

Дмитрий Правдин

**ХИРУРГ
«НА РАЙОНЕ»**

Издательство АСТ
Москва

УДК 821.161.1-94
ББК 84(2Рос=Рус)6-4
П68

Правдин Дмитрий

П68 Хирург «на районе» / Дмитрий Правдин. — Москва: Издательство АСТ, 2015. — 416 с. — (Доктора и интерны).

ISBN 978-5-17-092290-1

«Я рвался в бой: жаждал резать и шить не под пристальным присмотром профессорско-преподавательского состава кафедры хирургических болезней, а сам! Можно было остаться в городе, но юношеский максимализм взял вверх над здравым смыслом, и я поехал работать на периферию.

— Ты уже восьмой хирург за последние три года, — сообщил мне заведующий хирургическим отделением.

— Как? — изумился я. — Восемь хирургов за три года? А что тут, аномальная зона?

— Да нет, — грустно улыбнулся доктор. — Трудностей испугались.

— Ну, я трудностей не боюсь, — самоуверенно заверил я. — Вот, вышел раньше на два дня.

Как оказалось, напрасно...»

Дмитрий Правдин действительно сразу после института устроился работать районным хирургом. Этот роман полностью реален! Дмитрий вел дневник, поэтому более уморительного, восхитительного и ужасающего чтения не видели даже прожженные любители медицинских сериалов и книг!

УДК 821.161.1-94
ББК 84(2Рос=Рус)6-4

Подписано в печать 10.06.15 г. Формат 84 108^{1/32}.

Усл. п. л. 16,80. Тираж экз. Заказ №

Общероссийский классификатор продукции
ОК-005-93, том 2; 953000 — книги, брошюры

ISBN 978-5-17-092290-1

©Правдин Д., 2011
© ООО «Издательство АСТ», 2015

Глава 1

ЗНАКОМСТВО

Шесть лет института и два года ординатуры (специализации) по хирургии остались позади. Наконец я получил долгожданный сертификат специалиста и стал настоящим врачом с правом оперировать самостоятельно.

Я рвался в бой: жаждал резать и шить не под пристальным присмотром профессорско-преподавательского состава кафедры хирургических болезней, а сам!

Можно было остаться в городе, но юношеский максимализм взял вверх над здравым смыслом, и я поехал работать на периферию — мне казалось, что начинать надо там, где я буду один на один с больным и не будет ни доцентов, ни профессоров, а в лучшем случае — только опытный завотделением (хотя в большинстве сельских лечебных учреждений того времени была всего одна ставка хирурга). Я думал, что именно так можно хорошо развить клиническое мышление.

До этого, во время учебы в институте, мне приходилось ездить «в район» на практику. Там я впервые и познакомился с местной медициной. Меня подкупил тот факт, что на периферии работали специалисты широкого профиля,

которые могли оказать практически любой вид экстренной помощи — от общей хирургии до нейрохирургии. Там врачи были универсалами.

Ведь в многопрофильных стационарах мегаполисов как все устроено? Привозят, к примеру, пострадавшего в автокатастрофе. Он без сознания. Ему тут же назначают массу анализов, делают необходимые исследования, созывают специалистов — человек шесть, не меньше. Если случай сложный — собирают консилиум, приглашают профессора. Все! Диагноз есть, пострадавший отправляется на операцию — или не отправляется, в зависимости от ситуации.

А «в районе» работают совсем по-другому. Там ты один, в лучшем случае вас двое, и если совсем уж повезет — трое хирургов. А из диагностических аппаратов — только ГПУ: глаз, палец, ухо. К слову сказать, там, куда я попал, не было ни УЗИ, ни эндоскопии. Сама аппаратура имелась, но не было операторов: кто ж в глушь добровольно поедет?

Мы, конечно, выучили специалистов, а они через год смылись в город. Из всей диагностической техники у нас работал один старенький рентгеновский аппарат, да и он постоянно ломался. Остальное — ГПУ.

