

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

Евгений Антонович Вагнер

Раздумья о врачебном долге

*Тот, кто избрал профессию, которую он
высоко ценит, содрогнется при мысли, что
может стать недостойным ее.*

Карл Маркс

Размышления известного хирурга, члена-корреспондента АМН СССР о высоком предназначении врача, о качествах, необходимых человеку, избирающему медицину делом своей жизни.

Эта книга обращена в первую очередь к молодежи, стоящей перед выбором профессии, на пороге ответственных самостоятельных решений.

«Сила врача — в его сердце, в любви к человеку. Я глубоко убежден, что решающим и определяющим качеством врачебной работы является культура собственной личности».

академик Е.А. Вагнер

«В наши дни, когда проявляется кризис доверия к медицине, особенно нужной и современной окажется книга профессора Е.А. Вагнера о враче, какой он есть и каким ему следует быть. Мы не вправе забывать о том, что никакая техническая вооруженность сегодняшней медицины не заменит чуткого сердца врача, его доброй души».

академик Б.В. Петровский

Содержание

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Клятва на верность..... | 3 |
| 2. Каковы же мотивы поступления в медицинский ВУЗ?..... | 6 |
| 3. Светя другим, сгораю сам..... | 16 |
| 4. Зачем врачу философия..... | 24 |
| 5. Черты характера суть черты профессиональные..... | 27 |
| 6. Оптимизм — чтобы верить и продолжать борьбу!..... | 41 |
| 7. Только сердцем..... | 42 |
| 8. Врачебная мудрость Древнего Ирана гласила: «Три орудия есть у врача: слово, растение и нож»..... | 48 |
| 9. «Доктор, не забывайте сомневаться!»..... | 56 |
| 10. Знать о жизни все..... | 72 |
| 11. Трудиться и дерзать..... | 81 |
| 12. Совесть. Честь. Долг..... | 91 |

Клятва на верность

Какие они красивые, эти современные молодые люди! Рослые юноши с крутым разворотом плеч и уверенной, независимой походкой, девушки с блестящими глазами — они и вправду хороши, наши выросшие дети. Я каждый раз невольно отмечаю это, наблюдая в летнюю и предосеннюю пору за возбужденной толпой абитуриентов, поздравляя первокурсников, напутствуя выпускников.

Я смотрю на них с верой, надеждой и... тревогой.

Крепко верю в то, что эти умные, такие славные молодые люди не случайно перешагнули порог медицинского института. Очень надеюсь, что они продолжают благороднейшие традиции нашей профессии. И — что скрывать! — всегда тревожусь: хорошо ли понимают они, на какую стезю ступили?

Стезя... Старинное, несовременное слово. Говорят, не очень жалует наш прагматический век торжественные словеса. Но есть слова, высота и торжественность которых абсолютно точна и единственно применима. Когда мы говорим о профессиях, прямо связанных с жизнью человека, мы произносим «служение», мы не стесняемся сказать «стезя», — и нет слов, которые точнее выразили бы высокий смысл этих профессий.

Однако почему «профессий»? Ведь я веду речь только об одной, только о своей профессии, о деле, которому служу около полувека. Служу как лечащий врач, систематически оперирующий хирург. Как ученый, пытающийся для сегодняшних и будущих медиков пролагать новые, более плодотворные пути помощи людям. Наконец, как воспитатель, учитель врачей — по долгу профессора и ректора института.

Наверное, именно такое тесное соприкосновение с разными сторонами своей профессии и заставляет меня часто задумываться и размышлять о врачебном долге, беспокоиться, сознают ли его те, кто заполняет сегодня студенческие аудитории, готовы ли воспринять его те, кто мечтает о белом халате врача.

В ребятах, которые толпятся у дверей нашего вуза, пока еще намешано многое, и перепутались в их умах и душах расчет и романтика, прозрения и заблуждения, однако логика современного развития такова, что все больше среди них обнаруживается людей самостоятельных, таких, которые учатся размышлять и принимать решения, строить свою судьбу и искать свое место в обществе, защищать свое человеческое достоинство и уважать личность в другом.

Вот на тех, кто сомневается, но ищет доказательства своей правоты, кто хочет овладеть одной из самых прекрасных профессий на земле и понять ее существо, а значит, и свое человеческое предназначение, и рассчитан этот разговор.

Мне кажется, он необходим и современен и потому, что молодые, мечтающие сегодня о врачебном деле, должны сознавать: на их долю ложится еще одна благородная, но и тяжкая задача — возвращать отечественной медицине частично утраченный ею общественный авторитет, пополнять заметно иссякший кредит доверия. В этой утрате виноваты — если, по сложившейся у нас традиции, непременно искать виноватых — далеко не только сами врачи.

Нет, я ни в коей мере не хочу оправдать равнодушие, черствость, «замотанность», халатность иных своих коллег или, к несчастью, иных учеников своих. Однако наше общество поставило медицину в такие нищенские рамки, что зачастую и отдачу получает равноценную. Это ведь удивительный парадокс: люди, определяющие пути развития нашей

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

страны, на разных уровнях руководящие им, все эти десятилетия относились к проблемам медицины так, словно сами они неуязвимы и бессмертны. (Объяснение этого парадокса, вероятно, все-таки не столько в объективных трудностях, сколько и в том, что этим кругам, как правило, было доступно особое лечение и медицинское обеспечение.)

Величайшее из социальных завоеваний — бесплатное лечение — породило односторонние требования к лечащим.

Только в последние годы достаточно громко зазвучали голоса в поддержку медицины, которая терпит обиды со стороны финансистов, строителей, промышленности, публики, превратно судящей о ее возможностях.

При пересчете на валовой национальный продукт наша страна тратит на здравоохранение меньше по сравнению не только с капиталистическими странами, но и теми, которые совсем недавно были социалистическими. Формирование централизованных фондов потребления настолько оторвано от качества медицинской помощи в республике, городе или на предприятии, что «это привело практически к полной экономической незаинтересованности в улучшении и сохранении здоровья как со стороны отдельного гражданина, так и со стороны предприятия, на котором он работает.

От бесплатной, вернее, "ничего не стоящей", медицины мы пришли к "ничего не стоящему" здоровью трудящихся...

Отсутствие экономической заинтересованности привело к снижению среднего уровня подготовки медицинских работников, социальной престижности профессии и соответственно — к снижению уровня медицинской помощи. То есть к дефициту высококвалифицированных работников при общем избытке врачей».

Врач-подвижник может существовать в обществе, подвижнически заботящемся о нем. Вспомним великого нашего древнегреческого прародителя Гиппократата:

«Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропроходящ, опыт обманчив, суждение трудно. Поэтому не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности».

Именно так — и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства, на которые, увы, не слишком пока щедро наше общество. Сегодня оно ищет пути, оно готово возвращать свои долги медицине. Надеюсь на это!

А кто погасит долги медицины? Тот, кто готов в любых обстоятельствах выполнять долг врачебный. Долг же этот превышает профессионального.

Вот о нем я и хочу поговорить с молодежью, готовой ступить на дорогу, которой иду так давно и иной дороги не желаю.

Есть еще одна причина, побуждающая к этому разговору. У меня были хорошие учителя в работе и в жизни. Среди них — многих! — первым я называю Александра Александровича Росновского.

Это был удивительный человек. Врач, фанатически преданный своей профессии. Подлинный советский интеллигент, человек высочайших жизненных принципов. Его широкая образованность, трогательная, чуть старомодная вежливость, предельная скромность и

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

непреклонная страстность во всем, что касалось медицины, прямо-таки беспощадность ко всякому полужнанию никогда не подавляли, а заставляли подтягиваться, становиться умнее, сильнее, справедливее.

Общение с ним неизменно обогащало и, я бы сказал, облагораживало. Он был совестью нашего коллектива. До последнего дня своей жизни — а умер Росновский в возрасте 91 года — он поражал меня своей творческой целеустремленностью, огромной внутренней дисциплиной, умением подчинять свои интересы больным. Он не терпел праздности и безделья.

Когда меня увлекли проблемы деонтологии — «науки о должном», — проблемы взаимоотношений больного и врача, взаимозависимости профессионального и нравственного в облике врача, — Александр Александрович заставил заняться этим всерьез, обобщить свои мысли и наблюдения. Вместе с Росновским мы написали книгу «О самовоспитании врача», и она выдержала несколько изданий.

Александра Александровича уже нет. И вот я снова обращаюсь к материалам той книги, к вопросам, над которыми мы задумывались и работали вместе, к его личным воспоминаниям. Возобновить и продолжить разговор о врачебной чести, о трудном счастье человека, посвятившего жизнь медицине, я считаю долгом перед памятью своего старшего друга и учителя. Хочется снова вспомнить имена, слова, деяния тех, кто является гордостью мировой, советской и русской медицины, примером для врачей всех поколений.

Может быть, разговор этот поможет кому-то укрепиться в стремлении преодолеть любые трудности, утвердиться в своем призвании, а кому-то — и отказаться от невыношенного, ошибочного решения. Что ж, для этого тоже необходимо мужество.

В нашем институте нередко практикуется различного рода анкетирование абитуриентов и студентов. Чаще всего в таких анкетах повторяются вопросы: «Что привлекает вас в профессии врача?», «Как появилось у вас желание стать врачом?», «Каковы мотивы поступления в институт?»...

Ответы на эти вопросы всегда интересны воспитателям будущих медиков, озабоченным правильной профессиональной ориентацией своих будущих учеников. Но, наверное, это еще полезнее для самих молодых людей, как вообще полезно человеку задумываться над своими жизненными шагами и решениями: прав ли я в выборе, верно ли представляю свое будущее, достаточно ли сил для этого шага?

Такая самопроверка, трезвый самоанализ необходимы каждому. Всякое решение надо выстрадать, и поэтому его надо обязательно подвергать сомнению. Подлинной веры никакое сомнение не подорвет, оно только укрепит эту веру, потому что, доказывая свою правоту, ищешь аргументы для себя. Себя же обмануть в таких жизненно важных вещах довольно трудно: все равно будешь знать, где слукавил. К тому же очень важно к одному и тому же вопросу возвращаться с какими-то значимыми перерывами, когда твое знание о нем раз от разу становится шире и предметнее. Если и через год, и через три, и через пять ты способен искренне повторить то, что сказал вначале, значит, в выборе пути не ошибся. А это немалый повод для необходимого человеку чувства собственного достоинства, для самоуважения.

Вот передо мною «Карты собеседования с абитуриентами». Их заполнили девятнадцати-двадцатилетние девушки и юноши, поступающие на подготовительное отделение института.

Каковы же мотивы поступления в медицинский ВУЗ?

«Желание своими руками делать добро».

Отлично!

Но делать людям добро своими руками можно всюду. И что за этим, поди угадай: розовая романтика, приспособленчество своего рода — готовность написать то, чего от тебя ждут?..

«Желание облегчить страдания людей».

Так, вот это уже ближе. Но откуда у нас представление о медицине только как о сфере работы с людьми страдающими? Выходит, здоровым врач не нужен?

«Хочу, чтобы увеличилась продолжительность жизни людей, чтобы повышалась их работоспособность...»

Перспективная, правильная мысль. А здесь еще точнее:

«Хотел бы изучать и изучить человека. Делать больного здоровым, а здоровому помогать совершенствоваться».

«Работала санитаркой. Окружали меня в основном хорошие люди. Но были и грубые врачи. Хочу лечить людей хорошо и быть к ним доброй».

Доказательства от противного? Ну, что ж, и так может быть, если этим доказательством станет собственная жизнь.

В нашей профессии немало династий. Вот и теперь поступают в институт чьи-то наследники:

«Хочу, как мама, посвятить свою жизнь медицине».

«Бабушка была врачом, погибла в Великую Отечественную войну. Хочу продолжить ее дело».

И еще, и еще...

«Никогда не могла спокойно смотреть на страдания людей, хотелось помочь...», «Желание приносить людям облегчение, особенно детям...», «Это мое призвание. Проверил его работой в «Скорой помощи»...

Карт-анкет множество, ответы в разной степени подробны и откровенны, но главный мотив — желание быть полезным людям — читается во всех. А вот анкеты, заполненные четверокурсниками лечебного факультета, — и снова на вопрос, чем был продиктован их выбор, звучит ответ: стремление приносить пользу людям, способствовать тому, чтобы жизнь людей не омрачалась болезнями, страданиями, была счастливой и радостной.

Наш вуз — один из труднейших. Я не хочу принизить никакой другой институт, но ведь это бесспорный факт: путь к профессии у нас дольше, объем обязательных курсов больше, не

говоря уже о той особой ответственности, которая ложится на плечи человека с новеньким врачебным дипломом. Однако ежегодно в двери медицинских институтов стучатся сотни юношей и девушек. Многие из них, возможно, не соотносят свои поступки и мысли с мыслями и поступками своих великих предшественников, но мы находим в истории медицины, как и в истории человечества, прекрасную традиционность, убедительную повторяемость.

Возвышенные мотивы были решающими при выборе жизненного пути и для лучших представителей мировой медицины.

Выдающийся русский хирург, основатель первого специального отечественного журнала «Хирургический вестник», профессор Николай Александрович Вельяминов семнадцати лет пошел на тяжелый конфликт со своей аристократической семьей и поступил на медицинский факультет Московского университета.

Долгое время любимым занятием юного Николая Пирогова была игра в «лекаря». Игрой этой он увлекался, даже будучи студентом (правда, было ему тогда неполных пятнадцать лет). Сам Пирогов полагал, что эта детская игра предопределила его будущее. А будущее общеизвестно: великий русский анатом, педагог, общественный деятель, основатель военно-полевой хирургии, участник Севастопольской обороны, франко-прусской и русско-турецкой войн, Пирогов впервые провел операцию под наркозом на поле боя, ввел неподвижную гипсовую повязку... И еще много было этих «впервые», «первым из хирургов». Он был и остается гордостью отечественной медицины.

Еще одна важная черта, которая пригодится нам в этом разговоре: самоотверженно любил он своих больных — иначе не скажешь. И они платили ему беззаветной верой.

Одна из первых медицинских сестер, приехавших в осажденный Севастополь в 1854 году, А. М. Крупская, вспоминала: «Как родной отец о детях, так он заботился о больных, и пример его человеколюбия и самопожертвования сильно на всех действовал; все одушевлялись, видя его: больные, к которым он прикасался, как бы чувствовали облегчение...

Солдаты прямо считают Пирогова способным творить чудеса. Однажды на перевязочный пункт несли на носилках солдата без головы; доктор стоял в дверях, махал руками и кричал солдатам: «Куда несете? Ведь видите, что он без головы». «Ничего, ваше благородие, — отвечали солдаты, — голову несут за нами; господин Пирогов как-нибудь привяжет, авось еще
пригодится
наш
брат-солдат...»

История нашей профессии знает немало примеров и того, как благородные принципы медицины заставляли людей, имевших поначалу совсем иные планы, в корне изменить их. Прославленный терапевт Сергей Петрович Боткин в молодости мечтал о математическом факультете и медиком стал словно бы случайно: по приказанию Николая I, в связи с революционными событиями, охватившими некоторые страны Европы в 1848 году, был временно прекращен прием студентов в Московский университет на все факультеты, кроме медицинского.

Но уже первое знакомство с медициной повлияло на устремления Боткина.

Австриец Теодор Бильрот обладал выдающимся музыкальным талантом, собирался посвятить свою жизнь искусству и только по настоянию матери получил медицинское

образование. А стал одним из корифеев хирургии.

Точно так же создатель хирургической эндокринологии советский ученый Владимир Андреевич Оппель: к музыкальной карьере его влекли семейные традиции и незаурядные способности, но Оппель оставил музыку ради медицины. Многолетние мечты о мундире военного не помешали француз Рене Леришу стать хирургом-экспериментатором, «служить человеку, думая только о его боли, страданиях, его незащищенности в схватке со страшным чудовищем, каким является болезнь».

По-разному приходят люди в профессию, в том числе и нашу. Бывают такие, что с детских лет о ней мечтали, а исполнилась их мечта — и вдруг постигает жестокое разочарование. А бывает и наоборот: по воле случая оказался человек студентом медицинского вуза, да и прикипел сердцем, и стала медицина не только его делом, но и его судьбой.

Я знаю таких. Да что знаю — со мною самим именно так и было. Окончив школу, я собирался в технический вуз, но заболел, пропустил сроки вступительных экзаменов и случайно наткнулся на объявление о приеме в медицинский.

Помню, как протянул свои документы секретарю, а она — была такая старушечка Кожевникова — говорит:
— Поздно ж ты пришел... — Потом заглянула в документы — оценки отличные. Поглядела на меня, шестнадцатилетнего, и пошла к декану: — Тут мальчик пришел. Жаль мальчика...
— Дайте ему экзаменационный лист, — сказал тот.

И зачислили-то меня в тринадцатую группу, и первые лекции по анатомии мне страх как не понравились: перед лектором на столе лежал труп старика, терпкий запах формалина мешал сосредоточиться. Совсем было сбежать собрался, еще и двух товарищей сговорил.

Да тот же декан, к которому мы явились с просьбой возвратить наши документы, на нас и цыкнул:

— Марш сейчас же на лекции!

Мы сидели как наказанные, притихли... Чего испугались — до сих пор не понимаю. Но спасибо ему!

А уж потом было все — и первая научная работа в институтском кружке, и старая, бывшая земская, больница в Компанеевке на Кировоградчине, и война, с 22 июня 1941 года — фронтовой эвакогоспиталь... И ни разу уже не возникала мысль, что взялся не за свое дело. Оно — мое. А мое дело — это моя жизнь.

Так что бывает по-разному. Конечно, хорошо, если человек с самой ранней юности готовит себя к будущей профессии, а если говорить о нашей, подумаем-ка вместе, как же готовиться именно к ней.

Не будем упоминать, как о вещи необходимой и бесспорной, о прочной общеобразовательной подготовке. Остановимся на некоторых принципиально важных моментах.

В первую очередь, надо крепко осознать, ДЛЯ ЧЕГО в современном мире, в нашем обществе существует медицина. В чем состоит ее высший гуманизм? Понять это — значит, определить и конкретное свое назначение.

Очень часто юными людьми владеет ложноромантическое представление о медицине. В их воображении живет некий навеянный не лучшими кинофильмами образ: вот стремительно (полы халата развеваются!) спешит коридорами клиники (не сельской же больницы!) молодой доктор, весь энергия и «божия гроза», или вот в дверях операционной он сидит

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

усталой рукой маску и говорит сакраментальное: «Будет жить...» Избравшие медицину мечтают не меньше как спасти страждущее человечество, находиться на самом острие жизни и смерти. Наивность подобных мечтаний не так проста и безобидна, как кажется. И проистекает она не только из чтения плохой литературы, но и из расхожего, ставшего бытовым, представления о роли медицины вообще и врача в частности.

Великим деятелям отечественной науки принадлежат поистине провидческие формулировки в определении важнейших идей медицины наших дней.

Вспомним слова Сергея Петровича Боткина: «Главнейшие и существенные задачи практической медицины — предупреждение болезни, лечение болезни развившейся и, наконец, облегчение страданий больного человека. Единственный путь к выполнению этих высоких задач — изучение природы, изучение здорового и больного человека...» «Предупреждение», «изучение здорового»... Уже сто лет назад великий клиницист словно предвидел утверждение профилактической медицины, которая имеет дело преимущественно со здоровыми людьми.

«Как же так? — удивится иной абитуриент или первокурсник. — О чем вы: медицина для здоровых?» Нет, конечно, не так буквально. Скажем шире: медицина для блага людей, всех людей. В этом и состоит ее высший гуманистический принцип.

Я позволю себе большую, но точную цитату из интересной книги медиков и философов О. П. Щепина, Г. И. Царегородцева и В. Г. Ерохина «Медицина и общество» о том, что же составляет содержание современной медицины как комплекса наук и направлений практической деятельности.

Итак, «в круг интересующих ее вопросов входят: — состояние соматического (телесного) и психозмоционального благополучия человека, т. е. его здоровье, — физиология человека и медицинская психология; — нарушение состояния здоровья, т. е. болезнь, — общая и частичная патология; — распознавание этих различных состояний жизнедеятельности человека — диагностика; — лечение болезней — клинические дисциплины; — предупреждение болезней — профилактика в узком смысле (как текущая поликлиническая и диспансерная деятельность) и различные отрасли гигиены; — условия сохранения здоровья и предупреждение заболеваемости — социальная гигиена, или профилактика в широком смысле слова».

Круг, казалось бы, обширен, но он и замкнут! Он замкнут на общественном здоровье и здоровье человека.

Однажды в письме к А. Д. Цюрупе Владимир Ильич Ленин назвал здоровье человека «казенным имуществом». Из этого и должно проистекать отношение к здоровью в обществе. Отсюда и кардинальные проблемы медицины — сохранение здоровья, борьба с болезнями — обретают важнейший социальный смысл.

Ведь для чего необходимо человеку здоровье? Для того, чтобы как можно шире и полнее реализовать себя. А что такое бороться с болезнями? Это значит устранять те ограничения, которые не дают человеку вести полноценную жизнь. Что такое предупреждение болезни? Охрана человека как существа деятельного от возникновения этих самых ограничений. Поддержание исходного уровня здоровья, «конструирование» здоровья — все это формы жизнеутверждающего направления медицины, и все они требуют активного участия врача.

Вопросы профилактики заботили врачей во все века. Еще Авиценна сказал: «Здоровье сохранять — задача медицины, болезней суть понять и устранить причины». Но привычная профилактика всегда ориентировалась только на болезнь, выясняла, нет ли чего вредного вокруг и в самом организме.

Современная же профилактика должна быть направлена на здоровье человека в строгом смысле этого слова: каково оно, есть ли скрытые и явные резервы для долгой и активной жизнедеятельности, как их лучше использовать. Залог социальной и трудовой активности людей — в обеспеченности их здоровья, планируемой и последовательной заботе об их здоровье.

И здесь снова приходится вспоминать о наших социальных проблемах. Где кончается забота государства о здоровье своего гражданина и начинается работа медика — профилактическая или лечебная? К большому сожалению, общество, решая задачи создания и роста своей индустриальной и военной мощи, слишком часто пренебрегало губительными для человека результатами некоторых шагов в этом направлении.

Не тема этой книги — наши преступные экологические просчеты, расправа с живой и животворной средой обитания — лесами и реками.

Не тема этой книги — продовольственные затруднения, крайне обеднившие, сделавшие скудным и однообразным наш рацион. Не тема этой книги — плохие условия труда на производстве и низкая культура отдыха, отсутствие культа здорового образа жизни.

Однако последствия всех этих в масштабах страны глобальных обстоятельств множат «болезную» часть общества, востребуют все больших и больших усилий медицины, непрерывно поставляя ей «материал», увы, не для профилактики, а для непосредственного врачебного вмешательства. Однако вопреки этим условиям врач — даже самый узкий-преузкий специалист — должен мыслить категорией здоровья, категорией профилактики. Это, как в юриспруденции презумпция невиновности, исходная позиция, от которой врач начинает определять меру пораженности организма, степень отклонения от нормы и искать верный путь возвращения к норме.

Врач-гражданин, человек с государственным складом мышления — вот какой медик нужен нашему обществу. И здесь нет ни малейшего преувеличения, идет ли речь об участковом враче, клиницисте или ученом.

Все это, несомненно, должен понимать молодой человек, мечтающий о медицине, о врачебном поприще. От такого осознания его представления о ней, я думаю, не станут менее романтическими, возвышенными — наоборот, его будущий труд должен предстать перед ним еще более значительным: ведь понятие общества шире, чем образ лишь его страждущей, болеющей части; служить обществу, заботиться о его здоровье как государственной ценности — дело ответственное.

Высокую гражданскую ответственность и необходимо сознавать во всей полноте, готовясь к труду в медицине.

Но в жизни перед врачом предстает, как правило, реальный, конкретный человек, зачастую жалкий и жалующийся (а мы ведь и сами провоцируем его на это, вспомните: «Ну-с, на что жалуетесь?»), ослабленный явной или предполагаемой болью, испуганный тем непонятным, что происходит с его единственной телесной оболочкой... Как проверить, готов ли ты к встрече с этой реальностью?

Вот пишут абитуриенты: «Чувствую, что медицина — мое призвание». А мы больше верим, когда написано: «Знаю, что это мое призвание», — и в графе о стаже работы не прочерк, а фигурируют два-три года, проведенных в больнице, роддоме, на станции «Скорой помощи», работа в армейском медпункте, учеба в медучилище...

Призвание к медицине можно проверить только самой работой в медицине, чтобы увидеть, как она трудна, и не разочароваться, а укрепиться в своей мечте.

Есть суворовская поговорка: «Тяжело в учении — легко в бою». Будущего врача она утешать не должна, ибо к медицине неприменима! У нас и в учении тяжело, и «в бою» трудно. Член-корреспондент Академии медицинских наук СССР Б. Д. Петров замечает: «Чтобы молодежь приходила в медицинский вуз по призванию, нужно поменьше распространяться о преимуществах медицины и профессии врача и почаще напоминать, что врач — одна из труднейших профессий».

Совершенно с ним согласен, и, наверное, весь наш сегодняшний разговор как раз об этом. Да, трудна и ответственна сама работа. Но трудность состоит еще и в том, что знаний и умений, полученных в институте, как бы добросовестно они ни приобретались, врачу всегда будет мало: наука о человеке все время расширяет свои границы, а конкретный опыт приносит все новые и новые знания. Учиться непрерывно, извлекать знания из развивающейся теории и расширяющейся практики — непростое, но необходимое умение.

Наше дело требует и постоянной внутренней работы, работы над собой как личностью — самовоспитания. Без этого не обойтись тому, кто хочет стать достойным своего времени и своей профессии. Оно становится жизненным правилом, привычкой тогда, когда человек проявляет требовательность к себе, равную требовательности, которую предъявляет действительность к его профессии. Не соглашаться на роль посредственности!

Еще в прошлом веке венгерский акушер Земмельвейс на вопрос, не может ли он чуть смягчить требования к студентам, ответил:

«Никоим образом. При плохом адвокате клиент рискует потерять деньги или свободу. Ну, а если будет плохим врач, пациент может потерять жизнь».

Я могу соотнести это с недавно услышанным в зарубежной поездке: студенты медицинского факультета бастовали, протестуя против того, что преподаватель ставит им излишне высокие оценки. Студенты требуют знаний, заставляют учить, чувствуя ответственность за свой будущий профессиональный престиж. (Завидное пока для нас обстоятельство. Надеюсь, перестройка и перемены в учебном процессе наших вузов приведут когда-нибудь к подобным результатам.)

Есть, на мой взгляд, еще одна трудность — психологическая. Традиционно, с древнейших пор, медицина занимает особое место среди различных видов человеческой деятельности. Она издревле «отягощена» высотой и ответственностью своей миссии, и эта исторически сложившаяся система требований, предъявляемых к человеку, призванному исцелять, не может оставаться только историей. Наоборот, многие из таких требований выкристаллизовались в незыблемые заповеди, и следование им тем обязательнее для новых поколений врачей, чем история их глубже.

От людей, вступающих в борьбу со смертью, с болезнью, испокон веков требовались исключительные свойства и нормы поведения.

Пожалуй, ни одна профессия не может похвалиться таким обилием письменных документов

— наставлений, правил, законоположений и даже молитв, — на протяжении тысячелетий регламентировавших внешние и внутренние качества представителей врачебной профессии. Конечно, критерии эти в различные исторические эпохи изменялись, но суть оставалась неизменной: требования к физическим, моральным и интеллектуальным свойствам врача, а также к его профессиональной ответственности, всегда были особенными.

В книге о древней медицине Индии встречаем наставление, приписываемое знаменитому врачу Сушруте:

«Врач, который желает иметь успех в практике, должен быть здоров, опрятен, скромн, терпелив, носить коротко остриженную бороду, старательно вычищенные, обрзанные ногти, белую надушенную благовониями одежду, выходить из дому не иначе как с палкой или зонтом, в особенности же избегать болтовни и шуток с женщинами и не садиться на одну кровать с ними. Речь его должна быть тихая, приятная и обнадеживающая. Он должен обладать чистым, сострадательным сердцем, строго правдивым характером, спокойным темпераментом, отличаться величайшей умеренностью и целомудрием, постоянным стремлением делать добро. Хороший врач обязан усиленно посещать и тщательно исследовать больного и не должен быть боязлив и нерешителен...»

В те далекие времена, когда появилось это наставление, существовали и определенные законоположения, регулирующие профессиональную работу врача. По законам Ману за неуспешное лечение больных врачи должны были уплачивать денежные штрафы.

В древнем Вавилоне, как можно видеть из клинописного свода законов Хаммурапи (почти 2000 лет до н. э.), врач за неудачное лечение (в том числе хирургическое) не только должен был уплатить очень высокий штраф, но и рисковал подвергнуться широко применявшимся в то жестокое время наказаниям в виде отрезания языка или пальцев, вырывания глаз.

Впрочем, с большими неприятностями была связана в отдельных случаях врачебная деятельность и в России, и даже в более близкие эпохи. По свидетельству одного из первых историков русской медицины В. Рихтера, уже в XV столетии два придворных врача «немчин Антон и Леон, родом еврей» были казнены за то, что не исцелили своих пациентов — князя Каракучу, царевича Даньярова и сына великого князя Иоанна Иоанновича.

Неудивительно, что при таких условиях многие старинные врачи в своих наставлениях и заповедях охотно призывали на помощь и высшие силы. Так, в «Молитве врача» знаменитый еврейский ученый и врач Моисей Маймонид (1134 — 1204) просит Бога:

«... внуши моим больным доверие ко мне и к моему искусству, отгони от одра их всех шарлатанов; если невежды будут бранить и осмеивать меня, пусть любовь к искусству, как панцирь, сделает мой дух неуязвимым, чтобы он твердо стоял за истину, невзирая на звание, внешность и возраст моих врагов; даруй мне, о Боже, кротость и терпение с капризными и своенравными больными...»

А спустя еще триста лет один из известных врачей позднего средневековья Теофраст Парацельс (1493 — 1541) писал:

«Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытом, величайшая основа лекарства

— любовь...»

Однако же Парацельсу принадлежит и более земное наставление:

«Врач не смеет быть лицемерным, старой бабой, мучителем, лжецом легкомысленным, но должен быть праведным человеком...»

Большое влияние на формирование представлений о качествах, которыми должен обладать врач, оказали сочинения, вышедшие из школы Гиппократов, в первую очередь «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприятном поведении». Содержащиеся в них глубокие мысли и соображения на протяжении многих столетий служили мерилем высоких принципов врачебной профессии и во многом сохранили свое значение до наших дней.

В представлении Гиппократов идеалом врача являлся врач-мудрец:

«Все, что ищется в мудрости, все это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха перед богами, божественное превосходство» («О благоприятном поведении»).

Гиппократ высоко оценивал обязанности врача по отношению к больному: «Чисто и непорочно я буду проводить свою жизнь и свое искусство... В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного... Чтобы я ни увидел или ни услышал касательно жизни людей из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...» («Клятва»).

Гиппократ призывал оказывать помощь больным независимо от их материального положения:

«Если представится случай помочь иностранцу или бедному, то это нужно сделать по преимуществу: ибо там, где есть любовь к человеку, есть любовь к искусству».

Гиппократ требовал от врача лучших проявлений человеческого характера:

«Пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и, как таковой, значительным и человеколюбивым. Ибо поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются. Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах...» («О враче»).

Положения Гиппократов на протяжении веков были широко известны во врачебном мире, и торжественное обязательство выполнять их стало в той или другой форме традиционным для выпускников большинства европейских университетов. В дореволюционной России оканчивающие медицинские факультеты давали так называемое факультетское обещание, полный текст которого был приведен на обратной стороне диплома.

Обещание гласило:

«Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукою права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня этим званием, даю

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

обещание в течение всей своей жизни ничем не помрачить чести сословия, в которое ныне вступаю. Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим; свято хранитьверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия. Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами ее процветанию, сообщая ученому свету все, что открою. Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств. Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам — врачам и не оскорблять их личности; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицепрятия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных, когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям...»

Сегодня у нас в стране клятву на верность высоким принципам своего долга приносят представители двух профессий — воины Советской Армии и врачи. Вдумайтесь, пожалуйста, в символическое сходство этих профессий: одни сохраняют и защищают мир и покой Родины, другие — здоровье человека. И это тоже святое служение Отечеству.

«Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь...»

