

Б И Б Л И О Т Е К А

ISSN 0132-2095



ОГОНЁК

№ 25

1983



Ванда БЕЛЕЦКАЯ

М О С К В А
ИЗДАТЕЛЬСТВО
«П Р А В Д А»

Х И Р У Р Г И

БИБЛИОТЕКА «ОГОНЕК» № 25

Ванда БЕЛЕЦКАЯ

Х И Р У Р Г И

Москва. Издательство «ПРАВДА»
1983

Ванда БЕЛЕЦКАЯ

Ванда Владимировна Белецкая родилась в Москве, окончила Историко-архивный институт. Сразу после окончания института начала работать в редакции журнала «Огонек». Сейчас она заведует отделом науки и техники, член редколлегии журнала «Огонек».

С командировочным удостоверением редакции Ванда Белецкая побывала на Дальнем Востоке и на Украине, в Сибири и на Кавказе, в Заполярье и Средней Азии. В своих очерках она рассказывает о нелегком, порой героическом труде ученых — медиков, геологов, физиков, биологов, астрономов, тех, кто работает на переднем крае советской науки.

Белецкая — автор очерковых и научно-популярных книг «Техника и эстетика», «Луч из антимира», «Гордость отечества». В 1981 году она удостоена звания «Заслуженный работник культуры РСФСР».

«Все отдать, чтоб побороть недуг, цель свята, но святость этой мысли требует предельно чистых рук в прямом и переносном смысле».

Из девизов конкурса в НИИ проктологии Минздрава РСФСР на лучшую сестру милосердия

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

Книжку эту меня побудили написать письма совсем разных людей, пришедшие в редакцию после опубликования в журнале «Огонек» моего очерка, где кратко рассказывалось о работе НИИ проктологии. Возглавляет институт молодой член-корреспондент Академии медицинских наук профессор В. Д. Федоров. Среди многочисленной редакционной почты было и письмо из Волгограда, которое мне хочется привести почти полностью:

«В журнале «Огонек» я прочла статью, где говорилось о директоре института проктологии тов. Федорове Владимире Дмитриевиче. Вот уже месяц хожу под впечатлением. Я не могу молчать о таком чутком человеке, как Федоров В. Д.

Живу я в г. Волгограде, и к Федорову В. Д. 19 лет назад привело меня несчастье.

Был у меня тяжелейший приобретенный сердечный порок, и так получилось, что в Институт грудной хирургии меня не положили. Я поехала еще в одну больницу, где почему-то забыли, что я ожидала приема, и лишь в конце рабочего дня направили в 5-ю городскую больницу. Я уже собиралась ждать и здесь часами, как вдруг буквально через 10 минут вышел Федоров В. Д. и пригласил меня. Почему, не знаю, но я сразу почувствовала доброту его сердца и поверила ему. Я буквально ходила за ним по пятам (попала не в его палату). И вот 26 декабря 1963 года Федоров сделал мне операцию! Первое, что я увидела и услышала после операции,— это множество трубок, прослушивающих мое сердце, и слова: «Поздравляем, Владимир Дмитриевич, если бы мы не знали эту больную, не поверили бы, что здесь был такой порок, поздравляем».

На протяжении всего послеоперационного периода я чувствовала теплую заботу Владимира Дмитриевича, хотя он делал это незаметно. И когда 31 декабря мне стало плохо, придя в себя, я вновь увидела

склонившегося надо мной Федорова, а было 4 часа утра, он просидел в палате всю новогоднюю ночь!

Потом несколько лет я приезжала в больницу на консультацию и каждый раз чувствовала чуткость Владимира Дмитриевича. Был такой случай: приехала я в 5-ю городскую больницу Москвы — Владимир Дмитриевич назначил час консультации. Я пришла, сажу, ожидаю приема, и вдруг выходит молодой доктор и говорит: «Кто к Федорову? Он просил передать, что примет вас позже, операция у него затягивается».

Разве можно забыть такое внимание и чуткость? Нет, никогда, я это помню уже 19 лет!

Когда после операции меня направили в сан. Луново, под Москвой, пришла ко мне врач Валентина Александровна и говорит: «Вы знаете, что вас с другого мира вернули золотые руки хирурга?». Вот уже скоро 20 лет я слышу это.

Была в санатории не раз, и мне всегда говорят: «Вам делали операцию золотые руки». А мой лечащий врач-ревматолог студентам так и объясняет: «Здесь была операция, но ее делали золотые руки».

Все не опишешь. И таких, как я, не одна: живут и в Ульяновске, и в Смоленске, и в Киргизии, которых спас 20 лет назад Владимир Дмитриевич, а мы все были обречены, и нам везде отказывали в операции. Я воспитала сына, сейчас уже бабушка, а ведь когда меня оперировали, сын только пошел в 1-й класс. Я не нахожу слов, которыми можно выразить благодарность этому доброму человеку с золотыми руками (не мои слова, так говорят врачи, где бы я ни показывалась).

Все эти годы я работаю, никакой группы не имею...

С уважением Суслина М. Ф.
г. Волгоград».

После этого письма мне захотелось рассказать подробнее о хирурге, его учителях, о том, как сегодня работают коллеги и ученики профессора Федорова, люди, сама профессия которых «требует предельно чистых рук в прямом и в переносном смысле»...

Владимир Дмитриевич Федоров встретил меня сурово.

— Давайте сразу договоримся. То, что сделано в нашем институте, — плод работы всего коллектива, поэтому...

— О вас не писать, — закончила я за профессора, уже немного представляя его характер.

— Да, пожалуйста, не надо.

— И не упоминать.

Владимир Дмитриевич не принял шутку.

— Упомянуть можно. — Вежливой улыбкой он пытался смягчить

категоричность своего решения.— Пишите об институте, о сотрудниках, у нас работаю замечательные люди...

Я пришла в НИИ проктологии Минздрава РСФСР в день, когда здесь был праздник — накануне Владимира Дмитриевича избрали членом-корреспондентом Академии медицинских наук. Не многие советские врачи удостоивались столь высокой чести до пятидесяти лет: ведь надо иметь исследовательские работы, книги, внести крупный вклад в медицину, пользоваться высоким научным авторитетом. А хирургам, как известно, книг писать некогда,— они лечат, они спасают людей.

Впрочем, работа в институте шла, как всегда. О том, что здесь радостное событие, можно было догадаться лишь по обилию телефонных звонков. Мягкая, неторопливая Наталья Карповна — секретарь директора своим сердечным, теплым голосом ежесекундно отвечала на поздравления. Сам же профессор Федоров к телефону подойти не мог: утром он проводил ежедневную институтскую конференцию, консультировал больных, с десяти — оперировал, потом читал лекцию врачам на кафедре проктологии Центрального института усовершенствования врачей. А сотрудники были твердо убеждены, что их «В. Д.» — так зовут они между собой Владимира Дмитриевича Федорова — давно достоин этой высокой чести. Им лучше, чем кому другому, на деле известен его «научный вклад в медицину», цена которому — возвращенное людям здоровье. Не только каждая его операция, но и каждая научная работа, каждая монография спасают людей. В его работах сосредоточен уникальный опыт. Их ждут с нетерпением и врачи и больные.

Известие, что я собираюсь писать очерк о работе института, врачи приняли удивленно и несколько настороженно. Искренне пожалели меня: «О нас мало писали, и вам трудно придется. Оперируем мы не сердце или хотя бы легкие, а разные там неполадки на кишках и промежности. Названия заболеваний неэстетичные. Ничего сенсационного. Да и больные здесь особые: замкнутые, ранимые. Каждому не станут распространяться о своей болезни. Общение с ними требует особого такта, внимания, чуткости, доброты...»

Однако, выслушав мои возражения, выдали белоснежный халат, шапочку, тапки, показали расписание конференций, врачебных обходов, операций. Ходить по институту могу везде, говорить, с кем понадобится. И врачами, и сестрами, и больными. Разумеется, при строгом соблюдении дисциплины и гигиены, обязательных здесь для всех. Для журналиста — замечательные условия, свобода и доверие. Только вот одно «но»... тот разговор с В. Д. Федоровым. Получается, что я должна писать об институте и не говорить о его директоре, рассказывать о работах учеников и молчать о трудах учителя, говорить об успехах советской проктологии и не заикаться о жизни того, кто стоит сегодня во главе ее. Задача не из легких... Впрочем, попробую...

ЯДРО УСПЕХА

— Не охай, Наталья. Раньше никак нельзя. Операцию сделаем только на следующей неделе. Тебя еще надо подкормить. Поколею витамины, перельем белок, подготовим тебя получше. А ты пока используй время, чтобы позаниматься, — не зря же учебники привезла.

— Юлий Вячеславович, а гулять мне можно?

— Можно. Выпишем тебе пропуск. Только слово — гулять час в день и лишь по нашей территории, туда, где машины, не ходить. Теплая одежда есть? А то достанем... Да, Наталья, а сессию как сдать?

Перед заведующим отделением общей проктологии Ю. В. Дульцевым, недавно защитившим докторскую диссертацию, сидит хрупкая девушка. Нежный овал лица. Синеглазая, темноволосая. Она из далекого сибирского города. Студентка, первокурсница. В клинике уже второй раз, и Юлий Вячеславович, видно, полностью в курсе ее дел.

— Планы наши, Наталья, такие. Сейчас — небольшая операция. В конце лета опять к нам, ненадолго. А потом будем думать о серьезной полостной операции. Июль, август, сентябрь — наши. Подгадаем, чтобы не срывать тебе учебу. Следующим летом — опять к нам. К пятому курсу постараемся тебе все наладить. Ясно?

Сквозь деловой, товарищеский тон хирурга пробивается чуть заметная ласка: ему хочется ободрить девушку, не обидеть жалостью, а вселить в нее уверенность.

После ухода Наташи Юлий Вячеславович раскрывает историю ее болезни...

Девушка родилась без прямой кишки — бывают такие врожденные дефекты. Ей было пять дней от роду, когда она перенесла первую операцию. В три года — вторую. Случай был сложный, и врачи думали тогда лишь о том, чтобы спасти девочке жизнь.

В Москву Наташу привезли уже ослабленной, с повышенным кровоточением. Четыре месяца она лечилась в институте гематологии. И сейчас ей предстоит сложнейшая для хирургов многоэтапная пластическая операция кишечного тракта, рассчитанная на несколько лет. Врачи планируют лечение, стараясь всячески приноровиться к больной, к условиям ее жизни.

— Мы должны думать о социальной и трудовой реабилитации наших пациентов, — говорит Юлий Вячеславович. — Наташа, например, если, разумеется, все пройдет, как мы задумали, а я надеюсь, что так и будет, после завершения серии пластических восстановительных операций сможет нормально жить и работать, выйти замуж, рожать детей... И, слава богу, забыть нас, хирургов.

— Вот забыть — вряд ли...

— Конечно, наверное, будет иногда вспоминать, возможно, и с благодарностью, но лучше бы вовсе забыла. Много страданий переносят наши пациенты, такие у них болезни.

Каждая операция, которую делают тут, в институте, чрезвычайно сложна, по существу уникальна. Вся восстановительная хирургия почти на 50 процентов складывается из исправлений либо врожденных пороков, либо последствий предыдущих операций. Иногда лечение растягивается на долгие годы. Оно требует от хирургов чрезвычайного мастерства, знаний, опыта. И, пожалуй, самые искусные врачи в этой области работают здесь.

Когда встречаешься с такими хирургами, как, скажем, Юлий Вячеславович Дульцев, всегда интересно знать, почему они выбрали именно эту профессию, что помогло им угадать в себе божий дар.

— Не знаю,— честно отвечает хирург и шутит:— Наверное, то, что в девятом классе мне сделали операцию по поводу тяжелого аппендицита и я два месяца провалялся в больнице.— И уже серьезно:— А может, это влияние моих родственников — тети и дяди, военных врачей, людей, преданных медицине, влюбленных в нее.

Выпускник 2-го Медицинского института, теперь заместитель директора единственного в стране НИИ проктологии, начал свой путь хирурга в 1961 году на целине, в сельской больнице.

— Запомнили первую операцию?

— Конечно, хотя она не была «операцией века» — грыжесечение, — улыбается Юлий Вячеславович.

В сельской больнице, где работал тогда Дульцев, оперировать приходилось все — травмы, полученные при несчастных случаях, аппендицит, грыжу, холециститы...

— Нас несколько человек с курса поехало на целину,— вспоминает Юлий Вячеславович.— Я работал в Северо-Казахстанской области, а Геннадий Воробьев (он здесь тоже заведует отделением) недавно защитил докторскую диссертацию, был в Целиноградской области.

Накануне сквозь стеклянный фонарь в операционной, затаив дыхание, я следила за операцией, которую делал Геннадий Иванович Воробьев. Всего выполнено 17 таких операций. Я присутствовала на восемнадцатой. Воробьев оперировал молодого мужчину, у которого в результате рака полностью удалили прямую кишку и сделали искусственный вывод на брюшную стенку, как говорят врачи, наложили колостому. Прошло пять лет, и хирурги решили сделать восстановительную пластическую операцию, возвращающую теперь уже излеченного пациента к обычному состоянию.

Разработаны подобные сложнейшие операции в НИИ проктологии. А начинал их — как почти все здесь — В. Д. Федоров.

Беседа потом с Воробьевым, я спросила, возможна ли пересадка отделов кишечника от одного человека к другому.

