

В начале пути

Автор:

Людмила Палатова

В начале пути

Людмила Федоровна Палатова

Эта книга о жизни в XX веке, о человеческих судьбах и медицине в социалистическом обществе, о системе медицинского образования и становлении врача как личности. Адресована широкому кругу читателей.

Людмила Палатова

В начале пути

В начале пути

Шел 1952 год. Студенты пятого курса Пермского медицинского института готовились к окончанию обучения и думали, как получше сдать государственные экзамены. В те, уже далекие, времена было распределение, а от оценок зависело, куда тебя родина пошлет отрабатывать полученное бесплатно высшее образование. Могли направить в Кунгур или Кизел (хоть и маленькие, но все же ? города), а могли и в село, например, Орду, Барду или Куеду. В последние вообще добирались из Перми через Свердловск.

Но не тут-то было. В апреле сообщили, что их курсу прибавляют год учебы и в следующем семестре они будут называться субординаторами. Что это такое, никто не знал. Как позже выяснилось, не знали и что именно «субчики», как сразу их прозвали, должны делать. Трудно сказать, откуда свалилась эта мысль в светлые головы высокого начальства, но, по обыкновению, сначала сделали, а потом стали думать. Вероятно, так ничего и не придумали, потому что к началу занятий был весьма неопределенный куцый план. Не растерялись только на кафедре марксизма-ленинизма, внедрив преподавание научного атеизма, последней, не включенной в обучение будущих врачей главы в «единственно верном учении». В остальном постановили: пусть ребята работают врачами весь год. Это решение оказалось самым правильным. Так, нежелание начальства корпеть над новым учебным планом принесло большую пользу первым шестикурсникам. Наверное, был прав Талейран, сказав о чиновниках, что чем меньше рвения, тем больше пользы.

В это время в институт прислали нового ректора взамен Петра Петровича Сумбаева, который руководил вузом много лет. Новый начальник, по фамилии Мамоико, был свежее испеченным доктором наук, имел 35 лет от роду и отличался большим вниманием к горячительным напиткам и молодым лаборанткам. Одновременно он приступил к заведованию кафедрой нормальной анатомии. Поскольку четких указаний по поводу специальностей не было, то предварительное распределение прошло по всем существовавшим тогда дисциплинам, так что на патанатомию пошла всего одна студентка, которая и занималась на кафедре весь год. Академические группы на этот год были расформированы, что сыграло положительную роль потом при подготовке к государственным экзаменам, которых было целых 7. В каждой бывшей группе были «специалисты» по самым разным разделам медицины. Готовиться стало значительно легче. Хирургов было на курсе около 30 человек.

Когда субординаторы прибыли к месту назначения, их разделили на пары и отправили в клиники, а часть – в Березники, где заведовал хирургическим отделением Е.А. Вагнер. Его стараниями районная больница строилась и превращалась в крупный медицинский центр, обеспечивавший потом помощью весь север области.

В областной больнице, которая занимала квадрат со стороной размером в квартал и была обнесена чугунной ажурной решеткой, располагались кафедры хирургии, терапии, офтальмологии, оториноларингологии, акушерства и гинекологии, кожных болезней. Все эти специализированные отделения были

клиниками медицинского института. В хирургическом корпусе кафедры госпитальной хирургии главным был профессор Семен Юлианович Минкин. В старом историческом здании было несколько специализированных отделений: общей, гнойной хирургии и травматологии, которая только что организовалась. Урологии своей не было. В терапевтическом корпусе первый этаж занимало урологическое отделение, принадлежавшее второй городской клинической больнице, где располагалась часть кафедры факультетской хирургии. Там командовал доцент И.А. Иванов. По договоренности урологии учились у него. Поликлиническую часть осваивали в областной поликлинике, здание которой стояло в углу на перекрестке улиц Пушкина и Куйбышева. Деревянный корпус был прекрасным: высоченные потолки, полуметровой ширины плахи на полу, великолепные двери, не пропускавшие комариного писка. Вся больничная территория представляла собой чудесный парк с редкими лиственными породами деревьев и громадными кустами сирени, прибежищем голосистых соловьев.

Хирургический стационар по улице Луначарского был перестроен в 1907 году, о чем свидетельствовала надпись на фронтоне здания. Тогда там был большой балкон, позже использованный под алтарь часовни святителя Луки (Войно-Ясенецкого). До постройки часовни, в 50-х годах в прилежащем зале была аудитория, где читали лекции и проходила утренняя линейка? так называли врачебную конференцию. В здании поражало качество строительных работ: бело-голубая плитка на полу положена так, что с начала двадцатого века не выпала ни одна фигурка, а окна и двери стояли на своих местах, как вкопанные, и открывались и закрывались нормально.