Уходят в самостоятельную жизнь и работу молодые врачи. Мы, педагоги, говорим им напутственные слова. Но очень часто я ловлю себя на невольном сожалении, что и за годы их учебы и сейчас, в минуты расставания, не успеваем мы сказать им что-то главное. А может, нас просто не услышали?.. Иначе откуда берутся неумелые, недобросовестные и равнодушные врачи?

Одинаково дрогнул голос на слове «клянусь» — да, наверное, сердце не у каждого дрогнуло...

Снова и снова вглядываюсь в лица моих юных коллег, взволнованные, торжественные. Нет, какие же они красивые, эти современные молодые люди... Они выбрали себе нелегкую дорогу и уже достаточно осведомлены об этом: позади практика, самостоятельные решения, ответственные дежурства. Однако — счастливы! Миновали годы трудной учебы, их ждут годы трудной работы, а они — счастливы. Значит, дело не только и не единственно в трудностях

и

сложностях?

Человеку свойственно стремиться через тернии к звездам. Звезды этих юных врачей подлинно высоки: что может быть выше прекрасной цели сохранять людям полноценную жизнь? Конечно, прав Б. Д. Петров, надо напоминать, что наша профессия — одна из труднейших. Но надо всегда помнить и о главном ее преимуществе — глубочайшем удовлетворении своей предельной нужностью, своей крайней приближенностью к судьбам людей.

И пусть убедительным доказательством этих слов станет отрывок из воспоминаний Александра Александровича Росновского, записанный им специально для тех, кто мечтает о врачебном

деле:

«В марте 1915 года я начал работать в госпитале Союза городов в Киеве. Госпиталь располагался в обширном здании духовной семинарии, в огромных классных и спальнях комнатах которого были оборудованы палаты на 1200 раненых.

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

Как-то в начале весны к нам прибыла большая партия раненных в Карпатах солдат, из числа которых оказался на моем попечении татарин по имени Ахмедзян. Ранен он был тяжело: разрывная пуля разворотила область правого плечевого сустава, причем основательно повреждена была и лопатка. Из обширных затеков запущенной раны выделялась масса гноя; больной был в состоянии тяжелого сепсиса.

Ахмедзян терпеливо переносил все манипуляции: трудные перевязки, многократные разрезы для дренирования затеков. Но все наши усилия долгое время оставались безуспешными: температура не снижалась, рана плохо очищалась, больной слабел. Наш главный врач, известный симферопольский хирург, доктор медицины А. Ф. Каблуков, благороднейший и гуманный человек, несколько раз консультировал Ахмедзяна и наконец высказал мнение, что его следует перевести на первый этаж (там были специальные палаты для безнадежных больных). Однако мы всячески оттягивали этот перевод. И, в конце концов, дождались перелома: наш подопечный стал постепенно поправляться. В дни своего дежурства я часто к нему подсаживался, и он рассказывал мне о своей бедной казанской деревне, о своей жизни, семье, четырех маленьких детях.

Расцвела прекрасная киевская весна. Зазеленел тенистый семинарский сад, зацвели каштаны. Наш больной начал понемногу ходить.

Однажды вечером я зашел из перевязочной в палату. Почти все больные спали. Было тихо. Только от дальнего окна доносилось какое-то мурлыканье. Я подошел ближе. На широком подоконнике сидел, по-восточному поджав под себя ноги, Ахмедзян. Последние лучи заходящего солнца освещали его худую, костлявую фигуру. А сам он, мечтательно глядя куда-то вдаль, что-то тихонько напевал. «Тю-лю-лю, тю-лю-лю», — еле слышно слетало с его губ и таяло в душистом воздухе. И в этом заунывном напеве звучало что-то такое чистое, хорошее, успокаивающее и удовлетворенное, что и у меня тепло и радостно стало на сердце. Ведь удалось же все-таки нам уберечь нашего Ахмедзяна от перевода на первый этаж, в палату

безнадежных!

Я тихонько направился к выходу. А вслед все еще неслись тихие, нежные звуки: «Тю-лю-лю, тю-лю...»

Желаю и вам, дорогие товарищи, пережить в будущей врачебной жизни побольше таких весенних вечеров!»

Ведь именно о таком человеческом и профессиональном счастье говорится в **«Клятве» Гиппократ**:

«Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратно этому».

Профессия врача — это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это.

А. П. Чехов

Светя другим, сгораю сам

Горящая свеча.

Удивительно красивый и точный символ одного из главных нравственных качеств врача — самоотверженности, способности абсолютно, до конца принадлежать своему делу, не жалеть себя во имя благополучия других.

История медицины знает немало имен деятелей науки, которые ради блага людей жертвовали своим здоровьем и даже жизнью. Еще в 1802 году английский врач А. Уайт, стараясь выяснить пути передачи чумы, привил себе гной из железы больной женщины и погиб.

В 70-х годах прошлого века одесский врач О. О. Мочутковский вводил себе кровь больных сыпным тифом и, тяжело заболев после шестого эксперимента, непоправимо нарушил свое здоровье. В результате многократных опытов с сыпнотифозными вшами погиб английский врач Артур В. Бекот.

Проводили на себе эксперименты с введением крови больных возвратным тифом Г. Н. Минх и И. И. Мечников. Такие же опасные для жизни эксперименты с приемом чистых культур холерных вибрионов в разное время проделали на себе И. И. Мечников, Н. Ф. Гамалея, Д. К. Заболотный, М. П. Петтенкофер. Уже в советское время, в 1928 году, директор первого в мире института переливания крови А. А. Богданов произвел на себе опыт обменного переливания крови, в результате которого погиб.

Невозможно не вспомнить урока поистине спартанской выдержки и верности высоким принципам медицины, который преподавал нам выдающийся хирург, профессор Владимир Андреевич Оппель. В 1931 году в период полного расцвета творческих сил у Владимира Андреевича была обнаружена злокачественная опухоль гайморовой пазухи. Когда она начала прорастать в глазницу, остро встал вопрос об оперативном вмешательстве — резекции верхней челюсти с удалением глаза.

Бестрепетно встретив решение лечащих врачей об операции, Оппель в спешном порядке занялся... самотренировкой. Завязывая платком обреченный глаз, он приучал себя оперировать в предстоящих условиях. И действительно, лишившись глаза, Владимир Андреевич продолжал интенсивно работать, оперировать, читать лекции, писать.

Завету «*Светя другим, сгораю сам*» до последнего часа своей жизни оставались верны и многие врачи. Не счесть тех скромных безвестных тружеников медицины, которые работали на эпидемиях, погибали от тифа, проявляли величайшую самоотверженность на фронтах войны, в партизанских отрядах в тылу врага, в гитлеровских лагерях смерти. Однако исключительность условий, в каких порою приходится действовать врачу, только ярче проявляет то качество, о котором мы говорим.

Всякая героика осязаемое и наглядное, когда перед человеком стоит жесткий нравственный выбор, что наиболее часто случается в обстановке всенародной беды, когда надо, не колеблясь, выполнить свой профессиональный и гражданский долг. Дело не в экстремальности обстоятельств, а в постоянной готовности их преодолевать, быть врачом для всех, в любое время суток, в любую минуту.

Я не боюсь обозначить словом «героика» и подлинно самоотверженный труд рядового врача в наше время, участкового или специалиста в поликлинике, медика районной или сельской больницы. Если это труд, повторяю, подлинно самоотверженный, подвижнический. Замечательные примеры исполнения врачебного долга дает нам жизнь и деятельность целого

ряда советских врачей.

Мы часто повторяем какие-то слова, не особенно вдумываясь в их изначальный смысл. Но вдумайтесь-ка: САМООТВЕРЖЕННОСТЬ, ПОДВИЖНИЧЕСТВО. Самоотверженность сопряжена с определенным риском для себя, с обязательными и порою необратимыми самозатратами. Подвижничество же — не миг героизма, а способность совершать подвиг ежедневный, ежечасный.

И причина, и следствие этих качеств — гуманизм нашей профессии. Самоотверженность врача, с одной стороны, продиктована сознанием: ты стоишь на защите высшей ценности — человеческой жизни. С другой стороны, она постоянно и питается этим назначением, зиждется на нем.

Самоотверженность и подвижничество — качества, которые мы наследуем у лучших представителей отечественной медицины, чьи судьбы могут стать живым примером полной отдачи себя другим.

Совсем недавно на домах одной из улиц города Перми появились таблички с именем Федора Христофоровича Граля. Мы непременно должны знать и помнить это имя. В 1798 году Граль принял заведование Пермской губернской больницей, но исполнял одновременно должность врача и в казенном госпитале, в сиротском доме, в богадельне и в семинарии, был домашним врачом, «терапевтом, и оператором, и окулистом». Приняв больницу, Федор Христофорович «собственным коштом продовольствовал больных». Сорок четыре года самоотверженный врач лечил жителей Перми и окружающих деревень. Таких «святых» докторов история отечественной медицины знает немало. Давайте читаемся в отдельные страницы этой замечательной истории.

Снова передо мною воспоминания Александра Александровича Росновского. Он назвал эту главу «Тяжелые годы», потому что годы те были и впрямь чрезвычайно тяжелы... «Когда вспоминается бурная эпоха гражданской войны, то кажется, что наиболее трудными были 1919 и 1920 годы.

...Промышленность фактически замерла, транспорт был почти парализован, связь периферии с центрами прервалась на недели и месяцы, продовольственное снабжение переживало глубочайший кризис. И на фоне всего этого свирепствовали различного рода инфекционные заболевания, в первую очередь сыпной тиф.

В районах Украины, прилегающих к узловой железнодорожной станции Христиновка, где я работал, случаи заболевания сыпным тифом появились уже в конце 1918 года. Постоянно нарастая, эта первая волна грозной инфекции достигла весьма высокого уровня, чтобы после небольшого летнего спада — к осени, а затем и на весь 1920 год разбушеваться с ужасающей силой.

Жертвой первой серьезной вспышки сыпняка в декабре 1919 года пришлось стать и мне. Болел я очень тяжело и долго. Со второго дня потерял сознание. В бреду грезились какие-то бесконечные железнодорожные составы, толпы неизвестных людей, непрерывно текущие бурливые реки... Иногда смутно мерещилось, что со мной что-то делают, куда-то несут...

Как я узнал позже, это один из наших фельдшеров Тимофей Федорович Серединцев прилагал все усилия, чтобы вырвать меня из лап смерти. На руках носил он меня в ванную комнату — тогда прохладные ванны считались полезными при сыпняке. После того как мне благополучно удалось пережить кризис, долго отлеживаться не пришлось. Нужно было работать. Заболеваемость неудержимо росла, все наши медработники буквально изнемогали.

Памятная весна двадцатого года... Снег растаял довольно рано, весь поселок утопал в грязи (ни твердых дорог, ни тротуаров тогда не было, почва в Христиновке черноземно-глинистая). С утра больница, после нее — громадный амбулаторный прием, а затем — посещения больных на дому...

Первое время от слабости меня тошнило: обопрешься о забор, выплюнешь густую желчную слюну, сотрешь холодный пот с лица — и дальше. Наконец как будто сделано все! Измученный, приходишь домой, забудешься тяжелым сном... Но ненадолго. Тревожный стук в дверь: «Доктор, ради Бога, мужу стало хуже!»; или детский голос умоляет: «Скорей пойдем к маме, мама умирает!». И так нередко по три-четыре раза за ночь.

Натягиваешь свои солдатские сапоги, фронтовой полушубок (как они тогда мнегодились!). При неверном свете железнодорожного ручного фонаря пробираемся к больному, рискуя угодить в какую-нибудь канаву.

Но молодость есть молодость. Прошли после болезни дни, недели, и постепенно вернулись силы и энергия. Конечно, здесь влиял и могущественный стимул: сознание своего высокого долга. Ведь для каждого из нас любой пациент не был безликим «больным». Каждый раз мы имели дело с определенным, прекрасно известным нам человеком, рабочим или служащим нашего узла... Когда мы осматривали мечущуюся в жару женщину, то видели, как за каждым нашим движением следят расширенные от ужаса глаза ее детей. От этих глаз никуда нельзя было уйти. Нужно было, не надеясь ни на кого, делать все возможное.

С гордостью за товарищей могу сказать, что все мы были полны сознанием этой великой ответственности. Ни разу не приходилось слышать в нашем маленьком коллективе, чтобы кто-то жаловался на перегрузку, усталость и т. п. Никогда также не приходилось наблюдать формального отношения к делу. Мы посещали больных не только по вызовам.

Особенно тяжелых пациентов навещали и без всяких вызовов, при необходимости по нескольку раз в день, в нужных случаях консультируясь друг с другом. Нельзя забывать, что тогда приходилось выполнять самим и все назначения — банки, клизмы, инъекции, очищать рот сыпнотифозных больных.

По мере эскалации сыпного тифа шло и заметное нарастание тяжести его течения. Все чаще приходилось наблюдать катастрофические формы сердечно-сосудистой недостаточности. Как часто в сознании своей беспомощности прощупывали мы тогда скачущий («как овечий хвост», по определению одной медсестры) пульс. Заметно участились нервные явления, наступающие в разгар болезни...

Все чаще стали встречаться и тяжелые осложнения болезни: воспаления легких, серозные и гнойные плевриты, паротиты, поражения реберных хрящей и т. п. Рост гнойно-хирургических осложнений заставил нас организовать в стационаре небольшую операционную. В ней приходилось оперировать и довольно многочисленные случаи тяжелых травм, жертвами которых являлись, главным образом, мешочники. Цепляясь за ступеньки вагонов, забираясь на крыши, площадки и буфера, они нередко оказывались под колесами.

Необычный рост количества больных и связанный с этим громадный расход медикаментов довольно быстро создали настоящий лекарственный голод. Естественно, что в первую очередь он коснулся наиболее употребляемых лекарств: сердечных (особенно камфарного масла), касторки, препаратов валерианы и пр. Мы были вынуждены вместо дефицитных лекарств подыскивать более или менее подходящие заменители из имевшихся в аптеке лекарственных залежей, а также заняться заготовками ромашки, дубовой коры, корня валерианы, которую обнаружили в расположенном вблизи поселка глубоком болотистом

овраге.

В аптечной кладовой оказались и какие-то старинные лекарства, которые даже по названиям не были известны никому из нас. Помогла древняя многотомная фармакология, сохранившаяся в частной аптечке (тогда еще не все аптеки были национализированы). Для замены ваты пользовались простерилизованными мешочками с опилками или измельченным торфом.

Здесь не место описывать трудности и лишения бытового характера, которые приходилось испытывать и преодолевать всему населению, в том числе, конечно, и медработникам (недостаток топлива, перебои в освещении, полное отсутствие мануфактуры, обуви и т. д.). Следует вкратце упомянуть только о тех, которые так или иначе отражались на нашей медицинской работе.

Очень тягостным было полное отсутствие мыла. Если в больнице какой-то выход мы находили в крайне экономном использовании имевшегося у нас запаса зеленого мыла, то в домашних условиях положение было крайне катастрофическим. По временам приходилось руки оттирать песком, белье стирать в щелоке (который употребляли и для обработки рук в перевязочной).

В связи с отсутствием спичек все население быстро переключилось на зажигалки, а некоторые наши товарищи придумали даже какие-то химические способы добывания огня. Временами в больнице было очень плохо с освещением. Длительное время совсем не было писчей бумаги — откуда-то появилась разнообразная макулатура. Всю документацию (рецепты, истории болезни, отчеты) мы еще долго писали на оборотной стороне разных бланков, накладных, товарных счетов.

Завшивленность населения — главный источник заболеваемости — была невероятной. Проходя в период громадного скопления мешочников по перрону христиновского вокзала, я буквально чувствовал под ногами треск раздавливаемых вшей... Что мы могли противопоставить такому нашествию носителей сыпнотифозной инфекции в условиях нашего довольно крупного железнодорожного узла?

Из-за отсутствия топлива бани работали очень плохо, мыла не было. Наличный арсенал дезинсекционных средств был трагически мизерен: по квартирам выздоравливающих или умерших больных ходил со своим ведром-пульверизатором наш фельдшер-дезинфектор Н. К. Дубовик и поливал карболовым раствором что было возможно. Он же, да и все мы усердно рекомендовали почаще вываривать белье и постельные принадлежности.

В нашей аптеке все желающие могли получить небольшие пакетики серой ртутной мази (пока она была) для ношения в виде ладанки на шее... Даже в больнице мы вынуждены были ограничиваться вывариванием и тщательным проглаживанием горячим утюгом личных вещей больных. Лишь в конце 1920 года нам удалось раздобыть брошенную какой-то воинской частью передвижную параформалиновую камеру. Только тогда, когда в наших периферийных районах окончательно стабилизировалось положение и прочно утвердились советские порядки, началась настоящая, широко организованная борьба с сыпным тифом... И результаты не заставили себя ждать: кривая заболеваемости стала быстро снижаться.

Вспоминая те далекие, наполненные лишениями дни, а также людей, которые все это переносили, невольно задаешь себе вопрос: почему дни эти не кажутся мрачными, безрадостными? Почему, наоборот, они воскресают в памяти овеванными каким-то духом бодрости, энергии, жизнеутверждения?

Ответ может быть один. Потому, что описываемый период в жизни народа не был временем только трудностей и лишений. Он был периодом борьбы с трудностями и лишениями. В тяжелых муках рождалось новое, лучшее. Это отлично чувствовали, хотя далеко не всегда отчетливо понимали, буквально все. И это давало силы переносить любые испытания».

А теперь заглянем в иные годы, и мы увидим, в какую силу вырастал профессиональный врачебный долг, помноженный на патриотизм. Эта достойная преклонения судьба по крупицам восстановлена журналистом Иваном Карповым.

Поздней осенью 1941 года гитлеровские войска вступили в Харьков... Они разграбили город дотла: не было ни топлива, ни воды, ни пищи. На телеграфных столбах ветер раскачивал почерневшие тела казненных. Фашисты вешали за малейшее неповиновение или нарушение установленного порядка. Проявление заботы о военнопленных считалось серьезным преступлением.

И вот в один из таких страшных дней по грязным улицам окраины Харькова — Холодной горы - ходил бедно одетый седой человек. Это был главный врач Холодногорской больницы, известный харьковский хирург Александр Иванович Мещанинов. Он шел от двора к двору и, рассказывая об умирающих бойцах, просил подаяния. Люди знали его и отзывались на просьбы.

Мещанинов в 1904 году окончил медицинский факультет Киевского университета, работал в земской больнице на Киевщине, был врачом Красного Креста в русско-японскую войну. С 1909 года Александр Иванович заведовал земской больницей города Сумы, активно боролся за улучшение врачебной помощи на селе, нередко вступал в конфликт с земской управой.

В 1924 году Мещанинов по конкурсу был избран главным врачом и заведующим хирургическим отделением Холодногорской больницы в Харькове. Под его руководством больница быстро расширилась и превратилась в показательное учреждение. На базе больницы возникла хирургическая клиника Харьковского института усовершенствования врачей, где повысили свою квалификацию свыше двух тысяч хирургов. Сам Александр Иванович был хирургом широкого диапазона, ученым, щедро одаренным чувством нового. В 1934 году Александру Ивановичу были присвоены без защиты диссертации ученая степень доктора наук и звание профессора. За доступность и сердечность Мещанинова называли «народным врачом», «народным профессором». Неудивительно, что и в тяжелую годину военного бедствия авторитет всеми уважаемого доктора был непререкаем.

Ко времени занятия Харькова гитлеровцами Холодногорская больница была переполнена тяжело ранеными красноармейцами. Эвакуировать их не удалось. Предвидя жестокую расправу фашистов над оставшимися на его попечении бойцами, Мещанинов приказал сжечь все обмундирование бойцов и зарегистрировать их в больничных книгах как гражданских лиц, пострадавших при бомбардировках города. На выходных дверях больницы написали: «Тиф».

Эта пугающая надпись, а также независимое, полное достоинства поведение профессора произвели такое впечатление на фашистов, что больница и ее обитатели остались нетронутыми.

На какое-то время раненые были спасены от угрозы уничтожения. Но как спасти их от голода?

Все ресурсы больницы и личные запасы персонала исчерпаны. Пришлось прибегнуть к помощи некоторых местных жителей. Вместе с медицинскими работниками они собирали продукты для госпиталя, тайно, остерегаясь предателей, варили нехитрые супы, борщи из свеклы и кукурузной крупы, пекли лепешки, собирали одежду, стирали белье, выискивали в степи за Харьковом мерзлые овощи. В одном из оврагов была обнаружена застреленная лошадь — из нее стали варить мясную похлебку.

Нашли припрятанный в сарае радиоприемник — начали записывать сводки Совинформбюро и распространять их по палатам, дополняя сведениями о деятельности местных партизан. Это поднимало дух раненых.

Так, не страшась жестокой расправы, Александр Иванович Мещанинов вместе с врачами, медсестрами, санитарками выполнял священный патриотический долг. Скоро самоотверженная деятельность холодно-горских медиков вышла за пределы больницы. Оккупанты организовали концентрационный лагерь. Здесь в ужасающих условиях томились до двадцати тысяч пленных советских воинов.

Каждый день фашистские изверги гоняли этих вконец отощавших, почерневших от холода людей на работы. Сотни заключенных умирали от голода, тифа и дизентерии. Видя, как ежедневно по утрам из ворот концлагеря выезжают подводы с трупами, Мещанинов решился на дерзкий поступок. Он пришел к начальнику концлагеря Гамбеку и высказал ему свое возмущение бесчеловечным отношением к военнопленным. Матерый фашист сразу же схватился за пистолет, но, видя непоколебимую уверенность седовласого профессора, выстрелить не решился. Мещанинов потребовал, чтобы ему позволили перевести наиболее тяжелых раненых и больных из концлагеря в больницу, а остальных поддерживать питанием.

Добившись формального разрешения, Мещанинов немедленно приступил к делу. Решено было всю работу проводить под вывеской Холодногорского филиала Общества Красного Креста. Срочно изготовили нарукавные повязки, и на следующий день большая группа медработников отправилась на рынок.

Здесь профессор объявил народу и сразу же появившимся полицейам о полученном разрешении оказывать помощь пленным. Первыми отозвались женщины. Заливаясь слезами, они подходили к медикам Красного Креста и делились чем могли: по две-три свеклы, картофелины, несколько початков кукурузы клали на тележку. Многие предлагали свое участие. Часть новых активистов Мещанинов отправил готовить пищу для военнопленных, а остальных повел вытаскивать из-под обломков общежития железные койки.

Таким образом, в тот же день больница сумела принять более полутораста тяжелых больных из лагеря. Через несколько дней был развернут еще один госпиталь, в помещении поликлиники. За короткое время удалось вырвать из фашистского ада более четырехсот узников.

Ободренный успехом, Мещанинов отправился к харьковскому бургомистру и «по поручению начальника концлагеря» потребовал официально заверить заранее подготовленные удостоверения для уполномоченных Холодногорского филиала Общества Красного Креста по сбору пожертвований в пользу военнопленных. С этими удостоверениями десятки медработников и добровольцев-активистов пешком пошли в ближайшие, а затем и в более отдаленные села и районы за продуктами.

Вскоре была установлена связь с медиками-военнопленными — военврачом К. Р. Седовым и работавшим в качестве фельдшера советским разведчиком майором Ю. Е. Корсаком. Эти

смелые коммунисты возглавляли подпольную боевую группу лагеря. Они помогли наладить лечебно-продовольственное обеспечение военнопленных, распространяли среди них листовки, сводки Совинформбюро.

Чуть окрепших бойцов и командиров Седов и Корсак отправляли в госпиталь. Там их переодевали в штатское и провожали в леса к партизанам, а в регистрационной книге записывали как умерших. Кроме того, профессор Мещанинов придумывал всевозможные дополнительные хозяйственные работы. Комендант Гамбек разрешил ему брать по два-три десятка военнопленных, однако в лагерь каждый раз вследствие «внезапных острых заболеваний» не возвращалась и половина.

Это не могло продолжаться долго. В апреле 1942 года о массовом исчезновении военнопленных узнал сам комендант. Он направил в больницу комиссию, которая выявила, что из больницы и поликлиники не вернулось в лагерь более двух тысяч советских военнопленных.

Над группой бесстрашных медиков нависла смертельная опасность. Однако гестаповцы не решались расстрелять Мещанинова. Боясь неминуемого усиления партизанских диверсий, они ограничились тем, что Холодногорский филиал закрыли, всех раненых перевели из больницы в поликлинику, а размещенный там госпиталь поставили под строгий контроль фашистских медиков, усилили охрану.

Все это резко осложнило деятельность подполья. Пришлось изыскивать более изощренные способы освобождения выздоравливающих. Чтобы усыпить бдительность вражеских специалистов, нужно было каждый случай мнимой смерти обосновывать достаточно убедительно: конструировать правдоподобные диагнозы, подкреплять их взятыми у настоящих больных данными лабораторных исследований и т. п. Во всех этих случаях советы такого высококлассного специалиста, как Мещанинов, были просто неоценимы. Работникам Холодногорской больницы удалось вызволить из строго охраняемого госпиталя еще немало военнопленных.

В ноябре 1942 года гитлеровцы закрыли госпиталь. Фронт быстро приближался к Харькову. Когда город был освобожден, кто только мог держать в руках оружие из числа томившихся в концлагере, ушли вместе с передовыми подразделениями Советской Армии.

А деятельность Александра Ивановича Мещанинова и его верных соратников стала как бы отдельным небольшим эпизодом в героической эпопее Великой Отечественной войны. И только в наши дни собранные с большим трудом сведения об этой деятельности дали возможность достойно оценить высокий гуманизм и патриотизм советских медиков.

Какие разные моменты истории, какие разные люди, но как много общего! Это общее — в том, как при любых обстоятельствах они оставались верны своему врачебному долгу, как высоко было их профессиональное самосознание, профессиональное достоинство. И есть еще нечто общее, объединяющее людей, подобных этим «святым» докторам, настоящим врачам.

Вот мы повторяем: «Светя другим, сгораю сам». Красивый и точный символ, но не слишком ли безнадежно? Нет! В каждой из судеб, которые мы только что вспомнили, была самоотверженность, но не было фанатического самоотречения: это были живые люди, любящие жизнь, отстаивающие жизнь, защищающие другие — многие! — жизни, и потому самоотверженность их была жизнеутверждающей.

Пламя их свечи пылало ровно, горячо и жарко. Они были счастливыми людьми.

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

Вчитайтесь в рецепт счастья «по доктору Пирогову»:

«Быть счастливым счастьем других — вот настоящее счастье и земной идеал жизни всякого, кто избирает врачебную профессию».

Как хотелось бы, чтобы вдумались в эти строки все, кто еще только избирает...

*...Врач-философ равен Богу. Да и немного, в самом деле, различия между мудростью и медициной, и все, что ищется для мудрости, все это есть и в медицине...
Гиппократ*

Зачем врачу философия

— Для чего врачу философия? Пусть философы ее и изучают. Я буду лечить, а не философствовать.

Еще и теперь иногда скажет так иной юный ворчун, обозревая в начале второго курса расписание своих будущих занятий. Только пожалеешь такого: ах ты, несмышленный, тебе бы не сетовать, а гордиться надо... Врач действительно может гордиться: стиль его мышления близок к стилю мышления философа. Недаром из врачебной среды вышло так много философов и писателей, учителей жизни. Может быть, и Гиппократ ощущал эту близость, когда говорил, что врач-философ равен Богу?..

Однако без некоторой философской азбуки продолжать этот разговор трудно. Всем известно, что марксистская философия изучает наиболее общие законы развития природы, человеческого общества и мышления, всеобщие стороны мира как целого. Эти законы не существуют, однако, в чистом виде, изолированно от специфических законов, изучаемых частными науками. Без обобщения результатов частных наук диалектический материализм не в состоянии обогащать и развивать свое теоретическое содержание. Философские же законы и категории в силу своего универсального характера проявляются в любом научном познании.

Чтобы успешно развиваться, каждая наука должна подходить к предмету своего исследования диалектико-материалистически — брать его в развитии, в важнейших связях и отношениях, вскрывать причины его возникновения и так далее, то есть пользоваться материалистической диалектикой как общеполитическим методом познания.

Медицина — исключительно земная наука.

Практическая, повседневная деятельность врачей неразрывно связана с материальным миром, развивающимся по своим объективным законам. Медик, не знающий этих законов, не может ориентироваться в обширном комплексе знаний, имеющих прямое отношение к его профессии. Он не способен надлежащим образом применять эти знания в своей непосредственной деятельности. Наконец, сможет ли он научно разрабатывать отдельные проблемы своей специальности? Нет, как всякому специалисту, без философии врачу не прожить.

Очень хорошо сказал об этом Ф. Энгельс: «Естествоиспытатели воображают, что они освобождаются от философии, когда игнорируют или бранят ее... Но какую бы позу они ни принимали, над ними властвует философия. Вопрос лишь в том, желают ли они, чтобы над ними властвовала какая-нибудь скверная модная философия, или же они желают руководствоваться такой формой теоретического мышления, которая основывается на знакомстве с историей мышления и ее достижениями».

Если заглянуть в прошлое, нетрудно заметить: крупнейшие успехи в области медицины были достигнуты именно тогда, когда врачи в той или иной степени придерживались материалистических концепций. В то же время исторический опыт показывает, что философский идеализм всегда тормозил развитие медицинской науки. Периоды его господства, как правило, были периодами реакции, застоя, поповщины.

Например, на протяжении многих веков в медицине удерживались извращенные представления о строении и функциях человеческого тела. Чем это объяснить? Влиянием идеалистических воззрений, в частности религиозных. Христианская церковь, магометанский коран, еврейский талмуд налагали запрет на вскрытие человеческого тела. Изучать анатомию человека врачи фактически не могли. Известно, что гениальному анатому эпохи Возрождения Андреасу Везалию, поставившему задачу «показать строение человека на нем самом», приходилось похищать для анатомических исследований трупы казненных. И с какой опасностью это было связано!

Огромнейший урон понесла западноевропейская медицина в эпоху господства богословско-схоластических концепций.

В начале прошлого века — с тех пор и двухсот лет не минуло! — у нас в России крупный чиновник Министерства просвещения М. Л. Магницкий требовал отказаться «от мерзкого и богопротивного употребления человека, созданного по образу и подобию творца, на анатомические препараты». Услужливые казанские профессора, уложив все сухие и заспиртованные препараты в специально заказанные гробы, после панихиды перенесли их на кладбище и предали земле.

Решающий удар по системе философского идеализма нанесли наши отечественные физиологи. Работы И. П. Павлова, Н. Е. Введенского и А. А. Ухтомского вскрыли физиологические механизмы единой, целостной живой системы и позволили выработать методику изучения организма в его неразрывном взаимодействии со средой.

Учение о единстве телесного и духовного получило глубокое экспериментальное доказательство в трудах И. М. Сеченова и И. П. Павлова. А затем разработанное Павловым учение об условных рефлексах позволило окончательно преодолеть один из основных догматов идеализма: противопоставление двух «натур» — телесной и духовной.

Конец 80-х годов в общественной жизни нашей страны ознаменовался и широким «раскрепощением церкви». Кого-то это пугает и настораживает, кого-то радует, кто-то не приемлет этого абсолютно. Зазвенели колокола над Красной площадью. Возрождаются монастыри.

Звучат проповеди по телевидению... Сложный, по-своему правомерный процесс начался в нашем обществе, и причин ему много. Люди, утрачивая социальные идеалы, ищут новых догматов веры (не сознавая, правда, что всякий догмат сковывает живую мысль и отупляет душу).

Поворот всей социальной политики к приоритету общечеловеческих ценностей заставил увидеть, что утрачены общечеловеческие понятия нравственности, а они всего точнее обобщены и сформулированы религией. Вот почему эти вековые формулы вдруг по-новому близки стали современному человеку. С религией связывают сегодня многие надежду вернуть утраченную нравственность.

Народы вспомнили и восплакали о своих культурах и историях, традициях и устоях, круто «обобщенных» и испепеленных в огне преобразований и переустройств, войн и репрессий. С неизбежностью и устойчивостью религий связывают многие сегодня возврат к своим национальным и историческим корням.

Наконец, для иных, на мой взгляд, религиозная ориентация — очередная мода, имеющая ряд своих привлекательных аксессуаров, которыми можно украсить или разнообразить жизнь. Вот таких можно было в свое время легко увлечь ограблением храмов, стаскиванием крестов, опоганиванием любой и всякой веры. Думаю, что и далеко не все из тех крупных деятелей

науки и культуры, которые сегодня широко признаются в приверженности Богу, подлинны христиане. Многие вкладывают в само это понятие свой собственный смысл и чаще всего, говоря о Боге в душе, имеют в виду совесть, кто-то расценивает апологетическое отношение к религии как широту своих взглядов, гражданскую смелость, а кто-то порой просто кокетничает.