— В принципе возможна, но необходимости большой в этом нет. У человека, как известно, только одно сердце и лишь две почки. Здесь поиски по пересадке неизбежны. Но при операциях на кишечнике можно изыскать резервы за счет собственных тканей оперируемого. В этом ядро успеха проктологических операций.

Ядро успеха... Есть оно и в работе института. Чем больше я присматривалась к отношениям врачей и больных, тем яснее понимала, что вмещает в себя это емкое понятие: ядро успеха. Конечно, в него входят высокий научный уровень исследований, квалификация врачей, богом данный талант хирургов... Но есть здесь еще нечто, объединяющее весь коллектив, от директора до санитарки, будто все они прошли некую общую морально-этическую подготовку. Это особое, бережное, тактичное отношение к больным, сопереживание их страданиям. «Здесь как ставят руку, так ставят и поведение», — сказал мне совсем молодой врач секретарь комсомольской организации института Саша Титов.

Существует мнение: хирург должен быть жесток. В этом его сила, иначе он не поможет больному. Из современных фильмов, книг, очерков начинает складываться некий стереотип хирурга: на операциях он от напряжения рычит на сестер и ассистентов, «разрягается», ругаясь чуть ли не матом, до предела груб с провинившимся подчиненным. Он борется с устаревшими авторитетами, молод, ультрасовременен, смел, талантлив, умен, но... Нет, об этом прямо не говорится, но получается, что такой хирург никого не любит и не уважает, кроме себя. А вдруг и больных тоже?

В Институте проктологии стиль иной и врачи тоже иные, хотя они молоды и вполне современны. И по внешнему виду и по привычкам: занимаются верховой ездой, горнолыжным спортом, ездят отдыхать на модной сейчас Север. Возраст в основном до пятидесяти, тридцать и моложе. Из 500 сотрудников института свыше ста — комсомольцы. И оборудование здесь по последнему слову техники, и здание — модерн, и операции. Но лежит на институте легкий налет очаровательной старомодности, с которой связываются такие понятия, как воспитанность, тонкая интеллигентность, пунктуальность, уважение младших к старшим и доверие старших к младшим. И даже за тем, как на ежедневных конференциях все встают, когда входит профессор Федоров, или начинают доклад словами «уважаемый Владимир Дмитриевич, уважаемые коллеги», как говорят вместо «заболевания больных» «страдания больных», видится не внешняя форма, а самая суть.

Не было случая, чтобы кто-либо из врачей или сестер не приехал ночью, если больному стало плохо, или чтобы помочь коллеге при операции. Не было случая, чтобы отказался дать свою кровь больному. Закричать на операции или разрядиться руганью просто никому не придет в голову.

— Грубый, жестокий хирург?! Нет! Хирург должен быть добрым. Очень добрым. Достаточно того, что сами по себе методы нашей работы жестоки, — сказал мне Геннадий Иванович Воробьев. И добавил: — А насчет стиля института вы правильно подметили. Он идет от наших учителей — профессоров старой школы. И еще объясняется личностью Владимира Дмитриевича Федорова. Его характером, его влиянием на всех нас...

И здесь я хочу сделать отступление, чтобы рассказать о них, «профессорах старой школы» — Валентине Сергеевиче Маяте и Игоре Николаевиче Рыбушкине.

Не много найдется в истории советской медицины имен, освещенных сиянием столь пронзительной чистоты души и помыслов, тем бескорыстным служением науке, наконец, той высокой человеческой дружбой, что отличает этих людей. Не было у них высоких званий академиков. О них не написаны книги. Нет очерков, телевизионных передач, документальных кинофильмов. Лишь две-три статьи в специальном журнале «Хирургия» и, конечно, собственные глубокие, яркие научные статьи и монографии. Оба они всегда по своей скромности и складу характера держались в тени. Однако их хорошо знали в узком кругу специалистов и очень широко — больных, учеников.

Мне приходилось беседовать и с теми и с другими. И всегда на лицах людей, будь то медсестра или академик, при упоминании имени Маята и Рыбушкина появлялось одинаковое выражение какой-то особой мягкости, теплоты. И все они выражали благодарность судьбе, что жизнь столкнула их с таким человеческим чудом...

«ДУША КАФЕДРЫ»

Так все, кто был связан с кафедрой госпитальной хирургии 2-го Медицинского института, называли профессора Игора Николаевича Рыбушкина. Заведующий кафедрой Валентин Сергеевич Маят — глава кафедры, ее ум, а душой был его старый товарищ, его друг Игорь Николаевич Рыбушкин. «Ум» и «душа» кафедры жили в постоянной гармонии. Валентин Сергеевич Маят, извещая сотрудников и студентов о каком-либо решении руководства кафедры, всегда говорил: «Мы с Игорем Николаевичем думаем...» А если по своей занятости он не мог сделать операцию или проконсультировать больного, то обычно замечал: «Обратитесь, пожалуйста, к моему другу Игорю Николаевичу», «За меня закончит мой друг Игорь Николаевич». Они доверяли друг другу беспредельно, работая рядом, вместе более тридцати лет.

Родился И. Н. Рыбушкин в 1904 году в дворянской семье. Его семья, как почти вся передовая русская интеллигенция, приветствовала Октябрьскую социалистическую революцию. В 1927 году юноша

оканчивает медицинский факультет Томского университета и едет работать заведующим участковой больницы в Казахстане. А с 1930 года работает в Москве, в клинике, которую возглавлял профессор В. С. Левит. Здесь и встретились молодые хирурги, будущие ученые И. Н. Рыбушкин и В. С. Маят. Здесь прошли свой путь от ординатора до профессора.

В годы Великой Отечественной войны И. Н. Рыбушкин — ведущий хирург медико-санитарного батальона, потом нейрохирургического госпиталя, потом армейский нейрохирург. Он лично провел более 2500 трепанаций при ранениях черепа. Уже после победы над фашистами свой опыт военного хирурга и ученого Рыбушкин обобщил в докторской диссертации «Огнестрельные черепно-мозговые ранения».

Научные интересы И. Н. Рыбушкина были чрезвычайно разнообразны. Он занимался нейрохирургией и анестезиологией, вопросами общей и военно-полевой хирургии, а также хирургическим лечением заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

Как хирург Игорь Николаевич был удивительно точен и нежен, как врач и ученый буквально потрясал всех своей интуицией, своим предвидением, что бывает только у талантливых и умных специалистов, а как педагог пользовался такой любовью студентов, о которой каждый профессор в глубине души мечтает. Долгие годы он руководил научным студенческим обществом 2-го Медицинского института, воспитывал в своих учениках чувство глубокой ответственности за жизнь больного, прививая студентам вкус к научно-исследовательской работе.

Свое шестидесятилетие Игорь Николаевич Рыбушкин встретил осенью 1964 года, окруженный любовью и огромным уважением учеников и коллег. А всего через два года его не стало. Операция язвы желудка, разошлись швы...

Его ученики сидели в палате ночами, стараясь выходить, спасти. Но шел только 1966-й год, и то, что подвластно медицине сегодня, в 1983-м, тогда было несбыточным...

«Знаете, когда был жив Игорь Николаевич, когда он был рядом, казалось, ты навсегда защищен от всякой несправедливости, всего мелкого, нечистого, окружен чем-то особым, чего не коснется никакая гадость», — сказал мне один из его учеников, теперь сам известный хирург и ученый А. М. Никитин.

О скромности И. Н. Рыбушкина теперь рассказывают легенды, впрочем, абсолютно достоверные. Например, жил профессор, заместитель заведующего кафедрой, награжденный пятью орденами и медалями, с женой и дочерью в одной комнате большой коммунальной квартиры. Из всех житейских благ ценил, пожалуй, только книги да билеты в Консерваторию и Большой театр. Музыку и балет Игорь Николаевич любил страстно, знал в них толк.

Работал, писал он обычно в клинике. Часто ночами. В кабинете стоял диван, где можно было поспать два-три часа. Молодые ординаторы, хирурги и даже студенты знали об этом и довольно «нахально» использовали в свою пользу: во время ночных дежурств или неожиданной операции всегда можно спросить совета профессора, лишний раз проконсультировать у него своего больного, попросить интересную книгу, просто поговорить о жизни за чашкой крепкого чая. Профессор никогда им не отказывал в своей помощи и внимании, был прям, доступен, естествен.

И в то же время его боялись. Точнее, опасались сделать что-либо не так, совершить просчет, ошибку, вызвавшие недовольство профессора. Хотя Игорь Николаевич никогда публично резко замечаний не делал, не позорил врача у всех на глазах. Скажет только: «Зайдите ко мне в кабинет». И там наедине своим интеллигентным голосом, спокойно «дает совет», как и что надо было сделать правильно. Он не прощал малейших просчетов, если они касались больного, профессионализма врача. При нем каждому хотелось стать лучше, чище, сделать все по самому высокому счету, чтобы заслужить похвалу.

И еще маленькая деталь. Игорь Николаевич, как вспоминают все его ученики, всегда знал о домашних делах и трудностях молодых ординаторов, аспирантов, в трудную минуту стремился помочь всеми возможными способами, но делал это очень деликатно, не вызывая стеснения, неназойливо.

Профессор Рыбушкин никогда не хотел чем-то казаться. Всегда был Личностью, талантом, другом. Душой кафедры, ее совестью.

...Таков один из двух любимых учителей Владимира Дмитриевича Федорова. В научном кружке профессора Рыбушкина начал Федоров свой путь хирурга и ученого.

Именно И. Н. Рыбушкин лично, как и большинству молодых хирургов в клинике, ассистировал Федорову на первой операции по поводу холецистита, при первой операции на сердце и других. Он незаметно приобщал Федорова к работе по редактированию научных медицинских изданий, был самым строгим критиком первых проб пера молодого хирурга — 12 статей в медицинских журналах.

Отеческое отношение Игоря Николаевича к совсем тогда еще молодому Федорову иногда вызывало некоторую ревность у окружающих, но мало кто знал, что каждый шаг Федорова в хирургии, каждая выполненная им операция и каждая написанная им строчка подтверждаются доброжелательной, но очень взыскательной критике учителя. Именно эта бескомпромиссная критичность, не оставлявшая незамеченным ни одного штриха в поведении и в делах, стимулировала постоянное стремление к чтению, желание научиться правильно ставить сложные диагнозы, хорошо, чисто оперировать, методично и грамотно излагать мысли на бумаге, ни в коем случае не повторяя ошибок, однажды указанных учителем.

Наверное, именно такая работа учителя с учеником привела к тому, что написанная Федоровым через 6 лет после окончания института диссертация, посвященная хирургии сердца, не вызвала замечаний руководителя (так и сказал И. Н. Рыбушкин на научной конференции) и была представлена к защите без исправлений.

Это было победой педагогического дара, методической и редакторской школы Игоря Николаевича, но это же осталось и его наследием для непосредственных учеников, а от них и для многих других врачей и ученых уже следующего поколения.

«НЕ МАЯТ, А МАЯК»

В 1983 году профессору Валентину Сергеевичу Маяту, Герою Социалистического Труда, заслуженному деятелю науки, лауреату Государственной премии, исполнилось 80 лет. И радостно видеть, что здоров он и бодр и нет в нем даже признаков профессионального старения. Как бывает у людей талантливых, удивительно трудолюбивых и преданных своему делу. Годы, словно пальцы гениального скульптора, выявили главное, основное в его натуре, добавив ему мудрости опыта, а лишнюю глину сняли.

Еще до личного знакомства с Валентином Сергеевичем мне казалось, что я его уже хорошо знаю — постарались его ученики, коллеги, медсестры, нянечки и, конечно, вылеченные больные. Я намеренно не написала «бывшие ученики», ибо все они, теперь сами профессора, учатся у Маята по-прежнему. И по-прежнему окружают его молодые ординаторы, хирурги, студенты кафедры госпитальной хирургии 2-го Медицинского института. И по-прежнему в самых трудных, самых острых ситуациях, когда диагноз не установлен, просят профессора Маята проконсультировать больного. И по-прежнему слово профессора, его мнение считается решающим.

Из рассказов о Валентине Сергеевиче складывался образ человека и врача таких исключительных качеств, что невольно закрадывалась мысль: а бывает ли так на самом деле?

Теперь я точно знаю — бывает.

Он родился в 1903 году. На воспитание будущего ученого большое влияние оказала бабушка. Она происходила из государственных крестьян, была женщиной, не боявшейся никакого труда, умной, одаренной от природы, но так и умерла неграмотной. Зато отец Валентина не только окончил гимназию, но и поступил в Московский университет по специальности химика-провизора. Чего это стоило ему до революции, можно себе представить! Работал и учился и на всю жизнь получил привычку к постоянному, каждодневному труду, которую передал и двум своим сыновьям. А мать Валентина Сергеевича была швеей, умела красиво и ловко шить бисером. Работа трудная, кропотливая.

Наверное, от отца унаследовал Валентин Сергеевич любовь к естественным наукам, к медицине, уважение и привычку к труду («рабочий человек» — в его устах и сейчас высшая похвала), а от матери достались ему чуткие, нежные, умелые руки, что составили его славу хирурга.

Валентину было 14 лет, когда произошла Октябрьская социалистическая революция. Вскоре он поступает на медицинский факультет 2-го Московского университета. (Тогда было такое высшее учебное заведение.)

То были трудные, голодные годы. Надо было не только прокормить себя, но и помочь семье. Валентин Маят работает и учится. Сначала, чтобы получить хоть какой-то паек, устраивается в Московское потребительское общество; со 2-го курса перебирается поближе к медицине — лаборантом на кафедру анатомии; потом фельдшером в подмосковную деревню Храпуново. Разные больные, разные люди проходят перед ним. Он уже тогда был влюблен в хирургию, знал, что пойдет именно по этому пути, однако, чтобы лучше знать и понимать больного, чтобы стать хорошим диагностом, занимается и в группе терапевтов. Конечно, занятия эти очень помогали ему в работе сельским фельдшером.