1 сентября 1952 года на первой для субординаторов линейке было сделано сообщение, что с этого дня институтская клиника перестает быть таковой и подчиняется облздравотделу. В больнице новый главный врач, в клинике новый заведующий... В общем, понеслось. Вчерашняя студентка Аня пыталась понять, что обозначают эти новые понятия, но, как и все остальные её «однокорытники», разобраться не смогла. Она была не одинока. Немногие понимали, что влечёт за собой новое подчинение. Было ясно, что кафедры становятся просто арендаторами площадей и теряют всяческие права на управление лечебным процессом. Но вот тут реформаторы не учли важного обстоятельства – бывшие клинические отделения без кафедр были абсолютно не готовы к переменам и самостоятельному существованию. Главной рабочей силой в них был ассистентский состав, ординаторы и аспиранты. Мозгом был профессор. Это они все умели и учили. Преподаватели того времени наряду с учебным процессом вели больных, дежурили по стационару, оперировали, консультировали в других

отделениях и в поликлинике, летали в область по санавиации, выезжали в прикрепленные районные и городские больницы несколько раз в год. За это они получали половину лечебной ставки. Никто из них никогда не считался со своим временем. Основным было «надо». И потом целых полвека никому не приходило в голову, что все волокут на себе арендаторы. Ведь еще был студенческий кружок, работа агитаторов, еженедельные политинформации, работа в общежитиях, бесконечные вечерние собрания-заседания по всякой ерунде. Но тут высокое начальство даже не скрывало, что не желает оставлять трудящимся свободное время – а вдруг ещё думать начнут! Уже в зрелом возрасте Аня думала с удивлением, что такую жизнь считали нормальной.

Любопытно, что практически до конца двадцатого века заведующие кафедрой госпитальной хирургии (профессора С.Ю. Минкин и Е.А. Вагнер) оставались главными авторитетами, распоряжались коллективом, командовали лечебным процессом. Опомнились больничные только потом, когда сами приобрели, наконец, достаточный опыт и знания. И тогда, очевидно, в благодарность, повели себя как хозяева, полностью отстранив «арендаторов», а оскорбленные и униженные «преподы» отделились от практики. Только вот чему они будут учить?

Однако вернемся к нашему повествованию. В пару с Аней попал Валя, который в учении большим рвением не отличался. Правда, в клинике все субординаторы были настроены на приобретение опыта и знаний. Известно, что цыплят надо считать по осени. Это будущие специалисты понимали хорошо, тем более, что им позволили самим выбрать будущее поприще, а это очень важно. Старики правильно заметили, что невольник – не богомольник.

Пара отправилась в гнойное отделение. Палаты в старом больничном корпусе были на 8 – 10 коек. Аня пригляделась к страждущим. Её внимание привлек дед со стоящей рядом капельницей, шланг от которой вел к ягодичной области. Поскольку никто из студентов врачами себя не считал, то и авторитет свой они потерять не опасались, поскольку этого авторитета пока просто не было. Учиться, так учиться. Она обратилась к палатной медсестре с вопросом, для чего этот агрегат и получила ответ, что таким образом восполняют потерю жидкости.

– Через прямую кишку?

– Ну! – Известно, что на Урале это междометие обозначает «да».

– Тут в палате надо еще одному дяденьке поставить. Возьмешь в перевязочной. Да не забудь шланг положить между двумя грелками!

– Зачем?

– А затем, чтобы физраствор тёплым был, а то все как клизьмой выскочит! Да капли медленно поставь! Тогда всосется.

Таким способом в 1952 году восполняли объем циркулирующей жидкости у послеоперационных больных. Вторым методом было введение одного – полутора литров раствора под кожу бедра, от чего окружность его увеличивалась чуть не вдвое. Это было так больно, что сестры чаще всего прибегали к первому приему. Несколько позже догадались вводить жидкости внутривенно. Лекарственные среды наливали в полулитровые ампулы с двумя носиками с обеих сторон. Они были многократного пользования. От частого кипячения носики их были хрупкими и при насаживании резиновых грубых шлангов отламывались, что часто влекло за собой травмы пальцев. В коридорах и предоперационной на электрических плитках стояли большие стерилизаторы, в которых кипятили стеклянные многоразовые шприцы Люэра, иглы разных размеров и резиновые трубки. В первый же день Аня увидела, что заведующая подошла к сестре, занятой стерилизатором, достала из него резиновый шланг и пропустила его между пальцами. Из просвета на всю длину трубки показался сварившийся тромб. Ничего не сказав, заведующая прошла в ординаторскую. Аня поняла, что трубка предназначалась для капельницы. Это был один из первых уроков, которых предстояло ещё очень много.

Следующим сильным впечатлением стала необходимость вскрытия гнойника на шее. В отделении работали два врача: бывший фронтовик лет сорока и ассистент кафедры лет тридцати. Оба великолепные хирурги. Они решили начать прямое обучение девицы и отвели её в перевязочную. Там хозяйничала Настенька, женщина неопределенных лет малого роста и огромного опыта. Воспалительная опухоль располагалась на шее в проекции сонной артерии. На Аню надели стерильные перчатки размером не менее восьмого. Они съезжали с руки, а пальцы болтались на 3 – 4 сантиметра. Мокрый люэровский шприц скользил в руке, новокаин из бутылочки с этикеткой никак не набирался. Тогда решили, что кожу лучше заморозить в буквальном смысле, и побрызгали из ампулы хлорэтилом. Иней на коже показал, что эффект достигнут, Аня взяла скальпель и прицелилась над сонной артерией.

– КУДА? – Рывкнули в две глотки учителя. Аня с перепугу уронила скальпель. Ей объяснили, что разрез должен быть сбоку, подальше от артерии. Обошлось без смертоубийства. От дальнейших манипуляций в первый день воздержались. Надо было заполнять документацию, главной единицей которой была история болезни. Аня огляделась вокруг, где бы притулиться к поверхности и найти ручку-вставочку и чернильницу.

Писать истории болезни следовало бы в ординаторской. Она помещалась в самой маленькой комнате на втором этаже. Там стояли одна кровать для дежурного врача и маленький стол, на который приносили остатки еды с кухни. Называлось это «от главного врача». Субординаторам, с которыми дежурная бригада сразу увеличилась до четырех человек, пища уже не доставалась, но они сразу заявили, что «нечего делать культ из еды».