Но я сейчас не об этом. Плюрализм как терпимость к образу жизни и мыслей тебе подобных не предполагает мировоззренческой путаницы в умах тех, кто занимается естественной наукой. И здесь нельзя примирить материалистическую философию с идеалистической.

Врач должен обладать знанием законов природы и общества, твердыми материалистическими убеждениями.

Ну и, наконец, какая еще из наук о мире и обществе, как не философия, способна так действительно влиять на индивидуальный стиль мышления, на развитие кругозора, логической культуры личности!

У всякого явления есть свой философский подтекст — надо умело анализировать его причины. Инструменты для анализа и представляет нам философия. Больше того, раздумывая о врачебном долге, можно говорить точнее: значимость философии чрезвычайно велика для формирования индивидуального мышления, развития кругозора и логической культуры врачебного сознания. Здесь нет никакого преувеличения. Скоро, скоро наш ворчун-второкурсник начнет постигать основы этой всеобъемлющей науки, шаг за шагом познакомится с ее принципами, понятиями, категориями, дойдет до теории познания... И если внимательно вчитается в строки первоисточников, поймет, почему эту главу я начал с разговора о близости мышления философа и врача.

Чтобы мысленно воспроизвести предмет исследования в чистом виде, «надо оставить в стороне все отношения, не имеющие ничего общего с данным объектом анализа». Это и есть абстрагирование, посредством которого возникают понятия и категории всякой науки. Но оно — лишь промежуточный момент движения мысли в глубь предмета. От отдельных абстракций мышление движется к конкретному, представляющему собой более богатое по содержанию знание. Такое движение мысли от отдельных абстракций к их синтетическому единству и именуется в теории методом восхождения от абстрактного к конкретному.

Мышление врача направлено на единичный и к тому же, как выражаются философы, чувственно данный объект — на человека. Потому оно и не останавливается на стадии абстрактно-всеобщего (мало в целом знать сущность болезни, основные формы ее течения и т. п.), а идет к его конкретизации в индивидуальном объекте.

Знание болезни как таковой должно соединиться с познанием этого человека и воссоздать новое знание. Еще сто лет назад замечательный русский клиницист Сергей Петрович Боткин обозначал задачу врача как научную диагностику больного человека во всей целостности его существования.

Так что гордись, юный скептик, своим предназначением... И будь готов осознать его во всей теоретической глубине. Философской глубине.

Если суммировать все требования, предъявляемые к врачу, то положение его можно оценить как труднейшее среди существующих профессий.

А. Д. Очкин

Черты характера суть черты профессиональные

В анкетах для наших абитуриентов есть и такие вопросы:

«Какие черты вашего характера соответствуют, на ваш взгляд, избранной профессии? Какие черты хотелось бы выработать в себе в будущем?»

Необыкновенно любопытно читать ответы.

Дело даже не в том, насколько они точны или приблизительны, скупы или пространны. Естественно, никто не цитирует в этих анкетах, например, слова Авиценны о том, что врач должен обладать «глазом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва»... Хотя почему «естественно»? Интересно было бы прочесть: «Для избранной профессии обладаю глазом сокола и сердцем льва. Хочу воспитать в себе мудрость змеи и обрести руки девушки...»

Шутка?

Отчего

же...

Человек продемонстрировал бы не только эрудицию, но и понимание особенностей нашей профессии. Ведь если перевести мысль автора «Канона врачебной науки» с языка образов на деловой, качества врача определены им с предельной точностью: речь идет о наблюдательности, бережности и умелости рук, глубоких знаниях и мужестве. Одновременно этот начитанный молодой человек мог бы показать, что и в собственном характере он почти разобрался.

Однако по части образности и литературных аналогий ответы скромны. Иной, бывало, и порадует, другой удивит простодушием, третий разочарует наивностью своей... А вот здесь — прочерк, этакая чернильная пустота. Что за нею? Скромность, сдержанность, нежелание открыться? Или нежелание думать? А ведь вопросы очень не случайны. По всем правилам социологии, в нашей анкете они, варьируясь, повторяются: отмолчишься здесь — признаешься на соседней строке, чуть покривишь душой в одном месте — проговоришься в другом.

Очень важно нам, медикам-педагогам, видеть: а что знают о себе сами эти молодые люди, мечтающие стать врачами? Ведь умение размышлять о себе, заниматься самоанализом — не самокопанием! — уже определенный признак профессиональной пригодности. Если человек не привык трезво думать о лучшем и худшем в самом себе, он не способен к самовоспитанию, недоступен самокритике. Если ему чужда сложная внутренняя работа по самосовершенствованию, если он не озабочен тем, как складывается, выстраивается «биография» его души, — пусть не обидится тот, о ком речь, — хорошего врача из него не выйдет.

Вот с этого, пожалуй, и следует начать — с жесткой самооценки, с анализа собственного характера: какой я? Гожусь ли для дела, к которому стремлюсь, чего еще оно от меня потребует?

Такие вопросы, в общем-то, должен задавать себе всякий мыслящий, не желающий плыть по течению человек. И чем раньше он их себе задаст, тем короче его путь к мечте.

Семнадцать-восемнадцать лет — отличный возраст для самоанализа: впереди так много времени для самосовершенствования! И когда я вижу, что для перечисления черт характера, которых, по мнению абитуриента, ему не хватает, строка коротка, то, честное слово, радуюсь. Осознание своих недостатков — половина дела. Была бы видна цель да ясна программа, а силы найдутся. Должны найтись, раз человек пошел в медицину, потому что способность к

постоянному совершенствованию, к неустанной работе над собой — у нас суть черта характера профессиональная.

Но что это такое — профессиональное и непрофессиональное в характере? И можно ли говорить вообще о каком-то характере врача? Совершенно не отрицаю за представителями других профессий права считать своими те стороны человеческой натуры, о которых мы здесь говорим, но вынужден настаивать: профессия врача такова, что действительно требует всех лучших человеческих качеств. Недаром австрийский терапевт и невропатолог Герман Нотнагель когда-то сказал: «Хорошим врачом может быть только хороший человек».

И снова сомнения: значит, не признавая за собой права называться абсолютно хорошим человеком, нечего мечтать и о врачебной деятельности? Но ведь и среди врачей бывают люди разные. Врач — это обычный человек, человек среди людей, такой же, как все!.. А что, хороший человек не может быть нормой?

Однако не будем наивны. Идеальная формула отражает идеал, а не сиюминутную действительность во всей ее полноте. Но на то и идеал, чтобы к нему неустанно стремиться. Стремиться к идеалу — значит, уже отвечать своему призванию. Вот мы и вернулись к вопросу о самовоспитании. Стремление к идеалу, желание непременно стать хорошим человеком (если хочешь стать хорошим врачом!), осознание недостающих тебе нравственных качеств — сугубо профессиональная особенность врача или того, кто мечтает им стать.

«Хороший человек» — понятие сложное, многообразное (отличная, кстати, в профессиональном преломлении тема для дискуссий в школьной или студенческой аудитории!), даже одним перечислением невозможно, наверное, обозначить весь комплекс присущих ему сторон. Не буду и пытаться.

А вот остановиться хотя бы на некоторых общечеловеческих качествах, без которых врач — не врач, считаю необходимым.

Здесь неуместны, наверное, слова «во-первых» и «во-вторых», все эти качества — по-своему главные, без одного нет другого, поэтому порядок их безразличен.

Известный ленинградский хирург Иван Иванович Греков, человек уже преклонных лет, на вопрос о том, когда же он отдыхает, неизменно отвечал:
— В работе отдыхаю, в труде черпаю силенки...

Врачебное дело трудоемко, и, чтобы добиться успеха, порою не приходится ограничивать его строго отмеренным временем «от» и «до». Как говорил один из русских ученых, у него «нет последнего часа работы, а есть последний больной». Трудолюбие, устойчивая привычка к систематической, упорной работе, умение трудиться, организовывать свой труд и в нем «черпать силенки» очень нужны врачу. Жизнь лучших представителей нашей профессии являет нам примеры самозабвенного трудолюбия.

Достаточно назвать основателя и первого президента Академии медицинских наук СССР, а в годы войны — главного хирурга Советской Армии Николая Ниловича Бурденко, крупного психиатра Владимира Михайловича Бехтерева, известного патофизиолога академика Александра Александровича Богомольца, таких замечательных ученых, как Н. Н. Петров, А. В. Вишневский, А. Н. Бакулев, В. Н. Розанов... их много, много!

Нельзя здесь не вспомнить и отца русской хирургии Николая Ивановича Пирогова. Заняв кафедру в Военно-медицинской академии и ежедневно по во- семь-девять часов интенсивно работая в клинике, он месяцами до поздней ночи трудился в холодном, неблагоустроенном помещении морга 2-го Военно-сухопутного госпиталя, проводя свои классические

исследования по «ледяной» и «скульптурной» топографической анатомии.

За четырнадцать лет работы в Военно-медицинской академии Пирогов сделал около одиннадцати тысяч вскрытий, в том числе вскрыл 800 трупов людей, умерших от холеры. За год с небольшим пребывания Пирогова в Крыму во время осады Севастополя было произведено пять тысяч ампутаций, причем только 400 прошло без его непосредственного участия.

Совершенно исключительным примером трудового подвига может служить жизнь Константина Ивановича Скрябина. Он прожил девяносто шесть лет и был автором огромного количества капитальных работ, главой крупнейшей в мире научной школы гельминтологов.

Конечно, перечисленные здесь деятели были не только великими тружениками, а и высокоталантливыми людьми. Но никогда не нужно забывать, что талант без труда — ничто. И, логично рассуждая, следует признать, что труженик средних способностей обычно приносит больше пользы, чем наделенный способностями лентяй.

Мне хотелось бы отметить еще одно: любя свою профессию, испытывая к ней неподдельный интерес, как правило, перестаешь считаться со временем, не замечаешь тяжести работы, перестаешь делить ее на «свою» и «чужую». Сознание того, что ты нужен, ты можешь, у тебя должно получиться, — прекрасный стимул к труду. Наше дело тем и отличается от многих, что дает этот стимул, само приучает трудиться много и на совесть.

Некоторые молодые люди плохо еще себе представляют, что избрать профессию врача — это значит добровольно решиться на огромный, непрерывный труд. Борьба за жизнь человека не знает ни покоя, ни отдыха. У нее нет ни праздничных, ни будничных дней, ни ночных, ни дневных часов.

Около пятидесяти лет я занимаюсь врачеванием и хирургией. Сколько видел за эти десятилетия чужих несчастий, сколько раз радовался радостям других, переживал чужую судьбу, как свою! Могу без всякого преувеличения сказать, что профессия врача оказалась делом всей моей жизни, всей без остатка.

Помню, как вскоре после окончания института мне предложил поработать у него в больнице главный хирург Кировограда, заведующий облздравотделом Василий Васильевич Иванов. Я и жил-то в больнице, спал в физкабинете, прямо под соллюксом. В больнице были отличные хирурги Разумовский и Монастырский. Они оперировали на желудке, желчных путях. Я уговорился с сестрами: по ночам меня будили на все экстренные операции. Ассистировал, освоил многие сложные процедуры. Начали доверять и ушные, и гинекологические операции, а вскоре уже по ночам поднимали меня, а не дежурного врача.

И сколько бы ни радовался я тому, как научился работать, каждый новый больной был загадкой, новым случаем, каждый новый случай открывал новое знание, приносил новый опыт.

Все это очень пригодилось несколько месяцев спустя, когда пришлось принять большую больницу в Компанеевке. У меня не было еще и года врачебного стажа. Можно себе представить, как встретили новоявленного главного врача двенадцать компанеевских докторов. И сам я трусил отчаянно.

Но вот один экстренный хирургический случай, другой — чувствую, коллеги начинают смотреть на меня иначе: «Парень что-то понимает...» А тут, помню, на арбе, запряженной волами, привозит старик свою жену — жутко смотреть, вся раздута! Ее ударил в грудь бык, упала на спину, ударилась о ясли.

Резчайшая одышка, распространенная подкожная эмфизема — даже пальцы ног раздуты! Можно было думать, что сломанным ребром разорвало легкое. О том, чтобы транспортировать больную в областной центр, не могло быть и речи: по этакой осенней распутице не довезем. Проконсультировался по телефону. Решил оперировать страдальцу на месте... Принесли ее в операционную, санитарка дает наркоз, терапевт и медсестра мне помогают — так у нас тогда было.

Предположение подтвердилось: отломок ребра разорвал легкое и внедрил в бронх. Первый раз в жизни я увидел разрыв бронха, из которого при кашле с воздухом выплевывается мокрота. Холод пробежал по спине... Наложил швы. Поступление воздуха прекратилось. С трудом ушил легкое и торакотомную рану. Больная выздоровела. И сейчас я убежден, что та круглосуточная и разнообразная практика в Кировоградской больнице дала мне почувствовать вкус настоящей работы — привила навыки и научила думать о деле. Пригодилось это тогда, а еще больше — на фронте. О том, как трудились врачи на фронте, рассказано уже немало...

Навсегда останутся в памяти первые друзья и соратники по хирургической работе в Березниковской больнице: А. П. Носков, О. Н. Худияровская, А. В. Меринов, В. П. Савельев, Э. И. Кальмбаха, Л. В. Козлова, А. Ф. Вьюхина, З. Н. Данилова, Н. А. Сафронова, С. А. Никитченко, Я. А. Ортенберг, А. С. Решетова, Г. А. Кузнецова, А. Ф. Суханова, Н. Н. Шульгина, А.А. Узов, Б. А. Санников, А. А. Ненашев, В.П. Пржевальский, В. Н. Бачериков, А. В. Пятаев и многие другие.

Нас объединял какой-то порыв к познанию, совершенствованию. Сколько нежного тепла, забот и внимания уделяли мы нашим больным, сколько энергии тратили на всевозможные диспуты и конференции, на творческое обобщение своего практического опыта. В условиях периферийной больницы мы проводили межобластные конференции хирургов Урала, издавали сборники научных трудов. Коллективное вдохновение рождало успех. В том-то и дело, что труд врача нельзя понимать только как непосредственную работу в больнице, поликлинике или лаборатории. Наша работа ни на секунду не дает успокаиваться на достигнутом.

Пока живем — учимся. Врачебные конференции и заседания медицинских обществ, курсы по обмену опытом и еще множество форм призваны непрерывно обновлять наши знания и опыт. Главное же — книги, журналы по своему профилю и смежным дисциплинам, постоянное впитывание и оценка новой информации.

«Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку», — сказал Матвей Яковлевич Мудров, известный русский врач прошлого века. (Сам он, надо отметить, замечательно обогатил медицинскую науку и практику: явился в России одним из основоположников терапии и профилактического направления в русской медицине, разработал схему клинического обследования больных, впервые ввел составление истории болезни. Во время эпидемии Матвей Яковлевич был членом центральной комиссии по борьбе с холерой, в 1831 году он заразился и погиб.)

Нельзя быть врачом, не совершенствуясь постоянно в профессии. Заметьте, за всю историю развития медицины в «Клятву Гиппократата» было внесено единственное дополнение. Это было сделано на втором Всемирном деонтологическом конгрессе в Париже. Звучит оно так: «Клянусь обучаться всю жизнь».

Если кто-нибудь возразит сейчас: «Вы преувеличиваете. Почему же именно врачу предуготован такой непрерывный труд? Разве представителям иных профессий не нужно

постоянно обновлять свои знания и накапливать опыт?» — ответу: «Здесь нет никакого преувеличения. Потому что цена нашего врачебного незнания или полужнания слишком дорога — здоровье человека, а иногда и сама жизнь его».

Какова ответственность — таков и спрос. Вот почему спутниками настоящего врача вечно будут и упорный труд, и неустанная работа над собой.

Но прежде необходимо осознать эту необычайную ответственность, сделать ее своею. Ответственность — не просто качество личности, а основа врачебного характера. Ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного, повседневного отношения к самому важному для человека — его Жизни и Смерти. Врачуверяется самое дорогое. Если он лечит больного, то он несет ответственность не только перед ним, его близкими, коллегами, но и перед обществом в целом, перед государством.

К глубокому сожалению, еще не все представители нашей профессии полностью осознают эту истину. Кому из нас, уже на правах больных, не приходилось буквально наткаться на случаи небрежного отношения медиков к своим обязанностям... А нам, врачам, эти случаи виднее.

У инженера крупного предприятия появилось острое расстройство стула. Больного немедленно положили в инфекционную клинику. Врачи установили канюлю — трубку для введения лекарств — в подключичную вену, проводили дезинтоксикационную терапию. Расстройство через сутки прекратилось, температура стала нормальной, но в месте установления подключичного катетера появился инфильтрат. Тромбоз. Явные признаки заражения крови. Перевели в реанимационное отделение, однако спасти человека уже не смогли. Инфекция, очевидно, была внесена при канюлировании подключичной вены. Какие были основания для такого массивного лечения? Никаких!

Еще эпизод, с такой же канюлей в подключичную вену: больному тяжелой формой панкреатита проводили инфузионную терапию. Через месяц этот больной поступил снова. Дежурный врач решил поставить катетер в вену. Вдруг больной заявил: «А у меня подключичка уже стоит. Ее не вынимали с прошлого раза, так с нею и выписали». Хорошо, что все обошлось благополучно! Но ведь случайно обтуратор канюли мог выпасть и в вену попал бы воздух...

Однако врач, снова оспорит кто-то, — такой же человек, как все, он живет во множестве производственных и семейных забот, бывает и усталым, и огорченным, и замотанным. Он ведь и сам порою нуждается в сочувствии, а вот, поди ж ты, приходится нести еще и тяжесть тревог и страданий другого! Все так, но ведь «врачом быть — значит, всегда из двух сильнее быть» (Э. Швенингер).

Врач обязан быть сильнее. Больному нет и не может быть дела до того, что он для врача — один из многих. Он пришел за помощью и сочувствием. Долг врача — оказать ему помощь и посочувствовать. И знаете, эта истина аксиоматична, она не требует доказательств. Помню, в одном из хороших фильмов есть диалог двух педагогов — славной молодой учительницы и пожилой, умудренной жизнью.

— Как объяснить, что читать чужие письма нельзя? — страдает молодая, поставленная в тупик безнравственным поведением девочки-подростка.
— Никак. Нельзя — и все, — отрезает пожилая.

Так же и здесь: долг — и все. Врач несет ответственность за человека, который к нему обратился. От его знаний и умения зависит благополучие этого человека, его здоровье, а

может быть, и жизнь. И, значит, личные интересы и соображения должны быть забыты.

Как говорил психотерапевт Константин Алексеевич Скворцов, больные «не прощают нам личной жизни. Даже понятное заявление врача: «У меня самого такая же болезнь, как и у вас», — скорее дискредитирует доктора, нежели поможет больному».

Такая ответственность нелегка. Врачу знакомы бессонные ночи с навязчивыми думами о судьбах тяжелых больных. В одном из писем А. П. Чехов признавался, что «у врачей бывают отвратительные дни и часы, не дай Бог никому этого». Подобные «дни и часы» — неизбежный спутник врача. Только врач знает всю горечь собственных страданий, когда допущены какая-нибудь оплошность, недосмотр или трагическая ошибка. До конца жизни упрекал себя замечательный хирург, лауреат Ленинской и Государственных премий СССР Сергей Сергеевич Юдин в смерти женщины, у которой он в дни своей врачебной молодости не распознал хронической непроходимости кишечника и назначил ей слабительное.

Великолепный диагност профессор Сергей Петрович Боткин не мог простить себе, что из-за отсутствия объективных данных не поверил жалобам юноши, вновь поступившего в клинику после выздоровления от брюшного тифа, на упорные головные боли. Юноша был выписан с пометкой в истории болезни «Симуляция», а на следующий день умер. При вскрытии был обнаружен абсцесс мозга.

История отечественной медицины знает случаи, когда тяжелые переживания, вызванные обостренным чувством врачебной ответственности за ошибки или неудачу, имели трагические последствия и для самого врача. Так, профессор С. П. Коломнин в 1886 году покончил жизнь самоубийством после смерти больной, оперированной им с использованием нового по тому времени метода анестезии. Популярный саратовский врач-гинеколог З. В. Васильева в 1928 году прибегла к морфину, не в состоянии пережить смерть своей подруги, талантливого хирурга Н. В. Алмазовой, которую по ее же просьбе оперировала.

Нет слов, это случаи исключительные, но они показывают, как непосильна бывает иногда ответственность врача и сколько нужно самообладания, чтобы не согнуться под ее тяжестью.

Самообладание приходит с опытом. Врач, работающий много лет, конечно, не может так остро переживать каждую смерть, как в первые годы своей практики. На такую непосильную эмоциональную нагрузку не хватило бы душевных сил, это постоянно выводило бы его из строя... Происходит своеобразное профессиональное привыкание к окружающим его страданиям, к трагическим ситуациям, к смерти больных, за которых велась длительная и упорная борьба.

Такая охранительная адаптация обуславливает возможность не терять самообладания, четко и продуктивно работать в трудных условиях. Это не профессиональная деформация личности, не притупление чувств, а именно охранительная адаптация, лучше не скажешь. Сердце все равно тоскливо сжимается, а иногда и горьких слез не сдержать. Но как раз в способности скрыть свои чувства заключен высочайший профессионализм врача. Только так можно выходить победителем из труднейших ситуаций, мобилизоваться, когда подчас все решает минута, а порой даже секунда. Ответственность за доверенную тебе жизнь помогает в этом.

К бесспорно врачебным качествам я отнес бы и наблюдательность. Конечно, речь идет не об обычном житейском умении все замечать, а о профессиональной наблюдательности, позволяющей увидеть, запомнить и оценить с медицинской точки зрения малейшие изменения в физическом и психическом состоянии человека, в явлениях, которые происходят во внешней среде и могли бы как-то повлиять, воздействовать на его состояние.

В памяти врачей старшего поколения сохранились рассказы о диагностике «с первого взгляда», примеры буквально чудодейственной быстроты и точности, с которой иногда выдающиеся представители нашей профессии распознавали болезнь даже в самых сложных случаях.

На протяжении многих столетий врачи при обследовании пациентов пользовались почти исключительно теми возможностями, которые дарованы нам самой природой: зрением, слухом, осязанием, обонянием. Внимательно осматривая больных, они умели видеть многое из того, что мы разучились замечать. Осторожно ощупывая поврежденную конечность, ухитрялись определять место и характер перелома с поразительной точностью.

Конечно, никаких чудес здесь не было. Были громадный опыт, высокоразвитое клиническое мышление и изощренная, цепкая наблюдательность. Значение такого рода наблюдательности в практической и научной работе врача неоспоримо.

Не случайно по указанию Ивана Петровича Павлова на главном здании биологической станции в Колтушах была сделана надпись: «Наблюдательность». И сам гениальный физиолог обладал исключительным даром наблюдения. Одна из его старейших учениц писала: «Во время опытов он был весь внимание, и ничто не ускользало от него. От него вообще ничего не ускользало, он все видел. По выражению моего лица он сразу мог определить, что со мной происходит в данную минуту».

Любопытный факт известен из истории литературы. Многие медики, читая увлекательные рассказы Артура Конан Дойля о приключениях Шерлока Холмса, не могли не обратить внимание на то, что методы расследования преступлений, применявшиеся этим легендарным детективом-любителем, носили определенно врачебный характер.

Исключительной наблюдательности, умению находить, запоминать, правильно оценивать и сопоставлять мельчайшие факты и события и делать из всего этого строго логические выводы героя Конан Дойля мог бы позавидовать любой врач.

Оказывается, прототипом Шерлока Холмса был и вправду врач — главный хирург королевской лечебницы в Эдинбурге Джозеф Белл. Белл учил студентов не только искусству врачевания, но и наблюдательности. Большинство людей, внушал он своим слушателям, смотрит, но не наблюдает. Во время приема больных Белл демонстрировал студентам примеры наблюдательности. Он ставил диагнозы раньше, чем больные начинали рассказывать о своих болезнях. По едва заметным приметам определял профессию человека, национальность и т. п.

Чтобы подражать Джозефу Беллу, конечно, нужно обладать такой же исключительной наблюдательностью, какой был одарен он, приобрести его знания, его умение анализировать и делать правильные выводы. Но почему бы в меру собственных способностей и сил не пытаться оттачивать у себя эти качества до подобного блеска? Поверьте, это будет надежнейшее профессиональное подспорье.

Естественно, уместно предупредить и от излишней самонадеянности, которая может повлечь за собой как несчастье, так

и курьез. П. И. Шамарин в «Размышлениях о профессии врача» приводит пример подобной самонадеянности.

Преподаватель говорит студентам, глядя на осторожную походку больного, который согнулся

и держит руки на животе:

— Так может вести себя больной с язвой желудка!

А тот — врачу:

— Большой палец на ноге нарывает, больно наступить. Помогите!..

Случается, что по мере вживания врача в профессию его наблюдательность начинает приобретать эдакий избирательный характер. Мысли и ассоциации, связанные с случайными наблюдениями, возникают совершенно неожиданно, как бы подсознательно. Сидишь, например, в театре позади какого-то солидного мужчины и вдруг замечаешь на голове его шишку. А ведь это атерома! И почему он ее не удалит?.. Иногда такие внезапные мысли даже раздражают. Но ничего не поделаешь! Это вполне естественный момент, так сказать, профессионализации взгляда, точки зрения на мир. Она помогает быть врачом везде и всегда.

Помню, приехал я на курорт в Кисловодск и обратил внимание, что знакомая еще по прошлому году ванщица похудела, осунулась, а, нагибаясь к ванне, болезненно морщилась, прижимала руку к животу. Замечаю по изменениям в страдальческом выражении лица, что боли носят схваткообразный характер.

Спросил, в чем дело. Оказалось, вот уже полгода она лечится по поводу гастрита, холецистита, принимает уйму лекарств, дефицитных и дорогостоящих, а улучшения нет. Я попросил разрешения осмотреть ее и тут же нащупал довольно больших размеров опухоль слепой кишки. Договорился с местными коллегами об операции. Хирурги, анестезиологи, операционные сестры с большим вниманием, особой заботливостью помогали мне во время операции и после нее. Мне такая доброжелательность очень понравилась. Все обошлось, и к концу моего пребывания в санатории Евгения Яковлевна была готова к выписке из больницы. Приветливо встретила она меня в очередной мой приезд: трудоспособна, прекрасно выглядит.

Со стороны поглядеть — как порой хирургу легко достаются успехи! Но за этой якобы легкостью — профессиональная наблюдательность и профессиональная работа. Однажды на обходе в Усольской районной больнице я увидел лежавшую в отдельной палате истощенную женщину. По мнению лечащего врача, больная в консультации не нуждалась. Какой-то видный «авторитет» установил запущенный рак, и больную признали обреченной. Возле нее сидели дети — мальчик лет десяти и его сестренка-дошкольница. Чувствовалась какая-то особая нежность между детьми и матерью. Может быть, потому, что все трое осознавали безысходность?

Истощение крайнее и... огромный живот. Расспросив об обстоятельствах болезни, я усомнился в правильности диагноза и просил перевести больную в Березниковскую больницу. Через сутки мы ее оперировали. Доброкачественную кистозную опухоль весом в семнадцать килограммов удалили без труда.

Какое изумление было на лицах детей, увидевших свою мать после операции! Описать это трудно, нет ведь слов, могущих выразить степень любви к матери. Безутешная печаль сменилась огромной радостью. Младшая гладила одеяло на животе. Никогда не забыть мне ту трогательную картину.

Сейчас эти выросшие дети — солидные врачи. Кто знает, может, их привело в медицину мамино несчастье? Всю жизнь они меня благодарят, а я ведь сделал так мало!

А вот еще эпизод, который радостно вспоминать. Как-то во время предвыборной кампании я встречался со своими избирателями. После собрания организаторы встречи между прочим, к слову, сообщили мне, что среди жителей моего округа есть «отшельник». Нет, он не

отрекался от людей и от семьи, но, в связи с тем, что у него «распадающийся туберкулез легких» и от него очень дурно пахнет, вот уже около года живет на чердаке собственного дома. Я решил с ним встретиться. Выяснилось, что во время Великой Отечественной войны он получил пулевое ранение в левую половину грудной клетки.

Был демобилизован, поправился, но потом «приключился туберкулез», человеку определили инвалидность.

Его обследовали. В левом легком оказалась пуля, легкое было в состоянии гнояного распада — отсюда тот нестерпимый зловонный запах, заставивший больного избавить от себя семью. Мы удалили распадающееся гангренозное легкое вместе с пулей. Через полгода это был жизнерадостный, трудоспособный человек. Профессиональный взгляд на людей не должен изменять врачу нигде, ни при каких обстоятельствах. Надо наблюдать, замечать, анализировать.

В связи с бурным развитием медицинской техники, внедрением в клинический обиход кибернетики, попытками механизировать процесс диагностики кое у кого появилось пренебрежение к традиционным методам непосредственного изучения больного человека. Врач, порой даже не взглянув на очередного пациента, погружается в изучение лабораторных данных, рентгенологических заключений, отзывов специалистов, смотрит на больного, фигурально выражаясь, через отверстие цистоскопа или ушное зеркало. Это, конечно, никуда не годится. Никакие технические и методологические достижения медицины не должны заслонять для врача главного — живого человека с его индивидуальными физическими и духовными свойствами.

И, самым широким образом используя все новейшие методы лабораторной и клинической диагностики, надо научиться пытливым взором смотреть на больного, замечать и выявлять такие изменения в его состоянии, которые подчас недоступны самым утонченным и совершенным методам аппаратного исследования.

Наблюдение — процесс творческий. Аппараты творчески наблюдать не могут. Они прекрасно регистрируют, точно выполняют запрограммированную исследователем работу и, таким образом, помогают врачу наблюдать. В этом их величайшая ценность, но и только. Непосредственное наблюдение всегда было и остается ценнейшим методом в медицине. Преуменьшать его значение, а тем более совсем отрицать, как это делают некоторые восторженные поклонники «механизации» врачебной работы, нет никаких оснований. Будем же предельно наблюдательны!

Практическое врачевание, особенно в некоторых своих разделах (хирургия, акушерство, неотложная терапия), да и сама медицинская наука, помимо других качеств, нередко требует от врача еще и особой выдержки, самообладания, профессионального мужества. Именно мужества, а не смелости, о которой иногда говорят в хвалебном тоне: «О, это смелый хирург».

Вот как объяснял различие этих двух понятий профессор М. М. Дитерихс:

«Хирург должен быть не смелым, а непугающимся, мужественным... каждое неудачное движение ножом или недочет в работе инструмента без спокойного мужества может принести непоправимые беды. Да, мужество и умение внушить его своим помощникам и сотрудникам составляют заветные и необходимые черты души хирурга. Стоит ему потерять их — и он должен отказаться от оперативной деятельности, ему уже не удастся благополучно проходить по перекинутому над пропастью опасностей

канату».

«Спокойное мужество» — как вам это нравится? Мне — чрезвычайно. Иначе, пожалуй, и нельзя назвать исключительную собранность, которую ощущает врач, принимая единственно возможное, но связанное с риском решение или проводя его в жизнь. Что касается врачебной смелости, то есть импульсивного проявления чрезмерной активности, которая далеко не всегда обоснована и соразмерна знаниям, опыту и техническим возможностям, то вряд ли ее можно в себе — да и в другом — поощрять.

Когда-то, еще на первой Всероссийской научной конференции хирургов в 1934 году, доктор К. В. Волков (г. Ядрин) по этому поводу говорил:

«Не только образовывая хирургов, но и воспитывая их, надо внушать спасительный страх перед операцией, так как часто встречаются молодые врачи, которым «все нипочем»; должно воспитывать чувство гуманности, потому что зачастую бывает стремление «использовать материал».

Врачебное мужество допустимо только во всеоружии знания. Идти на риск имеет право лишь тот, кто достаточно подготовлен к случайностям, которые могут встретиться.

Интересный пример спокойной и своевременной, подлинно мужественной решительности описан учеником известного московского хирурга В. Н. Розанова профессором А. Д. Очкиным:

«Владимир Николаевич дежурит в больнице. Возвращаясь с обхода отделения в приемный покой, он видит лежащего на ступеньках приемного покоя человека, синего, задыхающегося от острого сужения гортани. Тут же, на лестнице, простым перочинным ножом он делает без промедления больному трахеотомию и спасает ему жизнь. «Благодарный» пациент, по профессии певчий церковного хора, подает на него в мировой суд иск за увечье, лишившее его возможности продолжать свою профессию. В иске, естественно, отказано».

