



## *Моим родителям*

Бип-бип — надрываются сигналы тревоги на кардиомониторах.

Я вижу свои руки в перчатках в глубине операционной раны. Указательный палец постоянно соскальзывает с восходящей аорты, под ним расползаются ткани, и вот уже видны очертания кратера, из которого яростно хлещет кровь. Рана быстро наполняется до краёв, и я чувствую, как кровь стекает по моим ногам.

— Боковое отжатие, дренаж на максимум, — кричу я операционной медсестре и привычно протягиваю руку. Главное, не отводить взгляд от раны, не потерять на дне красного озера то самое место, куда нужно быстро наложить зажим.

Проходит несколько секунд, но ладонь так и остаётся пустой. Я возмущённо поднимаю глаза и готов извергать гром и молнии, но с ужасом понимаю, что операционной медсестры нет на месте. Нет ни ассистентов, ни анестезиолога, пусто за пультом аппарата искусственного кровообращения. Я в операционной один. Противная ледяная дрожь спускается вдоль позвоночника. Я судорожно пытаюсь спасти ситуацию, но одному расползающуюся аорту не победить. С ощущением дикого ужаса я просыпаюсь.

## Мне страшно

Наверное, истоки этого сна идут из ординатуры. Или из более раннего времени — добровольных ночных дежурств в городской больнице скорой помощи, которые я посещал будучи студентом. Мой преподаватель по хирургии: высокий, немного сутулящийся герой с чёрными, похожими на маслины глазами и длинной, окладистой бородой, напоминал молодого библейского пророка. Имя у него было тоже библейское — Михаил.

Михаил был самым рукастым хирургом клиники и абсолютным бессребреником, однажды он подвёз меня на своих подержанных Жигулях, и я, набравшись наглости, напросился к нему на дежурство.

— Ну что же, приходи, — нехотя согласился он. Но сначала хорошенько подумай, нужна ли тебе хирургия. Ночь лучше проводить в домашней постели.



Меня было трудно переубедить, и вот, в начале третьего ночи мы идём по сырому подземному переходу в приёмное отделение, я с трудом поспеваю за его широким шагом, а он бормочет себе под нос:

— Господи, ну почему я не стал инженером? Ведь папа меня предупреждал.

Первые месяцы всё было непривычно, я хвостом ходил за своим гуру и, как говорили ординаторы, «насматривал». Медицина начала нулевых казалась непохожей на то, что было написано в учебниках. Поступающих больных встречало лаконичное напоминание: «Из средств диагностики в приёмном отделении есть только градусник».

Постепенно меня начали использовать в интересах бригады: я первым шёл смотреть больного в приёмное, собирал анамнез, звонил в отделение и вкратце описывал ситуацию.

А потом началось время переживаний. Однажды хирург из бригады сказал мне: «Там в приёмнике бомж с разбитой головой, иди, наложи ему несколько швов». Мне уже несколько раз давали шить кожу в операционной, но на живом человеке — это совсем другое дело. Бомж оказался в стельку пьяным, но вполне добродушным. Медсестра выдала мне набор: одноразовый шприц, в который трясущимися руками я набрал новокаин, иглодержатель, иглу и капроновую нить.

Подбрав волосы вокруг линейного разреза кожи, полученного скорее от неудачного падения, нежели от удара, я приступил к обезболиванию. Пшшшш —

внезапно меня обдало ледяным душем. Плотная кожа скальпа не спешила принимать лекарство, игла с лёгкостью отсоединилась, покрыв меня и пациента мелкими брызгами. Я чертыхнулся, положил шприц в эмалированный лоток и пошёл к сестре просить ещё одну ампулу анестетика.

— Дефицит, — окинув меня взглядом с ног до головы, строго сказала медсестра. — Крайнюю даю, больше не проси.

Студент в больнице абсолютно бесправен, даже санитары стоят намного выше по социальной лестнице.

Крепко придерживая иглу, я ввёл новокаин в кожу головы. Не без труда вставил нить в ушко хирургической иглы, занёс иглодержатель и не смог проколоть кожу. Я сильно выкручивал инструмент, бож морщился, скальп натягивался на лоб несчастного, но сделать один-единственный прокол никак не удавалось.

— Что-то не так, сынок? — спросил исподлобья трезвеющий пациент.

— Всё в порядке, работаю, — соврал я.

От грубых манипуляций усилилось кровотечение, и мне пришлось отвлечься, чтобы промыть рану перекисью водорода.

Наконец, с огромным трудом, получилось выколоть иголку и сделать ещё несколько проколов. Я вспотел, покраснел и мечтал об одном: как можно скорее наложить повязку, чтобы наше взаимное мучение закончилось. И вот последний оборот



бинта поставил точку в первом опыте самостоятельной хирургической работы. Прямо скажем, не очень удачном.