Малые размеры ординаторской представляли большие неудобства на экстренных дежурствах. Ане уже успели рассказать, как в конце очень тяжелых суток, когда почти не выходили из операционной, выдался свободный час и можно было передохнуть, явился в клинику профессор. Он заглянул в ординаторскую, и глазам его предстала картина: на единственной кровати головой на подушке прилегла Роза Михайловна, а валетом к ней с ногами на стуле – Юра. Шеф от изумления лишился дара речи.

Увеличение бригады очень благотворно сказалось на производственном процессе. Ребята, как один, рвали работу из рук. Никто не отказывался ни от каких поручений. Тогда было намного меньше писанины, но всё равно истории болезни и выписки, запись операций в историю болезни и операционный журнал, фиксация манипуляций и краткие сведения о больных, обработанных в приемном покое, были необходимы. Всё это легло на студентов. Ведала этим сестра-канцеляристка Тоня. Личность эта была весьма примечательная. Из разговоров в отделении Аня поняла, что у Тони было пятеро детей, но замужней она себя не считала. Каждого очередного новорожденного она приносила в райздравотдел и укладывала на стол начальнику с требованием льгот матери-одиночки. Эта категория была выделена в послевоенное время и пользовалась некоторыми привилегиями – проблема демографии стояла остро. Когда Тоне пытались указать, что отец её детей по фамилии Красуля живет с ними, она парировала: «Какой муж? Это сожитель!». И всегда добивалась просимого. Естественно, регистрация брака не входила в её задачу. На работе была строга и гоняла студентов за любой промах. На ней же лежала обязанность обеспечения отделения канцелярскими принадлежностями, преимущественно ручками с

вставным пером № 86 и бутылью чернил. «Вечные ручки» тогда уже появились, но были не у всех, кроме того, приспособления эти были капризными, а чернила из них частенько проливались на белые халаты и отмывались с трудом или совсем не отмывались.

Кстати, в первый день ребята пришли в своих халатах, а потом им выдали «казенные». Аня надела служебную форму с завязками сзади и здоровенной дырой на рукаве. Халат был размера на три больше её одежды. На просьбу дать ей старый халат шефа, который был малого роста и худощав, как раз по её габаритам, она услышала: «Надо самой толше быть». Как выяснилось потом, новые халаты кастелянша сразу несла на рынок. Шапочек не было у женского персонала. Им полагались косынки, которые девушки повязывали самыми фантастическими фасонами. Если старшая сестра обнаруживала на ком-нибудь шерстяную вещь, немедленно отправляла переодеться. Маникюр исключался абсолютно. Эпидрежим в отделении соблюдался строжайшим образом.

Аня постепенно присматривалась к коллективу. Вообще-то они уже занимались в этой клинике на пятом курсе. Их преподавательница – замечательная женщина, Галина Федоровна, помимо своих профессиональных достоинств отличалась еще и человеческими качествами. Она была деликатна и доброжелательна. Начинали студиозы все же с куратора. Шестидесятилетний Захар Семенович был доцентом. Он производил впечатление очень строгого и недоступного служаки. Но в скором времени ребята убедились, что первое впечатление обманчиво. Это оказался добрый и умный человек, который к тому же любил молодежь. Ругал он всех нещадно, за каждую ошибку, пропущенные возможности. А потом хвалил за пустяки. Никто на него не обижался. О его профессиональных возможностях Аня спросила у своей бывшей преподавательницы.

– Началась застройка Комсомольского проспекта с обоих концов одновременно. У вашего куратора был собственный дом на этой улице. Дом подлежал сносу, а взамен ему дали квартиру на Коноваловских пашнях, откуда до работы надо добираться только пешком по тропинке через большой овраг. Никакого транспорта туда нет. Пока с помощью шефа он добивался квартиры в центре, у него рецидивировала жестокая экзема, особенно на обеих руках. Так что в операционной он уже не появится долго.

Бродя по отделению в размышлении, где бы приткнуться писать, Аня снова заглянула в ординаторскую. Народу там было не протолкнуться. Большинство присутствовавших врачей были молодыми. В комнатке «стояла ржа». Народ

покатывался с хохота. Юра, записной анекдотчик, только что выдал очередной шедевр. Дружный смех наконец умолк. И тут раздался голосок Ниночки: «А я не поняла!». Заржали снова, на этот раз уже над ней – она ведь смеялась над анекдотом вместе со всеми. Кто-то из сердобольных старших объяснил смысл байки. Помолчали. Заведующая отделением, дама, с точки зрения Ани, довольно старая, лет сорока, вслух составляла расписание операций на завтра.