Я позволю себе привести еще пример из личной практики. В 1953 году меня

вызвали в Красновишерск помочь местным врачам прооперировать больную женщину. Во время операции оказалось невозможным избежать кровотечения из крупных сосудов. В брюшной полости скопилось огромное количество крови. Состояние больной стало критическим.

В ту пору в Красновишерске не была достаточно налажена донорская служба. Я решился собрать скопившуюся в животе кровь и, профильтровав через несколько слоев марли, перелить больной. Буквально на глазах наша пациентка вернулась к жизни: стало нормальным артериальное давление, выровнялся пульс. Жизнь человека была спасена.

Это событие заставило меня задуматься и покопаться в книгах. Оказалось, что ученые-медики, а среди них, в первую очередь, хирурги и акушеры-гинекологи, уже интересовались, можно ли излившуюся в брюшную и грудную полости кровь использовать для обратного переливания. Иными словами, уже возникал конкретный вопрос: может ли больной при некоторых состояниях быть сам себе донором? Ответ обнаружился в материалах, опубликованных за четверть века до красновишерских

событий. Поистине: новое — это хорошо забытое старое.

Член-корреспондент Академии медицинских наук СССР А. Н. Филатов еще в 1924 году экспериментально установил, что изливающаяся в серозные полости кровь не претерпевает каких-либо существенных изменений, которые могли бы при обратном переливании отрицательно повлиять на общее состояние животного.

Весьма ценный научный вывод был незаслуженно предан забвению. Возвращать больному его собственную кровь, излившуюся во время операции при ранениях сосудов груди и живота, при внематочной беременности, мы стали с тех пор считать законом.

Возможности реинфузии оказались исключительными. Особая привлекательность обратного переливания крови еще и в том, что его можно выполнить быстро и в любых условиях — и в сельской маленькой больнице, и в крупном городском стационаре. Не требуется громоздкой специальной аппаратуры. Надо лишь собрать кровь с помощью обычного электрического отсоса, имеющегося в каждой больнице, или вычерпать ее стерильными черпаками.

Собранную кровь смешивают с препаратами, препятствующими ее свертыванию, затем фильтруют через стерильную марлю — и она готова к обратному переливанию. Нередко с помощью реинфузии удается вернуть в сосудистое русло больного почти всю кровь, изливавшуюся при травмах. А ведь в брюшной или грудной полости ее может скопиться до двух-трех литров.

Вот лишь один пример. Больной был доставлен в клинику в крайне тяжелом, обескровленном состоянии. Когда его везли в машине «скорой помощи», вливали в вену кровезаменители. В клинике во время срочной операции в брюшной полости обнаружили два с половиной литра крови. Всю ее перелили обратно в вены больного. Донор не понадобился.

С течением времени число наблюдений и успехов росло. Я стал убежденным проповедником этого способа, выступал на конференциях, съездах, выпустил книгу. Проведен ряд исследований, защищены диссертации, написаны методические письма и монографии. Теперь уже все согласны с нашей аргументацией. Метод получил широкое внедрение в практику всех хирургических отделений страны. Сбережены многие тонны крови, а самое главное — спасены многие-многие жизни.

А вот случай совсем недавний. Восемилетний Дима Климов играл с друзьями у дома. Кто-то из озорников бросил в костер газовый баллон. Произошел взрыв. Диме как бритвой срезало правую ногу выше колена... Мальчика в состоянии тяжелого шока доставили в детскую городскую больницу.

Дежурный хирург хотел было уже обработать культю, но отец ребенка умолял: — Может, пришить? Ведь мальчик на всю жизнь останется инвалидом! После консультации с хирургами нашей клиники было решено предпринять этот рискованный шаг.

Операцию начали через три часа после травмы. Технически она проходила типично для подобных случаев. Соединили и фиксировали металлическими стержнями бедренную кость. Последовательно сшили сосуды, нервы, мышцы. После пятичасовой операции нога стала розовой, теплой, появилась пульсация на артериях стопы.

Но тяжелые испытания для больного и врачей не кончились. Утром следующего дня, осмотрев ребенка, мы поняли, что поводов для оптимизма нет — произошел тотальный

венозный тромбоз. Вот уж поистине — мелочей в хирургии не бывает! Ругая себя, ругал сотрудников, что после операции доверили медсестре наложить повязку на рану. Та добросовестно наложила вкруговую бинт, а к утру из-за отека тканей возник «венозный жгут».

Мы приняли решение повторно оперировать ребенка. Снова наркоз, вновь выделены сосуды. К счастью, артерия была хорошо проходима. Из просвета вен «выдаиванием» удалена масса тромбов, переложен венозный анастомоз. Кровообращение в ноге восстановилось. Постепенно уменьшился и отек.

Две недели Дима находился в палате интенсивной терапии под постоянным контролем врачей и медицинских сестер. Ежедневные перевязки, тщательный контроль за общим состоянием ребенка, повторные переливания крови и кровезаменителей... Двенадцать раз Диму помещали в барокамеру. На четырнадцатые сутки швы сняты. Раны зажили без нагноения.

Трудно и долго выхаживали мальчика. Старания и заботы увенчались успехом. Однако нога в результате операций стала короче. Решили удлинить ее при помощи аппарата Г. А. Илизарова. Мальчик начал ходить...

К его спасению причастны десятки человек — врачей, медицинских сестер, просто неравнодушных людей: ведь кто-то еще на месте происшествия быстро и грамотно наложил жгут, кто-то, задыхаясь, бежал вызывать «скорую»... В клинике не было ни одного врача, не принявшего участия в судьбе Димы.

Я не хочу говорить об этом случае как о чем-то сенсационном, уникальном. Конечно, он по-своему особенный — ведь приживлен крупный фрагмент конечности, — но сами по себе подобные операции имеют достаточное экспериментальное обоснование, не раз успешно выполнялись у нас в стране и за рубежом. Однако они всегда связаны с риском, с врачебным мужеством, которое зиждется на знании достижений медицины, на вере в ее могущество и свои силы.

Мужество, решительность нужны врачу, как уже говорилось, не только в лечебной деятельности, но и в научной работе.

Наука мертва без дерзких идей и неожиданных гипотез, как и без точности наблюдений и осторожности в выводах.

Присутствие риска в работе, необходимость проявлять мужество, сам факт сопричастности к жизни и смерти человека порою делают нашу профессию в глазах людей непосвященных излишне героико-романтической.

Этому изрядно помогает и пресса, придавая делу черты своеобразного героизма, сенсационности. Но если и есть в нем элементы героизма, то это героизм повседневный, обыденный, полностью лишенный внешних атрибутов. Врачебную работу отличают простота, скромность, отсутствие шумихи. Скромность, простота — это отличительные качества и самого врача.

Я не хочу ханжествовать и кривить душой. Любому человеку, представителю какой угодно профессии приятно, когда его работа полезна обществу и нравится людям. Ему небезразличны выражения признательности, заслуженные отличия, всякого рода проявления высокой оценки его деятельности. Но, с удовлетворением принимая благодарности и сердечные приветствия, мыслящий врач никогда не в силах забыть, какой ценой успехи

достигнуты.

Он вспоминает и неудачи, и ошибки, которые вычеркнуть из памяти невозможно, так как они касаются живых людей, и не совсем оправданные решения, — а врачу принимать их приходится срочно: ведь промедление нередко бывает буквально смерти подобно. В свете этих критических самооценок многие похвалы кажутся чрезмерными, благодарности — неоправданными. Чувство постоянной неудовлетворенности заставляет врача еще настойчивее работать над собой, совершенствовать свое мастерство, быть в постоянном поиске. Только честная, непредвзятая самооценка способна защитить его от зазнайства, спеси, преувеличенного представления о своих познаниях.

К сожалению, с отсутствием скромности все еще приходится встречаться, причем не только у опытных медиков, но и у будущих врачей.

Однажды мне довелось участвовать в работе государственной экзаменационной комиссии в медицинском институте приволжского города. Во время перерыва в коридоре завязалась непринужденная беседа с выпускниками, ожидавшими своей очереди. Когда кто-то из них посетовал, что предлагаемые вопросы слишком сложны, один студент с усмешкой сказал: — Мне этот предмет не страшен. — И объяснил: — Я ведь именной стипендиат.

Когда же и ему пришлось отвечать, то оказалось, что этот «стипендиат» может хорошо рассказать лишь о том, чем занимался в научном кружке при кафедре. А на элементарные вопросы о лучевой терапии злокачественных опухолей, методах вправления вывихов и тому подобном он ничего вразумительного ответить был не в состоянии. Без пяти минут врач проявил не только отсутствие элементарной скромности, но и ничем не оправданный избыток самомнения — чванливость.

Несколько лет назад мы повторно оперировали и долгое время лечили мальчика-восьмиклассника, заболевшего острым аппендицитом. Его семь часов подряд оперировал молодой хирург, страдающий непомерным самомнением. Операция явно оказалась ему не по плечу. Остановись, подумай, пригласи старших... Нет, хирург упорно продолжал считать, что справится сам. Какой же дорогой ценой была оплачена эта ложная самоуверенность!

Перелистываю амбулаторную карту пожилой женщины, пришедшей ко мне «с последней надеждой» и страдающей хроническим воспалением почек. Ее консультировали до меня шестнадцать специалистов — было предложено шестнадцать вариантов лечения, порою не дополняющих друг друга, а взаимоисключающих. Из рассказа больной стало ясно, как самоуверенно вел себя каждый из специалистов...

Быть скромным. Никогда не забуду, как воинственно настаивал на соблюдении этой врачебной заповеди дорогой мой наставник Александр Александрович Росновский. Возвращаясь с конференции или сессии Академии наук — он немедленно требует: — Рассказывайте. Все рассказывайте. — Но чуть только заметит, что ты с излишним пафосом заговорил о себе, тут же меняется в лице: — Вы теряете скромность! Хочется предостеречь будущих врачей от всякого зазнайства, от самодовольного восхваления своих успехов в практической медицине.

Самореклама вообще отвратительна, и совсем уж плохо, если она сопровождается, как иногда бывает, эдакой опосредованной критикой в адрес коллег: — Где же вы были раньше? Кто мог посоветовать вам такой режим? Почему же сразу-то ко мне не обратились?

По этому поводу, кстати, существует абсолютно правдивая байка. Лечащий

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

врач, осматривая зев больного, ворчит: «Ну и ну! И кто это вас оперировал? — и студентам: — Посмотрите, какие грубые рубцы. Ну прямо мясник орудовал!» Больной, когда ему разрешили закрыть рот: «Доктор, а ведь это вы оперировали несколько лет назад». Как говорится, поделом.

Подобные речи подрывают доверие больного не просто к врачам, а в целом к медицине. У пациента при таких «взаимоотношениях» между специалистами возникает разочарование во врачах вообще, и на этой почве рождается психогения.

Кроме того, они крайне неэтичны. И тут полезно вспомнить мудрую сентенцию:

«Никогда не отзывайся дурно о других врачах, ибо каждый имеет свой счастливый и несчастливый час. Пусть прославляют тебя дела твои, а не язык!»

Этому изречению больше тысячи лет, но ни правоты, ни остроты оно, мне кажется, не потеряло.

А ведь «несчастливые» часы бывают у всякого, даже у самого выдающегося представителя нашей профессии. Знаменитый хирург, творец спинномозговой анестезии профессор Август Бир за один «несчастливый» для него 1925 год потерял трех таких оперированных им больных, как президент Германии Фридрих Эберт, всемирно известный акушер-гинеколог Эрнст Бумм и крупнейший финансист того времени мультимиллионер Тиссен.

Приходится с горечью заметить, что желание щегольнуть внешним блеском, мелкое тщеславие порою заражают врача, ставшего администратором. Тут уж не до интересов больных, не до интересов дела, главным становится красивый фасад. А что за ним?

Не случайно говорят, что о подлинном состоянии лечебного учреждения следует судить не по нарядным занавескам и цветам, хотя занавески и цветы — дело хорошее, а по тому, как содержатся туалеты, насколько старательно моют и дезинфицируют подкладные судна, на каких тюфяках и в каком белье лежат больные, как их кормят и т. п.

Надо с первых шагов научиться работать не напоказ, не на себя, не в интересах личной карьеры, а для пользы дела, потому что (еще раз хочется это подчеркнуть!) дело наше связано с самым дорогим достоянием Родины — ее людьми.

Деятельность врача — это борьба. Борьба со смертью, людскими страданиями, с обстоятельствами, отрицательно воздействующими на здоровье человека. К глубокому прискорбию, не всегда победа оказывается на стороне врача... Ему приходится переживать немало горьких минут, видеть неутешное горе, людские слезы, муки больных, которым он не в силах помочь. Человеческие страдания — это в какой-то степени наша повседневность. Чтобы не «умирать с каждым», надо уметь сосредоточиться на моментах профессиональных, не терять самообладания — об этом мы уже говорили.

Но есть еще качество, которое помогает уберечься от отчаяния, выстоять. Оптимизм — вот что надо в себе возвращать всеми силами души.

ОПТИМИЗМ — чтобы верить и продолжать борьбу!

Почему-то при слове «оптимист» мы привыкли представлять себе эдакого бездумного, розовощекого бодрячка. Оптимизм — от латинского *optimus*, что значит «наилучший». Оптимизм — наша вера в великую силу науки.

«...Наука может и должна в будущем даровать людям счастливое существование» (И. И. Мечников). Это убеждение и призвано служить основой врачебного оптимизма. Надо верить не только в грядущие достижения науки, но и в то, что с ростом культуры общества члены общества будут все бережнее относиться к своему здоровью. Врач, активный, ответственный участник борьбы за здоровый быт, должен видеть успехи этой борьбы и ее будущее. Подлинный оптимизм никогда не даст врачу опустить руки, не исчерпав всех средств для спасения человека.

Да, деятельность врача — борьба. И для того чтобы она была победной, нужно любить эту жизнь во всех ее проявлениях, любить людей, во имя счастья и благополучия которых трудишься. Само врачебное дело по сути своей не есть ли действенная любовь к жизни?

Трудолюбие, ответственность, мужество и решительность, скромность и честность, профессиональная зоркость и оптимизм... Одно перечисление великолепных качеств, которыми должен обладать хороший врач, — а хорошими хотят стать все, кто же сознательно намеревается выучиться на средненького или плохонького специалиста! — способно отпугнуть от нашей профессии человека, не уверенного в своих силах. Да нет, не отпугивает, потому что все эти качества можно обрести, воспитать жесткой, без скидок, требовательностью к себе во имя избранного дела. Было бы желание да хватило бы настойчивости.

Однако есть качество, которое воспитать непросто, так как оно не просто качество характера, а, скорее, свойство души. Имя этому свойству — сострадание, умение сочувствовать близкому, переживать чужую боль как свою.

«В жизни есть истины, не подлежащие дискуссии, — пишет профессор Д. Ф. Благовидов. — Человек, лишенный слуха, не может быть музыкантом. Слепой человек не сядет за руль автомашины. Несомненно и то, что врач должен иметь больше, чем чуткий слух и острое зрение. Если... нет любви к больному... такому человеку профессия врача противопоказана».

Существует множество отличных дел. Говорят, профессий на земле уже сорок тысяч — выбирай по душе. Но прежде загляни себе в душу: что там, кто ей ближе, какая природа — живая или неживая? Машины ей милы или люди, и если люди, то что в них? Какими средствами ты хочешь помочь им быть счастливыми?

А есть ли сострадание в душе твоей?..

Нельзя врачевать тело, не врачую душу.
Сократ

Только сердцем

В городе Новочеркасске погиб человек, молодой учитель, молодой отец, славный парень. Преступление совершили последовательно двое: сначала дипломированный хулиган, умелым спортивным приемом пославший учителя в нокаут за то, что тот неосторожно коснулся его автомобиля, затем — врач, отказавший раненому в медицинской помощи... Очерк об этом событии, опубликованный «Литературной газетой», вызвал бурную волну откликов. Среди них были письма и медиков, и тех, кто собирается стать врачом. Вот строки из двух таких писем.

«Знать анатомию, физиологию, причины возникновения болезни — еще не значит быть врачом,— пишет доктор медицинских наук из Гродно Витольд Чеславович Бржеский. — Непременным условием принадлежности к медицинской профессии является любовь к человеку, постоянное стремление быть ему полезным, помогать сохранить и восстановить здоровье. Спаси!.. Ведь недаром академик А. А. Вишневский говорит, что он предпочел бы подвергнуться операции у хорошего человека и среднего врача, а не у среднего человека и хорошего специалиста».

А это — письмо студентки медицинского института из Свердловска: «Выбрала будущую специальность по призванию: с детства мечтала облегчать людские недуги. Может быть, поэтому так остро переживаю малейшее невнимание к больному человеку. Стыдно сказать: читала очерк и плакала... А вот недавно пришлось мне быть в одной из городских больниц, в хирургическом отделении. Сидит пожилая женщина, держится за бок, упрасивает врача и медсестру: «Сделайте что-нибудь, мне очень больно». Врач отвечает:

«Поболит и пройдет». И уходит. А сестра добрых полчаса заполняла карточку, много раз зачем-то переспросила фамилию, а стонов словно и не слышала. Привыкла! Так ничем и не помогли этой женщине: только дали адрес другой больницы. А она корчилась от боли. Мелочь? Подумаешь, болит... Но ведь к врачу, как 113 правило, с болью и приходят. Его профессия именно утолить боль. Неужели можно привыкнуть к человеческой боли? И неужели я тоже к ней когда-нибудь привыкну? Что мне сделать, чтобы никогда, никогда не окостенело сердце?..»

Бессердечие ни на каком поприще не украшает человека. У врача оно общественно опасно: ведь в его руках жизнь.

Девушке из Свердловска не надо так горячо беспокоиться о своей будущей судьбе: потребность отозваться на чужую беду — признак души благородной; окостенеть же сердце может лишь у того, кто к этому расположен. И слез не надо стыдиться, если они очищают душу, если они — признак отзывчивости, способности сострадать. В них не слабость, но человечность. Как точно выразился великий художник Исаак Левитан, «сердце можно лечить только сердцем»!

И крепко прав гродненский профессор: спасти! — вот первый и главный импульс, который толкает истинного врача к человеку, нуждающемуся в помощи. Я совсем не случайно обмолвился в конце предыдущего разговора о любви к природе живой или неживой. Тот, кто не способен чувствовать и сознать высокую ценность всего живого, настоящим врачом не станет.

Помню, как потряс нас всех случай, приведенный профессором К. А. Смирновой в статье «С

точки зрения психиатра»:

«...Нам прислана фотография, на которой изображены две студентки третьего курса одного из медицинских вузов. Студентки хохочут над умирающей собакой, вышедшей из наркоза с выпавшими внутренностями».

В статье не указывалось, как реагировали на это администрация и общественность соответствующего института. Но нам известно, что был исключен из одного вуза студент, который из глупого озорства вставил папиросу в рот трупа, лежащего в секционном зале. И поделом! Не должно быть места в рядах медицинских работников людям, цинично насмехающимся над страданиями любого живого существа или превращающим в фарс великую трагедию — смерть человека.

Этот случай давний, а вот несколько лет назад мы бестрепетно исключили из института нескольких третьекурсников, которые напились и повесили кошку на абажуре, били ее кулаками, а она раскачивалась на длинном шнуре, обдавая брызгами крови стены, лица разыгравшихся садистов... Их выгнали не за пьянство, а за глумление над живым. Так было сформулировано в приказе по институту.

Врач должен быть добрым человеком. А что это такое — добрый? Проще и точнее, чем выразился замечательный врач и педагог Януш Корчак, сказать невозможно:

«Мне кажется, добрый человек — это такой человек, который обладает воображением и понимает, каково другому, умеет почувствовать, что другой чувствует».

Хороший врач не может не принимать участия в страдании больного, он не мыслит без этого жизни. В романе Л. Толстого «Война и мир» читаю пронзительные строки: «Когда он (князь Андрей. — Е. В.) очнулся, разбитые кости бедра были вынуты, клоки мяса отрезаны и рана перевязана. Ему прыскали в лицо водою.

Как только князь Андрей открыл глаза, доктор нагнулся над ним, молча поцеловал его в губы и поспешно отошел». Сколько сострадания и участия в этом жесте! Конечно, переживания врача не всегда выражаются внешне, но его сердце — всегда со страдающим человеком. Увы, нередко еще приходится встречаться с тем, что «за личиной так называемой профессиональной выдержки и сдержанного мужества фактически скрывают эгоистическую бесчувственность и нравственную апатию» (С. С. Юдин), а это свойства неизлечимые. Таким людям медицина противопоказана. Отсутствие «реакции сострадания» — верный признак профнепригодности.

Однако гуманизм врача — не столько в том, чтобы жалеть, а в первую очередь в том, чтобы помогать.

В романе Стефана Цвейга «Нетерпение сердца» с радостью, как отклик на много раз передуманное, неожиданно нахожу слова:

«Есть два рода сострадания. Одно — малодушное и сентиментальное... Оно — лишь инстинктивное желание оградить свой покой от страданий больных. Но есть другое сострадание — истинное, которое требует знаний и действий, а не сентиментальных переживаний, оно знает, чего хочет, и полно решимости, страдая и сострадая, делать все, что в человеческих силах и даже выше их».

Однако больной, обратившийся за помощью, с пристрастием оценивает не только

профессиональную подготовку, но и нравственные качества, культуру поведения врача. И лишь тогда доверится в полной мере, когда почувствует в нем душевного человека, мыслящего, заинтересованного.

Никогда не забуду молодого профессора, который страдал неизлечимой болезнью. Уже теряя последние силы, он мне тихо сказал: — Друг мой! Я все понимаю, понимаю ваше бессилие, но постоянно чувствую участие, я вам благодарен.

Мы действительно стремились сделать все возможное и невозможное для его спасения. Это был человек огромной воли и чистой души. На следующий день его не стало. И сколько раз в подобные горькие минуты я чувствовал, как должно вкладывать душу в свой труд и как тонко улавливают это наши пациенты!

Отличное наблюдение о чуткости больного есть у Стефана Цвейга. Героиня все того же романа «Нетерпение сердца», страдающая полиомиелитом, говорит о своем докторе:

«...раньше... он был для меня как Бог. Это ведь всегда бывает так: сначала врач наблюдает больного, а потом, со временем, и больной врача. И вот вчера, когда он осматривал, мне показалось, что он просто разыгрывает комедию. Он был такой нерешительный, неискренний, совсем не такой сердечный, откровенный, как обычно. У меня было такое чувство, что ему почему-то стыдно передо мной. Мне показалось, будто с новым лечением не все ладно и он всего-навсего хочет меня успокоить».

Есть такой раздел медицины, который сопутствует всей жизни врача,— деонтология. По-гречески deon — должное, logos — учение.

Учение о должном в медицине — деонтология — не свод прописных правил в области морали. Мне кажется, это понятие много шире — в сущности, речь идет о регуляторе врачебной работы. В этом смысле деонтология — «душа медицины и мудрость врачевания». Нашей отечественной медициной деонтология воспринимается как учение о долге врача не только перед больным, но и перед народом, она включает в себя как личную, так и гражданскую его нравственность.

В последнее десятилетие интерес к вопросам деонтологии чрезвычайно вырос. Этот интерес в значительной степени обусловлен объективными обстоятельствами. Среди них такие, как научно-технический прогресс, который дал толчок узкой специализации и обогатил медицину, в первую очередь диагностику, он диалектически повлиял на взаимоотношения больного и врача. Мы уже говорили об этом, рассуждая о таком врачебном качестве, как наблюдательность.

Мне кажется уместным привести здесь слова Антуана де Сент-Экзюпери, хорошо понимавшего природу людей:

«Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они выльчат его одной-единственной пилюлей. И все же, если я заболел, то обращусь к какому-либо старому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскурив трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

У этой проблемы есть и другая сторона. Со времен Гиппократов между врачом и больным складывались близкие отношения, своеобразное духовное «уединение вдвоем», охраняемое врачебной тайной, многовековыми традициями и даже ритуалом. В наше время между врачом и больным появился посредник — прибор или машина. Технизация вместо принципа «врач - больной» утверждает принцип «врач - прибор - больной».

Это, конечно, прогрессивная тенденция развития медицины, однако она имеет и теневые стороны. Великолепная техника-помощница для некоторых врачей начинает заслонять человека с его сложным психическим, нравственным миром, больной же хочет живого, а не механического участия, ему нужен теплый блеск заинтересованных глаз, а не сверкание никелированных поверхностей. Никакому электрокардиографу никогда не заменить сердца врача. Прибор, даже расправляясь с болью, не «утоляет» ее, как точно выразился Сент-Экзюпери. Врач, оказывая помощь, словно бы растворяет боль, принимает ее на себя, «заговаривает», потому что видит человека и помогает человеку, а не просто врачует лишь больной орган.

Но приходится признать: для иного медика эти истины не стали руководством к действию, ему делаются неинтересными переживания больного, его психика. В работе такого специалиста превалирует холодное, «аппаратное» отношение к больному. Кто-то даже назвал подобное состояние эмоциональным параличом.

В разговоре об использовании техники не может быть дилеммы: либо — либо. Вопрос в том, чтобы техника не способствовала отчуждению врача от больного человека. (Как говорил И. С. Кассирский, «технике в медицине — да, техницизму — нет».) Исследования становятся все глубже и специализированнее, их методика технически все совершенствуется — и тем реальнее за данными техники утратить ощущение цельности больного как личности, утратить контакты с ним как с пациентом: ведь приборы, аппараты, машины могут выдать всю информацию о больном.

Опасность такой тенденции чувствуют медики всего мира. Один из американских психиатров даже назвал свою книгу о медицине будущего «Послеврачебная эра». Говоря о нарастающей обезличенности медицинской деятельности, он предположил, что к 2000 году только каждый десятый американец будет получать помощь врача. Остальных обслужат компьютер или парамедицинский персонал (техники, лаборанты и т. д.).

Чувствуем опасность такой тенденции и мы. Вот почему сегодня медицинская общественность нашей страны ведет такой страстный целенаправленный поиск средств совмещения личностного компонента врачебной деятельности с объективно научной интерпретацией изучаемых явлений.

В связи с этим так заметно повысился и общий интерес к вопросам медицинской этики и деонтологии. Наряду с общими положениями, касающимися этики врача, серьезно изучаются особенности, связанные с той или иной клинической дисциплиной — например, хирургией или психиатрией. На самых разных уровнях медицинского образования ведется преподавание деонтологии в институтах.

Забота широкого круга врачей о дальнейшем совершенствовании врачевания в свете современных требований, обусловленных развитием медицинской науки и здравоохранения, очень предметна и велика. О том, каким плодотворным может быть активный творческий поиск, говорит, например, факт, о котором сообщил на второй Всесоюзной конференции по проблемам деонтологии В. В. Тявокин из города Саранска:

«Со времени Амбруаза Паре в медицине существует общепризнанное правило: «Веру в исцеление надлежит внушать пациенту». Не идет ли этика современного врача у постели больного инфарктом миокарда вразрез с этим правилом? Врач, установивший диагноз инфаркта миокарда, сообщает об этом больному и назначает строгий постельный режим... Для многих больных сама весть о диагнозе равнозначна вести о близкой смерти... Следовательно, врач, объявляя больному инфарктом миокарда о диагнозе, усугубляет его и без того тяжелое нервно- психическое состояние. Мы наблюдали в клинике случай, когда больные острым инфарктом, узнав о диагнозе, немедленно вызывали нотариуса и составляли завещание... Мы не объявляем больным об истинном диагнозе».

Саранские медики заменили строгий постельный режим так называемым облегченным и заметили, что уже это, еще до назначения лекарств, улучшает общее состояние больных. Те узнают истинный диагноз, когда острый период миновал. Врачи стремятся развеять пессимизм своих пациентов, терпеливо разъясняют им, что при правильном и гибком лечении ишемическая болезнь сердца обратима. Однако стараются не вселять и излишний оптимизм, зная, что болезнь коварна и нередко течет волнообразно... Лечебная тактика в союзе с лечебной этикой не замедлили сказаться: из 105 больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда, не удалось спасти лишь пятерых.

Когда я «итогу то, что прожил», вспоминаю десятки и сотни случаев из своей практики, из опыта своих учителей и коллег, то еще и еще раз убеждаюсь: деонтология как наука о взаимоотношениях врача и пациента построена на законах милосердия. Вот мы и вернулись к тому, с чего начали...

Именно милосердие, сострадание, сочувствие, доброта диктуют, подсказывают врачу определенный стиль поведения и тон разговора.

Человек приходит к врачу с «эмоцией ожидания». Он, как правило, напряжен, ждет ответа на многие вопросы: серьезно ли то, что с ним происходит, надолго ли он вышел из строя, чем грозит его хворь, как скажется на всей его дальнейшей судьбе, на близких...

Он хочет, чтобы те немногие минуты, которые врач находится с ним, были отданы целиком и полностью именно ему, его жалобам, его тревогам. И вся окружающая обстановка, общая дружелюбная атмосфера лечебного учреждения должны показать, что здесь ему действительно хотят помочь, стремятся избавить от страданий. От человека в белом халате должно исходить ощущение спасительной силы. И аура его должна быть именно такой. Только тогда может родиться и окрепнуть доверие к врачу, только в такой атмосфере каждая встреча с врачом уже сама по себе приносит облегчение. При больном врач обязан быть внимательным, сдержанным и благожелательным.

Но в горздравотделы почта иной раз приносит печальные письма. Тяжело, стыдно их читать...

«Мне стало плохо. Я был сильно обеспокоен, но не показывал вида, что волнуюсь. Надеялся, что у меня нет ничего серьезного, врач развеет мои сомнения, поможет, если что обнаружит, ведь я же пришел к нему своевременно, как только появились первые признаки болезни. И что же... Попасть на прием мне в тот день не удалось — мой участковый врач уже не принимал, а к другому меня не направили. На следующий день врач торопился на какое-то заседание. Во

время нашего недолгого разговора нам постоянно кто-то мешал: без стука входили сотрудники, о чем-то спрашивали. Потом его вызвал к себе главврач. Ждал я минут двадцать. А когда он вернулся, я снова начал рассказывать о своем заболевании. Но вдруг почувствовал, что врач абсолютно не слушает меня, думает о чем-то своем, далек мыслями от меня, моих переживаний. Как я могу верить такому врачу?!».

Это письмо, которое процитировала в статье «Верность клятве Гиппократ» газета «Правда», пришло из Армении. Но, будем честными: кому из нас не приходилось буквально наткнуться на подобные безобразия — можно ли назвать это иначе? «Сердечная недостаточность» — так озаглавила одна из пермских газет тревожную статью о фактах врачебного бездушия. Факты, приведенные в ней один за другим, уже не кричали, а взывали. Опоздала «скорая помощь» к больному инфарктом миокарда; инвалиду войны выдали рецепт без печати, аптека отказала в лекарстве, и через несколько дней с ним отваживалась уже противошоковая бригада; другого больного посылали от специалиста к специалисту, пока не пришлось экстренно спасти его в клинике нашего института...

Я, несомненно, мог бы противопоставить этим вопиющим примерам «сердечной недостаточности» десятки и сотни фактов самоотверженного и честного труда своих товарищей и учеников, но разве от этого те примеры исчезнут, перестанут быть, зачеркнутся, забудутся?

Увы, нет! Не забывается — ни один! Лично свидетельствую! Лично свидетельствую... Столько лет прошло, а рана не рубцуется, не затягивается. Навсегда сохранилась горькая память о том, как именно равнодушие врача погубило моего сына... Я был еще молодым хирургом, когда врачебное легкомыслие коснулось меня непосредственно, создав трагедию в нашей семье. Впервые узнал я цену врачебной ошибки и помню ее всю жизнь... Мой мальчик до сих пор перед глазами как живой. Все во мне отказывается верить в его смерть из-за небрежности врача.

С пронзительной остротой я понял: врача надо не только учить, но и воспитывать — профессиональная подготовка неотделима от нравственного воспитания, а равнодушие в медицине быть не должно, нет, точнее — быть не может!

Наверное, это и стало горьким толчком для моих раздумий и выступлений по вопросам деонтологии в медицине.

Да, сострадание подсказывает врачу формы общения с больным, однако деонтологию не случайно называют наукой. Как у всякой науки, у нее есть свои законы, принципы, правила, приемы. Хотелось бы остановиться лишь на нескольких деонтологических моментах.

Один из них настолько важен, что умолчать о нем было бы просто несерьезно. Это воздействие словом, установление особого контакта с пациентом, завоевание его доверия. Даже записывая данные анамнеза, заполняя историю болезни, хороший врач умеет создать впечатление, что он почти не занят своей писаниной, что он весь внимание. Он следит за своими словами, он не станет при осмотре отпускать реплики, которые могли бы насторожить больного, серьезно и внимательно выслушает его рассказ.