Еще на интернатуре к нам для обмена опытом приезжали студенты и преподаватели из Японии. Мы с гордостью демонстрировали им свое искусство пальпации (ощупывания), аускультации (выслушивания), перкуссии (выстукивания). Они стояли, открыв рот, а потом спросили: «Зачем?» Тут уж мы удивились: «А как иначе?» — «Так есть же УЗИ, рентген, компьютерный томограф, ядерно-магнитный резонанс, для чего впадать в крайность и использовать методы позапрошлого века?»

Конечно, у нас уже работал и ультразвук, и рентген, начинала развиваться и эндовидеодиагностика (лапароскопическая и токакоскопическая диагностика, когда вводят специальные манипуляторы со встроенной видеокамерой

в брюшную или грудную полости и смотрят по телевизору внутренние органы) и лечение. Но это не было так широко распространено в нашей стране, как в Японии, поэтому нас учили диагностировать без приборов.

Был 1995 год, страна стояла на ушах, и ни к медикам, ни к учителям уже не относились так почтительно, как в советское время. Но мне повезло: хоть я и попал в медвежий угол, но сразу по приезду получил благоустроенную квартиру, причем с условием: отработаю три года — и смогу ее приватизировать.

В южных районах Амурской области все еще жили как при социализме. Сохранилось 15 совхозов и колхозов, работали многие госпредприятия. Безработица только-только подбиралась к этим местам.

На заливных лугах паслись коровы, на свиноферме хрюкали свиньи, а на птицефабрике кудахтали куры. На домах сохранились надписи «Слава КПСС», «Слава Октябрю», «Пролетарии всех стран, соединяйтесь», а дедушка Ленин, хоть и выцветший, все еще протягивал руку с многочисленных плакатов, коими были украшены здания госучреждений, а возле его памятника на центральной площади поселка лежали цветы. Одним словом, социальный фон в поселке был относительно благополучным.

Вот в этом райском, но отдаленном от больших городов краю я собирался провести ближайшие три года. Моя семья — жена и дочка поддержали меня в желании уехать работать в сельскую местность. Пусть дочка растет на свежем воздухе, здоровой пище и деревенском молоке.

Прибыл я в начале июля. Главврач Николай Федорович Тихий вручил мне ключи от квартиры и дал три дня на обустройство. Я уложился в один и сразу вышел на работу — так мне хотелось спасти кому-нибудь жизнь или хотя бы здоровье.

— Ты уже восьмой хирург за последние три года, — сообщил мне заведующий хирургическим отделением

Ермаков Леонтий Михайлович, пятидесятилетний мужчина с уставшим лицом.

Он был единственным врачом отделения.

— Как? — изумился я. — Восемь хирургов за три года? А что тут, аномальная зона?

— Да нет, — грустно улыбнулся доктор. — Трудностей испугались.

— Ну, я трудностей не боюсь, — самоуверенно заверил я. — Вот, вышел раньше на два дня.

— Хорошо, — спокойно сказал заведующий. — Сейчас введу тебя в курс дела, и валяй! А я тогда с сегодняшнего дня в отпуск ухожу, три года не был.

— Отлично! — обрадовался я.

«Как все замечательно складывается, не успел выйти и сразу становлюсь самостоятельным. Ни тебе профессоров, доцентов, даже завотделением — и тот в отпуск уходит. Ура! Сбылась мечта!»

На деле все оказалось не таким радужным. Отделение было рассчитано на пятьдесят коек, из них двадцать «чистых» (здесь лежали больные без гнойного воспаления и гангрены), размещавшихся на втором этаже трехэтажного корпуса, и тридцать «грязных» (с нагноением и гангренами) на третьем этаже. На первом этаже была поликлиника с рентгенкабинетом и наша ординаторская.

— А почему такие узкие лестницы? — поинтересовался я у Леонтия Михайловича. — И где лифт? Как вы тяжелых больных подымаете в отделение?

— Лифта нет. А больных на носилках по лестнице заносим, — спокойно объяснил Ермаков.

— Но тут же узко. Носилки не развернуть.

— Ничего, научишься, привыкнешь.

— Научишься? — переспросил я. — А что, у вас санитаров нет?