Субординаторов расписали на пост «у больного». Обязанность этого «специалиста» заключалась в постоянном наблюдении за общим состоянием, пульсом и давлением крови, дыханием и двигательными реакциями. В случаях необходимости он должен был перелить жидкость, а то и кровь. Большинство операций тогда выполнялись под местной анестезией путем «тугого ползучего инфильтрата» по Вишневскому. Новокаина вводили весьма значительное количество. Операции на брюшной полости требовали определенного мастерства при этом виде обезболивания, но всё равно болевые ощущения пациент испытывал, кашлял, особенно курильщики, при этом повышалось давление в животе и выбрасывались на поверхность кишечные петли, часто под скальпель хирурга. Больной слышал всё, что говорят между собой операторы, в том числе и споры и сомнения, что не улучшало его самочувствия. Но главное – при любом осложнении помощь могли оказать самую минимальную. При ухудшении сердечной деятельности вводили камфору под кожу. Это был масляный раствор, который начинал оказывать действие на другой день. При остановке дыхания – «руки вместе, руки врозь», а стерильные простыни? куда попало. Понятия «интенсивной терапии» в то время не существовало. Послеоперационные палаты только начинали выделять, но там работала обычная медсестра, которая не умела оказывать помощь в критических состояниях, и никаких средств для этого не существовало. Именно в период преимущества местного обезболивания существовал термин «идиопатическое расширение желудка». Это явление не было частым, но впечатление создавало просто устрашающее. Оно полностью исчезло с появлением эндотрахеального наркоза. Синдром наблюдался на первые-вторые сутки после резекции желудка, культя его занимала всю брюшную полость, развивались парез кишечника и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность. Причины остались неясными. Скорее всего, главную роль играли чревное и солнечное сплетения. Исход, как правило, был летальным.

Общий наркоз тоже сопровождался многими неприятностями, одна из которых звучала: «больной не дышит». В зрелом возрасте Аня прочла, что уже в 1936 году в Америке было создано общество анестезиологов. В середине 20-го века у нас такой науки не существовало. Она появится позже. А пока? эфир через

маску Эсмарха, до четырех банок на одну операцию, даже ещё в редких случаях ? хлороформ.

Вот такая задача предстояла Ане на завтрашний день. Надо сказать, что наши ребята никаких опасностей не ожидали, потому что пока находились в счастливом неведении.

На следующий день, облачившись в свой халат и повязав косынку, Аня направилась в операционную, где в начале трудового дня командовала Фрося, санитарка с военных времен. Крохотного роста, кругленькая, проворная, но не суетливая, она знала всё, и просить её ни о чем было не надо. Аня заняла своё место возле головы пациента и наблюдала, как на соседнем операционном столе начинают эфирный наркоз. Молодой врач плотно приложил к лицу больного марлевую маску, уплотнил её двумя вафельными полотенцами и начал капать из бутылочки эфир. Пациент, здоровый детина, был привязан за руки и ноги, но умудрялся ёрзать на столе. Потом сильным движением он освободил руки, сел и хорошо поставленным голосом начал: «Вот мчится тройка почтовая...». Свободный народ сбегался к столу и попытался уложить дебошира обратно, но старания их успехом не увенчались. Дяденька успел выдернуть иглу из вены, послать ампулу с физраствором в одну сторону, а докторшу «у больного» ? в другую. Операционные столы в то время были довольно хлипкими, выданными по остаточному принципу. Возникла опасность, что товарищ встанет вместе со своим ложем, но тут подоспела помощь в лице мужской части коллектива. Больной к этому времени стал от наркоза отходить и внял уговорам. Его уложили, фиксировали и продолжили наркоз.

Тем временем Аня вспомнила, что у неё тоже есть обязанности по отношению к своему посту. Глянула на пациента и обмерла. Ей показалось, что пожилой уже человек не дышит. Она толкнула врача, начинавшего наркоз её поднадзорному, и пискнула:

– Кажется, больной не дышит. – Наркотизатор не успел рот раскрыть, как со стола отозвался пациент:

– Да дышу я, Галина Федоровна! Ведь если человек не дышит, он жить не может? А я, вроде, живой!

Куратор покачал головой и покрутил пальцем у виска. Аня выдохнула и подумала: «Вот дура-то, загляделась на соседний стол. А если бы мой и вправду дышать перестал? Что бы надо было делать?» Было ясно, что будь ты хоть трижды отличником, а между экзаменом и работой получается весьма большая разница. Правда, сомнения в правильности выбора специальности у неё не возникло, наоборот, прибавилось желания учиться. Стало ясно, что пока она не знает ничего. Однако позже выяснилось, что знать-то особенно было и нечего. Остановка сердечной деятельности – лобелин или цититон. Их почему-то считали сердечными препаратами. Закрытый массаж сердца? Это стали использовать через несколько лет. Остановка дыхания? Манипуляции руками больного. Дыхание «рот в рот»? это тоже через несколько лет. Никаких аппаратов, даже кислорода, подведенного в операционную, и того нет. Он только в кислородных подушках, от которых толку мало. Вот почему так не любят общий наркоз. О специалистах в этой области даже не думают. На наркозе обычно молодые врачи, опытные избегают его всеми способами. Может, поэтому так упорно держится местная анестезия. Правда, и проталкивают её всеми способами.

Время шло, а число вопросов всё возрастало. У кого спрашивать? У всех. Просветить никто не отказывался. Одна заведующая держалась строго. Как-то Аня задержалась на входе и услышала, как Андрей Львович, кивая в её сторону, сказал: «Вот ещё один молодой доктор» и услышал в ответ: «Воображает очень!». Вот и ещё сигнал, что надо строго держаться линии поведения. И Аня вспомнила, что как-то брякнула в ординаторской, что хочет научиться оперировать двумя руками, на что тот же Андрей Львович заметил:

- Ты сначала правой научись! ? Ну, и что тут скажешь? Не воображай?

