

Н. А.МАГАЗАНИК
ПУТЬ ИСКУССТВА ДОЛОГ..

ВОСПОМИНАНИЯ СТАРОГО ВРАЧА

СОДЕРЖАНИЕ

Студенческие годы.....	стр.5
Оказывается, я тоже смертен!.....	стр. 18
Окончание института.....	стр. 22
Сельская участковая больница.....	стр. 28
На новую учебу – в ЦИУ!.....	стр. 41
Самая главная учеба	стр. 45
Что выбрать – науку или практическую работу?.....	стр. 73
Частная практика.....	стр. 78
И снова я учусь	стр. 87
Работа в условиях израильской медицины.....	стр. 91

ПУТЬ ИСКУССТВА ДОЛОГ ...

ВОСПОМИНАНИЯ СТАРОГО ВРАЧА

Н.А.МАГАЗАНИК

«Старость – это прошлое в настоящем»

Т. Манн

Первый афоризм Гиппократов начинается словами «Жизнь коротка, путь искусства долог...». Как это верно! Вот уже почти полвека я непрерывно работаю практическим врачом, но и сейчас нередко бываю недоволен собой: не хватает то знаний, то навыков, то наблюдательности, то догадливости. Досадно, если ошибешься в диагнозе или в лечении или когда вдруг убеждаешься, что ведь все было ясно уже с самого начала. Вот почему я и до сих пор стараюсь учиться – и на своих ошибках, и наблюдая за работой других врачей, и по книгам.

Жизнь сложилась так, что я смог основательно познакомиться с самыми разными условиями врачебной деятельности. Начинать я врачом общей практики в маленькой – на 25 коек – сельской участковой больнице под самым Полярным кругом. Снежные метели часто отрезали нас от остального мира, так что все приходилось решать и делать самому, не рассчитывая на постороннюю помощь. Возникла привычка брать ответственность на себя – важное качество для врача, которое так ценят больные, но которое они встречают не так-то часто... Все студенческие годы я учился хорошо, получил диплом с отличием. Но как я жалел в те первые трудные годы (и продолжаю жалеть даже теперь!), что не был ещё более усердным и любознательным при изучении хирургии, гинекологии, кожных, глазных болезней и т.п. Как быгодились мне эти дополнительные знания!

В дальнейшем целых 17 лет я проработал палатным врачом в терапевтическом отделении крупнейшей московской больницы им. С.П.Боткина, Мне повезло там учиться у замечательных докторов, которые к тому же были яркими, интересными личностями. Попутно я занимался и научной работой, публиковался в солидных медицинских журналах, защитил кандидатскую и докторскую диссертации, обучал молодых врачей. Затем я стал главным терапевтом другой крупной московской больницы, где в мои обязанности входили ежедневные обходы, консультации неясных больных, лекции для врачей, клинические разборы. Постепенно у меня образовалась обширная частная практика – особый вид врачебной работы, резко отличающийся по своим условиям и психологически от работы врача на зарплате как в поликлинике, так и в боль-

нице. Решив эмигрировать из СССР, я оставил свою престижную должность и устроился рядовым врачом в платную консультативную поликлинику.

Амбулаторная медицина также имеет свою специфику. Госпитальный врач привыкает иметь дело с «большими» болезнями – инфаркты, мозговые инсульты, шоки, циррозы печени и т.п. К его услугам круглосуточно весь арсенал современных диагностических служб (рентген, лаборатории) и консультации разнообразных специалистов. В поликлинику обращаются чаще всего по мелким, казалось бы, поводам – простуда, боли в спине, головокружение, запор и т.п. Например, среди сотен больных с жалобой на головную боль амбулаторный врач может встретить менингит, быть может, один раз в два-три года; даже настоящую мигрень, не говоря уже о мозговой опухоли, он видит за год всего несколько раз. Ещё у десятка-другого головная боль действительно вызвана повышением артериального давления. Гораздо чаще головная боль оказывается просто невротическим симптомом, либо происхождение этой жалобы так и остается неясным. Но поскольку простая таблетка от головной боли нередко надолго снимает эту проблему, то исследовать каждого такого больного так, как привык это делать госпитальный врач (глазное дно, детальное неврологическое обследование, а то и компьютерная томография черепа) не только неразумно, но и просто невозможно в условиях амбулаторной практики. Много раз мне приходилось видеть, как очень хорошие врачи с академическими степенями, всю жизнь проработавшие в известных клинических больницах, терялись сами и быстро теряли популярность среди больных при переходе на амбулаторную работу...