— Нет, — улыбнулся Леонтий Михайлович. — Сами с сестричками и корячимся, таскаем. Это здание строили

как общежитие и лишь в последний момент кто-то наверху из районного начальства решил, что надо этот корпус под хирургию отдать. Перестраивать уже что-либо оказалось поздно, там уже отделявали все. Так и мучаемся.

— Теперь начинаю понимать, от чего ваши хирурги убежали.

— Это еще цветочки, — грустно заметил заведующий.

— Какими ж будут ягоды...

— Сдрейфил? — подмигнул мне завотделением.

— Еще чего! Надо таскать — потаскаем, — не особо бодро ответил я.

Не то чтобы я мечтал поднимать на второй и третий этажи хирургических больных на носилках, которые с трудом проходят в узкие проемы, но назвался груздем — полезай в кузов.

Ермаков не обманул — самое тяжелое было впереди: кроме больницы, существовала еще и амбулатория.

Всего у нас должно было быть девять хирургических ставок: три хирурга, отоларинголог, травматолог, уролог, онколог и врач — эндоскопист, отдельно детский хирург. А остался только лор-врач, который по большей части вел свой прием. Остальные уехали искать лучшей доли в город.

— А как же вы дежурите по отделению? Если из хирургов вы один, не считая лора.

— Не сбрасывай нашего лора со счетов! Он тоже хирург, хоть и узкоспециализированный. Он и свои операции делает, и нам ассистирует. При крайней нужде он и аппендицит сможет вырезать, такой вот он у нас молодец. Районный. А дежурных хирургов в отделении у нас отродясь не было. В наличии всего один дежурный врач на всю больницу, на шесть отделений — роддом, гинекологическое, инфекционное, детское, терапия, хирургия. И дежурным врачом заступает любой специалист, включая окулиста и рентгенолога. Остальные дежурят на дому. При необходимости дежурный врач посылает за ними «скорую». Которых много — например, терапевты, —

дежурят по очереди, но у нас выбор невелик, ты да я. Будем по очереди дежурить по неделе, когда из отпуска выйду.

— А сейчас, значит, я один буду? — вожденная самостоятельность уже не казалась мне такой прекрасной, как раньше.

— Ну, пока один, но скоро должны хирурга из области прислать, тебе в помощь, пока я в отпуске, — подбодрил меня Леонтий Михайлович.

— А как же вы один управлялись? И дома дежурить, и больных в отделении вести, и прием, и оперировать? Когда вы все успевали?

— Ну, я один только второй день, тут до тебя парень из областной больницы приезжал подработать, а до него еще были люди. Восьмой-то всего как три месяца удрал.

Познакомившись с персоналом и посмотрев оперблок, я пошел на прием. Кошмар! Вместо двух хирургов и травматолога я принимал пациентов один!

Страдальцев был полный коридор.

Район наш довольно велик, в нем 46 населенных пунктов. Многие деревни расположены в 150–200 километрах от райцентра. Кроме центральной районной больницы, где я теперь работал, было еще пять участковых больниц. В трех из них должны были быть хирурги, но никто не хотел там работать. Поэтому все хирургические больные ехали «в район». А куда им еще оставалось ехать, если до областного центра 600 с лишним километров?

Прием совершенно меня измотал. В тот день я осмотрел шестьдесят человек, взрослых и детей, в основном — с гноем и травмой. Ладно гнойная хирургия — ее мы отрабатывали в интернатуре, но травмы и детская! Что-то я помнил с института, что-то нашел в справочниках, оставленных кем-то из моих предшественников, но не был уверен, что действую правильно.

К четырем часам поток больных иссяк, как и мои силы. Нет, та ЦРБ, где я проходил практику, мало походила на эту. Там был и дежурный хирург, и детский, и травматолог с уро-

логом, и приема я там не вел. Да, в этой больнице хирургия была совершенно особенным занятием. Не для слабаков.

Я решил не сдаваться и засесть за теорию — благо что практики было с перехлестом.