Врачебная мудрость Древнего Ирана гласила: «Три орудия есть у врача: слово, растение и НОЖ»

Не случайно в этом изречении на первом месте поставлено «слово», то есть воздействие врача на психику больного, на его мысли, настроение, волю. О громадном значении слова (или его эквивалентов: манеры обращения, выражения лица, интонации голоса и пр.) не раз говорили врачи всех времен.

Вот, например, архаические по форме, но полновесные и сейчас наставления Матвея Яковлевича Мудрова:

«...долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утешишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, дерзкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытного откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метание и которая самые болезни... иногда покоряет воле больного»

В конце концов, обратимся к этимологии слова «врач».

В «Этимологическом словаре русского языка» Макса Фасмера (М., 1986.-Т. 1.) обнаруживаем, что первоначальное значение слова — «заклинатель, колдун» (оно так и переводится в сербохорватском, болгарском и других славянских языках). Это, оказывается, производная от слов «врать, ворчать» — трудиться словом, правым или неправым, но именно словом и в первую очередь словом.

Значение слова и его эквивалентов получило строго научное обоснование в трудах Ивана Петровича Павлова. «Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные», — указывал он в своих лекциях о работе больших полушарий головного мозга; оно, «благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их заменяет».

И нужно добавить: может заменять двояким образом — действуя положительно или отрицательно. Об этом врач никогда не должен забывать. О положительном воздействии врачебного слова выразительно говорил тот же Павлов, вспоминая знаменитого терапевта Сергея-Петровича Боткина, в клинике которого он руководил лабораторией: «Его обаяние среди больных поистине носило волшебный характер: лечило одно его слово, одно посещение больного...»

О славных, бесспорных примерах подобного рода можно услышать и прочитать немало. Да и во время практики в клиниках института наши студенты видят, как светлеют лица, загораются надеждой глаза отчаявшихся больных после участливых слов авторитетного для них консультанта.

Болезнь, тем более тяжелая, делает человека, даже самого сильного и рассудительного, слабым и нерешительным, по-детски беспомощным. В его глазах врач — носитель силы, бодрости, уверенности в благополучном исходе.

Весьма примечательно, что этому своеобразному гипнозу поддаются и больные-врачи, даже такого масштаба, как Николай Иванович Пирогов.

У знаменитого хирурга незадолго до торжественного празднования пятидесятилетия его научной деятельности на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти появилась незаживающая язвочка. Вначале сам Пирогов не придавал ей особого значения, хотя несколько раз и замечал: «Не раковая ли это штука?» Поскольку язва упорно не заживала, решено было воспользоваться поездкой на юбилейные торжества в Москву для консультации. Состоялся консилиум. Общее заключение гласило: злокачественное новообразование, требуется безотлагательная операция.

Решение консилиума произвело на Пирогова чрезвычайно тягостное впечатление. Резко изменилось его настроение: он стал задумчивым, мрачным. По настоянию жены и сына для операции решено было выехать в Вену, в клинику одного из ведущих хирургов того времени профессора Т. Бильрота.

Бильрот самым тщательным образом осмотрел своего гениального пациента и категорически заявил ему, что о злокачественном характере язвы не может быть и речи и никакое оперативное вмешательство не показано.

Как свидетельствует сопровождавший Пирогова в поездке к Бильроту доктор С. Шкляревский, «расположение духа Николая Ивановича в Вене резко и быстро изменилось: из убитого и дряхлого старика, каким он был во время дороги от Москвы до Вены, он опять сделался бодрым и свежим... Николай Иванович и сопровождавшие его были полны счастья».

После консультации у Бильрота Пирогов воспрянул духом, начал принимать больных, катался верхом, работал в саду и чувствовал себя вполне удовлетворительно, пока ужасная болезнь не взяла свое.

Некоторые современники обвиняли Бильрота в диагностической небрежности. Обвинения эти беспочвенны. Бильрот истинный характер заболевания Пирогова признавал. Но он понимал и другое: организм пациента изношен, болезнь запущена, операция бесперспективна...

И, пользуясь своим непререкаемым авторитетом, подарил ему надежду, покой, обеспечил, хотя на сравнительно короткое время, сносное, не омраченное тяжкими переживаниями существование. Следует помнить, что и больные, и их родственники иногда приходят к врачам за успокоительной ложью. (Вспомним В. В. Вересаева: «Если надежды нет, то лги мне так, чтобы я ни на секунду не усомнился, что ты говоришь правду».) Вот уж подлинно: для больного правда — лишь то, что идет ему на пользу. Правда ради надежды, ради жизни!

Однако, подчеркиваю еще раз, никакие добрые слова, никакая сладкая ложь во спасение не заменят профессионализм, врачебную компетентность. Как замечает журналистка «Литературной газеты» «цену доброго слова мы, конечно, знаем, но бывает, что сладкоречием прикрывают неумение и просчеты. Мне дважды вырывали зубы, и, помню, оба стоматолога (женщины) приговаривали: одна — «Дорогуша», другая — «Потерпи, родненькая», но оба раза дело заканчивалось воспалением надкостницы...»

Нет стандартных больных! Каждый человек имеет свои личные, неповторимые особенности физического, физиологического, психологического характера. Каждый человек и болеет по-

своему. Без индивидуального подхода не может быть ни правильного распознавания болезни, ни эффективного лечения ее.

При этом надо учесть еще одно вполне современное обстоятельство: больной у нас пошел искушенный, «излишне» грамотный. Очень часто приходится встречаться с плодами санпросвета или «сам-просвета» — начитавшись популярной медицинской литературы, люди сами себе ставят диагноз и занимаются самолечением, «подсказывают» врачу и оспаривают прописанное, подвергают сомнению рекомендации и пренебрегают врачебными советами... С этим нельзя не считаться сегодня. Тем лучше надо знать человеческую психологию и тем большим арсеналом профессиональных знаний и умений располагать, чтобы заставить больного верить!

В «Педагогической поэме» выдающегося советского педагога А. С. Макаренко есть весьма ценное замечание: «Настоящий воспитатель должен хорошо владеть мимикой, управлять своим настроением, быть то сердитым, то веселым — смотря по надобности... должен быть немного актером». Такое замечание полностью может быть отнесено к деятельности врача. Конечно, мысль эту нельзя понимать буквально. Врач не должен быть каким-то притворщиком или обманщиком. Но в интересах больного он обязан искать пути к его сердцу.

Ну, и нельзя умолчать о том, что народ у нас просто плохо воспитан. Ни один врач не застрахован от вздорности своих пациентов, чрезмерной требовательности и просто хамства, грубости. И тут мы опять не на равных: терпи и помогай. Это не значит, что нельзя поставить человека на место, но прежде попробуй в душе поставить на его место себя, прислушайся не к словам его, а к боли. Врач может быть оскорблен, обижен, но он не имеет права выходить из себя, ему следует проявить великодушие, благоразумие, такт, снисходительность, сделать скидку на то, что психика больного угнетена. Уступить больному — значит, показать свою культуру.

Для того чтобы внушать доверие, врач, как уж говорилось, должен быть более сильным нравственно, чем больной. Эту уверенность и убежденность хочет ощущать в своем враче каждый человек, и надо непременно идти ему навстречу.

Уверенность никогда не следует смешивать с самоуверенностью, сомнением. Если обоснованная уверенность зиждется на знаниях и опыте, то сомнение — на тщеславии и, нередко, на невежестве.

Ординатор нашей клиники дежурит по экстренной помощи в другой больнице. Там ему доверяют роль ответственного хирурга. Уверовав в свои возможности, он однажды ночью решил оперировать больного с тяжелым желудочным кровотечением. Не предупредив заведующего, не пригласив более опытного хирурга.

А ведь ему лишь один раз приходилось участвовать в подобной операции и дважды присутствовать как зрителю. Для того чтобы вызвать опытного хирурга, требовалось только подойти к телефону... Амбициозность, сомнение, безответственность помешали этому. Операция продолжалась много часов. Уже заканчивая, хирург обнаружил, что «все сделано наоборот». Недопустимая ошибка в самом начале операции вынудила врача все переделывать заново. При этом был допущен еще ряд технических погрешностей. Из операционной больного увезли к реаниматорам в крайне тяжелом состоянии, и вскоре он умер.

Под утро тот же хирург делает операцию пожилой женщине с ущемленной пупочной грыжей — и опять смерть!

Вскоре хирург перешел на работу в другую больницу. Там появляется новая жалоба на него — по поводу смерти больного после неотложной сосудистой операции. И опять то же самое: грубейшие нарушения в действиях.

На этот раз аттестационная комиссия сделала серьезные выводы.

Разумная уверенность и в самом враче укрепляет высокое сознание профессионального достоинства. Довольно характерный пример проявления такого достоинства представлен в известном рассказе о Швеннингере, личном враче Бисмарка.

Всесильный канцлер кайзеровской Германии, страдая серьезным заболеванием сердца, последовательно сменил около ста врачей, к которым относился в большинстве случаев презрительно: в присутствии высокопоставленного пациента многие из них просто терялись. Но вот к Бисмарку был приглашен Швеннингер. Когда он начал собирать подробный анамнез, канцлер небрежно заметил, что у него нет времени на длинные разговоры.

— Тогда лечитесь у ветеринара, — спокойно парировал Швеннингер. Такой ответ озадачил надменного вельможу. С этой минуты в течение почти двадцати лет Швеннингер пользовался его доверием. Бисмарк говорил: — Моих прежних врачей я лечил, он же лечит меня.

Достоинство врача — в его полной независимости от того, какое положение занимает пациент, стар он или молод, одет в модное и дорогое или обтрепанное и заношенное, косноязычен или велеречив. Умение быть вежливым и корректным со всеми — свидетельство его профессионального достоинства.

В некоторых лечебных учреждениях, даже считающихся образцовыми, бытует очень некрасивая манера обращаться к больным на «ты». Александр Александрович Росновский как-то вспоминал: еще до войны ему во время научной командировки довелось поработать в одной из московских клиник и по заведенному порядку курировать нескольких больных, в числе которых была молодая женщина-инженер.

Во время очередного обхода заведующий отделением, довольно известный, солидный специалист, подойдя к больной, небрежным тоном обратился к ней: — Ну, а ты на что жалуешься?

Нужно было видеть, как подействовал такой вопрос на эту милую, скромную женщину: она буквально потеряла дар речи, лицо ее то бледнело, то краснело. Заведующий отделением на все это не обратил внимания и спокойно проследовал далее. Но многие из сопровождавших врача заметно смутились.

Помню, как неожиданно для себя обнаружил я однажды, что и шутить-то врач должен осмотрительно, с умом. Оперировал мальчишку. Все прошло удачно, он начал быстро поправляться. Во время очередного осмотра говорю:

— Молодец, Ваня! Все у тебя хорошо. Теперь можешь звать нас в гости.

И вдруг замечаю: погрузтел мой мужичок, подкарауливает меня в коридоре, хватает за халат, говорит осторожно: — Евгений Антонович, а у нас денег-то нету...

Он, оказывается, из-за моей, прямо скажем, неуместной шутки разволновался: живут вдвоем с матерью очень скромно, а тут, поди ж ты, еще доктора в гости приглашай. После выписки выхлопотали мы Ване путевку в санаторий, вместе с матерью. А урок запомнился.

На протяжении многих веков представление о враче связывалось с представлением о боли.

В немалой степени этому способствовали различного рода болезненные процедуры, широко применявшиеся в медицине прошлого: кровопускания, заволоки, моксы, выполняемые без наркоза хирургические операции, средневековые заливания огнестрельных ран кипящим маслом и тому подобные воздействия на болезни по методу «клин клином вышибаем».

Все это, конечно, давным-давно отошло в область преданий, но опасливое отношение к врачебным манипуляциям все еще бытует. Да и что говорить, далеко не все, особенно диагностические, процедуры так неощутимы, как рентгеноскопия, и так Легко переносимы, как обычная инъекция. Во многих из них мало приятного. Пациенту приходится терпеть, переносить неудобства, преодолевать боль, пусть незначительную.

Вот почему и теперь в поликлиниках и больницах можно слышать разговоры о том, что у одного доктора «легкая рука», а у другого — «тяжелая».

К сожалению, такие оценки не всегда лишены основания. Встречаются врачи, которым не внушили, что они должны выработать навыки щадящего, безболезненного выполнения диагностических и лечебных процедур. А думать о том, чтобы обрести необходимые умения, нужно было еще на студенческой скамье.

Безболезненное выполнение врачебных манипуляций не только помогает установить нормальный контакт с больным, но и облегчает работу самого врача. Взять такой обычный диагностический метод исследования, как пальпация живота. Если производить ее бессистемно, грубо тыча пальцами в живот, то ничего, кроме болезненных ощущений у больного и напряжения брюшных покровов, она не даст. Если же выполнять ее методично, нежно, преодолевая напряжение брюшных мышц осторожными движениями полусогнутых пальцев (сильный нажим резко снижает их способность воспринимать тактильные ощущения!), то всегда удастся получить весьма ценные данные о состоянии органов брюшной полости.

Или такой элементарный лечебный прием, как подкожное впрыскивание. Оно может быть очень болезненным, если сделать это толстой, недостаточно острой иглой, да еще в неудачном месте. И оно же уподобится комариному укусу, если нанести моментальный удар шприцем с тонкой иглой в плотно зажатую складку кожи. И так во всем.

Современная медицина располагает обширнейшим арсеналом средств и методов, которые позволяют свести до минимума неприятные ощущения, связанные с обследованием и лечением. Нужно только приучить себя широко и умело ими пользоваться, помня, что «лечение не должно быть горше болезни» (В. Н. Виноградов).

В медицинской деонтологической литературе очень большое внимание уделяется таким вопросам, как «врач — больной», «врач — коллектив», а вот проблема «врач — родственники больного» остается не разработанной. А между тем это острая, достаточно сложная и своеобразная ситуация во врачевании.

Она имеет прямое отношение и к характеру жалоб на медицинскую помощь. Более двух третей общего числа жалоб составляют письма родственников (по детям и умершим — 100 процентов). Тут есть над чем задуматься!

«Никогда не надо забывать, что болезнь — большая многоактная драма с многими действующими лицами», — справедливо писал И. А. Кассирский. Взгляды родственников и близких на болезнь разнообразны: сколько людей, столько и индивидуальных,

непредсказуемых реакций.

Врач должен быть готов к этому.

Нередко родственники привлекаются к уходу за больными. И при этом близких больного можно разделить на противоположные группы: одни самоотверженно ухаживают за больным, умело поддерживают его и полностью сотрудничают с врачом и медсестрами; другие же всем своим поведением мешают врачам, конфликтуют с персоналом, высказывают подозрения, что лечение ведется неквалифицированно, неправильно. При такой ситуации трудно сохранить выдержку и терпение, но конфликтная ситуация должна разрешаться разумно, главное — в интересах больного, он — наше главное действующее лицо, и об этом нельзя забывать ни на минуту. Николай Михайлович Амосов не случайно обронил в своей книге «Мысли и сердце» такую фразу о родственниках: «Я прохожу мимо них с непроницаемым лицом. Не могу я вот так улыбаться, когда в душе одна тревога, не могу выслушивать переживаний. Они несчастные, но здоровые. Довольно с меня больных».

Терпение, выдержка, доброжелательность в сочетании с уверенностью в себе — вот какие качества должен проявлять врач в разговоре с родными и близкими больного.

Недавно мы стали участниками одной человеческой драмы. У ребенка развивается тяжелая септикопиемия (заражение крови). К лечению были привлечены все имеющиеся средства и возможности: консультировали несколько профессоров, доцентов, квалифицированные врачи. На этом этапе имелся и должный контакт с родственниками. Спасти девочку, однако, не удалось.

Но через два месяца (!) родители обратились с жалобой на то, что их дочку лечили недостаточно, ее якобы можно было спасти. Министерство создало специальную комиссию.

Выяснилось, что с матерью после смерти ребенка никто из врачей не беседовал. Придя в прозекторскую, она у молчаливого служителя в замызганном халате из рук сомнительной чистоты получила листок бумаги — справку о смерти. И ни слова сочувствия, как и в клинике после констатации смерти! А ведь как в этот момент нужно было теплое слово участия и утешения! Так бездушно отнеслись медики к материнскому горю. Два месяца мучительных раздумий, выискивания отрицательных моментов во время пребывания ребенка в клинике, беседы со злопыхателями, упорное чтение всякой литературы (в том числе популярной) и привели к написанию жалобы.

К сожалению, история типична...

Правильное, я бы сказал, очень продуманное отношение врача к родственникам и близким больного — одно из важных условий успешного лечения.

Вопрос этот, надо признать, так же стар, как старая медицина. Если мы говорим, имея в виду больного, что каждый врач должен быть психологом, то, несомненно, это относится и к его общению с близкими больного. Чем тяжелее болезнь, тем сильнее взволнованы родственники. Сообщая им сведения о больном, врач должен учитывать их личностные качества, психику, культурный уровень. Иногда родственникам приходится говорить горькую правду и даже лишать надежды на благополучный исход болезни дорогого им человека. Ошибка врача — оперировать в такой ситуации голыми фактами. Всегда нужна высокая степень искреннего сопереживания... А при тяжелом, может быть, безнадежном, положении больного разговор с родственниками должен быть еще и своевременным.

Нам пришлось участвовать в разборе жалобы, которую подписала группа рабочих одного из

цехов крупного предприятия. А суть примерно та же: тяжелое заболевание, героические усилия врачей, смерть и... отсутствие сочувственного контакта с родственниками больного.

После разбора жалобы члены комиссии провели собрание в цехе. И когда мы разъяснили рабочим сущность тяжелой болезни, рассказали о разносторонних усилиях врачей по спасению жизни их товарища, о том, как вообще обстоит дело с данной патологией в науке, многие из подписавших жалобу подходили к нам с извинениями и даже просили как-то поощрить врачей, которые лечили погибшего и так много сделали для него.

Особенно неприятное впечатление оставляет поверхностная беседа с родственниками, когда врач буквально в двух словах, как бы мимоходом, говорит о состоянии больного. Во всех случаях разговор должен быть неторопливым, обстоятельным. Врач обязан не только выслушать их доводы, но и всем своим поведением показать готовность к ответственному действию для спасения больного. Надо объяснить и сущность заболевания, и как оно лечится вообще и у данного больного, что уже сделано, что планируется.

Нужна культура контакта с родственниками!

Если она есть, то даже при неблагоприятном исходе лечения родственники не винят врача, поскольку видят: он сделал все, что было в его силах, и сам тяжело переживает неблагоприятный исход лечения.

Думаю, что большую роль играют встречи медиков — от участкового врача до профессора клиники — с населением района, участка, цеха. Сейчас такие встречи начинают практиковаться все чаще. И это, конечно, правильно. Чем шире и чаще мы, медики, будем общаться с населением, тем охотнее будут к нам обращаться, особенно при конфликтных Ситуациях.

Однако следует непременно оговориться: порою больные и их близкие предъявляют к врачу завышенные требования. Они призывают не к реальным возможностям врача, а к его чувству врачебного долга. Это происходит от недостаточно высокой культуры. Думается, что с ростом культуры отношения между врачом и пациентом будут утверждаться на основе взаимного доверия и уважения.

Каждый человек должен осознать ответственность за собственное здоровье, не растрачивать его понапрасну, беречь и укреплять. Если же случилась беда и он оказался в роли больного, то роль свою надо играть тоже достойно. Что это значит?

Прежде всего, это значит уважать своего врача, питать полное доверие к его познаниям и опыту, пунктуально выполнять его назначения, советы, рекомендации и, наконец, всемерно помогать врачу в его усилиях победить болезнь.

Существует образное определение — оно принадлежит известному врачевателю Абу-ль-Фараджу, — гласящее, что во всяком заболевании участвуют три силы: болезнь, врач и больной: «Смотри — нас трое: я, ты и болезнь. Поэтому, если ты будешь на моей стороне, нам будет легче одолеть ее одну. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один не в состоянии буду одолеть вас обоих».

В повседневной врачебной деятельности формы такой помощи бывают различны, а в отдельных случаях очень своеобразны. Вспоминаю почти анекдотичный пример. Много лет назад в Березниковской городской больнице мне пришлось оперировать по поводу рака желудка пожилого колхозника. Это был могучий, жизнерадостный старик.

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

Операция, проводимая под местной анестезией, представляла значительные трудности: ассистенты действовали робко, не всегда достаточно активно, несколько раз приходилось замечать: «Ну, возьмите же», «Смелее», «Ну, пожалуйста» и т. д. Вдруг из-под простыни раздается густой бас оперируемого:
— Бабы, да помогите ж вы ему!

Неожиданная реплика возымела свое действие.

И все-таки, повторяю, в этой, как говорят альпинисты, связке «врач — больной» последний — только ведомый, а ведет врач. У нас, кстати, и сам термин совпадает: врач именно ведет своих больных, ведет палату в больнице, ведет прием в поликлинике... Не только от его профессиональной компетентности, но и от искренней сердечности зависит, как скоро и каким путем приведет он своих пациентов к желанному здоровью.

*Учись гораздо более стыдиться самого себя. Чем других.
Демокрит.*

«Доктор, не забывайте сомневаться!»

Эту главу мне хочется начать еще одним воспоминанием Александра Александровича Росновского.

Итак, начало века, Киев, университет, аудитории медицинского факультета...

«Курс факультетской терапии нам выпало счастье пройти в клинике одного из лучших отечественных терапевтов своего времени — профессора Василия Парменовича Образцова. Это был клиницист высочайшего ранга. На всех его лекциях мы, студенты, сидели, буквально затаив дыхание: такой глубиной, ясностью, логической красотой отличались его клинические разборы больных...

Как-то профессор Образцов две или три лекции полностью посвятил разбору одного очень тяжелого заболевания. Подробнейшим образом обследовав больного и подвергнув глубокому анализу всю картину и течение болезни, профессор закончил эти лекции обычными словами: «Итак, на основании всех полученных нами данных, в этом случае с наибольшей долей вероятности можно предположить...» Далее следовал диагноз. Больной через некоторое время умер. Когда в клинику сообщили о том, что на кафедре патологической анатомии началось вскрытие его трупа, я вместе с некоторыми товарищами работал в лаборатории. Конечно, вместе с врачами клиники мы поспешили в морг.

Вскоре явился и В. П. Образцов.

Вскрытие производил очень строгий преподаватель профессор В. Н. Константинович... По ходу вскрытия определилось довольно значительное расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозами, о чем профессор Константинович с известной долей злорадства не преминул громогласно заявить. Подняв глаза на стоящего впереди меня профессора Образцова, я с удивлением заметил, что его шея, затылок, а затем и вся голова начинают густо краснеть. А когда он повернулся к выходу, мы все были буквально напуганы: лицо его стало темно-багровым.

На следующий день, согласно расписанию, была очередная лекция профессора Образцова. Как всегда, по заведенному порядку, перед началом ее из морга на эмалированных тарелках доставили органы умершего. В аудитории появился спокойный и величавый профессор.

И полных два часа продолжался его проникновенный, скрупулезный разбор причин возникновения обнаруженных на вскрытии диагностических погрешностей. Этот предельно откровенный, высокосамокритичный разбор произвел на всех нас неизгладимое впечатление. Все сказанное было настолько искренне, умно, поучительно, что в наших глазах авторитет любимого профессора еще более возрос, еще более окреп.

И тогда-то я лично впервые осознал всю глубину гордых слов одного из блестящих хирургов прошлого века Т. Бильрота: «Только слабые духом, хвастливые болтуны и утомленные жизнью боятся открыто высказаться о совершенных ими ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытает страха перед сознанием своей ошибки».

Не каждому медику доводится получить такой урок подлинно этичного врачебного поведения. Но у каждого в памяти — немало иных уроков, жестоких уроков жизни, которые подтверждают неукоснительную истину: врач должен уметь сознавать, признавать и анализировать свои ошибки.

Даже поговорка такая бытовала: «Доктор, не забывайте сомневаться!»

Подлинная скромность врача, я думаю, не только в том, чтобы не преувеличивать своих заслуг, но и в том, чтобы относиться к себе с максимальной самокритичностью и беспощадной требовательностью, научиться видеть себя как бы со стороны, объективно оценивать свои способности и возможности, подмечать и исправлять на ходу каждый свой недостойный поступок, неправильную мысль, недочет в поведении.

Восточная мудрость гласит, что истинный друг не тот, кто нас хвалит, а тот, кто нас заслуженно порицает. Стать самому себе таким нелицеприятным другом — это большое искусство.

Сознание своей ошибки — одно из главных средств самовоспитания.

«Сам я, пережив многое, скажу, что переживания тяжелые,— пишет хирург И. Д. Маслов,— куда тяжелее, чем всякие толки, газетные заметки и судебные привлечения, так как мыслящий врач в своей работе является первым и важным судьей. Он сам свой высший суд. Этот суд бичует сильно и учит многому.»

От ошибок, как говорят, никто не застрахован, и не ошибается лишь тот, кто ничего не делает. Но у врачебной ошибки особый характер, потому что у нее иная цена — чья-то судьба. Врач может ошибаться как раз ничего не делая, — ничего не предприняв, например, когда медицинская помощь была необходима. А где граница между врачебной ошибкой, несчастным случаем и должностным преступлением? Эта граница существует. Спасая больного, ввели ему обезболивающее средство, а он погиб: у него индивидуальная непереносимость новокаина... Врач не знал об этом. Он не ошибался в своих действиях, но трагическое стечение обстоятельств свело его действия на нет.

Мне и самому выпало на долю пережить такое.

Я заканчивал вечерний обход больных, когда доложили, что в приемном покое находится женщина с флегмоной левой кисти. Был уже вечер, пришлось в больнице задержаться.

На кушетке сидела женщина лет сорока. Левая кисть ее распухла, больная буквально не давала прикоснуться к руке. Диагноз не вызывал никаких сомнений: глубокая флегмона кисти. Необходима срочная операция. Пока медсестра готовилась к операции, мы разговорились — оказалось, что Анна Григорьевна работает фрезеровщицей, у нее трое детей, с мужем живет плохо, дело идет к разводу... Смотрел я на Анну Григорьевну, мысленно сокрушался, и очень хотелось избавить ее хотя бы от мук физических.

Завезли нашу пациентку в операционную, уложили на стол, я с помощником произвел анестезию двухпроцентным раствором новокаина, сделал два разреза, и... вдруг, неожиданно у больной развился приступ судорог, а затем наступила остановка дыхания. Она на глазах посинела, прямо-таки почернела. В ту пору реанимация была еще очень примитивной. Что только мы ни делали, вернуть женщину к жизни не удалось... Оглушенный, я вышел в коридор, а потом во двор. Догнавшая меня нянечка попросила снять халат...

Стал читать все о новокаине и понял: смерть наступила от повышенной чувствительности к новокаину. Развился анафилактический шок. Но я не мог знать об этой невосприимчивости!

Состояние врача в подобной ситуации трудно даже представить. С тех пор прошло около тридцати лет, а тот вечерний разговор с Анной Григорьевной звучит во мне как напоминание: «Только не повреди!»

А это было в период освоения в нашей Березниковской больнице хирургии легких. Привезли

с далекого лесоучастка девочку лет девяти. Мертвенная бледность лица, учащенное, поверхностное, kloкочущее дыхание. Света боялась пошевелиться: малейшее перемещение вызывало кашель с кровотечением. Положение бедственное. Ребенок страдает тяжелым поражением нижней доли правого легкого. Речь могла идти только об операции.

Но девочка была слишком обескровлена, и к операции ее надо было подготовить. На это ушло два-три дня. Славный был ребенок. Как-то, проходя мимо палаты, я видел: не шевелясь, чтобы не вызвать кашель, из тряпочек и бинта девочка мастерила себе куколку. Пошел в магазин, попросил самую большую и красивую куклу — с витрины сняли. Столько искреннего детского счастья мне приходилось наблюдать нечасто. Увозили на операцию — еле она с этой куклой рассталась. Уговорили тем, что расставание ненадолго. А оказалось — навсегда.

Операция проходила под общим эндотрахеальным наркозом. Пораженная доля легкого была удалена довольно скоро. Но вдруг постепенно перестала раздуваться здоровая часть легкого, а затем прекратились и сокращения сердца.

Прошу

анестезиолога:

— Лучше вентилируйте легкое!

А у анестезиолога с наркозом не все в порядке. Нам дважды удалось восстанавливать сокращения сердца ручным массажем, но уже было очевидно, что по какой-то причине в легкое не поступает кислород. Предполагая механическое препятствие в интубационной трубке, я, передоверив непрерывный массаж сердца ассистенту, быстро удалил ее и вставил в трахею новую трубку... Тотчас легкое стало свободно раздуваться, однако активных сердечных сокращений больше восстановить не удалось. Мы не могли поверить в случившееся, но уже ничего нельзя было поделать. Причина была проста: просвет трубки в самом ее конце полностью закрылся постепенно нараставшим сгустком крови.

Во время наркоза недостаточно активно отсасывалась кровь, поступающая из очага кровотечения через нижнедолевой бронх. Техническая неполадка сыграла поистине трагическую роль.

Честное слово, плакала вся бригада, участвовавшая в операции. Прошло много лет, но до сих пор не могу себе простить той ошибки. А анестезиолог после этого случая сменил профессию.

Казалось, наша совесть чиста, мы сделали все, что могли, для спасения ребенка. Но, говоря строго, — нет! Мы не преодолели незнание, обязаны были знать больше и уметь лучше.

Помню еще один случай из моей ранней практики. В больницу привезли восемнадцатилетнюю девушку, красивую, розовощекую, безукоризненно сложенную. Она работала на нижнем складе бумкомбината, и при подаче бревна ее подсекло трелевочным тросом: перелом обеих костей голени в нижней трети.

Подобные травмы не считаются тяжелыми: ногу укладывают в функциональную шину, подвешивают груз для вытяжения до образования первичной мозоли, а затем продолжают лечение в гипсовой повязке до полного сращения костей. Так я и поступил, успокоив родителей Снежаны, — это была семья крымских болгар-спецпереселенцев. Утешенные мать и отец ушли, меня же ожидало большое несчастье: когда вечером я зашел навестить оперированных в этот день больных, дежурная сестра доложила мне, что Снежана внезапно потеряла сознание.

Что случилось? Почему практически здоровая девушка, пережив уже и самую большую боль

и перестрадав случившееся, несколько часов спустя впадает в бессознательное состояние? Я терялся в догадках, но стал делать все, что советовал мне в подобных случаях мой учитель: попросил сделать срочный анализ крови,

мочи на сахар (не диабет ли?), а сам между тем внимательнейше осмотрел больную. Вместе с терапевтом решили, что у девушки двусторонняя крупозная пневмония. Это была ошибка. Снежана умерла к концу вторых суток. Вскрытие не объяснило нам абсолютно ничего.

И только спустя три-четыре года в одном из хирургических журналов было опубликовано почти такое же наблюдение: умер мужчина тридцати семи лет после перелома бедра. При микроскопическом исследовании сосудов легких была обнаружена закупорка их капиллярами жира. Теперь-то все знают, что иногда переломы крупных костей скелета осложняются так называемой жировой эмболией. Осложнение очень опасное, нередко обрывающее жизнь пострадавшего. В свете современных знаний наш диагноз тогда был нелепостью. В жизни врача, я понял с той поры, могут возникать почти непредсказуемые ситуации, когда ошибочный диагноз превращает все последующее лечение в цепь взаимообусловленных неправильных действий.

В клинику поступил с кровохарканьем мужчина средних лет, агроном одного из глубинных колхозов. Кровохарканье — почти всегда признак, опасный для жизни, в любой момент оно может перейти в легочное кровотечение, когда спасти больного удается редко.

Молодой хирург, обеспокоенный усилением кровохарканья и категорическим отказом больного от операции, попросил одного из самых опытных хирургов клиники, занимающегося хирургией более 30 лет, посмотреть больного и уговорить его дать согласие на жизненно необходимую операцию. Очень подробный повторный осмотр больного с тщательной оценкой всех, нередко неизбежных у пожилых, факторов риска, привел уже двух врачей к выводу, что у больного имеется раковая опухоль нижней доли правого легкого с прогрессирующим кровохарканьем.

У колхозного агронома был единственный выход — оперироваться, который, как думали врачи, дарует ему жизнь. После разговора с опытным хирургом, обсуждения всех «за» и «против», больной на операцию согласился. Оба врача — и молодой, и пожилой — зашли ко мне в кабинет, где снова состоялось подробное обсуждение. Рентгенолог сделал запись в истории болезни о том, что у больного имеется рак легкого.

