





OT ABTOPA



## Про то, как я стал врачом

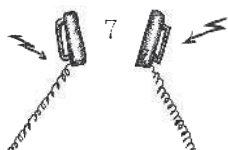
Меня спрашивают: как же я дожился до жизни медицинской.

Ну погнали...

В медицину я стремился с раннего детства. В игрушках у меня были тонометр, фонендоскоп, ампулы с морфием. Первую кошку препарировал уже в четыре года, прям с добротой вспоминаю еще бьющееся теплое сердечко кошечки.

Потом собачки, крысы. А в восьмом классе мы с корешем, тоже хирургом стал, пошли на кладбище, дождались, когда похоронят свежего человека. Ночью, когда светила луна, мы откопали свежую могилку, достали гроб. Вытащили мужика и там же сделали первый разрез на груди. И тут мужик как вскочил и ка-ак рванул, с криками сиганул в сторону реки. Мы тогда чуть не обосрались, но, взяв себя в руки, догнали мужика и вынули еще бьющееся сердце, потом вернули его в ящик и заново захоронили.

Как потом узнали, похоронили то мужика в летаргическом сне! Вот так и появился мой первый спасенный пациент и первый холмик от моего лечения. По-



том вскрыли еще троих, но те уже были реально умершими. Зато мы точно узнали, что у людей в животе и что душа не находится в области мочевого пузыря, ибо он был пуст.

Институт. Корпение над учебниками. Пока все гуляли, я учил, учил, учил. Окончил институт с красным дипломом. До сих пор помню, как все пошли отмечать это дело, я же залез под стол и сожрал мой красный диплом, он был солоноватым на вкус, видимо, это так же была проверка на психологическую устойчивость — бумагу для дипломов изготавливали вполне себе съедобной.

Потом, когда все два года проходили интернатуру, я лечился в психиатрической клинике. Много всего тогда передумал... Глотая очередную таблетку галоперидола, понял, что я нужен людям, во мне не должен умереть знахарь! Как же я теперь занимаюсь врачебной практикой? Да просто — купил в Москве в подземном переходе обычный диплом врача, вместе с интернатурой.

Бойтесь нас!

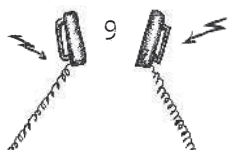
Это, конечно, была шутка, отец мой — врач, брат — доктор, бабушка по отцовской линии была операционной сестрой, ну и я никуда не сворачивал, *тож на дохтура выучился.*

## Наша работа

Каждый день, выходя на работу в свою клинику, мы встречаемся с относительно плановыми пациентами, которые особо не напрягают нашу нервную систему: обычное грыжесечение, лечение неосложненных инфарктов миокарда, очаговые пневмонии, несложные анестезии. Но иногда появляются «штучные» больные, которых очень хочется кому-нибудь спихнуть, дабы не влезть в неприятную ситуацию, когда возможное течение болезни и манипуляции могут выйти из-под контроля. Я думаю, у каждого практикующего доктора встречались такие, и только силою своей воли, стиснув зубы, идешь на спасение, лечение такого пациента и при благоприятном исходе по-детски в душе радуешься положительному эффекту.

Чем хороши крупные клиники — это возможностью максимально обследовать больного, получить помощь со стороны коллеги, есть дополнительная аппаратура, значительно облегчающая ту или иную сложную, а подчас рискованную манипуляцию.

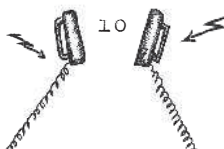
Хочу пояснить вышесказанное из своей практики анестезиолога. Практически ежедневно у нас оперируют под эндотрахеальной (когда в легкое подается газовая смесь из кислорода, воздуха и газового анестетика) либо под внутривенной с искусственной



вентиляцией легких анестезией. Для данных видов обезболивания необходима интубация трахеи, то есть установка специальной эндотрахеальной трубки в трахею, эта манипуляция необходима для полного контроля над внешней функцией дыхания и подключения больного к аппарату искусственной вентиляции. При этом в вену вводятся релаксанты, подобные яду кураре, и больной не в силах сократить ни одну поперечно-полосатую мышцу организма, в том числе отключается и дыхательная мускулатура, — так создаются идеальные условия для оперативного вмешательства. В большинстве случаев такая манипуляция никаких трудностей не предвещает и все идет по плану. Но иногда по особым признакам мы можем предвидеть сложности при



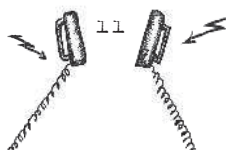
установке трубки. Чем грозит неудача интубации? Поясню. Обычная анестезия начинается с так называемой индукции анестезии — в вену вводится анальгетик (фентанил), анестетик (тиопентал, диприван), больной глубоко засыпает, далее следует



миорелаксант, обычно короткого действия (дитилин), сокращаются все мышцы с последующей полной релаксацией, вплоть до остановки дыхания, производится принудительная вентиляция легких через маску, далее вводится специальный аппарат (ларингоскоп) с лампочкой на конце в ротовую полость, поднимается надгортанник, доктор, визуализируя голосовые связки, вводит трубку в трахею, подключая больного к аппарату ИВЛ (искусственная вентиляция легких). В подавляющем большинстве случаев так и происходит. Однако изредка в силу анатомических особенностей больного, неопытности анестезиолога или неисправности ларингоскопа трубку установить не удастся, чаще всего она оказывается в пищеводе, тут главное не теряться и принудительно раздышать пациента через маску с мешком, иначе при отсутствии дыхания больной попросту может погибнуть.