— Ну, как первый день? — поинтересовался Ермаков, когда я с распухшей головой вошел в ординаторскую. — Что-то ты долго.

— Так почти 60 пациентов сегодня было.

— 60 это разве много? После праздников и выходных до ста доходит.

— До ста? — изумился я. — Что ж их, до утра принимать? А оперировать когда?

— Шустрее надо. У меня уже к часу обычно никого нет. Ну, операция — это святое. Либо прием отменяешь, либо после идешь смотреть страдальцев. Так вот, брат.

— Леонтий Михайлович, я ведь раньше никогда не работал в амбулатории, — честно признался я.

— Да это я уже понял, — кивнул заведующий. — Наблюдал со стороны. И травму ты не знаешь, и детей, и урологию. Хорошо пациентов сложных сегодня не было. Вас чему на интернатуре учили?

— В основном патологии и травме органов брюшной и грудной полостей.

— Понятно. То есть человек состоит только из грудной клетки и живота? А всего остального — конечностей, головы, шеи — у него нет? И он сразу взрослым рождается?

— Нет, конечно, — начал оправдываться я. — Но у нас программа так построена, что львиная доля отводится именно патологии груди и живота, а на общую травму и остальное циклы по десять—пять дней всего.

— Знаю, — отрезал Ермаков. — Но если ты собирался ехать в район, тем более сам вызвался, то должен был готовиться более тщательно и по всем дисциплинам, а не только по торакальной и абдоминальной* хирургии.

* Хирургия груди и живота соответственно.

Мне нечего было ответить районному хирургу, разбирающемуся во всей анатомии; увы, нас действительно готовили не ко всему. Нас учили таким сложным операциям, которые не всякая городская больница может выполнить; а ведь на периферии все более широко и приземленно.

Главная задача районного хирурга — оказать первую врачебную помощь, спасти жизнь человеку. А если потребуется дополнительное сложное вмешательство, то после стабилизации состояния врач должен вызвать узкого специалиста или отправить больного сантранспортом в специализированное отделение многопрофильного хирургического стационара.

В районах основное — травмы опорно-двигательного аппарата. Врач, разбирающийся только в патологиях внутренних органов, но пытающийся при этом лечить переломы, к примеру, трубчатых костей, о которых имеет весьма смутное представление, становится просто опасен. А ведь главный принцип медицины — не навреди!

Господи! Сколько раз потом, когда я освоил травматологию, мне приходилось видеть инвалидов, ставших таковыми только из-за того, что их лечил узкоспециализированный хирург. По моему глубокому убеждению, на периферию нужно посылать хирургов с углубленным знанием травматологии, детской хирургии, урологии и ортопедии.

Детская хирургия — это вообще отдельная статья. В городах все стационары разделены на детские и взрослые, а на периферии этого нет. А сколько людей остались инвалидами из-за острого гематогенного остеомиелита, перенесенного в детстве, только потому, что их лечили хирурги, не знающие особенностей патологии детского возраста! Наверное, только Всевышнему известно их число.

Можно еще долго продолжать в том же духе, но это не изменит положения вещей. А сейчас все еще занятней. С помощью высоких технологий — эндовидео, ультра-

звуковой и лазерной хирургии — врачи смотрят на операцию в телевизор. Дипломированный специалист проходит годичную интернатуру или двухгодичную ординатуру, все это время видит только новые технологии, а после такого «обучения» едет работать «в район». Он ведь, поди, и в живот войти не сможет!

Сейчас воспаленный аппендикс удаляют эндовидеохирургически (лапароскопически) через очень небольшие проколы. Грыжи передней брюшной стенки оперируют так же. Есть новая технология, позволяющая удалить воспаленный желчный пузырь через рот, вообще без разрезов, — и это великолепно. Надо учить молодых специалистов так работать. Но учить работать только так — пагубная наивность. Не во всех районах есть такое оборудование — точнее, оно мало где есть. В большинстве мест оперируют путем лапаротомии, то бишь через разрез брюшной стенки.