В 1925 году молодой врач приходит работать в городскую больницу, разместившуюся в здании бывшей богадельни, тогда на окраине Москвы. Здесь, как и теперь, была кафедра госпитальной хирургии. И вот (уже почти шестьдесят лет!) работает здесь В. С. Маят. Отсюда, оставив уже написанную докторскую, ушел в 1939 году на фронт военным хирургом.

С 1941 года В. С. Маят — ведущий хирург эвакогоспиталя, потом главный хирург всех военных госпиталей Пензенской области. Сутками стоял он в те годы у операционного стола, спасая людей, помогая им скорее вернуться в строй, чтобы добить ненавистного врага, прервавшего нашу мирную жизнь. А после Победы — опять кафедра госпитальной хирургии 2-го Медицинского института. В 1945 году он защищает ту самую докторскую, подготовленную еще до войны (даже защита была назначена!), — о лечении ожогов желудка. Работу издали потом в виде монографии, первой по этому вопросу в отечественной медицинской литературе. И теперь, спустя почти сорок лет, не потеряла работа своего значения.

Научные и хирургические интересы В. С. Маята чрезвычайно разнообразны. И желудочно-кишечные заболевания и сердечно-сосудистые. По всем областям у профессора десятки научных работ. Одним из первых в Союзе он начал оперировать на сердце, одним из первых уже в последние годы занялся осмыслением различных принципов хирургического лечения язвенной болезни. Во врачебной среде его знают не только как блестящего хирурга, но и вдумчивого талантливого диагноста. Знают как ученого, педагога.

— У нас были удивительные учителя Маят и Рыбушкин,— рассказывала мне врач отделения эндоскопии Института проктологии Галина Ивановна Ежова.— Им еще что-то досталось от земских врачей прошлого, они знали человека целиком, от головы до пят. И нравственные традиции, сочувствие к больному были тоже от лучших русских земских врачей. А как требовательно и нежно относились Рыбушкин и Маят к своим студентам! Подумать только — профессор лично ассистировал нам на первой операции! Ассистировал и деликатно подсказывал, что и как, внушал веру в себя. Помню, мне ассистировал на грыжесечении. А когда мы стали ординаторами, как же сражались мы за право ассистировать своим любимым профессорам!

Мы, студенты, чувствовали дружбу Рыбушкина и Маята и учились от них этому тоже. Теперь часто употребляют выражение «друзья-соперники». А они не были соперниками, были единомышленниками, всегда и во всем помогали друг другу.

Я спросила Галину Ивановну: кто из них лидер? Она удивилась.

— Никто. Наш коллектив строился на иных принципах — уважения друг к другу, профессиональной честности, особой у хирургов, сочувствия к больному. Маят и Рыбушкин давно работали вместе, даже сидели в одном кабинете. Теперь бы сказали: «У них полная психологическая совместимость, хотя и разные характеры». А мы говорили проще: они друзья.

— А какая все же главная черта Маята?

— Доброта, — отвечает она, не задумываясь, и прибавляет: — Еще честность, трудолюбие, справедливость, деликатность и... строгость, требовательность повышенная.

Идет, например, обход субординаторов. Студент докладывает о своем больном, не заглядывая в историю болезни. А если заглянет, Валентин Сергеевич тихо шепнет ему на ухо: «А больного надо бы знать...» И студент вспыхнет, как от выговора.

Маят учит, что всегда и везде у врача или медицинской сестры на первом месте должен быть больной, а личные интересы — только на втором. «Если не чувствуете в себе готовности к этому, надо уходить из медицины», — жестко читает Маят. Он простит ошибку, но никогда не простит равнодушие к больному. Сострадание и вдумчивость нужны хирургу еще больше, чем терапевту. И никакой торопливости. Если в операционном журнале увидит запись о том, что пока еще не очень опытный хирург произвел операцию аппендицита за 20 минут, строго спросит: «Почему не за 40? Зачем торопился?» Важна не скорость самой операции, а скорость заживления, скорость выздоровления больного после операции. К тканям надо относиться бережно, анатомично, не рвать их, не резать зря.

Главная сестра Института проктологии Лия Ивановна Маврина, оперировавшая с Валентином Сергеевичем, рассказывала мне: «Маят

нетороплив, спокоен, на операции предельно вежлив с ассистентами и сестрами, говорит тихо, в каждом движении сосредоточенность и любовь к больному».

Опять на первом плане интересы больного. Из-за этого добрый Маят может пойти на любой конфликт, как теперь с любимым учеником, так и раньше со своим уважаемым профессором.

Дело было еще до войны. Валентин Сергеевич Маят писал докторскую, руководителем был профессор В. С. Левит. Наука всегда начиналась для Маята у операционного стола. Однажды так вышло, что он буквально подряд оперировал по поводу тяжелых ожогов желудка, доставляющих больным огромные страдания. Хотел заняться изучением этого вопроса и выяснил — литературы почти никакой нет. И тогда он оставил почти законченную докторскую и взялся писать о лечении ожогов желудка. Руководитель был недоволен, защита отложилась надолго, но больные выиграли.

«Валентин Сергеевич — человек безупречной репутации и как ученый, и как хирург, и как педагог. Его докторская степень и должность профессора стоят больше, чем иные академические звания», — так говорили мне о В. С. Маяте все. У него нет недоброжелателей, словно его не смеет коснуться даже зависть человеческая, которая, увы, встречается и среди хирургов.

«Я бы заменил последнюю букву в его фамилии, — сказал мне один из его коллег, — «т» на «к». Вышло бы «Маяк», как оно есть на самом деле, маяк он для всех нас».

Вот с таким человеком шла я на встречу в ту самую 5-ю городскую клиническую больницу на Ленинском проспекте — базу кафедры госпитальной хирургии 2-го Медицинского института, больницу, где знают Валентина Сергеевича Маята почти шестьдесят лет. Шестьдесят лет из восьмидесяти лет его жизни. И где тридцать лет он заведует кафедрой.

Валентин Сергеевич выходит мне навстречу из аудитории (он вел обычные в клинике занятия со студентами), легкий, худенький, в халате, завязанном тесемками на спине, и в белой шапочке. Добрые, все понимающие глаза за стеклами старомодных очков в тонкой золотой оправе, приветливая, располагающая улыбка. «Добрый доктор Айболит» с рисунков книг моего детства, доктор, который сочувствовал боли каждого живого существа, помогая ему. Отважный, смелый доктор, который, вступая в борьбу за жизнь, за здоровье, за справедливость, ничего не боялся и победил всех врагов.

Мы переходим в кабинет, где все так же просто и естественно, как в его хозяйне. На столе — стопка историй болезни. «Вы посмотрите? Так нужна ваша консультация!» — спрашивает Валентина Сергеевича бывший его студент, теперь сам профессор, хирург, известный сложными операциями на сердце, Ю. А. Нестеренко. Видно, совет его профессора нужен Нестеренко сегодня так же, как раньше...

Я расспрашиваю Валентина Сергеевича о его жизни, детстве, учебе, его учителях и учениках.

— В моем воспитании было много дефектов, — говорит Валентин Сергеевич. — Например, я люблю музыку, живопись, теперь, кажется, и знаю их неплохо. Но знание это не семейное. Правда, любили музыку и дома. Отец играл на гармошке, я на гитаре, на мандолине. И иностранные языки тоже учил потом, в течение жизни: французский, немецкий, английский. Говорю, может, и не очень хорошо, но без переводчика. И читаю. Врачу языки необходимы, чтобы быть в курсе медицинской литературы.

Иностранному языку, знанию музыки, живописи можно выучиться и потом, а вот трудолюбие учатся только с детства, в семье. Трудолюбие — главное достоинство человека. Я, старый врач, твердо убежден в этом. Органически презираю лодырей, тех, кто хочет жить за чужой счет, не умеет работать, — они для меня люди второго сорта. Семья наша была трудовая, работные все были люди. И отец, и мать, и мы — дети работали, но материально жили скудно, едва сводили концы с концами. Мы с братом учились в гимназии, отец платил за нас по 20 рублей в месяц да еще форму покупал, а ведь получал он всего 100 рублей в месяц. На 60 рублей надо было всем прожить, одеться, за квартиру заплатить. Поэтому с братом мы подрабатывали с детства. Я и теперь убежден: школьнику и особенно студенту, даже если дома денег хватает, на карманные расходы надо зарабатывать самому. И лучше, если трудом, так или иначе связанным с его будущей профессией. Трудолюбие — ценность, которую создаешь сам, ее не приобретишь ни за какие блага мира.

(Я слушала профессора и знала — слова у него подтверждены жизнью. Например, внук Валентина Сергеевича Костя, тоже хирург, в годы учебы в медицинском подрабатывал санитаром в больнице, потом медбратом.)

Еще студентом начал работать Валентин Сергеевич Маят препаратором на кафедре анатомии. Вел тогда кафедре профессор Северьян Осипович Стопницкий. Хороший был анатом и очень строгий. Принимает он, бывало, экзамен у студентов, а препаратор тут же сидит на стульчике, дремлет. Ведь работал днем, над книгами сидел ночами. Если кто чего не знает, Северьян Осипович сразу: «Маят! Отвечайте!»

— Попробовал бы я не ответить! — с улыбкой вспоминает Валентин Сергеевич.

Я прошу его рассказать о своих учителях.

— Так вот, по анатомии был Северьян Осипович. Спасибо ему говорю по сей день. В аспирантуру я пришел к профессору Терebinскому Николаю Наумовичу, он был опытным хирургом, человеком высокой культуры. Он очень много мне дал, хотя всего один год был я с ним вместе.

Оперировал он молча, разговаривал с сестрами вежливо. А тогда модным был совсем иной стиль. Как, впрочем, и теперь. Хирургам грубость почему-то прощают. Мне кажется, зря прощают. Грубость всегда говорит либо о полном бескультурье, либо о полном неуважении к окружающим.

Через год заведующим кафедрой госпитальной хирургии стал у нас профессор Левит, с Владимиром Семеновичем мы и работали до тех пор, пока он не передал мне кафедру. В науке он мой учитель, ему я благодарен.

И вот еще что я перенял именно от Владимира Семеновича Левита. Часто бывает, что приходят к профессору и просят у него разрешения поставить его имя под научной статьей, написанной группой его учеников, которые развили идею учителя, воспользовались его статьями или экспериментальными работами. Я имею в виду не приписку фамилии к работе, где нет твоего труда, твоих мыслей, — это уже за рамками нормальных взаимоотношений, это подлость. Я говорю о том, когда формально допустима, а может, даже вполне справедлива фамилия руководителя в числе авторов. Так делать можно, но не нужно. У Левита были всего 104 научные статьи. Но все они написаны им самим. Такие ходячие фразы, как «с вашей фамилией легче напечатать», на него никогда не действовали. Я старался поступать так же. И в коллективных статьях или монографиях свои разделы я не только готовил, но и писал сам, от первой буквы до последней точки.

— Кого вы считаете своим учителем в хирургии?

— Был у профессора Левита ассистент — Борис Федорович Дивногорский. Замечательный по-своему человек, хирург отличный. Он жил прямо здесь, в клинике. У него была комнатка, где он и работал и ночевал. Учитель мой в хирургии он, Борис Федорович. Много я от него принял. И его спокойную манеру оперировать и даже то, что всем — и сестрам, и совсем молоденьким техникам, и студентам он говорил «вы». Левита уважали, а Дивногорского любили.

Человек он был высокообразованный, тонкий, эмоциональный. Прекрасный музыкант. Знал живопись, историю, литературу, языки. Английский, например, я стал изучать под его влиянием. В то время было много интересной американской медицинской литературы, полезной хирургу.

Помню, приходил я в клинику чуть свет, задолго до начала работы, стучался к Борису Федоровичу, и часто мы вместе завтракали. Да и домой тоже не спешил — старался подольше побыть возле него. Общение с Борисом Федоровичем Дивногорским было моим вторым образованием. Теперь понимаю, как многим мы, молодые хирурги, аспиранты кафедры, обязаны Дивногорскому. Но тогда мы об этом не думали — просто любили его, подражали ему.

— А кого вы из своих учеников больше других любите?—

неожиданно для себя самой спрашиваю я профессора. И тут же понимаю, что, наверное, нельзя задавать такой вопрос.

Валентин Сергеевич задумывается.

— Что понимать под этим словом — «ученик»? Больше чем за полвека преподавательской деятельности у меня были тысячи студентов. Можно ли их всех считать учениками? В какой-то степени, наверное, можно. Диссертации у меня тоже писали многие. Бывало, я им все подказывал, разжевывал, чуть ли не писал за некоторых целые разделы. Особенно где-то в 57-м—60-х годах. Теперь я думаю: нет, то не мои кровные ученики. И нельзя, не должен руководитель так поступать. Я уже рассказывал вам про Левита. Это был человек принципиальный, даже жестковатый порой. С учениками своими он никогда не нянчился, как я в свое время. Это моя отрицательная сторона.