Уже в немолодом возрасте я эмигрировал в Израиль. Здесь я на практике познакомился с западной медициной, о которой раньше я имел представление лишь по книгам. Ныне я работаю семейным врачом – аналог участкового врача в СССР.

Мне кажется, что такой длительный и разнообразный опыт может представить интерес для молодого врача.

СТУДЕНЧЕСКИЕ ГОДЫ

Я начал изучать медицину в 1948 г. Это был апогей сталинского безумия. Только что запретили генетику как «лженауку». Малейший интерес к достижениям зарубежной медицины считался позорным преклонением перед растленным и враждебным буржуазным Западом. Публикации шарлатанов и невежд вроде Лысенко, Бошьяна, Лепешинской были объявлены высшими достижениями прогрессивной советской науки. Вскоре стали увольнять и арестовывать талантливых профессоров и доцентов, а возникшие вакансии наспех затыкали бездарностями, у которых за душой был только партбилет и одобрение партийного начальства. Одной из главных черт той эпохи был всеобщий страх увольнения, ареста, а то и расстрела.

Вот для иллюстрации два маленьких штриха из моей жизни.

Еще подростком я твердо решил не курить – не потому, что это вредно для здоровья, а потому, что уж если я попаду в тюрьму, то хоть не буду страдать в ней от ещё одной привычки! Почему я мог попасть в тюрьму, я не знал, но окружающая жизнь показывала, что шансов попасть туда для простого человека гораздо больше, чем, скажем, шансов попасть под автомобиль... Все годы учебы в медицинском институте я панически боялся, что меня исключат с «волчьим билетом», и я никогда не стану врачом. А ведь я не был диссидентом и твердо знал, что надо держать язык за зубами. Просто я понимал, что любой неглупый человек легко может прочесть в моих глазах скептическую улыбку и донести об этом куда следует. Помню, в те самые годы, попала мне книга Сенеки «Трагедии» и там поразило горестное восклицание, очевидно вызванное ужасами эпохи Нерона: «Что можно там, где и молчать нельзя!». Так что я рано стал убеждаться в правоте Экклезиаста «Нет ничего нового под солнцем»...

Еще до поступления в институт я довольно хорошо знал английский язык, в те годы это было большой редкостью: в нашей студенческой группе из 30 человек таких счастливчиков было только двое – я и ещё юноша из старой профессорской семьи. Как только начались занятия, я побежал в институтскую библиотеку и попросил дать мне какой-нибудь учебник на английском языке – уж очень хотелось использовать свои знания. Старушка библиотекарьша с изумлением взглянула на меня и сказала, что книги на иностранных языках выдают только по письменному разрешению декана. У меня хватило ума или осторожности не соваться к начальству с такой странной просьбой. Вместо этого я стал завсегдатаем букинистических магазинов, где изредка попадались заграничные книги. Мне удалось купить толстенный американский учебник по внутренним болезням под редакцией Сесил, изданный в 1944 г. Меня поразило, что уже тогда в книге была добавка о новом лекарстве – пенициллине и о его применении. У нас же в Москве он был в те годы (1948-1949) редким и страшно дефицитным импортным лекарством, и я хорошо помню непривычные ещё тогда маленькие стеклянные флаконы с надписями на английском языке.