И чего ждать от докторов, которые скорее операторы сверхточных машин, чем мастера скальпеля и иглы? Хорошо, если ему попадется терпеливый старший товарищ, который научит оперировать путем чревосечения, а если нет? Как быть тем пациентам, которых доставили такому горе-хирургу? И как будет себя чувствовать накосячивший врач, знающий, что, с одной стороны, он превратил пациента в инвалида, а с другой стороны, его не научили работать по старинке, только скальпелем и иглой?

Примерно так я себя чувствовал в тот момент, когда знакомился с работой районного хирурга. Мне очень хотелось, чтобы у нас в ординатуре была отдельная программа для тех, кто едет работать «в район», но увы. Хорошо, что мне попались отличные специалисты, которые научили оперировать должным образом — а если бы нет?..

— На, — сказал Леонтий Михайлович, протянув мне стопку книг. — Это руководства по травматологии, дет-

ской хирургии, урологии известных авторов. Занимайся. Как соберешься сбежать — отдашь.

— А почему вы решили, что я сбегу?

— Я ничего не решил, время покажет. Пойдем, я передам тебе больных в стационаре.

На втором этаже лежали больные после плановых и экстренных операций — к счастью, их было немного, человек десять. Зато на третьем, «грязном», — даже с перебором. На тридцать коек приходилось тридцать пять пациентов, в палаты поставили дополнительные кровати.

Леонтий Михайлович разместил здесь больных с гнойными заболеваниями, людей с закрытой черепно-мозговой травмой, с закрытыми переломами трубчатых костей, находящихся на скелетном вытяжении, ожоговых и прочих не нуждавшихся в «чистых» операциях.

— Вот, вроде бы и все, — произнес заведующий после обхода. — Давай, дерзай! Я сегодня вечером уезжаю на месяц. Продержишься?

— Постараюсь, — не совсем уверенно отозвался я.

— Ладно, если что звони на санавиацию, номера телефонов под стеклом у меня на столе в ординаторской. В случае чего сестры подскажут, они у нас по много лет отработали, опытные. И главный хирург области (главный хирург области осуществляет контроль и координацию работы над всеми хирургическими стационарами областного подчинения, сюда входят областная больница, ЦРБ и участковые больницы, где есть хирургические отделения) обещал прислать человека.

— Хорошо, Леонтий Михайлович. Думаю, справлюсь.

— Ладно, бывай! — заведующий пожал мне руку и уже в дверях, обернувшись, добавил: — Да, я «скорую» предупредил, что с сегодняшнего дня ты экстренный, так что в случае чего тебя вызовут, отзовишься и сообщи адрес. Если куда из дома будешь уходить, всегда говори им, где тебя найти. Все!

Заведующий вышел из ординаторской, я остался один. Шел седьмой час вечера. Я позвонил на «скорую», сооб-

шил адрес и отправился домой. Идти было минут сорок прогулочным шагом. По дороге я раздумывал о том, как прошел мой первый рабочий день, и находил не так много хорошего, как хотелось бы.

Вскоре оказалось, что он еще не закончился. Звонок в дверь поднял меня с постели за полчаса до полуночи.

— Доктор, вас срочно вызывают в хирургию, — сообщил женский голос из-за двери. — Ножевое ранение в живот.

Сон как рукой сняло. «Вот оно! Наконец! И я еду в машине «скорой» на свой первый в жизни вызов. Ночь! За окном бурлит лето, одинокие прохожие даже не подозревают, что я, хирург, еду в машине спасти жизнь! На помощь! Меня вызвали! Ура! Вересаев, Чехов, Булгаков... о! Я помню их наставления! Я сегодня так же, как они, спасаю чью-то жизнь! Я еду на вызов! Как долго я шел к этому: шесть лет института, интернатура...»

«Скорая», распугивая мигалкой одиноких прохожих, подъехала к хирургии. Я выскочил из машины, понесся в больницу — и в коридоре увидел тело на носилках кишками наружу.

Тело разговаривало с медсестрой.

— Добрый вечер, — машинально поздоровался я и спохватился:

— Вам срочно нужна операция!

— Да пошел ты на хер!