Так вот, предвидя сложности интубации, анестезиолог готовится к операции особенно щепетильно — просит коллегу постоять рядом (как говорится, «поддержать штанишки» коллеге), вызывает бронхоскописта (можно заинтубировать посредством бронхоскопа), попросить более опытного коллегу произвести данную манипуляцию. Благодаря этому риск практически сводится к нулю.

Но я начал свое повествование не для устрашения, а для того, чтобы вы поняли, насколько тяжело док-





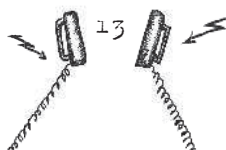
торам работать в одиночестве, в условиях малых клиник, где нет ни оборудования, ни чувства локтя от коллеги. Сам периодически работаю в маленьких больничках, при этом часто днюя и ночуя возле тяжело больных, да еще, если поступают «сложные» клиенты, только собственные знания, опыт и немного везения и помогают избежать тяжелых осложнений от различных манипуляций. Я то ладно, как говорится, — приехал и уехал, тяжело докторам, которые постоянно работают в данных условиях: дома их практически не видят родные, маленькая заработная плата, серьезные осложнения вызывают постоянную депрессию, оттого доктора и спиваются, находя облегчение на дне бутылки. Благо есть главные врачи, которые с пониманием относятся к сложностям нашей работы, периодически отправляют доктора на курорты, поднимают им заработную плату...

Пишу эти строки, надеясь на ваше понимание, жду, что люди, прочитавшие корявое изложение моих мыслей, хоть чуточку проникнутся уважением к труду врачей малых больниц.

## Ангелы и демоны врача-реаниматолога

Здесь можно было бы вести речь о любой другой специальности, но нет, именно наша специальность «славится» смертностью. Именно за нашими дверями вершатся судьбы тяжелобольных, а иногда и неизлечимо больных людей. Мы не роботы, мы такие же люди, подверженные эмоциям и влияниям, как внешним, так и внутренним.

Однако если другой врач, тот же хирург, на виду и его действия видны окружающим, то наша специальность окутана тайной, а помыслы врача-реаниматолога тем более. Мы единственные специалисты, кто профессионально знает действия лекарств, да не простых, а по сути — ядов. Опытный врач может сотворить с больным все что душе заблагорассудится. Жизнь пациента в руках доктора, в реанимационном отделении это особенно ощущается. Ведь что есть жизнь больного, находящегося в критической ситуации? Это как камешек, находящийся на краю обрыва, тот камешек, который некогда был сцементирован с горой, но по какой-то причине откололся. И вот он качается туда-сюда, куда дунет ветер, готовый в любую секунду сорваться с обрыва. Наши препараты могут снова цементировать этот осколок жизни с общей горой, а могут ослизнить скалу, ускоряя падение.



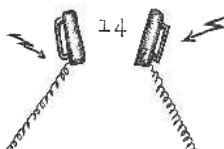
«Лекарства у всех на виду», — напишут знающие люди. Да, на виду, но ведь можно сделать так, что умный врач незаметно сдвинет баланс электролитов, баланс кислотно-щелочной в «нужную» ему сторону. Да и не обязательно действовать препаратами, можно накрутить ручки дыхательного аппарата и баланс жизни и смерти постепенно сместится туда — в сторону бездны, и никто не поймет отчего, ведь аппарат гудит, все подумают, что от болезни.

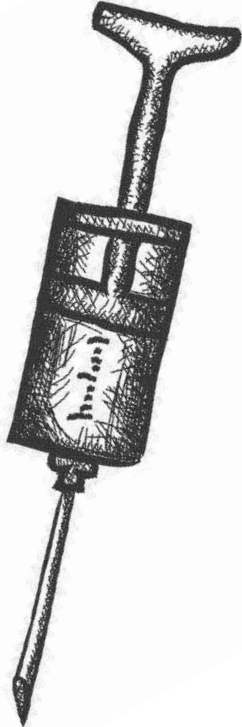
Поступает крайне тяжелый пациент, с полиорганной недостаточностью. Его «сажают» на искусственную вентиляцию легких. Проводят мощную химиотерапию. Если пациент до заболевания страдал ожирением, его нужно каждые два часа ворочать. День за днем, сутки напролет, проходит неделя, другая. Из одной болезни вытекает другая, но пациент не умирает, но и не живет. Персонал устал, у врача опускаются руки.

В это время коллеги начинают: «Он уже не жилец». Уставшие сестры: «Доктор, ну что вы его мучаете?» У лечащего врача просыпаются внутренние ангелы и демоны.

Демон нашептывает: «Ну правда, ну все устали, больного ты уже не спасешь — отпусти его!»

Ангел : «Есть, есть еще средство, нужно бороться».





Врач, перепробовав все возможности, приходит к выводу — не жилец. Решил, что больше ничего не поможет. Демон победил? Кто знает. Если в это время его помыслами было — все, этому пациенту уже не помочь, мозг погиб, продлевать жизнь и агонию нет смысла, то это будут, видимо, ангелы. А если была мысль, что надо потянуть, посмотреть, что будет, несмотря на то что мозг умер, и вроде активность врача за жизнь — благо, но помыслы его другие, кто победил? Демоны?

А если при констатации смерти мозга были выполнены не все процедуры, но все решили, что мозг умер, у одного лишь лечащего врача появились сомнения,