Содержание и сам стиль изложения в этом заграничном руководстве мало отличались от наших тогдашних учебников на русском языке. Это была медицина ещё без антибиотиков и кортикостероидов, без операций на сердце, без реанимационной аппаратуры, без компьютерной томографии и ультразвуковой диагностики, без онкологической химиотерапии; для общего наркоза применяли обычно эфир или хлороформ. В учебниках фармакологии ещё были главы, посвященные мышьяку, стрихнину и ртути, как лекарствам (да-да!). Мышьяк считался тогда общеукрепляющим средством, улучшавшим «обмен веществ» (впрочем, механизм этого действия, да и само понятие «обмен веществ» излагались как-то неясно). Стрихнин, как следовало из опытов на лягушках, понижал порог рефлекторной возбудимости, и потому его рекомендовали при вялости нервной слабости (астении). Чтобы действовать наверняка, оба эти вещества нередко применяли одновременно. Для этого даже были ампулы под названием «Дуплекс», и в первые годы своей медицинской карьеры я испытывал удовлетворение, уверенно назначая их тем непонятным больным, которые жаловались на слабость, утомляемость, бессонницу и раздражительность, но у которых обычное клиническое обследование не обнаруживало никаких отклонений от нормы. Теперь эти случаи я назвал бы стёртой депрессией или неврозом тревоги, и ограничился бы либо простейшей психотерапией в виде успокаивающей, ободряющей беседы (reassurance), либо валерианой с небольшим количеством транквилизаторов, либо, наконец, малой дозой витаминов как психотерапевтическим плацебо, если больной жаждет «таблетку». Читая эти строки, нынешний свежее испеченный врач, искушенный в тонкостях генетической и молекулярной медицины, наверное, снисходительно улыбнется с чувством собственного превосходства. Но не зазнавайтесь, молодой человек! Пройдёт ещё полвека, и многие лекарства, в эффективность и научную обоснованность которых вы теперь свято верите, также могут оказаться нелепыми, а то и просто вредными...

По-видимому, американская медицина в те годы (1945-1950) ещё не очень отличалась от нашей, и студентов обучали примерно тому же. Более того. Сравнивая некоторые разделы в книге Сесила с аналогичными главами в русских учебниках, я убеждался, что иногда отечественный автор излагал свой предмет полнее и лучше. До сих пор помню изумительное по яркости описание клинической картины натуральной оспы и холеры в учебнике инфекционных болезней Розенберга, изданном ещё в 1935 г. - видно было, что автор не нуждается в переписывании из других книг, ибо он сам лечил сотни или даже тысячи таких больных... Точно так же в тогдашнем учебнике внутренних болезней В.Ф. Зеленина и Э.М. Гельштейна, многие главы отличались необычайной ясностью, логичностью изложения и практической направленностью. Их было легко читать, и они сразу запоминались. Они были гораздо интереснее, чем у Сесила. Вдова Э.М. Гельштейна, врач-невропатолог Г.Х. Быховская впоследствии рассказала мне, как он писал свои разделы учебника. Элеазар Маркович сначала внимательно читал обширную литературу по определенной теме, потом откладывал всё на несколько недель и только потом садился за письмен-

ный стол, ничего не имея, на сей раз, под рукой, кроме бумаги и карандаша. Он считал, что нужно не переписывать из других книг, а излагать только то, что хорошо усвоено – сплав собственного опыта, прочитанного и размышлений. Увы, как редко встречаются такие авторы!

Другой яркий и оригинальный врач, встретившийся на моем пути, Б.Е. Вотчал как-то с неодобрением заметил про одного известного профессора: «Его просто «несёт» неперевавшими цитатами!». Работая под его руководством уже в качестве молодого врача, я продолжал много и жадно читать медицинскую литературу на нескольких языках в надежде поскорее достичь уровня своих учителей. Борис Евгеньевич заметил это и памятно сказал мне: «Вы много читаете, это хорошо. Но на каждый час чтения надо два часа размышлений...».