Подавленный, я понёс инструменты на стерилизацию, как вдруг обратил внимание на иглу, которой работал. Её кончик, обязанный быть тонким и острым, оказался расщеплён надвое, словно язык змеи.

Брак! Бракованная игла стала причиной моей неудачи! Вот почему было так трудно проткнуть кожу!

Суровый урок запомнился на всю жизнь. Теперь, взяв в руки инструмент, я автоматически проверяю его на исправность перед тем, как прикоснуться к живой ткани. Ну а волнение и страх стали моими спутниками на ближайшие годы. И дело не в оставшем неприятный осадок первом опыте, а в том, что, обучаясь хирургии, ты практически каждый день делаешь что-то в первый раз. Сначала выполняешь манипуляцию под присмотром наставника, строгий взгляд фиксирует каждое действие, и ты раз за разом словно сдаёшь новый экзамен. А потом наступает момент, когда ты впервые работаешь один и за спиной никого нет.

Первый год ординатуры я провёл в отделении торакальной хирургии. Меня достаточно быстро научили делать плевральные пункции: спереди под ключицей, если в плевральной полости накопился лишний воздух, и сзади, на спине, если человеку мешает дышать сдавливающая лёгкое жидкость. Процедура завершалась установкой катетера и под-

ключением его к отсосу. Второй «моей» процедурой была санационная бронхоскопия. У пациентов, длительно находящихся на искусственной вентиляции лёгких, в бронхах скапливается избыток мокроты. Она способна полностью перекрыть просвет, выключив сегмент или целую долю лёгкого из дыхания и тем самым спровоцировать пневмонию. Убрать мокроту можно с помощью гибкого эндоскопического прибора — бронхоскопа. Фокус в том, что пока ты отмываешь бронхи от мокроты, пациент отключён от аппарата ИВЛ и не дышит, поэтому работать надо быстро.

Поняв, что я освоил базовые навыки, мне с радостью отдали все госпитальные реанимации, которых было около десяти. С утра, вооружившись блокнотом, я вместе с шумной толпой хирургов шёл на обход, записывая, кому потребуется выполнить пункцию, а кого необходимо «отсанировать». Через час возвращался в ординаторскую, брал чемодан с бронхоскопом, осветитель, несколько банок фурацилина, собирал в пакет стерильные наборы для пункции и повторял своё утреннее путешествие. Но теперь у меня была чёткая цель. А ещё волнение, ведь в реанимации все пациенты становятся нестандартными. Полные, которых трудно пунктировать лежащими, крайне тяжёлые, когда нужно успеть отсанировать бронхи как можно быстрее, иначе реаниматолог начинает кричать тебе на ухо: «Сатурация восемьдесят, заканчивайте, больному надо дышать!» И в каждом случае неловким движе-



нием или неправильно принятым решением ты можешь случайно искалечить, хуже того — убить человека. А впереди были более волнительные испытания: первая самостоятельная операция на лёгких, переход в кардиохирургию, первый распил грудины, первое подключение аппарата искусственного кровообращения, наконец первая операция на сердце. Намывая руки вместе с оперирующим хирургом и его ассистентом, я удивлялся: кажется, они совершенно не волнуются. Оператора ждёт явно нестандартный случай, а он шутит и увлечённо рассказывает историю из недавнего отпуска.

Один опытный хирург однажды сказал мне: «Волнение уйдёт, когда появится уверенность в руках». В карусели лет я пропустил момент, когда это произошло. Но однажды заметил, что мой пульс больше не ускоряется, что бы ни произошло в операционной. В сложной ситуации появляются сосредоточенность, максимум злость на себя или ассистентов, которые у оперирующего хирурга всегда виноваты, но не страх. Впервые об этом я подумал, сидя на залитом светом прожекторов диване в студии популярного телешоу, куда меня пригласили в качестве эксперта. Когда редактор объявил в микрофон минутную готовность, я вдруг осознал, что сердце в груди затарахтело, вспотели и похолодели ладони.

— Надо же, ты не волнуешься, проводя открытый массаж сердца, а тут разнервничался лишь оттого, что через минуту заработают камеры, и каждый



неудачный дубль можно повторить сколько угодно раз, — подумал я.

Впрочем, я немного лукавлю. Если обычно за операционным столом больше не бывает волнения и страха, то изредка происходят нестандартные ситуации, когда внезапно накатывает волна первобытного ужаса. С которым нужно как можно быстрее справиться, чтобы работать дальше. Каждый из этих случаев крепко вбит в хирургическую память.