Помню, как он внимательно прочитал мою кандидатскую диссертацию, поставил вопросы на полях. И все. Ничего не подсказал, ничего не развил. Не сразу я понял, а лишь с годами, что надо поступать, как он. Ведь речь идет не о дипломной студента или его работе в научном кружке. Здесь и подсказать не грех, студента надо учить, советовать, давать идеи, показывать, как можно развить мысль, эксперимент. А вот когда речь идет о будущем ученом, не надо ничего подсказывать, ничего запрещать. Ко всему он должен прийти сам. Я скоро заканчиваю свою воспитательскую деятельность и пришел к твердому выводу — руководитель даже кандидатской (я не говорю про докторскую!) диссертации должен поступать, как Левит.

— Есть у меня семь прямых учеников, они теперь доктора наук. Шли со студентов,— продолжает, немного помолчав, Валентин Сергеевич.— Этой семерке ничего я не писал. Только читал их диссертации и делал замечания. Их я считаю своими кровными учениками. А любимые, особенно близкие по духу, тоже есть из этой семерки. Их трое — известный вам Владимир Дмитриевич Федоров, уже член-корреспондент Академии медицинских наук, и два профессора, Юрий Александрович Нестеренко (он заглядывал сюда во время нашего разговора) и Юрий Михайлович Панцырев.

Последнее время я начал постепенно освобождаться от своих многочисленных должностей и передавать их своим ученикам. Профессору Панцыреву я передал половину кафедры госпитальной хирургии. Он оправдывает доверие и как хирург, и как ученый, и как руководитель. Вторым профессором на кафедре стал Юрий Александрович Нестеренко, и им я тоже исключительно доволен. Владимир Дмитриевич Федоров принял на себя и развил начатые здесь исследования по хирургии кишечника, внес в науку много нового, он руководит целым институтом, недавно получил орден Ленина, я люблю его и горжусь им. Вот и получилось, что я поделил наследство между ними.

— Поступаете, как король Лир? — задаю я шуточный вопрос.

— Именно, — улыбается Валентин Сергеевич, — за исключением того, что заведующим кафедрой остаюсь по-прежнему, да и в положении короля Лира не боюсь очутиться. Ведь ошибка его была не в том, что он при жизни передал наследство, а в том, что две дочери были коварные, подлые, как говорится, воспитал он их плохо. А передать при жизни сделанное, работу в чистые, трудолюбивые руки своих учеников, которые пойдут дальше тебя, — счастье. И это счастье я получил...

Да, удивительный это человек — Валентин Сергеевич Маят. Редко кто много раз публично заявляет о своей откровенной радости по поводу успехов учеников, которые кое в чем уже догоняют своего учителя, а иногда немного начинают опережать его. Но потому, наверное, и спокоен Валентин Сергеевич, постигнув глубину мудрости, глубину понимания жизни, философскую оценку закономерного движения вперед, что чувствует и знает: для своих учеников он всегда остается и любимым и бесконечно уважаемым учителем, наставником, советчиком.

И ученики это понимают, гордятся этим и тверже держатся на ногах, делая новые шаги в хирургии, в науке, задумываются о преемственности поколений, о своих учениках, для которых хотели бы стать тем же, чем стал учитель для них самих, — примером доброты, порядочности, требовательности, научной честности, выдержанности и душевного, предельно внимательного отношения к каждому больному, к каждому нуждающемуся в медицинской помощи.

УЧИТЕЛЬ ОБ УЧЕНИКЕ

Тут уж ничего В. Д. Федоров поделаться не может, мое право записать то, что рассказывал мне о нем его профессор Валентин Сергеевич Маят, которого «В. Д.» боготворит (что уж тут скрывать — одному восемьдесят, другому пятьдесят, похвалы, как говорится, их не испортят, не тот возраст), которому всегда и во всем стремится подражать, следовать его урокам.

Я привожу стенографически точную запись: «Институт Владимира Дмитриевича молодой, но сделано там уже очень много. Достаточно сказать, что выполняет он, по существу, функции всесоюзного, хотя формально является республиканским — Российской Федерации. Коллектив сотрудников Федоров подобрал исключительный — люди не только знающие, способные, но, главное, работные все, безотказные, умеющие смотреть на жизнь через призму интересов больного. Отсюда и успехи, отсюда хорошая репутация у института.

Сейчас главным злом для нас, врачей, стала тяжелая, очень тяжелая болезнь — рак. В справочниках это не написано, но Институт проктологии прежде всего занимается профилактикой рака. Сегодня у больного полипы, сегодня язва, а глядишь, доброкачественная опухоль переродилась в рак. Значит, если вовремя удалить больному полипы, то это значит заниматься профилактикой рака. Я прочитал ряд диссертаций из института по данному поводу: интересно, революционно, масса оригинальных наблюдений, хорошо во времени прослеженных.

Достоинство работ института и в том, что учреждение это комплексное, врачи в нем разных специальностей, не только хирурги. Отсюда более широкий, глубокий подход к постановке диагноза, к лечению.

Существуют так называемые промежуточные проблемы — язвенный колит, например. Еще недавно лечили его только хирургическим путем. У Федорова болезнь лечат и консервативно, он упорядочил показания к операции у таких больных.

Целенаправленно и глубоко изучается в институте болезнь Крона. Ученым здесь еще многое не ясно — например, ее начальное происхождение, развитие. Работы института в этом направлении являются пионерскими.

Еще одна новая область — реконструктивные, восстановительные операции на желудочно-кишечном тракте и толстой кишке. Эти работы института уже можно считать классическими, дающими большим социальную и трудовую реабилитацию.

Обязательно ознакомьтесь с исследованиями института в области создания так называемых магнитных заслонок. Работы эти гуманны и интересны с медицинской точки зрения. Правда, писать в широкой печати об этой стороне нелегко, но для больных заслонки будут избавлением от страданий и неудобств. А вы уж, если взялись за гуж...

Рассказать о Владимире Дмитриевиче? Знаете, он и студентом выделялся. Конечно, способности к медицине у него большие, руки очень хорошие, талант, но ведь талант надо не только выявить, но и развить. В медицине это может сделать только человек работный, безотказный, добрый. Из семьи он хорошей, трудовой, а вот высшее образование получил первым.

Сначала Владимир Дмитриевич специализировался на операциях сердца. Кандидатскую написал. На кафедре у нас тогда, в 1954 году (А. Н. Бакулев привлек меня к этой проблеме), было всего 30 коек для сердечной хирургии, но проделали мы чуть ли не тысячу операций на сердце. Однако на кафедре прежде всего надо преподавать студентам хирургию, необходимую молодому врачу, а чтобы оперировать сердце, требуется опыт, начинающего к такой операции не подпустить. Поэтому сердечную хирургию мы отдали с кафедры и занялись самыми острыми и малоразработанными желудочно-

кишечными заболеваниями. Вот тогда пришел ко мне Владимир Дмитриевич, а он уже был известен своими блестящими операциями на сердце, и спросил, что ему теперь делать. Я посоветовал взять перитониты: больные тогда остро нуждались в разработке такой проблемы — более 20 процентов умирало. Перитониты Владимир Дмитриевич и стал оперировать, по ним написал докторскую, освоив совсем новую область. Методы его докторской имели огромное значение в лечении этой болезни и резко снизили смертность. Блестяще он защитился. А после защиты говорит: «Мне предлагают идти в лабораторию проктологии». (Института тогда не было, это он потом его создал.) И спросил: «Идти?» Я ответил: «Да. Мало людей занимается этой проблемой, а она очень актуальна, разработка ее нужна больным». Так он проверил на мне принятое им самим решение.

Владимир Дмитриевич не только целенаправленный хирург. Он клиницист, прекрасный диагност. Научные статьи его, всегда глубоко логичные, своеобразные, прибавили врачам зоркости, так как основаны на большом количестве наблюдений. Основательные работы. Талантливые.

И человек он хороший, работный, основательный во всем. Семья добрая, сын есть и дочка. Жена — врач, сын — хирург. То, что Владимир Дмитриевич его отец, ему не помогало, а мешало в учебе. С отцом сравнивали, требовали больше. Парень крепкий, работный, сердечный, как отец, голова и руки хорошие.

Рад я, что у меня такой ученик — Владимир Дмитриевич. Многое он еще сделает в медицине».

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №

В кабинете доцента А. М. Никитина, заведующего одним из отделений института, висит групповая фотография семнадцатилетней давности. В совсем юных врачах легко узнаются теперешние известные хирурги и ученые: В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев, Г. И. Воробьев. А вот и хозяин кабинета Александр Максимович Никитин, год назад с блеском защитивший докторскую диссертацию.

На фотографии в центре — уже знакомые читателю Валентин Сергеевич Маят и Игорь Николаевич Рыбушкин.

— Мы все — их ученики, — говорит Александр Максимович Никитин. — Но Федоров — лучший. Это от них, своих непосредственных учителей, перенял он отношение к медицине, как служению, те качества характера, что всегда отличали русского врача — и прославленного хирурга и безвестного сельского фельдшера. И их ненавязчивое внимание, их доброту к больному.

Александр Максимович Никитин только что вернулся с операции, и чувствует, что недоволен. Нет, операция с точки зрения хирургии сделана чисто, и больной в хорошем состоянии. Пораженная полипозом часть кишечника удалена и станет теперь учебным экспонатом на кафедре проктологии. Но Александр Максимович подавлен тем, что пришлось наложить колостому. Ничего не поделаешь: мальчишке спасали жизнь. Тысячи полипов буквально усыпали его внутренности, из каждого полипа могла развиваться раковая опухоль. Мальчик был хилым, бледным, плохо ел, сильно отставал от сверстников в росте. После операции он должен физически окрепнуть, догнать в развитии однолеток. Но этот вывод на брюшную стенку, пусть даже временно...

— Ничего другого я не мог сделать. У мальчика был диффузный полипоз, — огорченно говорит Никитин. — Эта болезнь поражает, как правило, людей в совсем молодом возрасте, детей. Единственный способ лечения — хирургический. У нас создан целый ряд оригинальных методик подобных операций, позволяющих избежать тяжелых инвалидностей. Есть несколько авторских свидетельств, около 70 исследований, в том числе докторских и кандидатских диссертаций. Научные работы в институте обобщают конкретный практический опыт, так у нас заведено.

Конечно, сделано немало. Но иногда болезнь оказывается сильнее врачей...

— Часто ли приходится прибегать к наложению колостомы? — спрашиваю я.

— Мы это делаем, когда практически нет иного пути. И рассматриваем как вынужденный, временный этап. Ведь подобные операции тяжело воспринимаются больными, отражаются на их психике.

Кроме операций диффузного полипоза, в отделении Никитина накоплен, пожалуй, самый большой опыт в мире по удалению врожденных опухолей и кист в области малого таза. Над этой проблемой работает А. М. Коплатадзе, защитивший недавно докторскую диссертацию.

В подобных случаях труден диагноз, врачи пока мало знают о проявлении болезни. Поэтому опухоли обнаруживаются в критических ситуациях. В институте разрабатывают не только технику самих операций, но и диагностику.

Смотрю истории болезней, фотографии, и передо мной проходят судьбы людей...

Несколько лет назад у молодой женщины здесь удалили кисту. Опухоль обнаружилась неожиданно во время родов. Пришлось делать кесарево сечение. А зная диагноз заранее, этого можно было бы избежать. Потом кисту удалили, и недавно пациентка без всяких осложнений родила второго сына.

В кабинет заглядывает девушка лет восемнадцати в пестром домашнем халатике.

— Заходи, Олечка, — приветливо говорит ей Никитин. И поясняет мне, что Ольга здесь уже во второй раз. Приехала на восстановительную операцию. — Ты, Оля, молодец, прекрасно выглядишь, похорошела, порозовела. А была...

— Вспомнить страшно, — подсказывает Ольга. — Намучились тут со мной. Мама говорит, с того света вытащили...

Именно так и было. Шесть месяцев шла борьба за жизнь Ольги, студентки техникума из Ставрополя. Привезли ее в клинику с диагнозом диффузный полипоз почти всех отделов толстой кишки: и слепой, и восходящей, и сигмовидной, и прямой. Да и общее состояние плохое — слабость, малокровие, сильное истощение.

Хирургическое вмешательство было необходимо. За операцию взялись Федоров и Никитин. Хотя от полипов были свободны только участки поперечной ободочной кишки, врачи не хотели идти на полное удаление толстой кишки, думали о девушке. Они сделали сложнейшую пластическую операцию на кишечнике, сохранили здоровые участки, переместив их. Хирурги знали об общем тяжелом состоянии девушки, но возлагали надежды на резервы ее молодого организма. Однако резервы эти были подорваны долгой болезнью.

Начались осложнения. Образовались нагноения, свищи, поднялась высокая температура. Не срастались швы. И, наконец, перитонит. Пришлось делать вторичную операцию. Вывели тонкую кишку в бок. В брюшной полости поставили трубки, катетеры, чтобы постоянно промывать, вливать питательные растворы... На третий день после операции разошлись все швы. Девушка умирала. В палату пустили мать...

Но за жизнь здесь борются до конца, до последнего предела. «Неужели мы допустим, чтобы девочка умерла?» — сказал тихо Федоров. Это было ночью, он приехал в клинику, и они с Никитиным сидели возле больной. Нет, не сдались врачи. На спасение Ольги был брошен мощный арсенал медицинских средств — от прямого переливания крови и всевозможных питательных растворов до антибиотиков, до новейших противовоспалительных средств. Средства эти подробно перечислены в истории болезни под определенным номером. Но не нашли в ней отражения те душевные силы, что затратили на спасение девушки врачи, не записаны там ни их бессонные ночи, ни морщинки, навсегда легшие на лица, ни рано поседевшие волосы.