Но я забежал вперед. С благоговением и энтузиазмом стал я посещать лекции, но вскоре мой пыл изрядно охладел. Для таких начальных предметов как анатомия, гистология, фармакология, физиология и т.п. никакие лекции не могут заменить усердной проработки всего учебника и практических занятий. Кроме того, многие лекторы даже не вызывали уважения. Анатомию нам читал академик Терновский – седовласый благообразный старец; но даже в центральных газетах его обвиняли в плагиате и в незнании латыни, а в институте поговаривали о его распутстве в нашем студенческом общежитии... Профессор фармакологии В.И. Скворцов когда-то написал очень хороший учебник, но теперь это был дряхлый старик, упорно не хотевший уйти на пенсию. Для преподавания физиологии взамен недавно арестованной Л.С. Штерн высокое начальство прислало нового профессора Бирюкова. На первой же лекции, представляясь нам, он гордо объявил, что окончил институт красной профессуры. (Это учреждение большевики создали вскоре после революции, чтобы спешно готовить держиморд для присмотра за старыми, ненадёжными учеными и для замены их). Я тогда же подумал, что ничего хорошего от такого лектора ждать не приходится. Действительно, лекции были скучными, поэтому студенты занимались посторонними делами или просто болтали, а Бирюков пытался восстановить тишину грубыми окриками. А ведь как раз учебник Гинецинского, изданный незадолго до погрома в физиологии и чудом не изъятый из библиотек, был очень интересным. Начальство требовало свести всю физиологию к нервизму и к учению И.П. Павлова, но делалось это всё ужасно топорно и глупо. Чтобы самому разобраться в этой проблеме, я прочел «Лекции по физиологии нервной системы» Л.А. Орбели. Какая это была блестящая и интересная книга, и какой привлекательной, умной и достойной рисовалась в ней личность автора – действительно выдающегося физиолога, который не заканчивал институт красной профессуры, а работал и с И.П. Павловым, и в лучших зарубежных лабораториях у корифеев физиологии!

Только два профессора вызвали у меня симпатию. К сожалению, оба не имели прямого отношения к клинической медицине. Один из них, заведующий кафедрой органической химии В.М. Родионов был действительным членом АН

СССР, и я всё удивлялся, почему такой выдающийся ученый взял себе кафедру в нашем институте, где его предмет был явно второстепенным, вместо того, чтобы преподавать на химическом факультете Московского университета или возглавить какой-нибудь солидный научно-исследовательский институт по своей специальности. Это был очень симпатичный старичок с каким-то чистым, милым лицом и ясными глазами. Лекции свои он читал очень живо и часто прямо перед нами строил из разноцветных деревянных шариков и штырьков объемные модели различных органических молекул. Их формулы сразу становились понятными. Однажды, он как-то особенно воодушевился, и вдруг из под воротника его рубашки выбилась черная ленточка – «Да ведь у него же нательный крест!» догадался я. В те годы это было совершенно необычно, и я зауважал его ещё больше. Спустя, наверное, полвека, из чьих-то воспоминаний я узнал, что в двадцатые годы В.М. Родионов успел посидеть в советской тюрьме. Поскольку он и тогда уже был известный химик (он родился в 1878 г. и скончался в 1954 г.), то его направили в одну из «шарашек» (тюремное заведение для арестованных ученых, где они должны были трудиться по специальности, чтобы их таланты не пропадали для советской власти зазря). Но помогать большевикам на таких условиях В.М. Родионов не захотел (в отличие от А.Н. Туполева, С.П. Королева, А.С. Солженицына и многих других), и предпочел работать в шарашке *простым уборщиком* до своего освобождения!

Другим запомнившимся лектором был заведующий кафедрой гистологии профессор Г.К. Хрущов. Лекции он читал негромким голосом в сдержанной, интеллигентной манере, как бы считая всех слушателей такими же культурными, серьезными людьми, как и он сам. Большинству из нас было тогда еще далеко до этого. Но такая позиция невольно вызывала встречное уважение, и на его лекциях всегда было тихо. Уже потом, часто встречая в научных статьях ссылки на его работы, я понял, что он был в своей области по-настоящему выдающимся ученым.