Наступило время и первого дежурства. В приемное отделение, которое находилось совсем в другом корпусе, надо было добираться по размытой глинистой дорожке. Домовитый Валя спрашивал, почему тропинку не посыплют хотя бы шлаком. Ему объяснили, что неоднократно посылали просьбы в разные инстанции, но ответа так и не получили. А ещё старожилы упомянули, что зимой совсем плохо. В мороз приходится бежать из операционной, что чревато простудой, но и не это главное. Санитарки таскают по заледенелой дорожке носилки с лежащими больными, которых, бывает, и уронят. Слава богу, что в корпусе свой рентгеновский кабинет, а то пришлось бы топтать в рентгенцентр через парк в зимнее время. Кстати, через год организовали свое приёмное на том месте, где оно в прежнее время и было. И все вздохнули с большим

облегчением. Сразу отпала масса проблем.

А пока звонок по коммутатору раздавался с завидной частотой, приходилось накидывать на себя «гуньку», как выражалась старшая сестра, и бежать в подвал соседнего корпуса, куда непрерывно кого-то везли. После обеда был перерыв, но поздним вечером снова пошло поступление. Ночью оперировали аппендициты и прободную язву. Ребята менялись у операционного стола, но записать все не удавалось. Страшно хотелось есть в 2 – 3 часа ночи, но в ординаторской не осталось даже хлеба, который буфетчицы приносили, не жалея, на блюдо. Спать тоже хотелось, но во время работы это отходило на второй план. Студентов взяли третьими ассистентами на операции. А что? Пусть начинают учиться на производстве.

Утром после линейки Аня сидела над оставшейся не записанной историей болезни. В сон уже не клонило. Наступил новый рабочий день. Она пыталась не упустить ни одной подробности. Написаны жалобы, анамнез (история) заболевания. Перо начало цепляться. Где бы взять другую ручку? Рядом остановился Валя:

– Что? Думаешь, где бы она могла родиться?

Это была частая заморочка ? при большом количестве экстренных больных сразу – забыть спросить в анамнезе жизни, где родился пациент. В бланке истории такой вопрос был. За него Тоня тоже «цукала» студентов, и не только их.

Валя пришел из травматологического отделения. Туда отправили пожилую женщину с переломом шейки бедра. В то время операции в этих случаях практически не делали. Эти больные получали помощь путем наложения кокситной гипсовой повязки. Теперь это приспособление давно забыто, а в 50-х годах это был единственный способ обездвижить конечность. Повязка доходила до середины груди, занимала весь таз и пострадавшую ногу. Наложение её было верхом искусства гипсования. Для неё существовал специальный стол. Под крестец выдвигалась треугольная узкая пластинка, плечи держались на большой поперечине, ноги крепились на держалках. Все части стола были подвижными, а части тела свободными для наложения гипса. Повязка была массивной, высыхала не раньше суток. За это время развивался застой в легких и заканчивался нередко пневмонией, от которой погиб не один пациент. Полная обездвиженность в лежачем положении тоже играла свою отрицательную роль, особенно у пожилых. Нередко в таких случаях ограничивались деротационным

сапожком на больную ногу, что, в общем, тоже не улучшало состояния. В тот период перелом шейки бедра был, по сути, приговором. Валя ходил посмотреть, как накладывают такого рода гипс. Позже все субординаторы овладели техникой гипсования, в том числе и высшим пилотажем – кокситом.

Дописав историю, Аня поинтересовалась у ответственного дежурного, что еще можно сделать, и получила указание заняться молодым человеком из психиатрической больницы, который специализировался на глотании несъедобных для человека предметов. Посоветовал сходить с ним в рентгенцентр. В приемном отделении сидел щупленький юноша лет 18. Увидев Аню, он спросил, где Юра. Этого доктора он считал своим врачом. Аня ответила, что тот с сегодняшнего дня в отпуске, и пригласила пациента на рентген. Они шли по дорожке, и мальчик рассказывал ей о международной обстановке на сегодняшний день. Речь его была такой разумной, что Аня засомневалась, того ли ведет на исследование.

– Слушай, мне сказали, что ты проглотил авторучку у доктора. Это правда?

– Конечно!

– Как же ты это сделал?

– Показать? – Аня не успела оглянуться, как пациент нагнулся, схватил горсть крупной гальки и сунул её в рот. Глотательное движение, и камушки в желудке.

Мораль эпизода такова: подумай, прежде чем задать вопрос, и помни, кому ты его задаёшь. Это Аня решила оставить, как указание на будущее. В операционной у юноши извлекли 1,5 килограмма металлических деталей из панцирной кроватной сетки, 5 копеек и вышеупомянутую ручку без колпачка. На повторный вопрос, как ему удалось стащить ручку, он ответил:

– А им (докторам-психиатрам) уже давно запретили носить ручки в верхних карманах халатов.

Когда его возвращали в родную палату после подобных подвигов, он обычно просил положить его на определенную кровать – знал, которая сетка легче разбирается.

Время шло. Шестикурсники быстро вошли в коллектив. Они много дежурили в экстренные дни. Надо заметить, что областная больница по уставу не должна заниматься неотложной хирургией, но авторитетом профессора Минкина хирургическому отделению было разрешено три дня в неделю оказывать экстренную помощь одному из районов города. Кстати, у этого района не было на протяжении многих лет никакого стационара. А шеф просил об этом отступлении от правил в целях обучения будущих хирургов. Какая же хирургия без urgentной? Естественно, что поступали и особенно тяжелые больные из области.