— Товарищ, — растерялся я. — Вам нужно помочь, причем непременно!

— Я сказал — на хер! — ответил мужик и внезапно соскочил с носилок и понесся во двор.

Я побежал за ним. Мужик упал на землю — и давай валяться! Весь кишечник в траве — а я стою над ним и не знаю, что делать, нас этому в институте не учили. Растерялся, взял больного за руки и попытался уговорить:

— Вам показана операция, успокойтесь, у вас, пардон, кишки наружу!

— Я Гриша Муромский! — орал пострадавший. — Отказываюсь от операции, и все тут! Помру, тебя посадят! Гы-гы-гы! Докторишка!

На кишечнике — трава, песок, грязь! Кошмар!

— Пожалуйста, успокойтесь, пройдите на операционный стол! — твердил я.

— На хер пошел! Что неясно?

Никакие уговоры и угрозы не действовали.

— Григорий, — обратился я к страдальцу. — Вы умрете, если вас не прооперировать!

— Гы-гы-гы! — юродствовал Гриша, посыпая кишки землей и пылью.

Медсестры смотрели на меня, я на них. Кого-то стошнило. Я окончательно растерялся.

Громко хлопнув дверью машины, из «скорой» выскочил крепкий, уверенный в себе парень.

— Анестезиолог, — шепнули мне.

— Иван Григорьевич Рябов! Можно просто Иван, — отрекомендовался прибывший.

— Дмитрий! Дима!! — представился я.

— Ну, что, Дима, проблемы?

— Да, надо оперировать, а он вон дурака валяет, — подтвердил я.

— Ну-у, — протянул анестезиолог. — Тут по-другому надо.

— Как?!

— А вот так! — сказал он, взял валяющегося во дворе Гришу за шкуру, приподнял его и волоком перетащил в операционную. При транспортировке пострадавший только икал, поддерживая вывалившийся кишечник, и матерился.

— Давай мойся! — сказал Иван. — Я даю наркоз!

Я мыл руки и все это время слушал проклятия в свой адрес. Ассистировала мне в ту ночь меланхоличная гинеколог Зинаида Афанасьевна Бугаева.

— Не переживайте, юноша, — обратилась она ко мне. — Все будет замечательно. Вы раньше сами оперировали?

— Конечно! — заверил я.

Такими пациентами мне лично еще не доводилось заниматься, но все когда-нибудь бывает впервые. Страху меня не было, только кончики пальцев подрагивали.

Собственно говоря, разрезать переднюю брюшную стенку уже было не надо. Чья-то умелая рука одним ловким движением ножа сделала Грише харакири почти по средней линии живота.

Значимых повреждений внутренних органов я не обнаружил. Было сильнейшее поверхностное загрязнение кишечника и брюшной полости землей, песком, травой. Я тщательно отмыл внутренности от грязи, установил дренажную трубку в малый таз и зашил рану. Все! Операция завершена. Первая моя самостоятельная операция прошла успешно! Я сам, без посторонней помощи, только что спас жизнь человеку.

Наложил последний шов, заклеил разрез и, поблагодарив персонал, удалился в ординаторскую писать протокол операции.

— Алле! Лепила! — услышал я грубый испитой голос. — Ты ща Гришу Муромского оперировал?

Передо мной стоял небритый алкоголик, одетый в брезентовый дождевик.

— Я. А вы собственно кто?

— Кто я, не важно, — прошипел дождевик. — Важно, зачем ты это сделал?

— Как? — удивился я. — Он был ранен, я врач. Хирург. Моя обязанность спасти людям жизнь.

— Он не человек, он мудака, — произнес незнакомец и ослабилась. — Я не для того эту гниду распотрошил, чтоб ты ему жизнь спасал! Я тебя об этом просил?

Брезентовый внезапно распахнул свой дождевик, выхватил из-за пояса двуствольный обрез и направил мне прямо в лицо. Лязгнули курки. Возможно, в другой раз я бы и испугался, но создавшаяся ситуация была настолько нелепой, что больше походила на игру, чем на деревенскую вендетту.