Наконец, настало время изучать клинические дисциплины, Увы, лекции снова показались мне скучными и неинтересными. Большинство лекторов-профессоров было на наше несчастье типичными продуктами сталинской эпохи – серыми, бесталанными и даже косноязычными. Например, блестящего Э.М. Гельштейна срочно заменили бесцветным Нестеровым. Я поинтересовался в библиотеке, что же он написал. Оказалось, его докторская диссертация была посвящена истории ревматологии в России. Тогда модны были сочинения, доказывавшие, что все науки в России были всегда самыми лучшими и самыми передовыми, особенно по сравнению с Западом. Вот, оказывается, в чём был большим специалистом этот профессор! Его дальнейшая карьера тоже была превосходной – он стал академиком-секретарем Академии Медицинских Наук и директором института ревматизма, так и не написав ни одной монографии по болезням суставов. Другой профессор получил кафедру акушерства и гинекологии, защитив докторскую диссертацию на тему «Русские щипцы» (в акушерстве было несколько разновидностей этого инструмента для извлечения

плода при трудных родах; был предложен когда-то особый вариант и в России, но он не получил распространения).

Вдобавок, многие учебники тоже казались нудными и рассчитанными не столько на понимание, сколько на зубрежку. На этом унылом и безрадостном фоне выделялся только один учебник «Патологическая анатомия и патогенез болезней человека» И.В. Давыдовского. Чувствовалось, что автор с уважением обращается к смышлёному и любознательному студенту и делится с ним не только своими знаниями, но и мыслями, сомнениями. В результате этот пугающий всех студентов своей трудностью предмет вдруг оказался интересным, по-настоящему важным и легко обозримым. Готовиться к экзамену по такому учебнику было сущее удовольствие, я даже законспектировал его – просто так, для себя. Но и этот выдающийся ученый не устоял под страшным гнетом сталинской эпохи. Мне попался стенографический отчет о заседании Академии Медицинских Наук, посвященном перевороту в мировой науке, совершенному О.Б. Лепешинской. Она в своей лаборатории на домашней кухне (!) будто бы доказала возможность самозарождения клеточной жизни и тем опровергла опыты Пастера, заслуженно считающиеся до сих пор эталоном научной точности, изящества и убедительности. Кстати, в своей роскошно – по тем временам - изданной монографии Лепешинская начала список использованной НАУЧНОЙ литературы с воспоминаний Крупской о Ленине! Поскольку труд Лепешинской был высочайше одобрен, то все выступавшие рассыпались в комплиментах. Но и в этом хоре И.В. Давыдовский превзошел других. Он сказал буквально следующее: «Мы должны быть благодарны Ольге Борисовне за то, что она освободила патологию от тесного прусского мундира, надетого на неё Вирховым». А ведь я сам читал в его прежних научных работах почтительные ссылки на Вирхова, как на величайшего авторитета...

Меня очень огорчало то обстоятельство, что и лекторы, и учебники наводили тоску и уныние. Неужели скучна сама медицина? Или, быть может, эта профессия не для меня? Я ужасно страдал от этого – ведь так хотелось стать хорошим врачом, а в туманном будущем даже профессором. Сам я не из врачебной семьи, и некому было дать мне совет, как справиться с этой проблемой. Помог случай.

Как-то попалась мне автобиография Ч. Дарвина, написанная им уже на склоне лет. Оказывается, в молодости он учился в университете с неохотой, получал низкие оценки и считался очень посредственным студентом. Ему нравилась художественная литература, поэзия, а над учеными статьями он буквально засыпал. Только постепенно регулярные занятия наукой привели к тому, что сначала он просто привык читать специальную литературу, а потом и пристрастился к этому, так что «теперь – по его словам – у меня нет большего наслаждения, чем прочесть хорошую научную статью». Одновременно он стал равнодушным к художественной литературе, а когда он попытался уже в старости перечесть любимого им некогда Шекспира, то вскоре с отвращением отложил книгу в сторону... «Не знаю – бесстрастно заключил он это наблюдение над собой – надо ли жалеть о такой перемене, но она произошла». Это необыч-

ное признание подбодрило меня. Я понял, что интерес к чтению медицинской литературы можно в себе воспитать. И я стал искать такие книги, которые могли бы приохотить к чтению по выбранной профессии.