Первая самостоятельно выполненная операция — важнейшая веха в жизни каждого кардиохирурга. Сначала ты смотришь на работу бригады из-за ширмы, постоянно прогоняемый анестезиологом и его медсестрой.

— Смотри, смотри, только не мешай, — звучит примерно так же, как «Шёл бы ты отсюда печатать дневники».

Потом тебе один раз показывают, как правильно мыть руки, заходить в операционную, надевать стерильный халат и перчатки, и потом ещё полгода шипят: «Куда ты опустил руки, перемывайся!»

Вскоре ты начинаешь ходить вторым ассистентом. Если речь идёт о коронарном шунтировании, выпадает и первая самостоятельная задача: забрать с голени подкожную вену, которую хирург, разрезав на несколько частей, пришьёт к сердцу и аорте. Несмотря на кажущуюся второстепенность, это важный момент, поэтому сначала ты чаще скупаешь на крючках на клапанных



операциях. Начиная ординатуру в торакальной хирургии, однажды я в одной позе удерживал крючок почти восемь часов.

— Кажется, у нас тут ассистент засыпает, — не упустит момента съязвить старший товарищ, стоит тебе незаметно зевнуть под маской.

Набив руку и заработав мозоли от крючков, зашив несколько километров кожных разрезов, ты готов выполнить хирургический доступ.

Как правило, это происходит неожиданно.

Ты заходишь в операционную вместе с хирургом, а он внезапно встаёт на сторону ассистента. Поймав твой удивлённый взгляд, кивает на место оператора: «Давай-давай, только время не затягивай».

Моментально накатывает мандраж, начинает потряхивать руки, но надо собраться и работать. В мою бытность ординатором в нашей операционной ещё не было стернотомы — электрической пилы для вскрытия грудины, и кость распиливали ручной пилой. Когда, много позже, я показал видео такой стернотомии парижскому кардиохирургу, он поставил кофе на стол, положил на салфетку круассан и пожал мне руку.

Распилить грудину на две равные части ручной пилой — непростая задача. Для начала сделать это нужно ровно посередине, чтобы потом половинки грудины хорошо срастались. С этой же целью важно сделать разрез тонким, стараясь не крошить кость острыми зубьями. Важно не ошибиться в линии распила и случайно не отпилить рёбра, страшилки

про такие случаи гуляют среди ординаторов. Не менее важно постоянно удерживать пилу в горизонтальном положении, даже небольшой наклон носика вниз может травмировать залегающие под грудиной сердце и аорту.

Плюс ко всему пилить надо быстро, потому как анестезиолог на время отключает аппарат искусственной вентиляции, чтобы пила случайно не повредила лёгкие. Вот такой квест для новобранца.

— Давай, допиливай, больной не дышит, — всё настойчивее давит наставник, пока мне никак не удаётся досечь несколько миллиметров задней пластинки грудины. Наконец, она поддаётся, я заталкиваю в рану большую салфетку и команду анестезиологу:

— Стернотомия, подключайте лёгкие!

Через несколько лет ты уже опытный первый ассистент, способный выделить внутреннюю грудную артерию, забрать вену любой сложности с голени и бедра, подключить и отключить аппарат искусственного кровообращения, пришить концы венозных шунтов к аорте. Но по-прежнему так и не сделавший ни одной операции от начала и до конца, чтобы твоя фамилия появилась в протоколе операции в графе «Хирург».

И вот однажды начальник отделения сказал мне: «Следующий аортальный клапан твой. Нужен больной с аортальной недостаточностью, чтобы в створках не было кальция». Технику операции требовалось отработать, и я побежал в морг —



договариваться о возможности выполнить операцию на трупе. Предстояло дожидаться, чтобы появилось тело, родственники которого согласились на вскрытие и дали разрешение на отработку хирургических навыков.

На этот раз мне повезло, через несколько дней подходящий препарат был найден. Перекинув через плечо сумки со списанными хирургическими инструментами, мы с коллегой отправились в «храм мёртвых».

— Никогда не привыкну к этому запаху и ледяной человеческой коже, — поморщился мой напарник.

Здесь я с ним согласен, ничего приятного в помещении, где в холодильниках и на столах лежат окоченевшие тела, для нормального человека нет. Лишь благая цель заставляет мириться с этим нас и патологоанатомов, которые, как известно, самые точные диагносты. Последнее слово всегда за ними.

Мы работаем вдвоём в полутёмном подвале морга. Открыв аорту, с удивлением вскрикиваю: «Смотри, здесь двустворчатый аортальный клапан! Порок сердца! Такой же диагноз у пациента, которого мне отписали на операцию».

Действительно, умерший через всю жизнь пронёс в себе аномальный клапан, который просто не успел себя проявить.