Это заключение подтверждалось осмотром бронхов заболевшего легкого с помощью оптической системы. В свертываемости крови отклонений тоже не было обнаружено.

Я дал «добро» на операцию, которая выполнялась опытным хирургом и прошла, если употребить термин космонавтов, штатно, т. е. без каких-либо осложняющих моментов. Вечером в день операции хирург-оператор заметил, что больной как-то малоактивен, лоб его был покрыт влажным потом. Врач связал эти явления с послеоперационными болями, сделал необходимые дополнительные назначения и уехал из больницы, но у хирурга оставалась тревога в душе. Она заставила врача очень рано вернуться к больному.

Подходя к палате, врач-оператор заметил суету: сестры выбегали и стремительно возвращались в палату, откуда доносились резкие команды дежурного врача. Войдя, хирург увидел своего больного бледного и без дыхания. Дежурный реаниматолог пытался провести оживление, но без результатов. Констатировали смерть. На секции выяснилось: острая закупорка легочной артерии тромбом. Никакого рака в правом легком.

Патологоанатомы нашли только инфаркт-пневмонию, которая и рентгенологически, и эндоскопически может иметь сходство с раком легкого. Инфаркт-пневмония только предшествовала смертельной тромбоэмболии легочной артерии.

Мы были потрясены случившимся. Если бы не было диагностической ошибки, то никто бы не предлагал нашему несчастному больному операцию. Кровотечение (кровохарканье) с течением времени под влиянием неоперативного лечения прекратилось бы. Может быть, не было бы и этой ужасной трагедии. Оперировавший хирург в течение многих недель не мог успокоиться, переживал эту потерю, даже перестал на некоторое время оперировать и говорил мне, что ему никогда не забыть доброго доверчивого взгляда покойного, его веры в своего «исцелителя».

Говорилось это буквально со слезами на глазах. Я видел, какое тяжелое потрясение пережил этот опытный, безусловно высокого класса хирург и, как мог, успокаивал его. В нашей общей врачебной ошибке не было элементов халатности и, тем более, медицинского невежества, и вопрос о юридической ответственности, разумеется, не возникал.

Настоящий врач-гуманист с обостренным чувством долга не может не думать о допущенной им ошибке и ее последствиях, не может глубоко не переживать, и за каждую ошибку его собственная совесть выносит приговор, а этот приговор совести всегда тяжелее любого людского суда. Если бы можно было работать врачом совсем без ошибок. Такого, к сожалению, не бывает...

Часть врачебных ошибок просто неизбежна: в их основе — несовершенство наших знаний о болезнях. Другая часть обусловлена тем, что у больного порою признаки основного заболевания маскируются признаками другого — конкурирующего. Так, очень часто болезни сердечно-сосудистой системы у людей пожилых могут отвлечь внимание врача от злокачественной опухоли. Признаки заболевания иногда оказываются деформированы под влиянием условий труда, быта и множества иных причин.

Наконец, существуют редчайшие болезни, диагностируемые с превеликим трудом. Ошибки, вызванные всеми этими причинами, — суть недостаточность развития самой медицины, отсутствие опыта, «дефекты культуры клинического мышления» (А. Билибин, Г. Царегородцев).

Я хочу этим сказать еще: для того, чтобы обсуждать работу врача (тем более осуждать его), нужны специальные знания, целая система знаний, и в очень многих ситуациях судьей врача может быть (должен быть) только другой врач (другие врачи). Люди же, не имеющие медицинского образования, судить глубоко о нашей работе не могут ввиду ее особой сложности и специфичности.

Профессор К. Уманский в «Литературной газете» правильно заметил, что «всегда будет существовать ограничение в возможностях медицины, преодолеть которые пока не удастся». Нам, врачам, приходится расплачиваться за так называемые газетные сенсации. Люди верят в силу человеческого ума, в невероятные, даже безграничные возможности медицины, которые нередко являются просто мифами.

Слов нет, у медиков в XX столетии достижения огромные — разве раньше возможно было вновь пришить оторванную руку или ногу и снова заставить их работать, пересадить сердце, почку, даже печень, поставить в сердце искусственные клапаны, предупредить прививками такие страшные заболевания, как полиомиелит... и тем не менее у многих имеется довольно превратное, искаженное представление о возможностях медиков.

Сегодня мы не можем гарантировать людям бессмертия, из-за этого «медицина находится в вечном и бесперспективном конфликте» с обществом. Меня в свое время прямо-таки покорило одно командно- административное утверждение: «Советские люди не должны умирать от острого аппендицита!». С моей точки зрения, это не что иное, как оголтелая демагогия.

Люди умирали, умирают и будут умирать от острого аппендицита. Только лицо, не понимающее специфики работы врача, всей многогранной сложности диагностики и лечения болезней человека, может провозглашать такие лозунги. Этот «девиз» так же далек от сути дела, каким неправдивым оказалось волюнтаристское утверждение о том, что «нынешнее поколение советских людей будет жить при коммунизме». Если и говорить об остром аппендиците, то мы должны стремиться к максимально возможному снижению уровня смертности при этом распространенном заболевании, однако о полной ликвидации смертности при остром аппендиците говорить пока преждевременно...

Обсуждая волнующую тему о непредсказуемости некоторых явлений в медицине, не могу не остановиться на так называемых несчастных случаях в медицинской практике. И опять-таки говорю это не в оправдание, а исключительно с целью подчеркнуть, оттенить специфические черты деятельности врача.

Несчастья в медицине наступают в результате неблагоприятно сложившихся обстоятельств, а иногда из-за индивидуальных особенностей организма больного, не зависящих от воли или действий медицинских работников.

Вот несколько примеров.

У молодого кандидата технических наук (28 лет), заболевшего туберкулезом легких, производят обязательную для таких больных бронхоскопию (осмотр бронхов с помощью специальной оптической системы, освещаемой источником света). Эта процедура в больнице была давно освоена и за год выполнялась у нескольких сотен больных. Возникает остановка дыхания, и врачи, не выходя из больницы, боролись с этим осложнением 104 часа. Все безрезультатно. Смерть. У пациента были особые условия работы и многокомпонентная, не выявленная ранее, непереносимость многих лекарственных веществ. Сам больной об этой аллергии (повышенной чувствительности) ничего не знал, не могли знать об этом и врачи.

Совсем недавно в клинике оперировали пожилого больного по поводу рака. Операторы — опытные и осторожные хирурги. Операция проходила без каких-либо технических трудностей и операционных осложнений. Когда все уже было сделано, произошла остановка сердца. Меры оживления эффекта не дали. Больной погиб.

«Наркозную смерть» в абсолютном большинстве случаев тоже относят к несчастьям в медицине, ее причины не всегда устанавливаются даже при патологоанатомическом исследовании трупа. В только что приведенном наблюдении смертельный исход стал следствием обширного инфаркта миокарда.

В отличие от несчастного случая, профессиональное преступление или врачебная ошибка связаны с недостаточными или неправильными действиями самих медиков. Нельзя судить двояко, когда мы имеем дело с явной недобросовестностью. Именно «недобрая совесть», низкие моральные качества лежат в основе таких преступлений, как, например, небрежное отношение к своим обязанностям, незаконное врачевание, выдача подложных документов, нарушение правил обращения с рядом медикаментов, особенно ядовитых и наркотических, недопустимые эксперименты на людях.

Ни о каком стремлении оказать помощь больному здесь говорить не приходится. Нарушены не просто этические нормы — нарушена врачебная присяга, нарушен закон.

Вспоминаю одного хорошего юношу. Он окончил десятилетку, был призван в армию. За несколько дней до отъезда дома собрались друзья-одноклассники. Вечеринка удалась, около полуночи Аркадий вышел проводить друзей, любимую девушку. На улице шел дождь, под ногами хлюпала грязь. Аркадий поскользнулся и упал, но тут же встал, не подав даже виду, что чем-то острым повредил себе ягодицу. Поотряхивались, посмеялись и пошли дальше...

На следующий день у парня поднялась температура. Утром сходил в поликлинику к врачу-хирургу, пожаловался, что болит ранка на ягодице и почему-то мышца дергается.

Врач сказала сестре:

— Перевяжи его.

Вечером Аркадию стало совсем плохо. Мать вызвала «скорую помощь», и он был доставлен в хирургию. Картина восходящего столбняка ошеломила меня... Юноша погиб, несмотря на принятые меры современного лечения (запоздавшего!) с использованием искусственной вентиляции легких.

Просчеты, допущенные врачом поликлиники,— не придавала значения симптому мышечных сокращений в ране и не ввела противостолбнячную сыворотку,— стоили жизни восемнадцатилетнему юноше.

Иное дело — когда врач искренне желает помочь тому, кто нуждается в его помощи, предпринимает все, с его точки зрения, возможное, а больной погибает либо страдания его усугубляются. Может быть, методы исследования или лечения были несовершенными. Не было времени на скрупулезное обследование или нужной аппаратуры. Наконец, сам опыт врача мал или умений ему еще не хватило...

Человек честно старался, да действия его оказались неверными. Его не обвинит закон. Его, несомненно, поймут коллеги и, возможно, простят родные больного... Но сам себя он не должен оправдывать никогда.

Я отнес бы к своего рода врачебным ошибкам и явление, которое называют ятрогенией (от греческого слова *jatros* — врач и *genes* — рождающий, рожденный). Это отрицательные последствия, вызванные неосторожными высказываниями или поведением врача. Словом можно лечить, а можно и искалечить. Дело не обязательно в резкости или грубости — такие случаи надо называть иначе, — но в неосторожности, необдуманности слов и поступков медика.

На обходе врач объявляет больной о том, что у нее желудок резко опущен, «до самой матки». Результат — длительный отказ от еды: «Как я могу есть, когда у меня желудок лежит на матке?»

Многочисленные исследования на реакцию Вассермана у больного с мягким шанкром все время были отрицательными; в последнем заключении поставлен плюс. Узнав об этом, больной отравился.

Вскользь брошено неосторожное замечание, излишне подробно в присутствии больного обсуждалось его заболевание. Результаты анализов нечаянно выданы на руки, и вот уже у человека чувство неуверенности, тревожное ожидание, мнительное преувеличение своих страданий.

Примеров тому, к сожалению, немало. Но это, так сказать, психические причины болезней «из-за врача». За последние годы понятие о ятрогениях стало гораздо шире. Сейчас сюда относят и то, что напрямую результатом врачебной ошибки и не назовешь, однако происхождение этих различных осложнений — в медицине, и врач непосредственно «прикладывает к ним руку».

Не прекращается выпуск все новых и новых синтетических препаратов и антибиотиков, новых и новых лекарственных веществ — растет и их применение, иногда нерациональное. Все чаще медицина сталкивается с «лекарственными болезнями». Предусмотреть, предугадать действие лекарств, их взаимодействие, их воздействие не просто на болезнь, а на тот сложный индивидуальный организм, с которым врач имеет дело, он обязан.

Наконец, именно врач призван разумно ограничивать применение лекарств. Не смог — значит, осложнение или аллергическая реакция явились результатом врачебной ошибки. Разве не так?

У нас в хирургии, пожалуй, как ни в каких других отраслях медицины, широко применяются различные инструменты — и для исследования, и для лечения. Далеко не всякое вмешательство проходит бесследно. Повреждения сосудов и нервов при пункциях, катетеризации, внутрисосудистых инъекциях и перфузиях различных веществ могут быть порою очень опасны.

Необходим предельно разумный подход врача: показания к инструментальным методам исследования и оперативным вмешательствам должны быть безупречными, а хирургическая техника — безукоризненной, щадящей.

Да, от врачебной ошибки никто не застрахован, однако свести самую возможность ее к предельному минимуму, если не к нулю, обязан каждый из нас.

Каким образом? Прежде всего, конечно, непрерывно совершенствуясь в своей профессии, оттачивая знания и умения, расширяя врачебный кругозор. Настоящий профессионализм — первое условие, помогающее врачу исключить ошибки. Он должен стремиться к безукоризненности и точности в своих действиях, а такая безукоризненность и точность достигаются только самоотверженным трудом.

Вот прямая связь между необходимыми медику качествами характера, о которых мы говорили, и плодотворностью его работы. Но и самые талантливые и опытные не абсолютно застрахованы от ошибок. «Врач трудится в условиях риска, неопределенности и противоречивых ситуаций», — верно заметил старейший советский инфекционист Александр Федорович Билибин.

Слишком многообразна природа, с которой он имеет дело, — природа человека. Однако надо уметь и ошибку поставить на службу собственному опыту и медицинской науке, а для этого, повторяю, надо научиться свои ошибки сознать и анализировать, быть предельно самокритичным, уметь сомневаться. Спокойно и мудро сказал знаменитый швейцарский хирург Теодор Кохер: «...Я так думаю, но, может быть, я и ошибаюсь».

Не надо бояться сомнения, не надо стесняться какого-то частного незнания, лучше поспешить узнать, не побояться спросить у коллег, любым способом разрешить свои сомнения. Ведь это так естественно: чем выше ответственность, тем и сомнений больше. Медицина же охватывает сложную и трудную область знаний, освоить которую в полном объеме фактически невозможно. Так что корчить из себя всезнайку, стыдиться признать, что чего-то не знаешь, нет никаких оснований. Это подчеркивали все лучшие представители

нашей профессии. Кому не известны мудрые слова великого Павлова: «Никогда не думайте, что вы уже все знаете. И как бы высоко ни оценили вас, всегда чувствуйте мужество сказать себе: «Я невежда»».

Александр Александрович Росновский рассказывал, что еще в предвоенные годы ему довелось побывать в клинике Н. Н. Бурденко. Кстати, если кто и учился непрерывно, жадно, постоянно — так это Росновский: каждый отпуск свой старался провести в какой-нибудь «хирургической Мекке», такой, например, как клиника С. С. Юдина. Так вот, в клинике Бурденко он застал момент, когда обсуждался один сложный в диагностическом отношении случай.

В ходе обмена мнениями Николай Нилович внезапно поднялся и сказал: — Надо посмотреть, что говорят по этому поводу ученые.

И на некоторое время удалился в библиотеку. А ведь сделал это крупнейший ученый в расцвете своей славы, сам авторитетнейший знаток обсуждаемого вопроса. Какой поучительный пример врачебной скромности!

По тому, как врач относится к ошибкам, многое можно сказать о нем самом. Как известно, мудрый человек учится на ошибках, сделанных другими, умный — извлекает уроки из собственных ошибок, глупый — свои ошибки отрицает. Мне глубоко неприятен довод для своей защиты, типа: «А вы никогда не ошибались?» (Это как спор по принципу: «Сам дурак!»)

У себя в клинике мы начинаем с обсуждения ошибок каждый свой рабочий день, как бы ни хотелось нам иного.

Позвольте сослаться на Пирогова:

«Если здравый смысл нас учит «избегать ошибок», если упрямый опыт, напротив, подтверждает, что «ошибки неизбежны», то бесхитростный, беспристрастный пересказ фактов из уст человека... когда он сам раскрывает механизм возникновения своих ошибок, может и будет нам прямо показывать, каким образом можно избежать ошибок и где ошибка неизбежна».

Конечно, ошибки — не лучшее наглядное пособие для обучения, предпочтительно их избегать, но раз они уже допущены, следует и их поставить на службу.

Проходя мимо ординаторской, слышу, как молодой хирург, только что вернувшийся после операции, не успев еще переодеться, рассказывает какую-то веселую историю. Все громко смеются. Ну, что ж, хирургам ведь тоже надо иногда расслабиться, а здоровый смех отлично взбадривает. На другой день, рано утром, перед кабинетом вижу этого хирурга с виновато потупленным взглядом.

Сообщает, что вчера во время операции допустил техническую ошибку и был вынужден удалить целиком легкое. Больной тяжелый. Врач просит извинить его за содеянное. Такие ошибки всегда горько переносятся хирургами. Но не было здесь правды и искреннего переживания, иначе как мог бы он после случившегося весело балагурить с товарищами? Врач сейчас лишь делал вид, что ему тяжело от допущенной небрежности, поставившей больного на грань жизни и смерти, ничуть он это не переживает.

Попросил его уйти из клиники на полгода. Дома, в присутствии друзей, он, однако, поведал, что «профессор наказал его за рассказанный на работе анекдот». Где уж тут думать о чести, когда не хватает элементарной честности? Лживость — вреднейший порок, особенно у врача.

Поэтому еще долго этот хирург не приглашался в клинику. Сейчас он работает нормально. Урок запомнился.

Никогда не надо бояться отмечать свои упущения и упущения товарищей. Самокритика и благожелательная, принципиальная критика — основа жизни коллектива, а в медицине сегодня нет одиночек, врач — обязательно полноправный член большого или малого коллектива. Чем выше в таком коллективе взаимответственность и взаимоконтроль, тем меньше врачебных ошибок и неудач.

Атмосфера творчества и товарищества в коллективе — вот еще один верный залог успешной работы каждого врача.

Ускоряющиеся темпы развития медицинской науки и техники, неизбежная дифференциация и специализация отдельных видов медицинской помощи ведут к непрерывному росту коллективного начала в оказании этой помощи. Возможна ли, например, в современных условиях нормальная работа амбулаторного врача-терапевта без тесного контакта с рентгенологом, сотрудниками клинической лаборатории, без возможности консультироваться с врачами смежных специальностей?

Решится ли на сложное оперативное вмешательство хирург-одиночка, лишенный квалифицированных ассистентов, опытной операционной сестры, анестезиолога, подготовленных к уходу за тяжелыми послеоперационными больными медсестер и санитарок? Даже работая где-нибудь в самой отдаленной точке нашей Родины, врач чувствует себя членом коллектива: он знает, что в трудной ситуации к нему придут на помощь врачи соседних участков, приедут специалисты из районной больницы, прилетит бригада из областного центра. Еще сильнее проявляется коллективное начало в научной работе, где сложные комплексные исследования силами одного человека фактически неосуществимы.

Медицинский коллектив — это содружество людей, которые объединены общим стремлением отдать свои силы избранному делу.

Иногда думают, что дружеские отношения — то же самое, что приятельские. Это заблуждение. Понятия эти смешивать никак нельзя. Если первые в жизни коллектива нужно ценить, то ко вторым лучше относиться с осторожностью. Приятельские отношения по своему содержанию довольно близки к таким отрицательным явлениям, как семейственность, групповщина, панибратство.

Рисуя портрет медицинского коллектива, приходится просто повторять портрет хорошего врача: черты характера, которые должны быть ему свойственны, как правило, отличают и хороший медицинский коллектив в целом.

Преданность своему делу, беззаветное единство в этой преданности? Да, обязательно. Все для пользы дела, личное — на втором плане. (Пишу об этом, а перед глазами картина вчерашней операции: больной на столе, потребовалось прямое переливание крови, и все, у кого оказалась подходящая группа, тут же предложили себя в доноры. Не раздумывая!)

Трудолюбие? Всенепременно. И хотя, как гласит один из остроумных афоризмов академика П. Л. Капицы, «без бездельников не проживешь», всякий уважающий себя коллектив должен стремиться свести их число к минимуму. Дисциплина же в коллективе, по мнению того же Петра Леонидовича Капицы, нужна не для того, «чтобы заставить человека работать. Это мнение неправильно, и его надо искоренять. Если это так, то такого человека надо гнать. Дисциплина нужна, чтобы люди согласованно работали». И с этим нельзя не согласиться.

Постоянное совершенствование? Где еще, как не в коллективе, где человек учится не только сам, но и взаимообогащается!

Скромность? Конечно, надо гордиться успехами товарищей и своего отделения или научного института, но опять же — никакого зазнайства, никакого выпячивания чьих бы то ни было заслуг!

Однако коллектив стоит и на сугубо коллективных принципах, выработанных замечательными практическими и научными школами.

Память об этих школах с уважением хранит история отечественной медицины, а их традиции живут и поныне, продолжая плодотворно развиваться. Достаточно напомнить о прославленных коллективах Обуховской больницы в Ленинграде, института имени Н. В. Склифосовского или Боткинской больницы в Москве, об известных клинических школах выдающихся ученых С. П. Боткина, П. И. Дьяконова, В. И. Разумовского, В. А. Оппеля, И. И. Грекова, С. И. Спасокукоцкого, П. А. Герцена, А. В. Вишневского, Б. К. Осипова, А. Н. Бакулева, С. С. Юдина, Н. Н. Петрова, П. А. Куприянова, Д. А. Арапова, В. Н. Парина и ряда других.

Иван Петрович Павлов так говорил о своих помощниках-единомышленниках: «В том коллективе, которым мне приходится руководить, все делает атмосфера. Мы все впряжены в одно общее дело, и каждый двигает его по мере своих сил и возможностей. У нас зачастую и не разберешь, что «мое», а что «твое», но от этого наше общее дело только выигрывает».

Высокие традиции всех этих практических и научных школ были продолжены героическим подвигом сотен и тысяч медработников в годы Великой Отечественной войны, их продолжает исполненный творческого духа и любви к своему делу коллективный труд медиков на самых трудных участках нашей жизни. Бурное развитие хирургии в стране способствовало созданию целого ряда крупных клинических школ, составляющих гордость отечественного здравоохранения. Приведу лишь несколько имен.

Академик Борис Васильевич Петровский — признанный старейшина нынешнего поколения хирургов, председатель Всесоюзного общества хирургов, почетный член многих хирургических обществ мира. Богатейший клинический опыт, огромный багаж знаний, тонкая интуиция, разносторонность интересов, подлинная интеллигентность, простота и доступность создали ему славу одного из лучших врачей современности.

Председателя Всероссийского общества хирургов, главного хирурга Министерства здравоохранения РСФСР, академика АМН СССР Виктора Сергеевича Савельева недаром в знак глубокого уважения называют главным хирургом России. Сколько трогательного внимания и мудрой простоты в обращении академика с рядовым хирургом! Особая человечность, исключительное трудолюбие, безукоризненное хирургическое мастерство, замечательные личностные качества снискали ему непререкаемый авторитет в нашей стране и за рубежом.

Академик Николай Николаевич Блохин — крупнейший государственный и международный деятель, член многих зарубежных академий. Этот энциклопедически образованный человек, искусный хирург и выдающийся ученый, блестящий оратор и педагог любит повторять: «Прежде всего я — врач».

Генеральный директор Всесоюзного кардиологического научного центра академик Евгений Иванович Чазов посвятил свою жизнь борьбе с самыми распространенными болезнями XX

века — сердечно-сосудистыми. Он удостоен высшей международной награды терапевтов — «Золотой стетоскоп», Ленинской и Государственной премий. Евгений Иванович Чазов — один из организаторов международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», которому присвоена Нобелевская премия мира 1985 года.

Широко известно имя академика АМН СССР, генерал-полковника медицинской службы, Героя Социалистического Труда Ефима Ивановича Смирнова. С первых дней Великой Отечественной войны он руководил Главным военно-санитарным управлением. Добился того, что во время войны в нашей армии не было эпидемий и в строй вернулось более семидесяти процентов раненых и больных. Очень советую прочитать написанную им книгу «Война и военная медицина». Захватывающее чтение!

О больших ученых-медиках у нас непростительно мало пишут, особенно в литературе, адресованной молодежи.

А сколько поучительного, неизгладимо интересного, самобытного могло бы быть заключено в подробном жизнеописании любого из таких ученых, как Л.К. Богуш, В. В. Кованов, И. С. Колесников, Б. А. Королев, П. Н. Напалков, В. А. Неговский, В. И. Стручков, Г. Е. Островерхое, Ф. Г. Углов, В. И. Бураковский, М. В. Волков, О. К. Гаврилов, С. Я. Долецкий, Ю. Ф. Исаков, В. К. Калнберз, А. П. Колесов, А. Н. Коновалов, М. И. Кузин, К. М. Лисицын, Н. А. Лопаткин, Ю. М. Лопухин, Н. Н. Малиновский, В. С. Маят, Е. Н. Мешалкин, М. И. Перельман, Н. Н. Трапезников, Р. П. Аскерханов, Г. А. Баиров, Э. Н. Ванцян, Н. К. Георгиу, М. В. Даниленко, П. П. Коваленко, А. А. Корж, В. И. Кукош, М. И. Лыткин, В. И. Петров, А. В. Покровский, Л. В. Полуэктов, Н. В. Путов, Г. А. Рябов, В. Д. Федоров, С. Н. Федоров, А. П. Кузьмичев, А. П. Ромоданов, А. А. Шалимов, Ю. М. Панцырев, В. И. Шумаков...

Какой длинный список, а ведь все очень крупные имена! И его можно намного продолжить. Главное же — то, что за каждым из этих имен стоят еще десятки, а вокруг каждого из этих людей — сотни специалистов высокого класса, исповедующих их принципы, совершенствующих их методику, утверждающих их научные предвидения и открытия.

Было бы несправедливым не вспомнить хоть несколько имен пермских хирургов, сыгравших огромную роль в воспитании врачей у нас на Урале.

Так, широко известно имя заслуженного деятеля науки Василия Николаевича Парина, основателя кафедры госпитальной хирургии, редактора «Пермского медицинского журнала», главы и патриарха прекрасной династии медиков. Василий Васильевич Парин — один из основателей Академии медицинских наук СССР, основоположник космической медицины. Это он провожал Ю. А. Гагарина в первый космический полет. Второй сын В. Н. Парина, Борис Васильевич — крупный хирург, заслуженный деятель науки, — первым внедрил переливание крови на Урале.

С особой теплотой хочется назвать имена замечательных воспитателей студенческой молодежи, старшего поколения преподавателей нашего института, — Н. М. Степанова, С. Ю. Минкина, А. П. Соколова, А. Л. Фенелонова, А. В. Пшеничнова, Я. К. Асса, И. А. Иванова, М. И. Шалаева, И. Ф. Вечеровского...

В хирургии, в науке и в жизни ими всегда исповедовалась строгая принципиальность, честность и справедливость. Приведу пример их объективного подхода к оценке научных трудов рядового врача.

Вспоминаю, как лет двадцать пять назад скромный периферийный врач представил в

Пермский медицинский институт кандидатскую диссертацию, предложив новый аппарат для ускорения сращивания костей. Тщательно рассмотрев работу, члены ученого совета признали, что основные достоинства научного исследования заключаются не столько в предложенной конструкции, сколько в обнаружении закономерностей образования и развития костной мозоли, которые позволили регулировать ее рост рациональной компрессией и при этом соблюдать важнейшее условие — стабилизацию костных отломков. Содержание работы было признано новым вкладом в науку и оригинальным направлением в ней. Совет решил, что диссертация заслуживает более высокой оценки, а соискатель — степени доктора медицинских наук.

Сразу же после присуждения кандидатской степени был объявлен короткий перерыв и на втором заседании принято единогласное решение совета ходатайствовать перед высшей аттестационной комиссией о присуждении автору диссертации ученой степени доктора медицинских наук. Вскоре президиум ВАК СССР это ходатайство утвердил.

Как показала жизнь, метод действительно привел к новым успехам в ортопедии. Его автор Гавриил Абрамович Илизаров — «кудесник из Кургана» — удостоен Ленинской премии, избран в Академию наук СССР. Его открытие получило название «явление Илизарова».

Не называю ни одной фамилии из числа сотрудников, с которыми мне доверено работать сейчас: просто боюсь, не назвав, обидеть кого-либо. Для нашего коллектива характерно отсутствие атмосферы напряженности, все вопросы снимаются немедленно, прямо и открыто, честно и демократично.

Мы памятуем изречение, увиденное кем-то однажды в клинике П. Н. Напалкова:

«Если в коллективе завелись склоки — ищите бездельников».

Один из принципов хорошего врачебного коллектива — абсолютное взаимоуважение, благожелательность, независимо от возраста его членов и занимаемого ими положения. Здесь приходится иногда поступаться личными чувствами, симпатиями или антипатиями, укрощать свое излишнее самомнение, подавлять задетое самолюбие или зарождающееся чувство зависти, проявлять максимум такта, взаимопонимания и, конечно, самодисциплины во имя интересов общего дела, выше которого ничего нет. Образец почти идеальных служебных взаимоотношений, сложившихся в хирургическом отделении Солдатенковской больницы, ныне больницы имени С. П. Боткина, когда его возглавлял профессор В. Н. Розанов, описан профессором А. Д. Очкиным:

«За 24 года совместной работы с Владимиром Николаевичем я ни разу не видел, чтобы у него были с кем-нибудь какие-либо столкновения, и наша хирургическая семья... жила настоящей спаянной дружной семьей... Каждому из нас Владимир Николаевич поручал определенную научную работу, проводимую или на клиническом материале, или в лаборатории, или в рентгеновском кабинете, или в патологоанатомическом театре. Работали над самыми разнообразными отделами хирургии и смежными областями... Коллектив работников получал разностороннее развитие, не замыкавшееся в круг ранней узкой специализации. Владимир Николаевич был чрезвычайно доступный, простой и мягкий руководитель. Он понимал ошибки, но никогда не прощал обман... Его ночные посещения тяжелых больных или просто контрольные посещения ночью создавали подъем у персонала и вырабатывали у нас сознание долга и чувство ответственности за поручаемых больных».

По опыту нашей клиники смею уверить, что сплачивает, укрепляет, объединяет врачебный коллектив не только одинаково ответственное отношение к больным, но и перспективная медицинская идея, увлекающая всех.

Клиника, которой я руковожу, решает многие хирургические вопросы, основываясь на научном обобщении практического опыта каждого, результатах экспериментальных исследований. Нашим коллективом опубликовано большое число журнальных статей, изданы десятки методических руководств и рекомендаций, несколько монографий, ставших настольными книгами для практических хирургов.

Особенно близки нам вопросы общей, неотложной и грудной хирургии, трансфузиологии и реаниматологии; а проблемой травмы груди и сочетанных повреждениях мы занимаемся в течение всего послевоенного периода. В настоящее время выработана строгая хирургическая тактика, даны четкие, убедительные рекомендации по лечению тяжелых поражений легких, сердца, крупных сосудов, грудного скелета, брюшных и тазовых органов.

Задачи наших первоначальных поисков со временем значительно расширились. Мы объединили свои усилия с патофизиологами, биохимиками, иммунологами, патологоанатомами, рентгенологами, установили рабочие контакты со многими научными учреждениями Урала и всей страны. Глядя на своих товарищей, радуясь их успехам, я каждый раз думаю о том, как много может дружный, творческий врачебный коллектив, усилия которого подчинены жизненно важной идее.

Врачи должны беречь друг друга, ограждать от волнений и душевных тревог, которыми и так богата наша нелегкая профессия. Чудесный пример такого отношения дал на закате своей жизни ленинградский профессор П. А. Куприянов. Он тяжело заболел, предстояло серьезное оперативное вмешательство.

И вот, когда главный врач спросил, кому из хирургов поручить операцию, Петр Андреевич посмотрел на него с удивлением и сказал:

«Я понимаю свое положение и знаю, что меня оперировать — это наказание. Неужели вы думаете, что я могу сам так жестоко наказать кого-либо из своих друзей?»

Поучительный эпизод описывает в своих воспоминаниях и профессор С. Р. Миротворцев: «В бытность мою в Берне я был свидетелем такого факта. В Лозанне профессором хирургии был Ру, бывший много лет ассистентом Кохера. Как это, к сожалению, часто бывает, в конце своей деятельности Ру разошелся с Кохером и, получив кафедру в Лозанне, вел работу самостоятельно. Он считал, что в отношении его Кохер был несправедлив и как бы затирал его.

Но вскоре у Ру появились грозные симптомы рака желудка. После исследования он приказал своему старшему ассистенту приготовиться на следующее утро к операции удаления желудка и никому об этом не говорить. Ночью старший ассистент профессора Ру поехал в Берн к Кохеру и доложил ему об этом. Кохер сказал: «Оперировать буду я, но вы ничего не говорите Ру».

На другой день, когда больного Ру начали хлороформировать, в операционную вошел Кохер, вымыл руки, произвел резекцию желудка у Ру и, не дождавшись его пробуждения, уехал в Берн. Ру только через две недели узнал об этом.

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

И вот я сделался свидетелем случая, запомнившегося мне на всю жизнь. Приблизительно через месяц после операции Ру вошел в аудиторию, где был Кохер, подошел к нему и сказал:

«Дорогой учитель, как я был неправ. Простите меня за все прошлое и примите мою благодарность ученика, которого вы всегда учили благородству и доказали это».