Студентам довольно быстро стали доверять элементы оперативных вмешательств: разрез, ушивание операционной раны, анестезию и т.п. Через месяц они начали выполнять небольшие вмешательства, а затем аппендэктомии, грыжесечения, наложение свищей, ампутации. В середине года они стояли уже первыми ассистентами на серьёзных вмешательствах. И, конечно, все наркозы поручали им.

Набираясь опыта, Аня обратила внимание на ещё один его источник – операционных сестер. Самой опытной из них была Настенька. Она не имела специального образования и вышла из санитарок во время войны.

– Настенька, посмотри, кишка уже согрелась? Можно опускать? – Оперируется ущемленная грыжа.

– Ну, чё! Сами уже скоро врачи!

– Настенька, посмотри!

– Опускай! Страссется! ? больше никаких указаний не надо. Всё будет в порядке. На всю жизнь Аня сохранила благодарность к сестрам и никогда не считала их помощниками, а только равноправными участниками процесса.

И тут Аня сделала ещё одно открытие. Она обратила внимание на голубую жидкость в ампулах, которую капали в вену в особенно сложных случаях. На её вопрос об этом веществе Андрей Львович ответил:

– Это противошоковая жидкость Филатова. Она содержит в оригинальном составе 5%-ный спирт наряду с солями, а цвет – от метиленового синего. Шеф

заказывает её в нашей больничной аптеке с 10%-ным спиртом, за счет чего потенцируется, как он считает, действие местной анестезии. Кстати, если увидишь, что больной после операции мочится зеленой жидкостью, не пугайся. Это от метиленовой синьки.

И тут Аня вспомнила, как несколько дней назад немолодая ассистент из другой клиники несла стеклянную утку с зеленого цвета мочой, прижимая её к груди. На лице её был неподдельный ужас, и она обращалась к сестрам с вопросом, что это случилось с её родственником, что он начал мочиться зеленью. А ведь она и сама бы испугалась, если бы увидела подобное у своего больного. Хорошо, учтем на будущее.

Довольно быстро шеф кафедры начал приглядываться к студентам в расчете на отбор желающих заняться наукой. Аня показалась ему подходящим кандидатом. Он сам занимался нейрохирургией и предложил ей экспериментальную тему. Аня взялась за опыты на собаках, что закончилось потом диссертацией, и чего она не могла простить себе всю жизнь. Но послушаться в силу воспитания не посмела.

Во время эксперимента понадобился электростимулятор с определенными параметрами. Шеф подвел её к палате, где среди прочих вполне демократично расположился курчавый мужчина лет около 50. Он сидел по-турецки, приветливо поздоровался и немедленно принялся за прибор. Через 15 минут все было готово. Аня поблагодарила, подумав, что это был кто-нибудь из электриков. Через пару дней выяснилось, что это один из (можно бы сказать – известных, но оказался засекреченным) физиков-атомщиков. Он занимался оружием массового поражения. Пришлось побывать в местах весьма отдаленных. Ему очень хотелось вернуться на постоянную работу в Питер, в институт Иоффе. Это можно было сделать только через пребывание в провинциальном университете. Он выбрал Пермь. На кафедре физики работал зять шефа. Профессора познакомились. Шеф был совершенно очарован. Он с восторгом рассказывал, как физик первый раз пришел на кафедру, которой ему предстояло заведовать. Было рано. Дверь была заперта. Нимало не смутившись, он заложил в рот четыре пальца. Раздался разбойничий свист. Сбежались со всех сторон уже пришедшие на работу, среди них и лаборантка с ключами. Дверь открыли, а народ познакомился с новым профессором.

Надо сказать, что физик был личностью не простой. В раннем детстве его оперировали, но документов никаких не осталось. Он рано остался круглым

сиротой. Его пыталась воспитывать тетка, но он от неё сбежал. В школе толком не учился, беспризорничал. За ум взялся в юношеском возрасте и поступил лаборантом в институт, которым руководил А.Ф. Иоффе. Там он тоже начинал учиться в университете, но курсы на третьем соскучился и решил заняться диссертацией. К жизни у него был вообще научный подход. Как-то он решил съездить в отпуск на юг. Подсчитал свои ресурсы и в точности выдержал расклад: человеку надо в день 200г углеводов, не менее 50 г белка, витамины. Без жиров какое-то время можно обойтись, в крайнем случае, немного растительного масла. Из этого принципа он составил меню на день: хлеб (в столовой можно брать с тарелки, сколько хочешь), одно яйцо и 50 г зеленого лука (этот покупают на рынке, можно поторговаться). На таком рационе он выдержал около месяца, даже купался в море. Ребята, которые через короткое время висели на нем гроздьями, смеялись, но он, если и приврал, то слегка. Между делом были починены все приборы, рассказана масса интереснейших гипотез и из физики, и из других областей, объяснено, почему лопается мыльный пузырь и какое это имеет значение в производстве автомобильных шин. От шефа узнали, что за кандидатской диссертацией последовала докторская, но когда его представили в член-коры, выяснилось, что документов об окончании школы и университета нет. На этом все и остановилось. Тем временем выяснилось, что физик всю жизнь страдал приступами кишечной непроходимости. Его обследовали аж в «кремлевке», но так и не разобрались. Шеф вместе с начальницей кафедры рентгенологии докопались до диагноза. Его взяли на операцию, где подтвердилось, что в детстве был наложен анастомоз над врожденной стриктурой толстой кишки. Над анастомозом сформировался большой каловый камень, который временами перекрывал пассаж. Патология была ликвидирована. Всё обошлось без осложнений. Перед своей операцией физик ходил в операционную и восхищался.