Возле Ольги постоянно дежурил хирург Олег Николаевич Баранов, по 5—6 раз в сутки делал перевязки. И так почти полгода.

— Открою глаза — Олег Николаевич сидит возле меня. Ночь ли, день ли — он все здесь, — вспоминает Оля. — Выходили меня. Четыре месяца пролежала в реанимации, а домой уехала человеком.

ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ

Теперешний заведующий отделением реанимации и анестезиологии Евгений Георгиевич Костылев пришел в НИИ проктологии по объявлению. Участвовал в конкурсе и начал работать младшим научным сотрудником. Было это восемь лет назад. Как-то незаметно и для себя и для окружающих молодой анестезиолог занял ведущее положение в отделении. И когда открылась вакансия заведующего, исполнять его обязанности стал кандидат медицинских наук Костылев. Подписанный через год приказ о назначении его заведующим лишь закрепил то, что уже произошло на деле. Так здесь бывает почти всегда: «В. Д.» любит долго проверять людей на ответственные посты, — рассказывали мне в институте. — Главное, что ценится им в руководителе, — это глубокое понимание своей ответственности и инициатива. Но инициатива должна быть управляемой: сначала продумай, потом посоветуйся со старшим. И уж тогда действуй. За действия ответишь сам».

В отделение реанимации, или, как называют его теперь, интенсивной терапии, больные попадают сразу после операций. Они беспомощны, уязвимы, нуждаются в ежесекундном внимании, самом бережном отношении. Если пользоваться представлениями обычной хирургии, таких больных вообще не выходишь. Ведь проктологические операции очень травматичны, делается большой разрез и со стороны живота и со стороны промежности. Часто хирурги удаляют до полутора метров разных отделов кишечника.

Организм после операции так ослаблен, что кажется, все болезни, все инфекции притаились и ждут, чтоб наброситься на больного. Защита от операционной травмы — лишь одна сторона дела. Страдают еще и сердце, легкие, почки пациента.

Особый подход требуется и к наркозу. Операции длятся подчас до 8—10 часов, идут на органах, где расположены мощные нервные сплетения. Значит, и наркоз должен быть более глубоким, надежным. Тайные огрехи анестезиолога могут свести на нет блестящий успех хирурга.

— У нас разработаны новые методы наркоза, дыхательные смеси. Например, в дыхательных и наркозных аппаратах мы применяем гелиево-кислородную смесь, — рассказывает Костылев. — Гелий легкий газ. Он как бы подхватывает кислород и несет его в самые суженные участки легких, облегчая дыхание больного. При использовании гелия лучше восстанавливается кровообращение, нет застоя в легких. В результате — сокращение послеоперационных легочных осложнений.

— Механизм действия еще до конца не понятен, — задумчиво говорит Костылев, — но уже ясно, что использование гелия улучшает

кровоток и работу сердечной мышцы, как бы снижается сопротивление при дыхании, увеличивается поступление кислорода в легкие. Особенно незаменим этот метод для больных с бронхиальной астмой. Мало того, после ингаляции гелиево-кислородной смесью становится легче дышать уже обычным воздухом. Может быть, увеличивается дыхательный объем легких?

Как всегда, в Институте проктологии новой проблемой первым заинтересовался В. Д. Федоров. Он достал баллон с гелием. «Зачем? — удивился Костылев и даже пошутил: — Для глубоководных погружений?» Федоров объяснил, что гелий помогает при ослабленном дыхании, и посоветовал заняться разработкой проблемы. Сейчас это докторская диссертация Костылева.

В последнее время в отделении появились приборы, постоянно следящие за состоянием больного, записывающие кардиограмму, пульс, частоту дыхания. Если возникают какие-либо нарушения, автоматически включается сигнал тревоги.

Пока Евгений Георгиевич водил меня по палатам отделения, объясняя, как действуют приборы, как ведется наблюдение за состоянием больных, наступил вечер. Однако Костылев домой не торопился. Утром оперировали больного, за которым требовался «глаз да глаз», причем свой, живой, а не автоматический. А между тем Евгения Георгиевича очень ждали дома — в тот день ему исполнился сорок один год.

ТОЧНОСТЬ

Работа в НИИ проктологии фактически начинается с 8 утра. В 8 часов 30 минут на всех этажах идут короткие совещания в отделениях, отчеты о том, как прошла ночь, послеоперационные, предоперационные осмотры больных.

Затем с девяти пятнадцати — общенинститутская конференция на первом этаже. Проводит ее обычно сам В. Д. Федоров или его первый заместитель, заслуженный деятель науки Г. А. Покровский. Зал всегда полон — посещение обязательно, а опоздать даже на секунду нельзя. Причем замечание опоздавшему не сделает никто, в том числе и профессор. Но все знают — нельзя. Сам же Федоров точен, буквально до минуты.

Общенинститутские конференции бывают еще по вторникам и пятницам. В пятницу — отчет за неделю, разбор наиболее сложных случаев, а во вторник, в 2 часа, совещание посвящается научной работе в институте. Докладываются и обсуждаются проводимые исследования, планы готовящихся диссертаций.

Но сейчас идет обычное утреннее совещание.

Сначала — доклады о положении в палатах реанимации, отчеты дежурных. Ночью экстренно оперировали больную по поводу язвенного колита. Началась операция в 10 вечера, закончилась в 2 часа ночи. Оперировал ассистент кафедры проктологии Центрального института усовершенствования врачей Павел Николаевич Олейников. Больная поступила из МНИКИ в тяжелом состоянии: низкое давление, истощена, организм обезвожен, совсем не держала жидкости, сильная потеря электролитов. Лечили преднизолоном. Ночью начались острые боли в животе.

Операция прошла удовлетворительно. Кровопотеря восстановлена прямым переливанием. (Я уже видела, как такая кровопотеря восстанавливается. Рядом с больным ложатся ассистент, хирург или анестезиолог, у кого подходит группа крови, и идет переливание из вены в вену. У всех заведующих отделениями на столе лежат списки с группами крови сотрудников. Естественно, больным об этом ничего не известно.)

Операция подробно разбирается. Вопросы. Ответы. Ведущий конференцию профессор В. Д. Федоров подводит итог: срочное хирургическое вмешательство было необходимо. Сделано все правильно. Состояние больной — удовлетворительное.

Затем идет информация о предстоящих сегодня операциях. Диагнозы. Материалы осмотра, снимки, анализы. Кто хирурги, анестезиологи...

Особенно сложную операцию будут делать пятидесятилетнему больному, прибывшему в институт из одного южного города. Диагноз: обширная опухоль брюшной полости с поражением слепой кишки. Больной в тяжелом состоянии. Хирург — В. Д. Федоров. Анестезиолог — Е. Г. Костылев. Операция предстоит тяжелая, очень травматичная, долгая. Вероятно, придется заменить часть брюшной стенки синтетической тканью.

После конференции Федоров уходит в операционную, предупредив своего секретаря Наталью Карповну, что освободится, вероятно, к часу.

Однако в час дня директор еще оперировал. В два — тоже.

— У него сегодня несколько операций? — спрашивали по телефону.

— Нет, одна.

В половине четвертого В. Д. Федоров, еще не успев полностью переодеться после операции, появляется в дверях. Поймав встревоженный взгляд Натальи Карповны, чуть заметно кивает: «Все в порядке». И мне:

— Хотите посмотреть, что вынули у больного?

Поднимаемся в лабораторию. Здесь уже полно врачей — весть о сложной операции, как всегда, разносится по институту. Вот все

и собрались узнать подробности, хотя заранее известно, что на завтрашней утренней конференции операцию будут досконально разбирать. Такой тут порядок — опыт каждого становится достоянием всех.

Нечто прикрытое влажной марлей лежит на лотке лабораторного стола. Размер — с хорошую кастрюлю, литра на три.

— Вес два килограмма 200,— констатирует лаборант.

— Ничего себе! Неужели опухоли бывают такого размера? Где же она была? — недоумеваю я.

— За брюшиной. Она-то и вызывала деформацию кишечника, что ввело в заблуждение при первоначальном диагнозе.

На Владимира Дмитриевича все взирают с восхищенным уважением.

— Как же вам удалось?

— Вот так...

— Это сплошные кровеносные сосуды — понимаете, опухоль вся проросла ими, каждый надо было перевязать,— горячо шепчет мне на ухо кто-то из окруживших профессора сотрудников.— Отделить опухоль было почти невозможно, в любой момент могло начаться кровотечение, с которым не справиться. Он удалил опухоль в пределах здоровой ткани, не нарушая ее капсулы, оболочки, понимаете? И о том думал, чтобы не было рецидивов. Ведь она подозрительно быстро росла. Какая точная, нежная, какая анатомичная операция!

«Анатомичная» — очень высокая похвала для хирурга. Это значит — выполнена операция с тончайшим учетом анатомии, когда движения скальпеля рассчитаны до сотых долей миллиметра.

— Из чего же состоит опухоль?

— Мне лишь бы она оказалась доброкачественной,— улыбается Владимир Дмитриевич.

— А как чувствует себя больной? — спрашиваю я, когда мы спускаемся на первый этаж.

— Нормально. Никакой патологии в кишечнике. Только эта опухоль давила, деформировала его.

Потом я узнала, что опухоль оказалась доброкачественной. Пациент выписался в хорошем состоянии.

НЕМНОГО ИСТОРИИ

А теперь пришло время рассказать о том, что же это за наука — проктология и каково ее прошлое, которое всегда самым тесным образом бывает связанным с настоящим.

Само название науки происходит от греческих слов: проктус — прямая кишка и логос — изучаю. Она включает все сведения об этом

органе как в здоровом, так и больном состоянии. Однако сегодня к проктологии как отрасли медицинских знаний относят не только заболевания прямой кишки, но всей толстой, а также тканей окологидической зоны.

Проктология — наука и древняя и молодая одновременно. Древняя — потому что болезни, которые она изучает, занимали умы великих ученых и врачей прошлого. До наших дней дошли, например, описание болезней и методы лечения, разработанные Гиппократом, жившим в 460—377 годах до нашей эры. Сюда же можно отнести работы ученого Древнего Рима Корнелия Целса, известного китайского хирурга Доу Хинь-Цина, наконец, прославленного средневекового естествоиспытателя Востока Абу Али-ибн-Сина. В своих трудах он более тридцати раз возвращался к описанию различных заболеваний прямой кишки, предлагал их лекарственное и хирургическое лечение.

Однако, несмотря на столь древнюю историю, проктология оформилась в самостоятельную отрасль медицины лишь в конце XIX века.

Одной из первых обобщающих работ, посвященных заболеваниям прямой кишки, стала вышедшая в России в 1870 году книга И. Карпинского. Через шесть лет подобное руководство Генри Смита появилось в Англии.

А первое специальное медицинское учреждение для лечения проктологических больных возникло раньше, в 1835 году, тоже в Англии, в Лондоне. Это госпиталь св. Марка, который и до сего дня остается одним из крупнейших в Европе центров проктологии.

На рубеже века, в 1899 году, в США состоялась первая конференция врачей-проктологов. Специалистов в этой области было тогда мало, в конференции приняли участие лишь 13 человек. Примерно в это же время появляются работы по проктологии в Германии, Франции, Испании.

В России вопросами клиники и лечения различных заболеваний прямой кишки занимались многие известные врачи и ученые. Начиная с 1830 года выходит несколько важных практических исследований. В 1897 году С. П. Федоров разрабатывает первый ректороманоскоп, довольно близкий к современному. В этот период несколько интересных исследований русских ученых посвящено хирургии рака прямой кишки. Над совершенствованием диагностики и лечения проктологических болезней работают такие крупные русские ученые и хирурги, как А. В. Вишневский, В. Р. Брайцев, С. И. Спасокукоцкий...

...Особенно стремительно развивается отечественная проктология в последние три десятилетия. Здесь следует назвать имена профессора, руководителя первой проктологической лаборатории, созданной

в Москве, А. Н. Рыжиха и профессора А. М. Аминова, руководителя аналогичной лаборатории при кафедре госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института.

Но, пожалуй, наиболее яркие и глубокие исследования советской проктологии сделаны в последние годы. Эти работы вывели школу советских проктологов на одно из первых мест в мире. И весомый вклад внес в науку первый в стране Научно-исследовательский институт проктологии, которым руководит член-корреспондент АМН СССР В. Д. Федоров.

Сейчас проктологическая служба охватывает всю страну. Специализированные проктологические отделения созданы не только в Москве и Куйбышеве, но и в Ленинграде, Казани, Свердловске, Ростове-на-Дону, Новосибирске, Хабаровске, Киеве, Харькове, Львове, Ереване. Они имеются почти во всех республиках. Все больше хирургических клиник медицинских институтов включается в научную разработку проблем проктологии. Например, медицинские институты в Горьком, Благовещенске, Риге, Красноярске, Саратове...

Возрастающий интерес к проктологии объясняется сильным ростом болезней толстой кишки, особенно в индустриально развитых странах, в том числе и в Советском Союзе. К сожалению, эти болезни приобретают все большее социальное значение, становятся частой причиной длительной нетрудоспособности и инвалидности даже молодых людей. Объясняется это в значительной степени неправильным питанием и малоподвижным образом жизни. В пище современного человека индустриально развитых стран, как правило, присутствуют в избытке белки, жиры, мало углеводов, а особенно не хватает грубой клетчатки, необходимой для правильной работы кишечника.