Кто-то посоветовал мне книгу Мондора «Неотложная диагностика – острый живот». Я раздобыл ее (она была переведена с французского языка на русский еще в 1937 г.) и сразу же восхитился ярким и темпераментным стилем. Не могу удержаться и приведу маленький отрывок для примера. «Насколько мучительно зрелище неопытной, грубой и не достигающей цели руки, настолько приятен и поучителен вид двух нежных, ловких и умелых пальпирующих рук, которые успешно собирают необходимые данные, внушая больному доверие. Мне приходилось наблюдать изумительные по своей законченности и тонкости пальпаторные приёмы. Движения врача в это время являются наиболее красивыми из всех его движений. При виде десяти пальцев, стремящихся обнаружить такую важную и серьезную истину посредством терпеливого исследования и тактильного таланта, перед нами ярко выступает все величие нашей профессии. Урок пальпации должен быть одним из первых и самых продолжительных. От него благо больного зависит в большей мере, чем от самых пространственных теоретических рассуждений...».

Воодушевленный такой находкой, я стал еще усерднее искать подобные книги. Я расспрашивал и преподавателей, и своих однокурсников, и знакомых врачей, но тщетно. Я попытался прочесть клинические лекции С.П. Боткина и Захарьина, поскольку этих клиницистов неустанно расхваливали в годы моей учебы. Они показались мне неинтересными и написанными тяжёлым языком. С особой надеждой я искал переводы с французского, надеясь на галльское красноречие и изящество. В одной такой переводной (довольно скучной) книге авторы в предисловии писали, что сначала они просто хотели переработать и осовременить старый учебник внутренних болезней Дъелафуа, но – продолжали они - «произведение искусства не подлежит исправлению». Это замечание поразило меня, я тотчас побежал в нашу институтскую библиотеку и взял этот учебник, переведенный и изданный в России еще в 1899 г. Конечно, многое в нем было устарелым уже тогда, когда я с ним познакомился (1950 г.). Но читать его было очень интересно – живой язык, красочные и потому легко запоминающиеся описания болезней. Главное, заражали энтузиазм автора, его любовь к предмету и горячее желание помочь молодому врачу. Увы, как часто при чтении чувствуешь, что автор - скучный и равнодушный человек и что он просто старательно переписывает из других книг и статей, заботясь лишь о том, чтобы его не упрекнули в забывчивости... Даже сейчас, спустя полвека я чувствую симпатию и благодарность к этому замечательному врачу... Дъелафуа с благоговением писал о своем учителе Труссо, но в отличие от него он уже широко пользовался новыми тогда открытиями микробиологии, гистологии, патологической анатомии и физиологии и потому он говорил почти что на современном научном языке. Вместе с тем он еще не утерял связи со старой, гиппократической медициной, основанной только на непосредственном контакте врача с больным без каких-либо дополнительных лабораторных или ин-

струментальных данных. Поэтому он часто и с удовольствием цитировал своих великих предшественников Галена, Ван Свитена, Гунтера, Гебердена, Лаэннека, Труссо и других классиков, восхищаясь их нестареющими и удивительно точными описаниями различных болезней. Много раз потом я убеждался в справедливости замечания Паскаля: «Когда читаешь произведение, написанное простым, натуральным слогом, невольно удивляешься и радуешься: рассчитывал на знакомство только с автором, а познакомился с человеком».