– Ребята! Физика – это ерунда! Вот острый аппендицит – это да! Я спрашиваю хирурга: «А как же кишки, которые у вас в руках?». А он мне отвечает: «А они сами там разберутся!». И быстренько, раз-раз, засовывает их обратно.

Это он предварительно изучал, что его ждет. К выписке из больницы университет дал ему 4-комнатную квартиру в новом Доме научных работников. Он немедленно позвал всю молодежную хирургическую компанию к себе в гости. За неимением мебели сидели на полу, что-то пили и ели. Было как всегда интересно. Но к концу ребята притихли, почувствовав, что это в последний раз. К нему приехала жена, осмотрелась и местопребывание не одобрила. Вскоре физик отбыл в Питер, оставив о себе добрую память и работающие приборы.

Во время освоения хирургической техники Аня по расписанию работала в травматологическом отделении. Этот год отличался необыкновенно большим количеством детей с косолапостью.

Раньше с этой аномалией в клинику поступали в подростковом возрасте и старше. Им делали клиновидные резекции костей стопы. Результаты были так себе. Субординаторам пришлось осваивать новую для клиники операцию на сухожильно-связочном аппарате по Зацепину. Эту операцию выполняли чуть ли не у годовалых пациентов. Операция была изящной и не такой травматичной, как клиновидная резекция. Больных было много, и половина отделения ковыляла в коридоре. В свой последний на Урале год на кафедре работал доцент, но уже защитивший докторскую, Михаил Сергеевич Знаменский. Это был замечательный хирург во многих областях специальности, очень образованный и интеллигентный врач. Судя по фамилии, он был из семьи священников. Позднее Аня узнала, что он староста в единственной действующей в городе кладбищенской церкви. Он постоянно что-то цитировал по-французски и, глядя на ошарашенные физиономии слушателей, немедленно переводил. Старшим было понятно, что абсолютное незнание иностранных языков у населения – задача государственная. Научи их, так они, ведь, и чужую газету при железном-то занавесе прочесть смогут и поймут, что несчастные угнетенные трудящиеся на загнивающем Западе не так уж и несчастны. А мировая революция тогда зачем? Многие остепененные преподаватели учились в классических гимназиях, где изучали четыре языка, они и читали зарубежные журналы. Шеф, постоянно бывая в институтской библиотеке, приносил оттуда «их» журналы, протягивая Ане, говорил, какую статью следует прочесть. Видя тоску в её глазах, махал рукой. Пришлось брать словари и садиться за перевод. Впрочем, к концу года она уже с трудом, но справлялась. Так и привыкла постепенно читать на английском специальную литературу.

В операционной дела шли неплохо, но скоро стало ясно, что без личной инициативы будет значительно хуже. Правда, попросить что-то сделать самому, можно было не у всех. Роза Михайловна, например, никому не давала узел завязать, приговаривая при этом: «Я за эту операцию отвечаю». А вот у Михаила Сергеевича можно было попросить сухожилие сшить. Он любезно разрешал и помогал, если надо. Это много позже Аня поняла, сколько надо снисходительного терпения, чтобы доверить студенту с трясущимися от страха неумелыми руками что-то шить и вязать на операции, за которую ты отвечаешь. А ещё она усвоила, что хирургия – дело общественное. Когда на входе тебе улыбнулась операционная сестра, становится ясно, что все будет нормально, а уж если Галина Федоровна помогает (на самом деле, учит тебя), то и вовсе свет

в окне. И ещё позже она поняла, что работа в большом отделении, где есть кого спросить и кого позвать в тяжелом случае, даже не сравнима с хирургией в маленькой больнице, где ты один. Как-то она помогала на резекции желудка заведующей отделением, опытному хирургу, но «с ножом наперевес». Радикализм её переходил все границы. Желудок был сильно растянут. Аня на этом этапе еще не очень разбиралась, что там отрезают и к чему подшивают. Резекции делали каждый по-своему в деталях. Всё же ей показалось, что связки уже все перевязаны, остался пищевод. Оператор задумалась и решила пересечь и его. Аня открыла было рот и тотчас его захлопнула: мала ещё голос подавать. Перерезав пищевод, заведующая поняла, что сотворила. На соседнем столе работал Знаменский.

- Михал Сергеич! - в голосе послышались истерические нотки.

- Сию минуту! Что у Вас? Ах, пищевод. Сейчас перемоюсь. Не волнуйтесь. Всё поправим.

Не «Дура баба! Куда тебя понесло? Глазами смотреть надо!», как могло быть, правда, не в этой клинике. Здесь не повышали голоса и не ругались. «Не волнуйтесь», и готовые пролиться слезы остановились. Дальше все действительно «поправили», т.е. доцент сделал гастрэктомия, которую «зава» делать не умела.