Перед врачами и учеными остро встала задача разработки методов профилактики, ранней диагностики и лечения болезней толстой кишки. Причем именно своевременное лечение является одновременно и методом профилактики такой тяжелой и возрастающей, к сожалению, как рак. В СССР, например, частота заболеваний рака прямой кишки за последние 20 лет возросла в четыре раза, в то время как частота рака желудка стала снижаться.

Еще более разительны показания заболеваемости в ФРГ и США. Американская статистика свидетельствует, что рак толстой кишки стал встречаться в 5—6 раз чаще, чем рак желудка. В 1975 году в США число впервые зарегистрированных больных раком толстой кишки достигло 100 тысяч человек!

За последние десятилетия в мире вышел ряд солидных руководств по проктологии, интересных научных статей. Большой опыт накоплен у врачей в Англии, ФРГ, США.

В СССР сейчас действует около 10 крупных проктологических учреждений. Среди них ведущее место занимает клиника НИИ прок-

тологии. Она располагает 250 койками. В ней ежегодно выполняются сложнейшие операции по поводу диффузного полипоза, неспецифического язвенного колита и болезни Крона. Сотрудники института ежегодно дают 100—140 научных публикаций.

С 1949 года существует Международная академия проктологии с центром в Нью-Йорке. Она ежегодно проводит конгрессы в различных городах мира. Второе международное общество по этому же вопросу объединяет хирургов, интересующихся заболеваниями толстой и прямой кишок. Оно проводит конгрессы раз в два года.

Работы советских проктологов вызывают на международных съездах и конгрессах большой интерес. Не раз выступал с докладами на этих съездах директор НИИ проктологии профессор В. Д. Федоров.

НОВАЯ ПРОФЕССИЯ МАГНИТОВ

Два часа дня. Вторник. Идет институтская научная конференция. Зал полон. Сотрудники докладывают о проведенных научных исследованиях, диссертанты — о том, как продвигается работа по мере приближения защиты.

На кафедре — доцент Владимир Иннокентьевич Рыков. 2-й Мед-институт он окончил в 1968 году, с 1977 года работает здесь, у Федорова. Кандидатская его была посвящена лечению инфекционного вирусного гепатита, а докторская — совсем новым вопросом в проктологии — так называемым «магнитным заслонкам».

При операциях на кишечнике хирурги иногда сталкиваются с необходимостью вывода кишки на переднюю брюшную стенку — как говорят специалисты, «наложения колостомы». Почему именно на переднюю брюшную стенку? Так больному легче ухаживать за искусственно созданным отверстием выхода пищи, считают хирурги.

Есть уже большой опыт наложения колостомы. Ведь первая подобная операция была сделана еще в 1776 году, когда французские медики Петре и Пилори спасли от смерти одного из французских королей, сделав ему искусственный выход из кишечника.

С тех пор в мире проведены тысячи операций, защищены по этой проблеме сотни диссертаций. Медики ищут более рациональные методы.

Однако сами больные часто, узнав о необходимости вывода кишки на брюшную стенку, переносят это известие психологически тяжело и иногда вообще отказываются оперироваться. А такой отказ может кончиться очень печально: привести к смерти больного.

Тогда хирурги решили идти на хитрость: «обмануть больного» и вывести ему кишку не на живот или в бок, а на естественное место, в промежности. Психологически — эффект достигнут, но ухаживать теперь за колостомой стало труднее. Однако самое главное заключается в том, что после подобной необходимой операции, независимо от того, где наложена колостома, пациент не чувствует никаких сигналов к выводу кишечного содержимого — он происходит произвольно. Отсюда неудобства, мешающие перенесшему операцию жить нормальной жизнью и трудиться.

Главная проблема в том, чтобы создать для таких больных искусственный замыкательный аппарат.

Заведующая онкопроктологическим отделением доктор медицинских наук Тамара Семеновна Одарюк говорила мне: «Конечно, при операции мы стараемся не накладывать колостомы, стараемся сохранить больным, как мы говорим, естественную проходимость, естественный замыкательный аппарат. Ведь главная проблема для хирургов-проктологов даже не в том, чтобы изыскать для пластики здоровые участки кишечника (найти их всегда можно), а именно в замене удаленного замыкательного аппарата. В институте разработан оригинальный способ делать его из мышцы бедра пациента».

Работы эти тоже шли по инициативе и под руководством В. Д. Федорова. Надо сказать, что попытки создать такой замыкательный аппарат предпринимались не раз и раньше. Медики пытались использовать различные мышцы бедра. Сначала были успехи — мышца технически сдавливала прямую кишку, но вскоре почему-то переставала действовать. Метод этот не прижился. Причина неудач крылась в том, что врачи пересаживали мышцы, которые при этом утрачивали свою основную функцию. В Институте проктологии хирурги решили использовать большую приводящую мышцу бедра, самую мощную из этой группы мышц, на которую почему-то раньше не обращали внимания. Главное заключается в том, что при использовании этой мышцы удается часть ее сохранить на прежнем месте. За счет этого не происходит атрофии пересаженного участка.

Сначала шли опыты на животных. И вот после всесторонней апробации метод получил путевку в жизнь.

Вот уже 5 лет у подавляющего большинства больных искусственный замыкательный аппарат из мышцы бедра работает хорошо. Мышца прочно замыкает просвет кишки и открывает его лишь по желанию пациента, который делает определенные движения. Это большой успех: ведь часто подобную операцию переносят молодые люди, у которых еще вся жизнь впереди. Опрос показал, что даже

близкие многих из них не знают о характере операции. Группа ученых Института проктологии получила на разработанный метод авторское свидетельство, операция не имеет аналогов в зарубежной и отечественной хирургии.

Проведение такой операции требует особого мастерства, это «высший пилотаж» в хирургии. А врачи стремятся к разработке более простых методов, чтобы делать операции могли не только в одном институте, но и многих больницах страны. Кроме того, нередки случаи, когда условия болезни не разрешают использовать ткани мышцы бедра для такого искусственного замыкательного аппарата. Вот тогда-то ученые и обратились к так называемым «магнитным заслонкам», которым посвящена докторская диссертация В. И. Рыкова.

Магнитные заслонки предложили впервые ученые из ФРГ хирурги Фестель и Хениг. Однако работы Рыкова сделаны на принципиально новой основе и имеют много преимуществ. Замыкательное устройство, созданное немецкими учеными, гораздо тяжелее, более громоздко, а главное — имеет ограниченные показания к применению, приживается далеко не у всех больных.

После доклада В. И. Рыкова, который на конференции прошел с большим успехом, я расспрашиваю его о работе. Ведь она важна не только для хирургии — в дальнейшем использование метода позволит вернуть к трудовой деятельности людей, обреченных сейчас на пожизненную инвалидность.

— Исследования шли долго, — рассказывает Владимир Иннокентьевич. — Надо было создать устройство, во-первых, из материала, совершенно безвредного для больных, во-вторых, чтобы магнитные его свойства не отражались на здоровье человека и, наконец, в-третьих, чтобы магнитные свойства не пропадали с течением времени. Например, потеря магнитного поля у применяемого нами материала составила всего два процента за 70 лет. Фактически за время жизни человека параметры не меняются. Я уже не говорю о главном — надо, чтобы устройство было легким, надежным, удобным, а сама операция показана для широкого круга больных. Медикам помогали инженеры, физики, химики, специалисты по материаловедению. Так магниты получили новое применение — в хирургии.

Сейчас поиски уже позади. Выполнено около 400 операций. 75 процентов из оперируемых людей работают по своей прежней профессии.

Владимир Иннокентьевич показывает мне разные конструкции белых колец, натянутых эластичным материалом. Кольцо вживляется в стенку живота, через него пропускается кишка, а на ее выводе ставится магнитная пробка из такой же эластичной резины. Чтобы кишка разомкнулась, надо вынуть на время пробку. Ученые считают

такую операцию лишь первым этапом своих поисков. Ими создана и другая модель магнитной заслонки для вывода кишки уже на естественном месте. В институте готовятся выполнить эту уникальную операцию. Выполнить впервые в мире.

«МИЛОСЕРДИЕ — НАШЕ ПРИЗВАНИЕ»

— Не люблю я, когда называют «медсестра», неправильно это. Надо, как раньше называли — «сестра милосердия», — говорит мне главная сестра института Лия Ивановна Маврина. Школу сестер она оканчивала при Институте имени Склифосовского после войны, в 1947 году, о медицине мечтала с детства, хотела быть именно операционной сестрой. Как хотела — так и вышло. Много лет оперировала с В. С. Маягом, потом с В. Д. Федоровым.

— «Хорошая операционная не терпит шума и крика» — теперь мы, сестры, сами повторяем их слова, когда учим молодых, — говорит Лия Ивановна. — «В. Д.», как и Маяг, оперирует спокойно, сосредоточенно, молча. Даже так же протягивает руку за инструментом, и вместо слов у него чуть заметное движение пальцев. Операционная сестра сама знает, что надо подать. И так же, как Маяг, «В. Д.» вроде бы советуется с ассистентами во время операции, а на самом деле учит их.

Мне не раз приходилось бывать в больницах, и я знаю: проблема медицинской сестры сейчас, пожалуй, самая острая в медицине. Сестер мало, не хватает их, и плохие бывают часто. Не умеют сострадать больному, заботиться о нем.

— Как же в Институте проктологии решают эту проблему? — спрашиваю я у Лии Ивановны.

— Как ни грустно, но все, что вы говорите о сестрах, правильно, — соглашается она. — Многие мы пытаемся предпринимать, чтобы из медсестры сделать «сестру милосердия». Для этого, во-первых, с самого начала раскрываем девочкам (медбратья бывают реже) благородство их профессии, учим специальности и все время подчеркиваем глубокое уважение к профессии сестры милосердия, стараемся, чтобы работать было интересно. По секрету скажу — и платим больше, находим средства, но не уходят от нас сестры все-таки не из-за материального стимула — интересно им. Для молодежи это очень важно.

...Я была уже на институтском празднике — «Посвящение в сестры милосердия». Все собрались в конференц-зале, пригласили родителей, членов семей, молодых сестер и медбратьев. Родители должны видеть, как уважают их дочку или сына врачи, как ценна будущая профессия для молодого поколения.

Под музыку вносят знамена. Почетный караул. Молодое пополнение читает клятву свято служить медицине, больному. Теплое слово напутствия говорит директор, профессор Федоров. Всем юношам и девушкам вручаются белоснежный халат и шапочка в нарядном пакете, цветы. А потом родителям ребят врачи показали институт, лаборатории. Родители должны знать, где будет работать их сын или дочь.

И еще есть праздник в институте — конкурсы на «лучшую сестру милосердия». Конкурс — итог годичной учебы. Один раз в месяц хирурги читают сестрам лекции, ведь каждое отделение имеет свою специфику, и сестра должна это знать.

Конкурс начинается в отделениях — первый этап. Председатель комиссии — всегда заведующий отделением. Входят в комиссию хирурги, врачи, старшая сестра.

Лучшие сестры отделений допускаются ко второму туру конкурса. Он проходит в конференц-зале. Председатель комиссии — профессор В. Д. Федоров.

Проверяется, как сестра умеет сделать укол, смерить давление, как заряжает она капельницу и так далее и так далее. Вместе с практикой идет экзамен по теории: какие лечебные травы в том или ином случае помогают больным, какие медикаменты, какова история медицины? При мне, например, молоденькую девушку спросили, какая высшая международная награда сестры милосердия. Она ответила, что это медаль имени Флоренс Найтингейл, англичанки, сестры милосердия, жившей в XIX веке.

Вывешены на стенах выполненные домашние задания на тему «Какова, по вашему представлению, форма операционной сестры, сестры вашего отделения? Летняя форма, зимняя? А как следует одеться санитарам, медбратьям?»

Эскизы, сделанные девушками и молодыми людьми, интересны, содержат много рационального. Жюри даже решает просить шить форму по лучшим из этих эскизов.

Но особенным почтением среди сестер пользуется профессия операционной сестры. Профессия трудная, романтическая. Она требует особых способностей, знаний, черт характера.

— Операционная сестра — это сестра милосердия экстра-класса, — делится со мной Лия Ивановна Маврина. — Она знает и умеет все, что делают палатные сестры милосердия, но делает все лучше и знает больше. Во-первых, знает анатомию в значительно большем объеме, чем учат в училище. Хирург во время операции часто ничего не говорит, а сестра должна предвидеть, что ему может понадобиться в ходе работы. Предвидеть ход операции — это иметь прежде всего медицинские знания, а уже потом интуицию, опыт, которые приходят в процессе работы. Во-вторых, операционная сестра должна обладать обостренной совестью и честностью, как и хирурги. Профессиональная

совесть и честность операционной сестры должна быть на высочайшем уровне. Ведь между ней, больным и хирургом все отношения основаны на доверии.

Операционная сестра не боится никакой медицинской работы и служит она медицине, не считаясь с личным временем.

Должна она быть не только хорошим специалистом-медиком, но и хорошим организатором.

И еще — обостренное чувство ответственности отличает операционную сестру. Она хозяйка в операционной, она отвечает и за стерильность в операционной, и за одежду хирургов, и за инструментарий, и за ход операции. Глаза у нее должны быть везде. Редкая операционная сестра не любит свою работу. Как правило, уже никуда не уходят такие сестры из операционной, доживают здесь свой век.

В кабинет Лии Ивановны заглядывает молодая женщина, хорошенькая, очень женственная.

— Познакомьтесь, старшая операционная сестра Надежда Сергеевна Потапова, — говорит Лия Ивановна и с гордостью прибавляет: — Моя воспитанница.

