0 в/м	100 тыс. в/в	1 млн х 4 в/м 1,0 х 3 в/м
Операция на кишечнике	канамицин или трихопол или тетраолеан	1,0 в/м по 1 т х 3 за сутки 250 мг в/м		1,0 х 3 в/м 250 мг х 3 в/м
Острый холецистит	пенициллин или канамицин	1 млн ЕД в/м 1,0 в/м		1 млн х 4 в/м 1,0 х 3 в/м
Острый аппендицит	пенициллин или канамицин или трихопол	1 млн ЕД в/м 1,0 в/м 2 таб х 3		1 млн х 4 в/м 1,0 х 3 в/м 1 таб х 3
Операции у больных с сахарным диабетом	пенициллин или канамицин	1 млн ЕД в/м 1,0 в/м		1 млн х 4 в/м 1,0 х 3 в/м
Большие послеоперационные грыжи	пенициллин или канамицин	1 млн ЕД в/м 1,0 в/м		
Все операции, связанные со вскрытием плевральной полости (кроме операций на вилочковой железе)	цефалоспорины	1,0	1,0	1,0 х 3 в течение 2-х дней (если получал антибиотики - 4 дня)
Все операции, связанные со вскрытием просвета бронха или пищевода	цефалоспорины и трихопол	1,0 вечером накануне операции 1 таб	1,0	1,0 х 3 в течение 4-х дней 1 таб х 3 в течение 3-х дней
Гастростомия	цефалоспорины	1,0	1,0	1,0 х 2 в течение 2-х дней
Терескардиопексия	профилактику			
Гломэктомия				
Операция на вилочковой железе				

Профилактику не проводят при операциях по поводу неосложненной грыжи, струмэктомии, холецистэктомии при хроническом холецистите, мастэктомии и других внеполостных операциях.

Приложение 2

Схема антибиотикопрофилактики при операциях на сосудах

Показания к применению	Препарат	До операции за 30 мин	Во время операции	После операции 2-4 дня
Использование синтетических протезов во всех случаях, пластика артерий аутоканями при наличии язв и некроза, повторные операции на сосудах, при сопутствующем сахарном диабете	Пенициллин или линкомицин или левомицетин + стрептомицин или канамицин или гентамицин	5000 т. в/м 5000 т. в/м 0,5 в/м	100 т. в/м 100 т. в/в 0,1 в/в	500 т. х 6 в/м 500 т. х 2 в/м 0,5 х 2 в/м
		500 т. в/м 0,5 в/м 40 мг в/м		500 т. х 2 в/м 0,5 х 2 в/м 40 мг х 3 в/м

При операциях на почечных артериях, надпочечниках, ампутациях, поясничной и грудной симпатэктомии, пластике артерий аутоканями, эмбол- и тромбэктомии антибиотики не вводятся.

Во всех случаях, если применяются антибиотики, за сутки до операции больному назначается перорально один из следующих препаратов:

Фурагин	0,05 x 3
Фурадонин	0,05 x 3
Фуразолидон	0,05 x 3
Фурациллин	0,1 x 3

Смысл их назначений заключается в том, чтобы вызвать у микроорганизмов петит-мутацию, чем сделать их чувствительными к антибиотикам первого поколения,

Оглавление

Аннотация	
Предисловие	
Введение	
Хирург. Характер, талант, профессия	
Некоторые советы в начале самостоятельной работы	
Стратегия и тактика в хирургии	
Как подбирать собственную библиотеку	
Как завоевать доверие больного и уметь управлять им	
Как следует проводить дифференциальный диагноз	
Как развивать мануальную технику	
Как выбрать нужный хирургический доступ	
Как остановить кровотечение во время операции	
Как дренировать и тампонировать раны и полости	
Как следует действовать при наличии спаечного процесса в брюшной полости	
Как предупредить и бороться с послеоперационным парезом желудочно-кишечного тракта	
Как избегать врачебных ошибок. Возможно ли это?	
Что такое психологический барьер хирурга и как его преодолеть	
Имеет ли врач право на эвтаназию больного	
Как использовать теоретические знания в практической работе	
Моя хирургическая жизнь	
Советы желающим заняться научной работой	
Заключение	
Приложение 1	
Приложение 2	

Подписано в печать 20.05.91. Формат 84x108/32.
Бум. кн.-ж. Гарнитура "Литературная". Печ. лист. 8.
Тираж 50000 экз. Заказ 2891. Цена свободная.

Отпечатано с оригинал-макета в издательстве "Самарский Дом печати". 443086, г. Самара, пр. К. Маркса, 201.