Он взял руку Кохера и поцеловал ее. Аудитория приветствовала примирение двух крупных хирургов громкими аплодисментами»

В медицине нет более или менее важных дел и должностей — все важны и значимы одинаково. Поэтому и отношения в коллективе между работниками различной квалификации и разного служебного положения должны строиться на основе полного равенства и товарищества. Ведь не случайно, например, на консилиуме принято первым высказываться самому молодому врачу, чтобы на его выводы не повлияли суждения более опытных или маститых.

В этой традиции — двоякий смысл: быстрее формируется самостоятельное мышление врача, и обеспечивается гарантия того, что его мнение будет услышано и учтено. А в основе такой традиции — взаимоуважение медиков и подлинная корпоративность.

Однажды на страницах «Медицинской газеты» развернулась дискуссия на тему «Вы или ты?». Газета приводила огорчительные факты: некоторые врачи (в том числе и молодые) требуют от работников среднего и обслуживающего звена соблюдения особой субординации, хотя сами далеко не безупречны в отношении к ним. О каком коллективе единомышленников можно говорить в обстановке чинопочитания и угодливости? Врач в отделении или учреждении — прежде всего товарищ по работе, авторитет которого держится не на слепом подчинении, не на окрике, а на знаниях, опыте, такте, более широком понимании дела.

Со студенческой скамьи стоит учиться ценить тяжелый и ответственный труд санитарок, лаборантов, медицинских сестер. Для всякого студента-медика полезна добросовестная стажировка в каникулы сначала в качестве санитаря, а затем и среднего медработника. Тут не только сам научишься многому, но и лучше поймешь тех, без кого ни вылечить, ни вывести больного невозможно, увидишь в самой скромной работе ее высокий смысл и значение.

В хорошем коллективе все контролируют друг друга, все учатся один у другого, все учат и воспитывают друг друга, помогают друг другу.

Я так подробно говорю здесь о хорошем врачебном коллективе, потому что, повторяю, вижу в дружном творческом труде медиков залог наилучшей, практически безошибочной работы по сохранению здоровья людей. Даже если ошибки и случаются, в дружном коллективе, с помощью опытных товарищей они могут быть в большинстве своем исправлены. Еще раз подчеркну: при условии полного доверия друг другу и абсолютной честности.

В нашем сложном и трудном деле уверенность в честности и добросовестности каждого сотоварища имеет огромное значение: своевременно замеченная ошибка или недоработка может быть исправлена. Часто она становится даже полезным уроком для всех, источником знания, как утверждал Гиппократ. Но скрытая, затаенная, она грозит непредвиденными последствиями как для больного, так и для того, кто ее допустил.

«С самого начала моего врачебного поприща, — писал великий Пирогов, — я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

это, обнаруживая все мои ошибки и неудачи».

Примем же это за правило и мы.

Для врача важна не столько и не только эрудиция, а «биография его души».
А. Ф. Билибин

Знать о жизни все

Вот мы говорим о трудолюбии, гражданской зрелости, сострадании к людям... Но если задуматься: не эти ли черты испокон веков отличали представителей подлинной интеллигенции, той самой интеллигенции, которая, по словам честного земского доктора и талантливого русского писателя Антона Павловича Чехова, «мыслит, чувствует и умеет работать»?

Да, совпадение не случайно: жесткие требования, которые предъявляла к врачу его профессия, всегда совпадали с нравственной программой трудовой интеллигенции. Многие из врачей моего поколения вышли из семей рабочих, служащих, крестьян, проходили школу рабфака, учились в среде таких же «новобранцев» советской интеллигенции, зачастую не имеющих генетического, домашнего наследия внутренней и внешней культуры.

Молодежь, выросшая в горячее время первых пятилеток, приносила в стены вузов задор, раскрепощенность и раскованность, эдакую веселую вольницу ранней самостоятельности и недавнего школярства. Но очень скоро буйные головы остужало дыхание подлинной нравственной высоты, исходящее от лучших наших педагогов. Мы лепили себя по их образу и подобию.

Пример их веры, трудолюбия, преданности науке, служения народу, широты кругозора был перед глазами в аудиториях, клиниках, лабораториях. Они, несомненно, способствовали формированию первых поколений советской врачебной интеллигенции.

Часто задаю себе вопрос: а достаточно ли влияем в этом направлении на своих воспитанников мы? Беспокоит, что для части молодежи, в том числе и вузовской, сама интеллигентность порою теряет свою притягательную силу. Вещизм, мещанство, проникшие в молодежную среду, резко отрицательно повлияли на истинный престиж подлинной интеллигентности.

Интеллигент для иных — боюсь, для многих, — значит «слабак», значит «не умеющий жить», а «жизнь коротка, успеть бы ухватить». Да, настоящий интеллигент не может себе позволить ловкачества, нечестности, не может поступиться истинным ради модного — таковы его принципы. Спору нет, жизнь коротка, но потому и негоже разменивать ее на сиюминутные пустяки, особенно в юности, когда сил так много и возможности их применения так широки.

Жизнь коротка, но, если жить, культивируя в себе только хватательный рефлекс, она окажется еще короче, потому что пройдет в пустой суете: всего не ухватишь и, как говорят в народе, с собой на тот свет не возьмешь. Подлинному интеллигенту чужда погоня за суетным и мелким.

Если человек — не закоренелый циник, наша профессия сама по себе способна заставить его заниматься духовным самосовершенствованием. Врачу, как никому другому, становятся близки и понятны подлинные жизненные ценности. Ему приходится видеть, как перед лицом болезни или даже смерти проявляется богатство либо нищета личности, как становится ненужным, случайным то, что еще недавно занимало целиком.

Невольно пересматриваешь и собственные жизненные позиции, волнуешься за чистоту собственной души... Однако лучше задуматься об этом как можно раньше, еще на студенческой скамье.

Очень хотелось бы, чтобы из стен нашего института выходили специалисты, отличающиеся умственной, эстетической, физической культурой и настоящей воспитанностью, умеющие — по чеховской триаде — мыслить, чувствовать и работать. Вся система обучения в институте нацелена на то, чтобы молодые люди успешно овладевали умственной культурой. В это понятие входит широта кругозора, умение постоянно учиться, работать с книгой, правильно оценивать новое в науке. Многогранность интересов — это профессиональная необходимость для настоящего врача.

Поражает богатство дарований выдающегося советского хирурга Николая Михайловича Амосова. В нем живут инженер, философ, математик, биолог, кибернетик, писатель, политик... И они прекрасно уживаются, взаимно обогащая один другого.

Существование на гребне новейших научных достижений помогает Амосову быть в своем деле дерзающим, уверенным и независимым, а если зависимым — то только от нужд больных. Обладая огромной научной эрудицией, он способен пролагать новые пути в медицине. Понимание человеческой психологии, углубленный самоанализ помогают в общении с людьми, в работе для людей.

Все это не значит, что я призываю каждого врача окончить два вуза разного профиля, как это сделал академик Амосов, и вести такую же активную жизнь. Амосов - богатая, талантливая личность, сила его - прежде всего в несокрушимой воле, направленной на то, чтобы отдавать делу всего себя и активно восстанавливаться, чтобы снова отдавать. Однако курс прокладывают по вершинам. Почему бы не стремиться к эрудированности, разнообразию своих интересов?

Пусть наша медицинская практика вступает в родственные отношения не только с кибернетикой, как это произошло у Н. М. Амосова, а с какими-то другими науками, главное — чтобы она завязывала эти связи. Возможно, кому-то покажется, что такой призыв противоречит тезису о полной и нераздельной принадлежности врача своей профессии, да еще при том, что каждая отрасль науки в наше время несет огромный объем информации. Отнюдь, противоречий здесь нет.

Узконаправленный ум не способен на широкие обобщения. Человек, предстающий перед врачом, здоров он или болен, — такая сложная психофизическая система, которую нельзя воспринимать только по частям или оторванно от среды.

Врач, знающий исключительно то, что относится лишь к его специальности, по сути дела, остается простым ремесленником. Разве можно смотреть на жизнь через узкую щелочку своего ремесла? Для того чтобы умело бороться за жизнь и благополучие человека, нужно смотреть на эту жизнь и этого человека широко открытыми глазами, понимать и любить людей во всем их неповторимом многообразии, уметь разобраться в сложности их мира.

Современная медицина в процессе своего бурного развития все чаще вынуждена принимать на вооружение данные и методы других наук: математики, химии, физики, социологии, психологии и т. д. Следовательно, культурный врач должен если не изучать все эти науки, то, во всяком случае, составить себе достаточно четкое представление об их основных принципах и достижениях.

В особенности это необходимо врачу, занимающемуся научно-исследовательской работой. Здесь все более начинают проявляться тенденции к взаимодействию и переплетению различных наук. Причем, как отмечал в свое время академик А. Н. Несмеянов (и как многократно доказала научная действительность), именно в местах соприкосновения

смежных дисциплин и лежат так называемые точки роста, в которых зарождаются новые идеи и новые знания.

Кроме того, врачу необходимо быть человеком, эрудированным социально. Он должен по возможности представлять себе не только круг проблем, которые стоят непосредственно перед службой здоровья, но и общественные явления, которые выдвигают перед здравоохранением новые задачи. Явления эти могут быть социально-экономического, социально-политического и социально-психологического порядка. Поясню свою мысль конкретным примером.

В настоящее время меняется демографическая ситуация. Население стареет, среди старших возрастных групп преобладают женщины, они чаще обращаются к врачу, охотнее прибегают к лекарствам... Влияет это на стиль работы врача и в целом медицинских учреждений? Несомненно. Правильно оценивать подобные и иные факторы, гибко ориентироваться в обстановке помогают врачу его умственная культура, широта его кругозора.

Надо любить хорошие книги, культура неразрывно связана с книгой. Казалось бы, простая до банальности истина. Но не так уж просто научиться «узнавать» хорошую литературу. Нужен навык, нужна работа с библиотечными каталогами, с библиографическими изданиями, а главное — с самой книгой.

Еще аксиома: книги нужны врачу не только в часы обычной работы, но и в минуты сомнений, тяжелой борьбы и волнений за больных. И если в эти моменты ему удастся на страницах книг найти указания и советы, внушающие уверенность и надежду, он будет считать эти книги лучшими наставниками, надежными друзьями.

В большинстве своем мы пренебрегаем конспектированием. Напрасно! Отличная привычка — читать с карандашом в руке. Всякая хорошая книга рождает новые мысли, а память наша несовершенна. Короткие пометки, сжатые выводы, оставленные на страницах конспекта, не раз сослужат полезную службу.

Накапливать такой материал — дело перспективное. Чтение с карандашом в руке помогает вырабатывать и критическое отношение к прочитанному, избавляться от излишнего, иногда неоправданного преклонения перед авторитетами, составлять свое собственное, продуманное мнение.

Есть еще одна сторона, на которую хочется обратить внимание. В связи с колоссальным ростом в наши дни научно-литературной продукции мы все чаще вынуждены пользоваться различного рода библиографическими справочниками, обзорами, реферативными обзорами, в которых кратко изложена суть отдельных работ по тому или другому вопросу. Конечно, все эти рефераты как справочный, информационный материал в повседневной научной работе приносят определенную пользу.

Но в расширении научного кругозора они не могут играть большой роли. Еще в конце прошлого столетия С. П. Боткиным отчетливо сформулирована эта мысль.

Знаменитый ученый-терапевт в редактируемых им периодических изданиях не терпел рефератов:

«В рефератах мы видим одно из условий, задерживающих развитие врача. Врач обрекает себя на чтение почти исключительно одних выводов из различных исследований и работ. Необходимо читать работы в оригинале».

Говоря о навыках работы со специальной литературой, нельзя не упомянуть о знании иностранных языков. Нужно овладеть хотя бы одним из распространенных языков, а для этого — шире пользоваться возможностями, которые дает институт. Незнание языков не к лицу человеку, который тщится называть себя интеллигентом. Времени хватит на все — уверяю вас! — хватило бы только целеустремленности и работоспособности. Сошлемся на опыт крупнейшего советского хирурга Сергея Сергеевича Юдина.

Вспоминая о начале своей врачебной деятельности, он рассказывает:

«В июньские короткие ночи... я добросовестно сидел за книгами с десяти вечера до трех утра. Но уже в июле... я засиживался все ночи за чтением медицинских книг, а когда голова начинала работать хуже, брался за перевод с немецкого, дабы выучить получше язык, в котором я знал лишь разговорную речь по гимназическому курсу и трехмесячной моей ссылке в Ригу в 1905 году. Мне надо было заново выучивать всю специальную медицинскую и хирургическую терминологию на немецком языке. Я пользовался двухтомным немецко-русским словарем Павловского и с его помощью перевел всю книгу Барденгауэра о лечении переломов лейкопластырным вытяжением. Работа была большая, ибо книга была больше четырехсот страниц. Литературная отделка не была достаточной, зато немецкий язык я изучил так, что с тех пор хирургические книги и журналы на немецком языке я читаю, как по-русски или французски. Этого я добился в течение трех-четырёх летних месяцев...»

Убедительно, не правда ли?

Высокая умственная культура позволяет врачу давать справедливую оценку всему новому, что появляется в медицинской науке. А это крайне необходимо. Представьте себе лечащего врача или врача-исследователя, которые всякое предложение, опубликованное в последнем журнале, немедленно брали бы на веру и бросались претворять в жизнь, меняя курс лечения или направление опытов. Такое шараханье, кроме вреда, ничего не принесло бы, как и следование модным увлечениям медицинского характера. Проявлять разумную осторожность и научную объективность, уметь оценить скромную, но перспективную идею и не пойти на поводу у разрекламированного новшества — для этого надо обладать широким профессиональным кругозором, способностью критически осмысливать и понимать жизненные явления. Качества же эти обретаемы настойчивым интеллектуальным трудом.

Не сомневаюсь: первое, что определяет влияние врача на больного и что характеризует самого врача, заключено в его личности — я имею в виду как раз общекультурный и профессиональный уровень, миропонимание и жизненные принципы, положенные им в основу своей профессиональной деятельности.

А. М. Горький называл рядовых врачей «маленькими великими людьми». Быть врачом — это значит владеть не только своей наукой и уметь лечить, но еще и знать о жизни все. Здесь хочу сослаться на М. Твена, который спрашивал: «А знает ли что-нибудь лечащий вас врач? Я говорю не о медицине, а о знаниях вообще. Достаточно ли он умен и образован в широком смысле слова? Если он ничего не знает, кроме медицины, то, возможно, что он не знает и ее».

Вот два примера из жизни на эту тему.

К Сиденгаму, этому английскому Гиппократу, обратился медик с просьбой посоветовать, какие следует читать книги, чтобы стать хорошим врачом. «Читайте, мой друг, «Дон Кихота»

Сервантеса — это прекрасная книга, которую я сам часто перечитываю», — ответил знаменитый врач.

Советский терапевт А. И. Нестеров утверждал:

«Положение врача у постели больного будет более полезным, если он достаточно осведомлен в области литературы, живописи, архитектуры, драматургии, театра, знаком с классическими музыкальными шедеврами».

Нет, не для того, чтобы беседовать с больным о шедеврах искусства! Важна эстетическая культура врача, воспитанная знакомством с этими шедеврами. В чем же она состоит — вероятно, не только в знании вершин изобразительного или музыкального творчества? Врач ведь не искусствовед. Он должен владеть врачебным делом.

Да, но приобщение к искусству необходимо для воспитания эстетической культуры. В медицинском институте этому, как правило, придается большое значение. У нас очень много музыкально одаренных студентов. У нас сильные самостоятельные художественные коллективы. Значительно расширяет культурный кругозор будущих врачей факультет общественных профессий.

Всеми средствами мы внушаем студенчеству необходимость общения с искусством, потому что искусство, большое, настоящее, прошлых веков и современное, может научить видеть, любить и понимать прекрасное. И не только в самом искусстве, но и в жизни. Оно подмечает прекрасное в самой действительности, незаметную красоту жизни делает зримой, а подлинно прекрасное оставляет жить в веках.

Научившись понимать язык искусства, люди начинают больше видеть, тоньше чувствовать, острее воспринимать. Хорошая литература, например, учит постигать сложность переплетений общественных и личных отношений, понимать других людей и находить с ними общий язык, разбираться в самих себе.

Но понимать людей, находить с ними общий язык — это же один из главных принципов деонтологии. Выходит, что требование овладеть эстетической культурой совпадает с профессиональной необходимостью.

«Человек при уме и образованности, но лишенный эстетического чувства, — говорил В. Г. Белинский, — все-таки скотина». Не знаю, как насчет скотины, но, во всяком случае, не врач. Во-первых, потому, что именно эстетическое чувство делает человека человеком. Во-вторых, отсутствие этого чувства означает эмоциональную нищету, не предполагающую ни жалости, ни сочувствия, ни активного сострадания.

Подлинная эстетическая культура — и есть культура чувств.

В нашей карте-анкете для абитуриентов стоит вопрос о том, как они проводят свободное время, чем увлекаются. Некоторые недоумевают: зачем это — для того, чтобы защищать честь института в какой-нибудь «Студенческой весне»? Да нет, не затем. Это необходимо, чтобы беречь в будущем собственную врачебную честь.

С культурой эстетической связана и воспитанность всякого человека, культура его поведения. Так сложилось, что врачу более чем кому-либо не прощают грубость, пренебрежение правилами поведения, неопрятность или нескромность в одежде.

Образованность еще не предопределяет ни интеллигентности, ни воспитанности. Она не тождественна им. Бытовала некогда шутка относительно дипломированных специалистов,

которые имеют «высшее образование без среднего», то есть владеют суммой знаний, а вот элементарных правил этики и морали не усвоили.

Диплом, в том числе и врачебный, дает право называться образованным, но воспитанности сам по себе не гарантирует. Она может быть либо, как говорится, впитанной с молоком матери, привитой в детстве, либо, обнаружив пробел в собственном воспитании, человек должен взяться за себя сам.

Этика советского врача, принципы деонтологии опять же полностью совпадают с требованиями, которые мы предъявляем к человеку воспитанному.

Народная артистка СССР С. В. Гиацинтова, выступая когда-то перед читателями «Комсомольской правды», так определила понятие воспитанности:

«Это не только хорошие манеры. Это нечто более глубокое и коренное в человеке. Это, прежде всего, его внутренняя интеллигентность... Содержание неотделимо от формы. Воспитанного человека нетрудно распознать с первого взгляда. Облик его говорит сам за себя. Он не теряется в незнакомом обществе. Умеет сидеть за столом, красиво и аккуратно есть. Не будет разговаривать с женщиной, держа руки в карманах или папироску во рту. Он не забудет снять головной убор, когда входит в помещение или когда слышит на торжественной церемонии исполнение Государственного гимна. Он разрешит неожиданный житейский конфликт скорее юмором, чем досадой. Во всяком своем поведении он естествен и прост... Подлинный «высший класс» воспитанности — это простота, естественность и непринужденность».

Вот пишу «человек воспитанный должен», а перед глазами — растерзанное (иначе не скажешь) общежитие, доверенное будущим врачам... Конечно, воспитание начинается в семье. Конечно, и мы в институте кое-что пытаемся сделать, восполнить порою невосполнимое. Однако и сам человек, который принял решение лечить человечество, действительно должен обладать и пониманием нравственно-этических требований, предъявляемых к нему, и минимумом навыков в исполнении этих требований.

К такому невозможно привыкнуть, но, боюсь, мы, преподаватели, уже привыкаем к некоторому (как бы это помягче сказать?) хамству некоторой массы (простите, части) студенчества. И это печаль не только нашего вуза. Точно знаю, что и в соседнем политехническом, и даже в университете очень далеко не каждый молодой человек пропустит вперед преподавателя, придержав дверь, а не ототрет его молодецким плечом.

Стало возможным не здороваться с профессурой. А это злополучное общежитие — просто образец и исчерпывающая характеристика уровня бытовой культуры, увы, будущих медиков. Красивое здание, хорошо приспособленное для жизни и занятий, словно подвергается систематическим набегам вандалов: вонь, мусор, вывороченные двери, погнутые кровати, забитые туалеты...

Да нет, это плоды стараний не пришлых дикарей. Здесь живут и хозяйничают сами студенты — у нас самоуправление. Есть студсовет, есть совет общежитий, а чистоты и порядка, к сожалению, мало, потому что они зависят не только от того, какие правила заведены в общем доме, но и от того, какими законами поведения руководствуется каждый, от его личной культуры и воспитанности. Выработать кодекс своего поведения и следовать ему — дело чести всякого, и дело не позднее никогда, если речь не идет о будущем враче или педагоге... Эти «или» можно, конечно, и продолжать,

можно назвать все специальности и сферы, связанные с человеком. (Да и разве не истосковалось в целом наше общество по элементарно воспитанным и порядочным людям!)

Однако я говорю сейчас о нераздельности правил нравственных и профессиональных. Протivoестественно для педагога нарушать принципы, которые он внушает детям. Ханжество и двуличие действуют с разрушительной силой — отвращают от детей не только педагога, но и благие идеи воспитания. Не только проповедовать какие-то принципы, но и исповедовать их, то есть следовать им в жизни,— это нравственная (и профессиональная!) аксиома и для врача.

Как известно, всякому медику приходится давать и здоровым, и больным разного рода советы и рекомендации относительно образа их жизни: бережно относиться к своему здоровью, не курить, не злоупотреблять спиртным, не забывать спорт, соблюдать режим питания, труда, отдыха и т. д. А следует ли этим правилам сам товарищ доктор?

Профессор Н. В. Эпштейн лет тридцать назад проанализировал ответы 145 врачей города Таллинна на вопросы, занимаются ли утренней гимнастикой, правильно ли питаются, придерживаются ли рекомендаций по рациональному образу жизни, которые дают больным. Оказалось, что громадное большинство врачей — до 50 процентов — не придерживаются тех правил, которые они пропагандируют.

Проявляется просто-таки разительное расхождение между тем, что настойчиво рекомендует врач, и тем, что он делает сам. Излечивая больных, он очень плохо заботится о собственном здоровье. А ведь каждый знает, что труд врача связан с постоянным перенапряжением нервной системы, в ряде случаев — со значительной физической нагрузкой. Мы, хирурги, иногда простаиваем у операционного стола по шесть-семь часов. А ночные дежурства? А неожиданные, срочные вызовы? А сама стрессовость ситуаций, с которыми сталкиваемся постоянно?

В результате всего этого, как свидетельствуют приводимые в той же статье Н. В. Эпштейна данные некоторых американских авторов, от коронаросклероза врачи умирают вдвое чаще, чем люди других профессий; 50 процентов хирургов в возрасте старше пятидесяти лет погибают от инфаркта миокарда или сосудистых поражений центральной нервной системы.

«Врач, исцелися сам», — этот призыв не потерял своей актуальности в наши дни.

А истоки эдакого наплевательского отношения к собственному здоровью — в юношеской самонадеянности, в полной уверенности, что молодость — это навсегда. К сожалению, следование правилам здорового образа жизни, борьба за такой образ жизни еще не владеют целиком умами и будущих врачей. Даже им, уже кое-что повидавшим в клиниках института, собственные молодость и здоровье кажутся навеки данными. Инстинкт самосохранения им не присущ, понять же необходимость поддержания, сбережения своей физической формы они еще не сумели.

А надо просто однажды и навсегда уяснить: для того чтобы выполнять свою ответственную работу, медику нужно быть не только ясным умственно, чистым и устойчивым морально, но и физически здоровым, развитым и закаленным. Здоровый дух в здоровом теле нужен врачам не меньше, если не больше, чем представителям других специальностей.

Снова хочется вспомнить Николая Михайловича Амосова, который поставил на себе своеобразный эксперимент по продлению плодотворной жизни (физическая нагрузка, закаливание, тренировка всех функций) и на восьмом десятке лет живет, трудится, оперирует

так же, как двадцать и тридцать лет назад.

Наконец, повторяю, нарушать принципы здорового образа жизни — это значит проявлять ханжество, не только недостойное интеллигентного человека, но и противопоказанное медику его профессиональным долгом. Соблюдение собственных рекомендаций — вопрос врачебного авторитета.

Говоря о противоречиях между словом врача и делом, нельзя промолчать о курении и злоупотреблении алкоголем. Теоретически всякий врач должен быть заклятым врагом этих зол. Как может больной послушаться настойчивых советов бросить курить, когда он видит врача с сигаретой? Или насколько убедительным покажется, например, человеку с больными почками категорический запрет на спиртное, если от самого врача разит перегаром? Конечно, естественный результат таких формально-лицемерных рекомендаций — падение авторитета врача, пренебрежение его советами и требованиями, скептическое отношение к медицине вообще.

Врач должен всегда оставаться в форме, в любую минуту быть в состоянии оказать необходимую помощь. О том, как это важно, свидетельствует еще одна запись из воспоминаний Александра Александровича Росновского — «Новогодний урок». «Гражданская война близилась к концу, постепенно начала налаживаться мирная трудовая жизнь. И в нашей небольшой дружеской компании возникла мысль организовать коллективную встречу нового, 1922 года в семье одного деповского инженера. Собрались заранее, сидели за столом, разговаривали, шутили, закусывали. Предлагали и домашнее вино, наливку. Но мне пить не хотелось, и это даже вызвало недовольство хозяйки.

Уже стрелка часов подходила к двенадцати, как неожиданно прибежал санитар: меня срочно вызывали к тяжело раненному. Я быстро оделся и поспешил в больницу. Раненый оказался в бессознательном состоянии. Доставившие его люди сообщили, что он работал сторожем сельской кооперативной лавки. Часа два назад на него напали какие-то бандиты и топором проломили череп.

При неверном свете самодельных светильников (электростанция тогда работала с большими перебоями) я приступил к осмотру раненого. Он оказался маленьким, худым, лохматым старичком, с заросшим до самых глаз лицом. В левой теменной области у него зияла большая рана, на дне которой торчали костные осколки и кусочки мозгового вещества.

Мы быстро приступили к операции. Я тщательно обработал рану, удалил осколки, убрал разможенную мозговую ткань, закрыл дефект твердой мозговой оболочки куском широкой фасции бедра и наглухо зашил кожу. Все прошло гладко, хорошо, и я не раз поздравил себя с тем, что не выпил на встрече Нового года ни капли спиртного. Спустя две-три недели я как-то довольно поздно вечером вернулся с работы домой. Войдя в нашу большую слабоосвещенную кухню, я был поражен, увидев в ней целую толпу каких-то людей, главным образом детей. Впереди них стоял наш недавний тяжелый больной. Оказалось, что у этого «старичка» сравнительно еще молодая жена и восемь детей мал мала меньше.

Не успел я еще сориентироваться в обстановке, как услышал повелительный голос: «На колени!» И вся эта мелюзга опустилась на колени...

Эта сцена навсегда запечатлелась в моей памяти. И не только как трогательно-наивное выражение глубокой признательности больного за оказанную ему в тяжелой беде помощь, но и как постоянное напоминание о суровой ответственности врача».

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

Врачами не рождаются. Равным образом нет людей идеальных, полностью лишенных недостатков. У каждого из нас есть пробелы в общем образовании, недочеты в манере вести себя или системе мышления, те или другие отрицательные свойства характера. Почти каждому доводилось, наверное, иногда поступать не так, как нужно, смалодушничать... Порою наш проступок или недостаток не был замечен окружающими. Но мы-то о нем знаем! Трудная задача самовоспитания стоит перед каждым врачом — настоящим или будущим. Иначе сама жизнь становится воспитателем и дает урок, иногда очень жестокий.

Работа по культурному и моральному самовоспитанию, а в ряде случаев и перевоспитанию, требует огромной настойчивости и адского терпения. Вспомните Антона Павловича Чехова, который проделал мучительный путь «самодрессировки», чтобы выбросить из души все мелочное и пошлое.

«Чтобы воспитаться и не стоять ниже уровня среды, в которую попал,— писал он, — нужны непрерывный дневной и ночной труд, вечное чтение, штудировка, воля... Тут дорог каждый час...».

Советский хирург Станислав Яковлевич Долецкий однажды проделал небольшой житейский эксперимент. В семействе своего старого друга он задал вопрос о том, каким, по мнению присутствующих, должен быть врач, и, суммировав ответы людей разных возрастов и характеров, пришел к такому выводу:

«Чтобы приблизиться к представлению об «идеальном» враче, нужно совсем «немного»: обладать знаниями, опытом, умом, интеллектом, быть внимательным, душевным, обаятельным, добрым, деловитым, авторитетным, сохранять дистанцию, внушать, если потребуется, страх... Конечно, все эти качества от рождения не даны. Но больным не становится легче, когда мы, врачи, порой предлагаем им себя, если можно так выразиться, в первозданном виде, по принципу «ешь, что дают, а не хочешь — не надо». Правильно ли это? Почему актер, который играет роль, далекую от своего истинного обличья, перевоплощается и, если он талантлив или трудолюбив, добивается зрительского успеха, а врач не пытается использовать возможности к перевоплощению? Разумеется, я не призываю своих коллег играть «роли». Однако постоянное стремление вести себя таким образом, как того требует профессия, имея в запасе полный набор перечисленных выше качеств, со временем, несомненно, сделает врача таким, каким он должен быть в глазах своих пациентов».

Старайтесь быть таким — и будете! Очень интересная мысль. Для воплощения же ее нужен прочный фундамент общечеловеческой и профессиональной культуры, нужна подлинная интеллигентность.

Как просто, казалось бы. И как трудно...

... Будьте страстны в вашей работе и в ваших исканиях.

И. П. Павлов

Трудиться и дерзать

Приступая в институте к изучению основ медицины, никто не может предвидеть, как сложатся в дальнейшем его личные устремления. Кого-то привлечет своей очевидной, сиюминутной полезностью практическая сторона нашей профессии, а в ком-то победит желание посвятить свои силы научным исследованиям, выявлению «последних причин вещей». Но и в том и в другом случае, обогащаясь опытом, накапливая и критически осмысливая свои наблюдения, делая из них обоснованные выводы, всякий врач выполняет научную по содержанию работу, он и по духу, и по делу исследователь — если не в научной лаборатории, то у постели больного.

Иногда приходится слышать, что успешно заниматься научной работой можно только в обстановке институтской кафедры или клиники. Ошибочность подобного представления всей своей жизнью доказал человек, который, как уже было сказано, сыграл в моей судьбе неоценимую роль, — мой добрый друг и учитель Александр Александрович Росновский. Он был убежден и всегда убеждал нас, «периферийных» медиков: кто по-настоящему любит науку, для кого умственная работа является потребностью, своего рода наслаждением, тот в любых, даже самых трудных условиях найдет возможность для научной деятельности.

Первая научная работа А. А. Росновского была выполнена в трудном и голодном 1919 году. Более 50 работ, внесших заметный вклад в отечественную хирургию, им написано в последующие годы. Они создавались не в условиях института, университетской клиники. Их написал не ради наград и званий скромный труженик-врач, служивший истине и только ей одной.

Он любил повторять слова А. П. Чехова:

«Испуская последний вздох, я все-таки буду верить, что наука — самое важное, самое прекрасное и нужное в жизни человека...»

В суровом 1943 году он разрабатывает вариант легкой проволочной шины для иммобилизации голеностопного сустава, который был принят военно-научным советом Главного военно-медицинского управления и внедрен в действующей армии.

Из глубокой провинциальной глуши в 1951 году А. А. Росновский присылает свою статью «О книгах для хирургов», и эта статья печатается на первых страницах самого авторитетного хирургического журнала нашей страны. Александр Александрович проявил себя как добросовестный научный критик ряда фундаментальных исследований отечественных хирургов. Академик А. Н. Бакулев благодарил его в личном письме за ценнейшие указания. А труды нашего незабвенного Н. И. Пирогова Росновский не просто любил — он был знаком с его творчеством от первой буквы до последней.

В течение четырех десятилетий мы работали с Александром Александровичем в полном единодушии, и когда бы я ни пришел к нему, всегда заставал его в работе — за книгами, рукописями. Он получал от творчества ни с чем несравнимое удовлетворение. Он был «пленником творчества» всю свою жизнь. Несомненно, это свойство подлинного ученого. Примеров подобного служения научной истине мы находим в истории отечественной медицины немало. Об этом свидетельствует опыт целого ряда врачей старшего поколения.

Достаточно вспомнить, что один из первых выдающихся уральских хирургов нижнетагилец Д. П. Кузнецкий, глава знаменитой Обуховской школы хирургов А. А. Троянов, С. И. Спасокукоцкий, С. С. Юдин, Б. К. Осипов, выдающийся земский врач А. Г. Архангельская и

многие другие начинали, а в ряде случаев и вели на протяжении многих лет свою плодотворную научную деятельность, в условиях обычных земских и городских больниц.