О Наденьке Потаповой мне уже рассказывали и хирурги и больные: «Ровная, спокойная, очень знающая. Ей всего 28 лет, а она уже пользуется в коллективе таким большим уважением. С ней считаются даже опытные врачи».

— Надя и воспитатель отличный, — продолжает Лия Ивановна. — За год из 6 девочек, своих учениц, сумела сделать настоящих сестер милосердия, операционных сестер.

Надя слушает похвалы и мило краснеет. А Лия Ивановна, видно, твердо зная, что добрые слова уже не испортят ее ученицу, рассказывает мне, что Надя человек не только хороший и спокойный, прекрасный специалист, но человек творческий.

Я спрашиваю Надежду Сергеевну, не собирается ли она поступать в медицинский институт.

— Нет, — честно отвечает она. — Я прирожденная операционная сестра, люблю свою работу, знаю ее. Я чувствую здесь себя на месте. Мне приятно, что все так ко мне относятся...

Она еще больше краснеет, но, преодолевая свое смущение, поднимает на меня большие красивые глаза и говорит:

— Я знаю примеры, когда операционные сестры оканчивали институт, но хорошими врачами не становились, а профессиональные качества операционной сестры утрачивали. Лучше быть хорошей операционной сестрой, чем неважным врачом.

«Мужественная женщина, действительно с обостренной честностью, — думаю я. — Ведь не каждая так скажет...»

А Надя между тем продолжает:

— Я ничего плохого про тех девочек, кто, поработав сестрой, идет в медицинский, не хочу сказать. У нас многие учатся и врачами

хорошими становятся, правда? — спрашивает она у Лии Ивановны.

Та кивком подтверждает ее слова и продолжает рассказывать мне о профессии сестры милосердия.

— Недавно выписался у нас в хорошем состоянии больной после тяжелой резекции поджелудочной железы и желчного пузыря. Так в его становлении участвовал весь институт. Кровь все давали — от операционной сестры до хирурга, у кого группа крови подходит. Девочки работают до половины четвертого, а оставались дежурить до 11, до 12 ночи. Поддерживали друг друга, помогали.

— Особая статья — это сестра в отделении реанимации и интенсивной терапии, — продолжает она. — Больной здесь особенно нуждается в уходе, заботе, приветливости, сострадании, милосердии. Недаром девизом одного из конкурсов на лучшую медсестру у нас были слова: «Милосердие — наше призвание».

А я вспомнила, может быть, не совсем профессиональные, но искренние, чистые строки стихотворения, придуманного сестрами института к очередному конкурсу:

«Мы не просим у славы бессмертия,
Не стремимся на пышный парад,
Кроме званья «сестра милосердия»,
Никаких нам не надо наград».

ТЕРАПЕВТ СРЕДИ ХИРУРГОВ

— Как вы себя чувствуете здесь, терапевт среди хирургов? — задаю я шутливый вопрос главврачу института Алле Григорьевне Еропкиной. Она отвечает с улыбкой:

— А вы уж думаете, что терапевту нечего делать в хирургическом учреждении? Совсем наоборот...

И я узнаю о том, что не обойтись хирургам без терапевтов, что есть в Институте проктологии особый терапевтический отдел.

Начну с того, что обычно проктологические больные попадают в институт с большим багажом общих и сопутствующих заболеваний. Тяжесть основной болезни требует хирургического вмешательства, а здоровье пациента и без того подорвано, бывает, что есть и порок сердца, и инфаркт миокарда больной перенес, и печень у него никуда, и почки... А хирурги должны сделать такому ослабленному больному серьезную полостную операцию по поводу язвы кишечника, опухоли или полипов. И сделать так, чтобы больной перенес ее и поправился после операции. Отсюда первый вопрос к терапевтам в хирургическом отделении: возможна ли операция данному больному вообще? И второй вопрос: как готовить пациента к этой операции? Скажем, при

болезни сердца очень сложна подготовка кишечника к операции, ряд заболеваний печени требует выбора особого наркоза; перед операцией необходимо подлечить ослабленного больного (а как правило, именно такие попадают в институт проктологии), подкрепить его организм. Особая область лечения после операции — от травм, нанесенных уже в процессе хирургического лечения.

Бывает, что поступает больной с, казалось бы, неопасным заболеванием, таким, как анальные трещины, геморрой. Само по себе хирургическое вмешательство при такой болезни несложно, однако результаты хирургического лечения не будут стойкими, если пациент не поймет, что устранена не сама причина его болезни, а лишь следствие. А причина, скажем, кроется в постоянных запорах, в неправильном питании, режиме, привычках больного, в отсутствии движения и так далее. Если не изменить поведение, не устранить причины болезни, могут опять появиться следствия ее — анальные трещины и геморрой.

Разъяснить это больному должен терапевт среди хирургов.

И еще. Пришел в клинику человек на своих ногах, полный сил, считающий себя здоровым. А хирург знает: ему необходима сложнейшая и очень тяжелая операция. И вот после такой операции, которая может длиться до 10—12 часов, пациент, естественно, слабеет. Его организм борется с обычными последствиями тяжелого хирургического вмешательства, грубо говоря, с нанесенной раной, а у больного никак не укладывается, что операция спасла ему жизнь, а не принесла болезнь, как ему кажется. И задача терапевтов не только выводить больного в отделение реанимации, назначить правильный уход и лекарства, но и заранее психологически подготовить его к тому, что слабость и боли, и даже осложнения после операции временны и выздоровление обязательно наступит.

— Хирурги — народ особый, — говорит Алла Григорьевна Еропкина, — малоразговорчивый. А больной чувствителен не только к лечению, так сказать, действием, но и словом. Подготовка пациента к операции еще и психотерапия. Надо, чтобы больной полностью поверил врачу, понял, что операция необходима, что она единственный, наилучший способ лечения, ложился на операцию с легким сердцем. Достигается такой эффект индивидуальной беседой с больным не только хирурга, но и терапевта. Я бы даже сказала — в основном терапевта. Честно говоря, у нас хирурги так заняты, что часто они даже не могут уделить столько времени и внимания для бесед с больными, сколько им бы самим хотелось. Поэтому подготовка к операции падает в основном на терапевта; его работа, его слово очень важны в хирургии и до операции, и во время нее, и после, в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Операция, скажем, сама по себе была тяжелой, травматичной, да и сопутствующих заболеваний у больного немало, фон плохой.

Терапевт должен предугадать, как поведет себя этот «фон», сопутствующие болезни при наркозе, во время операции, после нее. Провести лечение так, чтобы не дать разгуляться болезням, обхитрить их, обезвредить влияние на организм больного во время операционной травмы и после нее.

Кроме того, что терапевт у нас должен помогать хирургам, он несет и свои собственные функции, как врач общего плана, осуществляет в клинике всю функциональную диагностику.

Алла Григорьевна по возрасту молода, но терапевт она опытный, знающий. Главным врачом Института проктологии работает уже третий год, работу свою любит.

— Алла Григорьевна, а почему вы выбрали профессию именно терапевта, ведь хирург более романтично? Хирургом вы стать не хотели?

— Представьте себе, нет, не хотела. Да, наверное, и не смогла бы, не тот характер. У каждого свое призвание. И потом, знаете, больные сами помогают тебе угадать это призвание, подсказывают, кем тебе стать. Больные со мной очень откровенны, расскажут то, что и близкий родственник не узнает, слушают меня, да и я сама нахожу удовольствие в общении, с ними в беседах. Больные часто как дети. Ко всему прислушиваются, доверяют тебе, и не смеешь ты обмануть это доверие.

Конечно, для работы терапевта у нас в институте идеальные условия. Больной твой всегда рядом, и ты можешь проводить с ним столько времени, сколько тебе требуется. Обычный терапевт в поликлинике этого не имеет. Великолепная база для анализов, исследовательские лаборатории; через родственников, которые приходят проводить больного, узнаешь обстановку в семье, привычки. Деликатно даешь советы. Ну, например, нужна диета больному после операции. Как правило, скажем, если болела бабушка, она только для себя готовить не будет. Она готовит обед для всех, а сама уж, как придется. Так вот идешь иногда на хитрость — дочь, сын или зять с невесткой говорят: и нам нужна диета, нельзя есть такие-то продукты. Бабушка старается им угодить, готовит, что надо, начинает заодно правильно питаться и сама. Любовь и забота о ближнем всегда требует маленькой жертвы, тем более что диета после операции обычно временна.

Очень важно заранее психологически подготовить больного к операции и выздоровлению после нее. И нет большего счастья, когда через несколько лет после тяжелой операции приходит к тебе бывший твой больной и говорит — все шло так, как вы говорили, я теперь здоров...

Алла Григорьевна пишет сейчас кандидатскую диссертацию, посвященную функциям и состоянию печени у больных диффузным

полипозом. Исследования в этой области чрезвычайно важны, ведь у больных удалена кишка. Как это сказывается на состоянии печени?

— Не мешает работе над диссертацией то, что вы стали главным врачом?

— Еще как мешает! Тяжелая работа главврача, очень. Мне, например, трудно было перестроиться с клинических методов мышления на организационные. На главврача нигде не учат, а ведь должность эта требует и специфических знаний и специфических качеств характера, которые приходится в себе вырабатывать. Терапевт в основном общается со своими больными, с лабораториями, а на главвраче и оборудование, и кадры, и медикаменты, и санитарки, и сестры... Один только пример приведу — есть нормы на медикаменты. А наши больные тяжелые, не укладываются они в эти нормы... Кто отвечает? Главврач. Сестры у нас работают с двойной сестринской нагрузкой и без санитарок. Кто принимает претензии и от сестер и от проверяющих организаций? Опять главврач. Нельзя, по инструкции, платить сестрам больше полутора ставок. Но ведь не учитывает инструкция, что больные у нас тяжелые, ухода требуют большого, желудочно-кишечные больные, каждый понимает, что и недержание у них и поносы... Медсестре, которая здесь и за санитарку, приходится нелегко... А кто изыскивает пути, чтобы оставались у нас хорошие медсестры? Опять главврач.

«Да,— думаю я,— и дипломатом главврач должен быть, и организатором, и хозяйственную жилку иметь... Но, главное, должен быть хорошим терапевтом, не терять своих профессиональных качеств, вести и научную, исследовательскую работу, чтобы пользоваться уважением среди врачей и среди больных. Иначе какой же он Главный врач?»

ЛЕЧИТЬ, НО КАК?

Операции... Операции... Замечательные, самоотверженные здесь хирурги. Наверное, одни из лучших в стране. Но ведь оперируют они иногда, как бы это сказать точнее ...от безысходности. Оперируют, чтобы спасти жизнь, оперируют, когда неизвестно, как лечить иным способом.

Доцент Б. В. Киркин руководит в НИИ проктологии терапевтическим отделом, о работе которого уже немного рассказала Еропкина. В отдел направляются со всей страны особо тяжелые больные с различными воспалительными и язвенными процессами кишечника, в основном толстой кишки. Лечащие врачи на местах не всегда знают, как помочь таким больным, как их лечить. Эти длительные, изнурительные болезни изматывают человека, приводят не только

к физическому истощению, но и к нарушениям нервной системы, даже психики. Почти половина больных — инвалиды. И пока полностью вылечить их, вернуть к труду не удастся. Не удастся, хотя лечение тянется иногда годами, хотя врачи и пациенты проявляют огромное терпение, выдержку, стойкость.

— Не болезни это, а страдания,— говорит Б. В. Киркин.— Возьмите такое сложное мучительное заболевание, как неспецифический язвенный колит или не менее тяжелую болезнь Крона, названную по фамилии врача, ровно пятьдесят лет назад описавшего ее. Казалось бы, без всяких причин возникает огромная язва, проникающая через всю толщу кишки. Почему? Не ясно. Причины заболевания не выяснены, а число больных из года в год растет. И заболевают в основном люди молодые, от 20 до 40—50 лет.

— Есть ли методы лечения этих болезней, кроме хирургических? — спрашиваю я.

— Есть. Созданы некоторые сульфпрепараты, специальные эмульсии. В последнее время шире стала использоваться гормональная терапия, однако многое здесь еще не ясно, требует дальнейших исследований. Изыскиваются различные укрепляющие средства. В результате удалось сократить число оперативных вмешательств в среднем с 20 процентов до 6. Это уже некоторый успех консервативного лечения.

...«Некоторый успех». И это говорится в научном учреждении, имеющем самый большой опыт по лечению подобных больных, испытывающем самые новые лекарственные препараты. Одно это показывает, сколь сложна проблема...

— Большое внимание мы уделяем вопросам медицинской и трудовой реабилитации больных после различных резекций толстой кишки,— продолжает Киркин.— У половины больных теперь возможны вторичные, уже восстановительные, операции. Но главная наша задача — выяснение причин заболеваний, совершенствование диагностики, исследование самого механизма болезни. Без знания этих вопросов невозможно разработать эффективные методы лечения. Конечно, один наш отдел проблему эту не решит. К проктологам должны присоединиться врачи различных профессий: инфекционисты, к которым в первую очередь попадают заболевшие, так как часто неспецифический язвенный колит принимают за дизентерию, специалисты по желудочно-кишечным заболеваниям, терапевты, хирурги...

— А чем все-таки объясняется растущее число проктологических болезней? Существует мнение, что они связаны с неправильным питанием, недостатком в пище современного человека грубой клетчатки? — спрашиваю Бориса Васильевича.