А тут появилась новая забота. В отделении стали появляться больные с хроническими гнойными заболеваниями легких. Ещё на третьем курсе в лекции по патанатомии профессор Коза говорил, что таковые представляют крайнюю редкость и приводил в пример великого пролетарского писателя Максима Горького, которого лечили всю жизнь от туберкулеза. Справедливость требует уточнить, что у Горького был посттравматический пульмонит. Он в девятнадцатилетнем возрасте стрелялся с суицидальной целью, после чего нелеченное ранение осложнилось нагноением. Но долгое время гнойные процессы обходили легкие стороной. А в 50-е годы эта патология стала нарастать и, по всей вероятности, не без появления антибиотиков, как это расценивали позже. Заболевание требовало хирургического лечения. Однако под местной анестезией рисковали оперировать только такие корифеи, как Углов. Аня в каникулы ездила в Питер и была там на его операции. В обычных клиниках к грудной клетке предпочитали не прикасаться. При ранениях воздух, попадая в грудную полость, вызывал немедленные нарушения функции дыхания. Это называли «плевропульмональным шоком». Никакой аппаратуры,

которая помогла бы бороться с этим состоянием, даже не предвиделось. О дренировании плевральной полости как-то не догадывались. Поэтому подобные больные не получали соответствующей помощи. Позже это называлось пневмотораксом и ликвидировалось пункцией или введением в плевральную полость дренажей. Появились новые термины: абсцессы легких, бронхэктатическая болезнь, хроническая эмпиема плевры.

С такой многолетней патологией поступила в Анину палату шестнадцатилетняя девочка. На рентгеновском снимке с контрастным веществом был обнаружен бронхиальный свищ, который открывался в большую гнойную полость в плевре. Выход был один – торакопластика, т.е. удаление ребер над полостью, которая спадется и ликвидирует гнойный процесс. Спустя годы Аня поймет, что у девочки были уже необратимые изменения в организме. Было решено, что торакопластику будут проводить поэтапно. Чтобы сделать резекцию двух ребер, не обязательно задействовать операционную, можно и в гнойной перевязочной, естественно, под местной анестезией. Никого, кроме перевязочной сестры, в помощь не поставили. Аня анестезировала линию разреза и начала выделять ребро. Возникла остановка дыхания. Пока Аня пыталась раздышать пациентку, сестра догадалась выглянуть в коридор и послать за заведующей. Та примчалась немедленно, наладила капельницу, ввела что-то, что оказалось под рукой. Все было бесполезно. Девочка умерла от остановки сердечной деятельности. Анализируя случившееся, Аня поняла, что больная была плохо обследована. У нее, конечно, был уже амилоидоз со всеми вытекающими последствиями. Подготовки никакой она не получила. Оперировать такую больную в перевязочной, даже имея в виду минимальное вмешательство, было нельзя, нужно было обставить манипуляцию всеми возможными способами, которых тоже почти не было. И, главное, нельзя было доверять операцию студентке, не имеющей ещё достаточного опыта, тем более, оставив её в одиночестве. Она помнила потом эту девочку всю жизнь. И день за днем становилось все более ясно, что местная анестезия тормозит развитие хирургии, буквально не пуская врача в грудную полость, череп, сердечно-сосудистую систему.

Шло время. Наступила очередь поликлиники, где был консультативный прием. Шеф обычно на все ближние консультации брал с собой студентов, за что ему «большое спасибо» не раз потом сказали молодые врачи. Ему везло на редкие случаи, а он ими с удовольствием занимался. Так Аня познакомилась с аномалией, носившей название «добавочное ребро». В отделение из поликлиники поступила девочка 9 лет с болями в правой руке и частыми онемениями пальцев на ней. Пришлось почитать журналы, где описывались

чаще всего единичные случаи аномалии. На снимке было видно удлинение поперечного отростка седьмого шейного позвонка, который при отведении руки в сторону прижимал подключичную артерию. Возникла ишемия со всеми проявлениями. Этот случай Ане пришлось демонстрировать на областном хирургическом обществе. А следом она получила задание собрать всех больных с нагноительными процессами в легких за последние 2 года и сделать доклад на том же обществе о новых методах обследования и лечения, в основном терапевтического, с применением новых антибиотиков. Так её начали готовить к занятию наукой. Доклад сопровождался показом таблиц. Если были картинки, их демонстрировали с помощью чудесной машины – эпидиоскопа. Для этого было необходимо изготовить картинку на стекле. Слайд ставили позади объектива, картина отбрасывалась четкая, но машиной надо было овладеть, а слайды помогали делать профессиональные фотографы.

По поводу применения антибиотиков шеф упорно предупреждал своих подопечных:

– Ребята, осторожней с антибиотиками. Не суйте их везде по поводу и без повода. К их применению должны быть серьезные показания. Мы ещё наплачемся от тяжелых осложнений, а чем всё закончится – никто пока не знает. – Как в воду смотрел шеф.

Аня многому научилась за время работы в клинике, главное – это была обстановка абсолютной порядочности. Основой коллектива было полное отсутствие любых элементов подковерной борьбы. Основную роль играло поведение шефа. Профессор никогда не слушал доносов в любой их форме. Он просто выгонял из кабинета, так что у любителей «прояснить ситуацию» отпадало всякое желание. Межличностные конфликты временами возникали, но разрешались они чаще всего всенародно, иногда с броскими историями болезни в ординаторской, но не более того. При этом ругались громко, но не допускали непарламентских выражений. Повзрослев, Анна нередко размышляла о том вреде, который принесла тепличная обстановка в клинике в плане воспитания молодого поколения. Когда она попадала в другой коллектив, трудно было перестраиваться, не поддаваться на провокации, не ляпать того, что думаешь, никому не доверять. Не раз вспоминала она шефа, но оправдывала его. Он пришел в клинику из коллектива, где была та самая обстановка доносов и интриг.

Конец ознакомительного фрагмента.

Купить: https://tellnovel.me/ru/palatova_lyudmila/v-nachale-puti

Текст предоставлен ООО «ИТ»

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию: [Купить](#)