Он вполне мог не знать о диагнозе, тем более что умер внезапно от обширного геморрагического инсульта. Ещё одна аномалия развития — аневризма

мозговых сосудов, иногда становится причиной неожиданной трагедии.

Работать в морге неприятно, но спокойно — сделать ничего плохого ты уже не сможешь, а если ошибёшься, это никому не навредит.

Я вшиваю старый механический протез, однажды уже извлечённый из умершего на вскрытии, зашиваю аорту, а потом срезаю нитки и вытаскиваю железный клапан обратно: он ещё пригодится.

И вот наступает долгожданный день: ночью я ворочаюсь и не могу уснуть, обдумывая каждое действие, стараясь предугадать, что может пойти не так. Сотни таких операций я провёл с противоположной стороны стола в роли первого ассистента, с закрытыми глазами могу помочь хирургу на каждом из этапов, но другое дело, когда придётся стоять на его месте.

Утром, когда намывались в предоперационной, начальник повернулся ко мне: «Знаешь, там тонкие устья коронарных артерий, думаю, на первый раз это будет сложно. Сегодня я сделаю, а ты прооперируешь кого-нибудь потом».

Нужно было расстроиться, но в тот момент я испытал облегчение.

«Вот что значит гора с плеч», — подумалось, когда локтем нажимал на кнопку автоматического открывания двери.

Потянулись обычные будни. Разговор о самостоятельной операции казался сном, и в какой-то момент я действительно подумал, что он мне привиделся.



Через несколько месяцев в мою палату поступила женщина сорока лет. Не так давно её начала беспокоить одышка, в ходе обследования был обнаружен врождённый порок: дефект межпредсердной перегородки. Кровь из левого предсердия забрасывалась в правое, растягивая его и перегружая правый желудочек. В результате возникал застой крови в лёгких.

Мы привычно пошли в операционную. Я не выспался и был не в лучшем настроении.

— Подключись, я тебе помогу, — сказал старший коллега, которому предстояло выполнить операцию.

Я сделал стернотомию и подсоединил к сердцу канюли искусственного кровообращения. Пришло время меняться, но наставник сказал: «Продолжай. Пережимай аорту и открывай предсердие».

Как потом шутили коллеги, я так перепугался, что «моментально остановил сердце, разрезал стенку предсердия и со скоростью ультразвука ушил сантиметровое отверстие в перегородке двухэтажным обвивным швом».

Сердце быстро запустилось, и вскоре я уже привычно накладывал внутрικοжный косметический шов. Всё было как обычно, но я понимал — в этот день произошло нечто важное.

Когда я вышел из операционной, в отделении уже знали, что моя первая операция состоялась. Идущие навстречу медсёстры улыбались и поздравляли,

коллеги пожимали руку, некоторые недвусмысленно намекали на необходимость проставиться.

Но для этого требовалось, чтобы больная открыла глаза, подвигала руками и ногами, выполнила простейшие команды, ведь операция по-настоящему заканчивается именно тогда, а не с последним узлом кожного шва. Это потом я понял, что на самом деле она заканчивается лишь в момент, когда здоровый и счастливый пациент на своих ногах покидает клинику. И только сейчас я осознал, что операция никогда не заканчивается.

*Мысли по дороге с работы:  
о самоуверенности хирурга*

В жизни каждого хирурга наступает момент, когда кажется, что ты можешь всё. Это самое опасное время. Значит, где-то за поворотом уже притаилась ошибка, которая вернёт тебя с небес на землю. Или серия ошибок, которая отбросит тебя туда, откуда ты начинал, а в худшем случае выкинет из профессии. Если почувствовал крылья за спиной — складывай их скорее, садись за учебники, снова ходи тренироваться в морг, и тогда проскочишь это время без потерь. Это не я говорю, это голос учителей.

# Содержание

Мне страшно . . . . .	4
Двадцать четыре часа . . . . .	17
Первый сон на дежурстве.	
Кружок «Юный диггер» . . . . .	37
В ординаторской . . . . .	57
Раненое сердце . . . . .	66
Улыбайся . . . . .	78
В страну викингов . . . . .	88
Коварная аневризма. . . . .	108
Реанимация . . . . .	122
Второй сон на дежурстве.	
Особое приглашение. . . . .	136
Опухоль, пробравшаяся в сердце . . . . .	156
Пластический хирург . . . . .	166
На земле обетованной . . . . .	183
Третий сон на дежурстве.	
Бишвильма . . . . .	201
АКШ. . . . .	228
Серая зона . . . . .	244
Четвёртый сон	
на дежурстве. Костюм. . . . .	260
Демихов. . . . .	271
Инфекция в сердце . . . . .	283
По Индии . . . . .	296
Рано или поздно . . . . .	313
Рядом со смертью . . . . .	329
Владивосток . . . . .	344