— Однозначно ответить на этот вопрос нельзя, причины, по-видимому, сложнее. Но, безусловно, отсутствие в пище грубой

клетчатки ведет к нарушениям в работе кишечника, не дает ему необходимой нагрузки. Наш институт вместе с Институтом питания дал рекомендации по использованию отрубей в качестве лечебного средства, заставляющего кишечник усиленно работать. Опубликовали на эту тему статью в «Медицинской газете». И теперь мы не оберемся хлопот и волнений. В магазинах отрубей для лечебного питания нет, а вот на птичьих рынках они появились, и в размерах много больших, чем надо птичкам. Но что это за отруби, каков их питательный состав и, главное, достаточно ли они очищены, не принесут ли вместо пользы вред — неизвестно. А ведь в отрубях, взятых без всякой проверки, могут оказаться вредные вещества от удобрений, от химической защиты растений. Нельзя их без контроля использовать в пищу, да еще как лечебное средство. А пока можем рекомендовать хлеб «здоровье», в состав которого входят отруби.

Я слушаю взволнованный рассказ Бориса Васильевича и думаю о том, как много, казалось бы, неожиданных вопросов вынужден решать единственный в стране Институт проктологии. По существу, организация всей проктологической службы ложится на плечи его сотрудников.

До встречи с Киркиным долго беседовала с секретарем партийной организации института А. С. Артюховым, старшим научным сотрудником научно-организационного отдела. Он только что вернулся из Иванова, где организовывал семинары по проктологии местных врачей, — до поездки в Иваново несколько специалистов института вылетали в Красноярск. Они делились опытом, консультировали больных в поликлиниках города, читали лекции, проводили беседы с врачами. Такие выезды бывают постоянно. Непосредственной этой работой руководит профессор Ю. М. Милитарев, в свое время еще с профессором А. Н. Рыжихом начинавший разработку проктологической помощи в Москве. Есть при институте консультативная поликлиника. Каждый год ее посещает более шестнадцать тысяч больных со всего Союза. Заведует поликлиникой заслуженный врач РСФСР, пока единственный заслуженный врач в институте — И. Д. Головина.

Сотрудники НИИ проктологии принимают у себя на консультации не только больных, но и проводят обучение врачей-проктологов, организуют съезды, конференции, готовят научную литературу — словом, возглавляют всю проктологическую службу страны.

— И не только страны, — рассказывает Артюхов. — Постоянно в институте стажировются проктологи из-за рубежа. Например, за последнее время здесь прошли подготовку более 30 различных иностранных специалистов.

А недавно мы получили переходящее Красное знамя Минздрава СССР и ЦК профсоюза медработников. Оказались первыми среди научно-исследовательских институтов медицинского профиля. Это, конечно, большая честь, но и большая ответственность.

Вот уже десятый год избирается Александр Степанович секретарем партбюро института. Он член райкома партии, депутат районного Совета. А в Москву приехал с Алтая. Здесь окончил в 1957 году 2-й Медицинский институт, получил распределение на Камчатку. Через несколько лет вернулся в ординатуру. В 68-м защитил кандидатскую.

Сейчас Александр Степанович представил к защите докторскую по организации проктологической службы. Тема важная, животрепещущая.

ГЛАВНОЕ — МЕТОД И НАПРАВЛЕНИЕ

«При специальных занятиях метод и направление — вот главное».

Эти слова замечательного русского хирурга профессора Н. И. Пирогова могут служить эпиграфом к рассказу о работе кафедры проктологии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей. Работает кафедра на базе НИИ проктологии и расположена тоже в здании института. Кафедра молодая, ее создали лишь в сентябре 1976 года, организовать такую кафедру потребовало развитие медицины, потребовала жизнь.

Незадолго до организации кафедры в Институт проктологии приехала директор Центрального института усовершенствования врачей М. Д. Ковригина вместе с профессорами института. Мария Дмитриевна Ковригина считала, что вопрос о создании кафедры проктологии назрел. В стране возникали проктологические отделения, специальные учреждения этого профиля и для них требовались врачи и хирурги. Курс, который до кафедры был в Институте усовершенствования врачей, делался уже недостаточным. К тому времени профессор Федоров был признанным авторитетом в проктологии как хирург и как педагог. 20 лет он занимается преподавательской деятельностью. Поэтому, естественно, именно к нему обратился Центральный институт усовершенствования врачей с просьбой принять на себя руководство новой кафедрой, которая бы работала на базе НИИ проктологии.

Сейчас кафедра уже закончила свою первую пятилетку. Каждый год на ней учатся 110—115 врачей — хирургов из разных городов страны. В течение года проходят пять двухмесячных циклов занятий. В каждой группе занимается по 25 врачей.

Первый цикл предназначен для обучения повышению квалификации профессоров и преподавателей высших медицинских учебных заведений. Приехавшие в Москву преподаватели мединститутов слушают лекции опытных профессоров-проктологов, присутствуют на сложных операциях в Институте проктологии, досконально разбирают эти операции, смотрят больных.

Остальные четыре цикла занятий организованы для врачей-хирургов.

— Есть ли разница в обучении преподавателей медицинских институтов и лечащих хирургов-проктологов?— спрашиваю я у доцента этой кафедры, уже знакомого читателю доктора медицинских наук, заведующего отделением НИИ проктологии А. М. Никитина.

— Конечно, есть,— говорит он.— С преподавателями обсуждаются методические вопросы преподавания проктологии как научной дисциплины. Не только мы с ними, но и они с нами делятся своим опытом. Устраиваем дискуссии.

Слушателей из лечащих хирургов-проктологов к нам направляет Министерство здравоохранения. Преподавателей медвузов мы приглашаем сами по их заявкам. Однако заявок бывает больше ста, а мест у нас только 20—25. Надо учитывать, что курсанты наши — сами профессора, заведующие кафедрами хирургии в мединститутах — люди очень опытные, интересные, с самостоятельным мышлением. Занятия с ними требуют от преподавателя кафедры проктологии больших знаний, напряжения, особой этики чтения лекций, проведения занятий.

Ежедневно с часу до трех идут лекции, показательные операции. Затем занятия в лабораториях. За время учебы приехавшие хирурги как бы становятся членами коллектива Института проктологии. Их приглашают на все заседания, научные конференции, они бывают на аробациях диссертаций, сами выступают.

Проводятся с ними экскурсии в ведущие медицинские учреждения страны, например, в новые онкологические и кардиологические центры, в другие научные институты.

Уже около 700 ведущих хирургов-проктологов страны из Благовещенска, Киева, Минска, Тбилиси и других городов занимались на кафедре, слушали лекции.

— А не было ли повторных циклов занятий с теми, кого уже вызывали в Москву?

— Лишь один, в пятилетний юбилей кафедры,— отвечает Никитин.— Больше, к сожалению, не было у нас возможности. И по разу-то не успевали принимать всех желающих подучиться. Кафедра

маленькая — семь преподавателей. Один — В. Д. Федоров, член-корреспондент Академии медицинских наук, три доцента (доктора наук!), три ассистента. А в начале работы был всего один профессор — «В. Д.».

БЕЗ СКАЛЬПЕЛЯ

Наркоза больной не давали. Никто не следил за давлением и пульсом. Не было ни крови, ни наложения швов. Однако операция шла здесь самая настоящая. И сложная — удаление полипов прямой кишки. К тому же и больная была в преклонном возрасте — 72 года. В этом возрасте любое хирургическое вмешательство опасно, раны заживают долго. А здесь...

После операции больная встала и сама поднялась на лифте в палату. Через пять-шесть дней она уже будет дома.

Чудо? Нет. Операция выполнена методом эндоскопического вмешательства.

Я беседую с заведующим отделением эндоскопии доктором медицинских наук В. П. Стрекаловским.

— Институт наш — научное учреждение, но работаем мы на основе практики и для практики. Поэтому у любой работы две задачи — научная и практическая. В том числе и у таких методов исследования, как эндоскопия, колоноскопия, и некоторых других, — говорит он. — При помощи стекловолнистой оптики мы получили возможность заглянуть практически во все отделы желудочно-кишечного тракта, обнаружить полипы, язвы, всевозможные образования, вплоть до мельчайших, в 40—50 микрон. И сделать это быстро и, главное, безболезненно для пациента. Методика наша, а аппарат усовершенствован совместно с японской фирмой «Олимпус».

Колоноскопия — метод исследования, диагностики, — продолжает Стрекаловский, — но он позволяет, как вы сами видели, выполнять операции — удалять полипы, проводить расширенные биопсии.

Да, я видела, как черный эластичный шнур легко входит в кишечник пациента и мягко ползет, показывая врачу все, что встречается на пути. Одновременно изображение подается на экран цветного телевизора, идет видеозапись.

Владимир Павлович ставит пленку — и на экране проходят кадры недавних исследований. Он комментирует: это диффузный полипоз 14-летнего паренька с Алтая, оперировал потом Никитин. Это болезнь Крона — огромная язва. А вот совсем неприятный случай — на фоне неспецифического язвенного колита развился рак.

Отличный прибор! Но пока сам метод очень дорог и таких установок мало.

— Сколько же исследований вы провели колоноскопическим методом?

— Более 18 тысяч. Пожалуй, такого опыта не имеет никто в мире.

— А сколько выполнили операций?

— Около пяти тысяч. К сожалению, было шесть осложнений, после которых потребовалось хирургическое вмешательство традиционными методами.

Вместе со мной смотрят запись и слушают Стрекаловского врачи из других городов, занимающиеся на кафедре проктологии. «Всего шесть! — восхищаются они. — Ведь пациенты с полипами были пожилого возраста, и осложнения у них при традиционных хирургических операциях возможны неизмеримо чаще, всего шесть!»

Но Стрекаловский не разделяет восторга, он огорчен: «К сожалению, шесть».

Колоноскопия только один из методов, применяемых в отделении. Совместно с японской фирмой созданы комбинированные приборы для осмотра, по существу, всего пищеварительного тракта и органов брюшной полости.

Метод колоноскопии был темой докторской диссертации Стрекаловского.

Владимир Павлович родился в северной русской деревне, медицину изучал в Казани, работал в сельской больнице. Аспирантуру окончил в Москве. В лабораторию, ставшую потом НИИ проктологии, пришел десять лет назад, в 1972 году. Эндоскопия тогда только начиналась, отделения, естественно, не было. В кабинете стоял один эндоскоп.

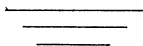
— Скажу вам по секрету, — говорит Владимир Павлович, — нам уже тесно. «В. Д.» пробивает новое здание, по нашему проекту, с учетом того нового, что вошло в науку. К тому времени, надеюсь, у нас появятся новые отечественные приборы. Разработки ведутся, но нельзя выдавать желаемое за действительное. Это первое правило научной честности. В институте Федорова его не нарушают.

— А какие еще незыблемые правила есть у вас в институте?

— Первое — гуманное отношение к человеку, к больному, прежде всего как к живому существу, древнее правило медицины, но о котором теперь в мире иногда забывают даже врачи. Второе — безнадежных больных нет. Врач борется за жизнь и здоровье каждого больного до конца. И третье — сотрудники имеют полную свободу творчества, которая выражается в праве доказывать и отстаивать свои взгляды. А потом отвечать за них. Правила эти идут от Федорова...

«То, что сделано в нашем институте,— плод работы всего коллектива, поэтому обо мне лично писать не надо, пишите о коллективе, о сотрудниках, об институте», — вспомнились мне слова В. Д. Федорова.

Я выполнила его пожелание. И не моя вина, что за каждым врачом, за каждым больным незримо стоял Федоров. В каждом научном исследовании, в каждой операции, выполненной здесь, чувствовались его мысль и труд. В стиле работы института угадывались манера самого Федорова, его характер. НИИ проктологии и профессор В. Д. Федоров неразделимы. Здесь уж ничего не поделаешь.



СО Д Е Р Ж А Н И Е

Вместо предисловия	3
Ядро успеха	6
«Душа кафедры»	9
«Не Маят, а маяк»	12
Учитель об ученике	19
История болезни №	21
День рождения	24
Точность	25
Немного истории	27
Новая профессия магнитов	30
«Милосердие — наше призвание»	33
Терапевт среди хирургов	36
Лечить, но как?	39
Главное — метод и направления	42
Без скальпеля	44

Ванда Владимировна БЕЛЕЦКАЯ

ХИРУРГИ

Редактор **М. М. Жигалова**

Технический редактор **О. Н. Ласточкина**

Сдано в набор 28.04.83. Подписано к печати 06.07.83.
А 02726. Формат 70×108^{1/32}. Бумага газетная. Гар-
нитура «Школьная». Офсетная печать. Усл. печ. л.
2,10. Учетно-изд. л. 3,02. Тираж 100 000 экз.
Изд. № 1629. Зак. № 659. Цена 20 коп.

Ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции
типография газеты «Правда» имени В. И. Ленина.
125865, ГСП, Москва, А-137, ул. «Правды», 24.

ДЛЯ ВАС, КНИГОЛЮБЫ!

Во всех книжных магазинах и киосках продаются билеты Всероссийской книжной лотереи.

Вероятность выигрыша достаточно велика: из каждых 200 билетов 69 выигрышных.

Стоимость билета 25 копеек, а сумма выигрыша заранее обозначена на внутренней стороне запечатанного билета: 50 копеек, 1, 3 и 5 рублей.

По выигрышному билету можно приобрести по своему выбору книгу или другие товары из наличного ассортимента книжного магазина или киоска на территории РСФСР.

Прочитанные книги вы можете продать книжным магазинам. Этим вы окажете добрую услугу другим книголюбам.

Желаем удачи!

**Росглавкнига.
Дирекция Всероссийской книжной
лотереи.**