Непревзойденным примером для каждого молодого врача может служить жизнь выдающегося провинциального доктора Петра Васильевича Рудановского (1829 — 1888). Этот замечательный врач почти тридцать лет возглавлял медицинскую часть заводов Тагильского округа, принадлежавших знаменитым богачам — промышленникам Демидовым.

Прекрасный терапевт, окулист, хирург, он пользовался большой популярностью у народа: больные ехали к нему за помощью не только с Урала, но и из разных мест Сибири. Однажды население заводов обратилось к администрации с ходатайством об увеличении жалования своему любимому доктору, рабочие предлагали, чтобы дополнительное вознаграждение врачу выдавалось за счет вычетов из их заработка. Рудановский был глубоко тронут вниманием рабочих. Он говорил: «Вот награда, которой я горжусь, это самая лучшая награда в моей жизни».

Несмотря на такую широкую практическую деятельность, Петр Васильевич всю свою жизнь проявлял живой интерес к научной работе. Особенно много внимания уделял он изучению гистологии и анатомии нервной системы, впервые в мире предложил методику замораживания гистологических препаратов. Вопросу о строении нервной системы посвящены наиболее значительные научные работы П. В. Рудановского, в том числе изданный им в Париже прекрасный атлас строения нервной системы человека и некоторых высших животных. За выдающиеся успехи в науке Рудановский был удостоен степени доктора медицинских наук без защиты диссертации.

Так же завидно сложилась судьба хирурга Константина Васильевича Волкова (1871 — 1938). Этот высококультурный, кристально честный человек около тридцати лет проработал в чувашском городе Ядрине. В небольшой больнице он не только развернул обширную хирургическую деятельность, но и снискал широкую популярность и высокое уважение врачебной общественности своими многочисленными научными, частью общественно-философского характера, печатными работами, выступлениями на съездах и т. д. Перечень трудов К. В. Волкова включает 141 название статей и докладов. В 1935 году без защиты диссертации ему была присвоена ученая степень доктора медицинских наук. К. В. Волкову делались многочисленные предложения возглавить кафедры в ряде крупных городов, но он оставался верен своей скромной больнице. Там и умер, заразившись от больного сыпным тифом.

Сын крестьянина Иван Алексеевич Шаклеин в годы гражданской войны пошел добровольцем в Красную Армию и после демобилизации был направлен на рабфак в Пермь. И. А. Шаклеин вспоминал, как держал вступительный экзамен по математике. Он никак не мог решить задачу про трех купцов товаром и определить, сколько аршин было у каждого из них. Старушка учительница сжалась над ним и попросила рассказать то, что он знает.

«Кратчайшее расстояние между двумя точками есть прямая линия», — вспомнил он любимую поговорку своего ротного командира. И он, и учительница понимали, что этого мало, но Шаклеина все же приняли.

Рабфаковцам приходилось преодолевать огромные трудности. И. А. Шаклеин писал, что в 1921 году рабфаковцам выдавалось только 22 фунта хлеба на месяц и... перец. Остальное зарабатывали сами на пристанях, вокзалах. И все же эти рабочие парни и девушки выучились и стали прекрасными специалистами. И. А. Шаклеин в 1929 году окончил медицинский факультет в Перми и посвятил свою жизнь борьбе с туберкулезом на Урале; впоследствии он

стал профессором, заслуженным деятелем науки РСФСР, ведущим специалистом по туберкулезу в стране.

На Международном конгрессе фтизиатров в Риме он сделал свой доклад на французском языке, и никто этому не удивлялся. За заслуги перед Родиной И. А. Шаклеин был награжден орденом Ленина, двумя орденами Трудового Красного Знамени, орденом Красной Звезды и медалями. Так революция стала самой кратчайшей прямой, которая могла привести талантливых людей, вышедших из народа, к высотам науки. Прежде чем говорить об основных навыках научной работы, овладеть которыми должен всякий мыслящий врач, очень хочется предостеречь начинающих медиков от стремления к сверххранной специализации.

В ряде случаев молодые люди, поступая в медицинский институт, заранее определяют свою будущую специальность. Например: «Я буду только хирургом!» Или: «Моя мечта — физиология»... Такой избирательный интерес можно было бы даже приветствовать, если бы не одно существенное «но». Не раз приходилось наблюдать, как этакие ранние «специалисты» нередко уже с первого курса начинают отдавать предпочтение предметам, которые, по их незрелому мнению, могут быть нужны для облюбованной специальности, и пренебрегать теми, которые, как им думается, в дальнейшем не понадобятся. Вредное недомыслие — иначе это не назовешь.

Хотя учебные планы института могут показаться чрезвычайно перегруженными, но, по сути дела, они охватывают только основы медицинских наук, минимум знаний, который необходим каждому врачу. Подчеркиваю: каждому. Этот минимум нужно не только прочно усвоить, но по мере возможности пополнить путем чтения специальных журналов, монографий и другой научной литературы.

Никуда не будет годиться врач любого профиля, который не знаком основательно с нормальной и патологической анатомией, биохимией и физиологией, гистологией, клиническими, санитарно-гигиеническими дисциплинами. Все взаимосвязано, все важно, все нужно. И если уж проявлять особый интерес к какой-либо дисциплине, то ни в коем случае не в ущерб остальным. В институте прежде всего нужно стремиться накопить максимум разносторонних знаний. А о специализации речь пойдет только в конце курса обучения.

Все это относится и к преждевременно специализирующимся молодым врачам. Уместно вспомнить мнение одного из наших авторитетнейших хирургов — Сергея Петровича Федорова:

«...В образовании своем хирург должен идти от общего к частностям, т.е. от общей хирургии к ее отделам, как гинекология, урология и т. п., для того, чтобы возможно быстро сделаться крупным специалистом. Обратный путь усеян терниями, и хирург, нарождающийся из специалиста, остается или слабой посредственностью, или... при известной «самобытности» достигает иногда и выдающегося положения, потеряв, однако, массу времени на дополнительное хирургическое самообразование и открыв попутно не один раз Америку»

Каковы же основные навыки научной работы, необходимые молодому медику в первую очередь?

Прежде всего, следует научиться читать научную литературу, приобрести умение самостоятельно работать с источниками. Быть может, это покажется странным: ведь все мы грамотны! Однако, увы, этого мало. Недостаточно быть грамотным — нужно по-настоящему уметь читать серьезные труды.

Однажды мы провели анкетный опрос участников областной конференции с целью выяснить, что читают коллеги-врачи.

В числе многих были предложены и такие вопросы: «Какие статьи в медицинской периодике последних месяцев вам особенно понравились?» «Какие книги и учебники по специальности вы больше всего любите и считаете настольными руководствами в работе?»

Участники конференции, в основном работники периферийных лечебных учреждений, заполнили 103 анкеты. Из них на первый вопрос ответило мало: большинство делало прочерк, единицы ограничились общими фразами «Затрудняюсь ответить», «Все, интересующие меня» и т. д.

На второй вопрос ничего не ответило более чем три четверти опрошенных, остальные называли обычные учебники и руководства; и только в девяти анкетах были названы научные труды, заинтересовавшие специалиста. Что и говорить, очень грустная картина!

Удивительно: ведь анketируемые сообщали, что почти все выписывают научно-медицинские журналы, регулярно их читают, покупают книжные новинки. Так почему же ничто из прочитанного не привлекло внимания, не запомнилось, не понадобилось по-настоящему?

Вывод напрашивается один: чтение было беглым, поверхностным, малокритичным.

Известно, что Иван Петрович Павлов обладал огромными знаниями и феноменальной памятью. Но до последних дней он не прекращал учиться, много и систематически читал. Как пишет в своих воспоминаниях Л. А. Андреев, один из ближайших его сотрудников, у великого ученого «в строгом распорядке рабочего дня чтению журналов и книг было отведено свое время. Читал он медленно — перечитывал одну и ту же статью или книгу 2 — 3 раза. При чтении он часто волновался, когда встречал голословное утверждение или непроверенные факты; спорил и горячо защищался, когда критика касалась его работ, и, наконец, радовался и торжествовал, если его факты подтверждались другими исследованиями».

Только такое активное чтение плодотворно, только к такому чтению нужно приучить себя смолоду.

В наши дни печатная продукция по любому вопросу достигла необъятных размеров. Всю ее проработать невозможно. Даже разобраться в этом сонме журнальных статей и сообщений очень трудно. Еще труднее среди десятков и сотен обычных научных работ выявить особенно ценные и тебе нужные, полные глубоких мыслей и проверенных фактов. Поэтому до тех пор, пока не сложилось умение самостоятельно отбирать материал для серьезного изучения, лучше отдавать предпочтение книгам, высокая научная ценность которых уже получила признание. А таких книг немало среди произведений советских и зарубежных ученых.

Не говоря уже о многотомных руководствах по различным разделам медицины и отдельных выдающихся монографиях современных авторов, достаточно назвать хотя бы «Этюды желудочной хирургии» С. С. Юдина, «Желчные камни и хирургия желчных путей» С. П. Федорова, замечательные руководства по внутренним болезням Г. Ф. Ланга, А. Л. Мясникова, «Клиническую гематологию» И. А. Кассирского и Г. А. Алексеева и т. д.

Огромный познавательный и воспитательный интерес для всякого врача представляют произведения корифеев отечественной медицины: клинические лекции С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, труды Н. Ф. Филатова, Г. Ф. Ланга, В. Ф. Снегирева, В. П. Образцова, А. Л. Мясникова; книги Б. В. Петровского, Н. Н. Блохина, И. С. Колесникова, В. И. Стручкова, Н. М. Амосова, Ф. Г. Углова, В. С. Савельева, О. П. Щепина, Ю. Ф. Исакова, М. И. Кузина, М. И.

Перельмана, В. И. Бураковского.

Большую роль в научном самовоспитании врача имеет знакомство с литературой общемедицинского характера. Такие книги, как «Этюды оптимизма» И. И. Мечникова, «Дневник старого врача» Н. И. Пирогова, «Размышления хирурга» С. С. Юдина, «Драматическая медицина» известного австрийского историка медицины Гуго Глязера, автобиографические записки И. М. Сеченова, «Пережитое и передуманное студентом, врачом и профессором» А. Сталя (псевдоним профессора А. С. Таубера), целый ряд книг из серии «Выдающиеся деятели отечественной медицины», помогают врачу понять всю сложность научных исканий и все величие честного научного подвига.

Принципиальное значение для учено- го-медика имеет углубленное изучение истории медицины. В ряде случаев достаточная историческая осведомленность может уберечь молодого исследователя от открытия давно известных истин и помочь постигнуть глубокий смысл старых изречений, гласящих, что новое нередко является хорошо забытым старым.

Молодому ученому следует также овладевать современной методикой научных исследований. По этому поводу И. П. Павлов писал: «Наука движется толчками, в зависимости от успехов, делаемых методикой, с каждым шагом методики мы как бы поднимаемся ступенью выше, с которой нам открывается более широкий горизонт, с невидимыми раньше предметами»

Во время учебы в институте каждый студент-медик имеет возможность теоретически и практически познакомиться с новейшими методами физиологических, патологоанатомических, лабораторных и прочих исследований не только на теоретических кафедрах и в клиниках, но и в научных студенческих кружках и обществах. Активное участие в них позволяет основательно овладеть сложной современной методикой научно-исследовательской работы — сделать первый шаг на пути в большую науку.

Занятия в научных кружках в ряде случаев связаны с непосредственным участием в экспериментальных работах, в том числе и на животных. Использовать этот ценный метод научного исследования надо очень серьезно и осмотрительно. Экспериментальные животные — живые существа. Лишать их жизни, доставлять им страдания допустимо лишь по строго мотивированным соображениям научно-исследовательского характера.

Не мешает напомнить, что в некоторых странах эксперименты на животных регламентированы в законодательном порядке. Так, например, в Англии еще в 1876 году выработано положение, согласно которому вивисекции допускаются только под строгим контролем, при наличии соответствующего помещения и оборудования, при условии квалифицированного выполнения оперативных вмешательств, обязательного обезболивания, обеспечения надлежащего ухода и т. д. Запрещены опыты на животных для доказательства уже установленных фактов и положений.

Поучительны в этом плане мысли Н. И. Пирогова, который в своем «Дневнике старого врача» вспоминал:

«Приехав в Дерпт без всякой подготовки к экспериментальным научным занятиям, я бросился очертя голову экспериментировать и, конечно, был жестоким без нужды и без пользы; и воспоминание мое теперь отравляет еще более то, что, причинив тяжкие муки живым существам, я часто не достигал ничего другого, кроме отрицательного результата, т. е. не нашел того, что искал...»

В исследовательской работе очень важное значение имеет документация, или, как сейчас принято говорить, первичная документация. Можно строить достаточно достоверные выводы только на подробных, тщательных записях в журналах наблюдений, протоколах опытов, историях болезни, актах патологоанатомических вскрытий, хорошо выполненных рентгенограммах и гистологических препаратах.

Прекрасные примеры такой пунктуальности дают нам замечательные ученые С. П. Федоров и С. И. Спасокукоцкий. С. П. Федоров, начиная с 1910 года, по свидетельству его ученика И. М. Тальмана, брал домой на несколько дней все истории болезни закончивших лечение по поводу заболеваний почек и желчных путей. Записи из этих историй болезней, краткие, но содержащие основные данные, он заносил в толстую клеенчатую тетрадь. Это были не только клинические данные, но и описания операций, результатов гистологических или секционных исследований, а также отдаленных результатов, определяемых по повторным поступлениям или письмам больных. Подобных тетрадей С. П. Федоров оставил шестнадцать, причем с 1920 года записи становились все более полными.

Что касается С. И. Спасокукоцкого, то интересные данные о его добросовестности в документации приводил академик А. Н. Бакулев. Описание операции в протокольных тетрадях обязан был делать оперировавший хирург. За выполнением этого правила Спасокукоцкий следил лично и неуклонно. За опоздание с записью, за небрежность или неточность лишал права оперировать.

«Сам Сергей Иванович был образцом аккуратности и усердия — его записи делались всегда своевременно, по свежей памяти, отличались полнотой, исчерпывающе характеризовали особенности случая и все перипетии операции...»

Результаты своей работы молодые врачи и члены студенческих научных кружков обычно оформляют в виде докладов, обзорных рефератов, отдельных статей. Чтение и обсуждение их в коллективах или перед более широкой аудиторией, а также публикация в печати приучают к публичным выступлениям, дают навык свободно и убедительно излагать свои мысли. Нужно признать, что наша институтская молодежь достигла определенных успехов. Это доказывает ее достойное участие в уже ставших традиционными научных конференциях молодых ученых, всесоюзных и республиканских смотрах студенческих научных обществ.

Даже самый скромный научный доклад, реферат или статья могут иметь объективную ценность и представлять интерес только тогда, когда тема работы не навязана автору, а живо его интересует, соответствует его внутренним интересам; когда разработка темы основана на собственных, пусть немногочисленных, но хорошо документированных наблюдениях, опытах, исследованиях.

Научная работа полезна и необходима каждому медику. Она способствует повышению его квалификации, его самоутверждению как специалиста.

Гораздо более жесткие требования предъявляет жизнь к тем из нас, кто решается посвятить свою жизнь серьезной научно-исследовательской, а также преподавательской работе. Здесь, прежде всего, требуются призвание, непреодолимое влечение к науке, к своей специальности, искреннее желание и умение напряженно трудиться, не пренебрегая самой черной работой, и, наконец, — внутренняя собранность, организованность, способность максимально использовать свое время и возможности.

Как говорил, обращаясь к молодежи, академик Павлов, «наука требует от человека всей его жизни. И если у вас было бы две жизни, то и их бы не хватило вам. Большого напряжения и великой страсти требует наука от человека».

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

История медицины хранит очень много имен выдающихся врачей-ученых, вся жизнь которых была полностью отдана подвижническому труду на благо страждущим людям. Многие из них даже не представляли, как можно жить вне мира науки, лишиться возможности творить, выяснять, утверждать. Прославленный немецкий гигиенист Макс Петтенкофер (1818 — 1901) покончил с собой, потеряв в старости возможность продолжать многолетние научные исследования.

И даже такой жизнелюб, как Горький, нашел оправдание его поступку:

«Человек имеет право уйти из жизни ранее положенного природой срока... если он утратил работоспособность, а в работе для него заключен весь смысл жизни и все наслаждение ее».

Чудесные примеры самозабвенного горения в науке являют многие и многие представители мировой и отечественной медицины. Мы уже говорили о профессоре В. А. Оппеле, который в ожидании тяжелой операции с энуклеацией глаза приучал себя оперировать и вести научную и лечебную работу в предстоящих ему трудных условиях. Точно так же известный своими трудами по восстановительной хирургии профессор Н. А. Богораз (1874 — 1952), лишившись в 1920 году в результате уличной катастрофы обеих ног, продолжал много лет вести активнейшую жизнь ученого и педагога, передвигаясь на протезах.

Неутомимый труженик профессор Н. М. Волкович (1858 — 1928), преодолевая жестокие боли (метастаз в позвоночник рака простаты), буквально накануне смерти принимал участие в выработке повестки очередного заседания хирургического общества.

Поучительна в этой связи жизнь известного швейцарского хирурга Т. Кохера. Как писал о нем его ученик профессор Гарре, в своей жизни Кохер не хотел знать ничего, кроме медицины и хирургии. Никакие посторонние интересы и развлечения не интересовали его. Его жизнь была непрерывным трудом.

«Всякая оперативная или теоретическая проблема была им основательно, логически, практически, экспериментально проработана и поставлена на твердую основу, связана с новейшими достижениями естествознания, а также внутренней медицины, патологической анатомии, бактериологии и других смежных ответвлений нашей специальности»

Кохер беззаветно трудился до конца жизни: свою последнюю операцию он сделал за три дня до смерти.

Известно, в какой ужас приводила Сергея Петровича Боткина одна мысль о прекращении научно-исследовательской работы. Он упорно отвергал советы врачей обратить внимание на состояние своего сердца; при появлениях приступов грудной жабы доказывал, что это очередная печеночная колика. Когда его друг доктор Белоголовый посоветовал ему прекратить на год занятия, Боткин «...даже побледнел, замахал решительно руками, и, задыхаясь от волнения, вскрикнул: «Ну как ты можешь подать мне такой совет? Да разве ты не понимаешь, что клиника — все для меня и без нее я жить не могу? Я тогда совсем пропащий человек!».

Те же тревоги переживал и замечательный уральский ученый, руководитель клиники глазных болезней Пермского медицинского института профессор Павел Иванович Чистяков (1867 — 1959).

Как пишут его биографы, заметив первые признаки ослабления рабочего тонуса, «он боялся

выйти на пенсию. Боялся замкнуться в узком кругу интересов собственной личности, без родного дела, которому отдана вся жизнь. Если и уйти на пенсию, дать дорогу молодым, то обязательно остаться консультантом, пусть внештатным, бесплатным». Желание его исполнилось: до конца своих дней он жил интересами любимой науки, читал лекции, оперировал. И уже буквально на смертном одре завещал: «Испробуйте все — фотоэлементы, радио, электротехнику... Мы в большом долгу перед слепыми... Человек должен видеть. В наше время не должно быть слепых...».

Заканчивая этот краткий перечень деятелей медицины, отдавших все свои силы служению науке, хотелось бы остановиться еще на поистине подвижническом жизненном пути замечательного советского ученого, профессора Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова Виктора Николаевича Шевкуненко (1872 — 1952). Жизнь и деятельность его ярко освещена в книге профессора Е. М. Маргорина.

В. Н. Шевкуненко занимает почетное место в истории отечественной медицины в первую очередь как создатель оригинального материалистического учения об индивидуальной и возрастной изменчивости органов и систем человека. На углубленную разработку этой проблемы в продолжение почти сорока лет были направлены усилия коллектива кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Военно-медицинской академии.

И результаты его самоотверженного труда поистине блестящи: свыше 400 научных работ, более 70 защищенных диссертаций, в том числе более 30 докторских, многочисленные, привлекающие общее внимание доклады на съездах хирургов и анатомов, на заседаниях научных обществ, целый ряд прекрасных руководств по оперативной хирургии и прикладной анатомии, в том числе классический трехтомный «Курс оперативной хирургии с анатомо-топографическими данными». Целая плеяда выдающихся хирургов-ученых, воспитанных в школе В. Н. Шевкуненко, — поистине нерукотворный памятник руководителю этой школы.

А вот что рассказывает профессор Е. М. Маргорин о душевных качествах замечательного ученого: «Он принадлежал к исследователям, отдающим себя науке целиком. Мысли преследовали его повсюду. Записи на обрывке газеты, на клочке подвернувшейся бумаги свидетельствовали, что мысль застала его на совещании, на улице, в поезде... Идея настолько поглощала его, что он временами как бы замыкался в себе... Желание побыть наедине с собой было естественным стремлением его ищущей натуры, склонной к философским обобщениям.

С годами это проявлялось все более. Он стал сторониться шумного общества, почти не ходил в театр, избегал совещаний... Пожилой профессор оставил обжитую городскую квартиру и в 1926 году переехал в поселок Лахта под Ленинградом, где снял две небольшие комнаты. Вблизи спокойных просторов Финского залива (а море он любил с детства) ничто не рассеивало, не отвлекало внимания.

...Не многим известно, что Виктор Николаевич до конца своих дней не оставлял врачебной практики и лично вел прием больных. После него остались тетради с десятками тысяч фамилий пациентов. Жители поселка Лахта хорошо знали дом старого врача и не раз видели его идущим ночью к тяжелобольному; знали они также, что профессор делал это всегда безвозмездно.

Виктор Николаевич отличался завидным здоровьем, выглядел намного моложе своих лет, почти не болел. Тем неожиданнее и тяжелее был для него удар — заболевание глаукомой... В конце 1949 года наступила полная слепота. Она явилась тяжким испытанием для Виктора Николаевича, но и тогда он не сетовал на судьбу и несчастье переносил с поразительной

выдержкой. Чем труднее ему становилось, тем сильнее сопротивлялась его воля. Когда он не смог самостоятельно ориентироваться на кафедре, то попросил протянуть шнуры на лестнице и в своем кабинете, чтобы ходить без посторонней помощи.

Виктор Николаевич боролся за жизнь и всячески стремился поддерживать свой уклад рабочего дня. Он по-прежнему продолжал ежедневно приезжать на кафедру, интересовался научными исследованиями, диктовал ответы на письма, вел прием больных...»

Чем объясняется успех научных поисков таких выдающихся медиков? Чему учит их нередко величайшим трудом обретенный опыт всех нас, и в первую очередь — молодых медиков, желающих посвятить свою жизнь науке? Как бы хорошо вы ни учились в институте, как бы усердно ни работали в лабораториях и клиниках, какими бы удачными ни были ваши первые научные доклады или статьи — будьте скромны, расценивайте эти успехи лишь как начало, как первый научный опыт. Не мните себя учеными преждевременно: это может сбить с правильного пути. Не воображайте себя ими и позже, когда вам посчастливится выйти на более широкую научную дорогу. Не забывайте, что, даже имея научную степень, можно оказаться пустоцветом и, даже нося высокое научное звание, не быть настоящим ученым. Не увлекитесь нечаянно ученостью показной.

Показная ученость — плохая ученость, в какой бы форме она ни проявлялась. Симптомы этой болезни, иногда поражающей молодых научных работников, наблюдаешь с большим огорчением.

Первый симптом — так называемое наукообразие, когда авторы, не имея собственного достаточно убедительного фактического материала, надлежащего практического опыта и оригинальных мыслей, стараются возместить эти недостатки нагромождением многочисленных цитат, имен исследователей и их трудов, описанием чужих наблюдений, засоряют изложение вычурными фразами, избытком малопонятных терминов. Разумеется, подобного рода «научность» может импонировать только неискушенному человеку. А искушенному под этой показной научностью нередко удастся обнаружить лишь то, что Горький назвал «умничаньем».

Конечно, эрудиция, начитанность, широкое знакомство со специальной литературой — ценные качества, но только при условии, что все прочитанное воспринято, критически оценено и стало как бы органической частью духовного мира прочитавшего. В этой связи всегда нужно помнить мудрые слова древнегреческого философа Демокрита: «Суть дела не в полноте знания, а в полноте разума».

Еще один симптом такой болезни — похвальба отдельных незадачливых «ученых» количеством своих печатных работ. Между тем ведь дело не в количестве работ, а в качестве, в их объективной ценности. Как известно, физик Вильгельм Конрад Рентген основные данные об открытых им икс-лучах изложил в трех небольших журнальных сообщениях-тезисах.

Истинный благодетель страждущего человечества Джозеф Листер принципы своего учения о безгнилостном лечении ран представил в сравнительно небольшой статье. А ведь их скромные по числу и объему работы открыли новые горизонты в науке, в практической медицине, стали эпохальными. И, что особенно характерно, эти поистине великие деятели науки не кичились своими достижениями, не выпячивали свой приоритет. Заслуги их оценила история.

Такие примеры следует вспомнить тем молодым медикам, которые пытаются публиковать сообщения о своих малопримечательных научных или даже чисто технических

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

предложениях под громкими заголовками «Мой способ лечения», «Наша модификация», «Новый метод диагностики»...

Показная ученость — это и ученость, если так можно выразиться, за чужой счет. О ней с негодованием писал однажды академик П. К. Анохин: «Слушаешь иной доклад и отмечаешь: это докладчик «заимствовал» у того, это — у другого, это — у меня, — и ничего сделать не можешь. «Автор» стоит, улыбается, ему даже пожимают руку. А ведь я помню время, когда человека, который не сослался на чужую работу, где первоначально содержалась идея эксперимента, поставленного им, подвергали остракизму — с ним не здоровались, он был конченым человеком для мира науки, он был изгнанником общества. Подобное поведение считалось высшим преступлением для ученого. А теперь зачастую слышишь не осуждение, а глас восхищения: «Как ловко он это сделал!»

Большая наука — настойчивый труд, бескорыстные поиски истины, неустанное горение. И, как говорил Маркс, «только тот может достигнуть ее сияющих вершин, кто, не страшась усталости, карабкается по ее каменистым тропам». Слабым духом, лентяям лучше по этим тропам не пускаться!

*Истинный предмет учения состоит в приготовлении человека быть человеком.
Н. И. Пирогов*

СОВЕСТЬ. ЧЕСТЬ. ДОЛГ.

Мне удалось вынести на эти страницы лишь малую часть пережитого, передуманного, перечувствованного. Если человек говорит о деле своей жизни, он может говорить о нем бесконечно. Но подходит конец нашему разговору, и я тороплюсь напомнить, повторить, сказать главное, ради чего этот разговор затеян.

Охрана здоровья — не разновидность бытового сервиса, не служба, а служение. Выбирая медицину, человек выбирает смысл и стиль своей жизни, он добровольно решается на огромную, иногда мучительную самоотверженность в труде.

Сколько приходилось мне видеть за многие годы врачевания чужих несчастий, сколько пережил как свои, сколько раз радовался радостям других! Могу без всякого преувеличения сказать, что профессия врача оказалась делом всей моей жизни, всей без остатка. Даже в редкие часы отдыха думаешь о больных, стараешься найти какое-то лучшее решение на будущее, нередко сурово судишь себя за сделанное «не так», доискиваешься до причин и никогда не находишь покоя... Не сомневаюсь, а точно знаю: именно так сознает свою принадлежность к медицине подавляющее большинство моих коллег.

Каждое новое поколение по-своему воспринимает и продолжает традиции старших, через призму своего времени пересматривает их опыт. Но есть незыблемые принципы нашего дела, не подвластные ни времени, ни победительному напору технических достижений. Они выстраданы еще в прошлые и давно прошедшие столетия, однако сохраняют свою непоколебимость и обретают особую значимость сегодня. Это, прежде всего, принципы врачебной деонтологии, основанные на высших проявлениях бескорыстной заботы о человеке. Это и нравственные законы, на которых зиждется всякая высокопрофессиональная деятельность. Я вместил бы эти нравственные законы в три слова: *СОВЕСТЬ, ЧЕСТЬ, ДОЛГ.*

«Человек является тем, чем он становится, оставаясь наедине с самим собой. Истинная человеческая сущность выражается в нем тогда, когда его поступками движет не кто-то, а его собственная совесть», — сказал В. Сухомлинский.

Совестливый человек — это порядочный человек, он не может работать не в полную силу, не может обмануть, оставить кого-то без помощи, он стремится понимать окружающих и умеет их ценить. В медицине это ценнее ценного, потому что порядочный человек — человек надежный, а охрана здоровья, спасение от болезней и смертей должно быть обеспечено золотым запасом такой профессиональной и личной надежности.

В рассказе корреспондента «Комсомольской правды» о драматической и героической эпопее советских зимовщиков в Антарктиде выделяю для себя эпизод, бросающий тень на представителей моей профессии.

Советские люди выстояли и победили в экстремальных условиях, но вот одна деталь, горькая деталь: «В медпункт приходит больной. Пьяный врач: «Не нахожу внутри у тебя никакой патологии». Но сам больной догадывается — катастрофа. Запоздалая, нехорошо сделанная операция, все тем же врачом под парами, вынудила обращаться за помощью на французскую станцию»...

Меня потрясла эта ситуация. Представьте себе ледовый континент, пожар, полуголод, полумрак, полутепло в оставшихся жилых помещениях и... пьяный врач. Газета не назвала его фамилии и правильно сделала. Это не врач. Институт дал ему диплом, но не привил, не воспитал в нем профессиональной чести.

Тот же В. Сухомлинский в одном из последних писем писал: «Не хватает нам воспитания идеалистов — в лучшем и первичном смысле этого понятия». Наша профессия и возникла-то из альтруистических побуждений, из желания помочь другому человеку.

Мне понравился ответ одной студентки на вопрос: «Как по-вашему, современен ли Дон Кихот?» Она ответила: «Он современен, его чувство чести, его порядочность и доброта никогда не устареют и сейчас нам особенно нужны».

Да, положение медицины, положение врача в нашем обществе далеки от желаемых идеалов, трудностей разного рода — множество. Но никакие сложности бытия никогда не были и не могут быть оправданием ремесленничества или бездушия для человека нашей профессии. В конце концов, в каких условиях работали и творили доктор Гааз, доктор Чехов, доктор Росновский?

Тысячи и тысячи подвижников, рыцарей медицины всех времен и народов? Борьба с собой и борьба с обстоятельствами — два разных, хотя и взаимосвязанных вопроса. Нужно совершенствовать жизнь, нужно наводить порядок в жизни. Это безусловно. Но ведь во все времена были люди порядочные и непорядочные, даже во времена инквизиции великие, героические были люди, на костер восходили за истину. Всегда, во все времена кто-то предавал, кто-то смирялся и кто-то находил в себе силы выстоять.

Самое главное — не кивать на время, на обстоятельства, а строить себя, преобразовывать свой дух по законам нравственности. Как бы ни изменялись социальные условия, подлинная нравственность для врача — незыблемая основа его профессиональной принадлежности.

Выступая на съезде французских медиков, посвященном проблемам врачебной этики, известный писатель и историк Андре Моруа сказал:

«...Завтра, как и сегодня, будут больные. Завтра, как и сегодня, понадобятся врачи. Как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность. Медицинская наука станет еще точней, еще оснащенное, но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранит свое место в медицине врач классического типа — тот, чьим призванием останется человеческое общение с пациентом... Завтра, как и сегодня, человек в медицинском халате будет спасать жизнь страждущему, кто бы он ни был — друг или недруг, правый или виноватый. И жизнь врача останется такой же, как сегодня,— трудной, тревожной, героической и возвышенной».

И он же, чуть раньше:

«К чести человеческого рода, все еще находятся молодые люди, которых не страшит это ремесло».

Именно к таким молодым людям я и обращаюсь сегодня.

Правильно говорят, что врачам напоминать о долге не нужно. Это было бы, по меткому замечанию А. В. Луначарского, равносильно тому, как груше или яблоне напоминать, чтобы они выполнили свой долг — плодоносили. Однако человек не рождается с сознанием своего предназначения. Оно приходит, воспитывается, в немалой степени — самовоспитывается.

Вот почему мне хочется еще раз сказать тем, кого привлекает медицина как будущая профессия, тем, кто за школьной партой мечтает о белом халате врача, тем, кто уже ступил на

Е.А. Вагнер — Раздумья о врачебном долге

студенческий порог: помните, что наш труд и нашу жизнь определяет хорошее слово ДОЛГ.

Пусть врачебный долг станет долгом вашего сердца, вашей совести, всей вашей жизни.

Обещаю: будет трудно, но вы будете счастливы.

Удач вам!