Воодушевленный счастливой находкой, я стал рыться в отделе старых книг нашей институтской библиотеки и вскоре обнаружил там три толстенных тома клинических лекций Труссо, переведенных на русский язык и изданных в Москве в 1876 г.! Начав перелистывать их с любопытством скорее праздным, нежели деятельным, я вскоре увлекся настолько, что прочёл их полностью, а когда через несколько лет я самостоятельно выучил французский язык, то раздобыл эти лекции в оригинале и вновь их перечел с огромным удовольствием. Но об этом я расскажу в другом месте.

Мой интерес к старым авторам может показаться странным и уж во всяком случае чрезмерным: дай Бог усвоить и так уже почти необозримое количество сведений современной медицины! На это я могу сказать следующее. Конечно, когда речь идёт о ремонте автомобиля, то механику требуется только инструкция об исправлении поломок современных машин. Ему не помогут сведения о том, как ремонтировали допотопные модели 50-80 лет назад... Но чтобы лечить больного человека, недостаточно вооружиться новейшим справочником, где перечислены все возможные «поломки» и способы их устранения. Ведь врачевание, несомненно, является искусством. Когда о ком-то говорят: «Он хороший врач», то имеют в виду не то, что он прочел много книг, а то, что он УМЕЕТ лечить! Конечно, медицина является, прежде всего, наукой, поскольку она опирается на такие бесспорно чисто научные дисциплины, как фармакология, физиология, анатомия и т.п. Но для того, чтобы применить эти сведения у конкретного больного, разобраться в пестрой клинической картине, отделить наиболее важное от сбивающих с толку и лишних мелочей, составить план обследования и лечения в зависимости от имеющихся условий и личности больного – для всего этого недостаточно прочесть учебник. Здесь требуется особое искусство, которому можно научиться у опытных мастеров своего дела. Недаром все художники в обязательном порядке изучают работы старых мастеров, несмотря на то, что современные стили и даже материалы стали совершенно иными.

В любой литературе – будь то художественная или специальная – и в любую эпоху талантливые, блестящие писатели и их произведения являются абсолютным меньшинством. Не так-то просто найти эти отрадные островки в море посредственности и бездарности. Но благодетельное время топит в Лете все малоценное. Так что если вы часто встречаете имя какого-то старого автора, то можете быть уверены – это достойный и интересный собеседник.

Во-вторых, в те годы мы были ограничены только русскоязычной литературой. Авторы многих советских учебников либо были посредственностями,

вроде Бирюкова из института красной профессуры, либо не без основания боялись писать ярко и оригинально в стране всеобщего рабства и страха. Я вспоминаю только два исключения из этого потока бездарных или просто скучно написанных книг – «Этюды желудочной хирургии» С.С.Юдина и «Очерки гнойной хирургии» В.Ф. Войно-Ясенецкого. Но не случайно оба эти автора побывали в тюрьме.. А сколько прекрасных и полезных учебников и монографий на английском, французском и немецком языках я узнал впоследствии, и как бы они обогатили меня в студенческие годы, когда память так цепка!

Я пошёл в Центральную медицинскую библиотеку в надежде утолить свою жажду чтения. Это была богатейшая по количеству книг, но очень бедная по оборудованию библиотека, уютившаяся в старинном и тесном здании, То ли из-за нехватки места, то либо другой причине, но студентов в нее не пускали, даже в читальный зал! Что же касается другой причины, то вот ещё одна деталь той эпохи. В отличие от медицинской библиотеки, в главную библиотеку страны – Ленинскую – допускали всех граждан старше 18 лет. Я записался в общий читальный зал и заказал несколько книг, в том числе Афоризмы Ларошфуко – знаменитого французского писателя 17 века, о котором я часто встречал самые хвалебные отзывы. Вскоре книги пришли, но на бланке-требовании Ларошфуко была надпись «Отказ». Я не очень-то удивился – уж к чему-чему, а к отказам советский человек привык – но всё же я спросил сотрудницу библиотеки, почему не выдают книгу, написанную лет за 250 до Октябрьской революции и потому не могущую содержать антисоветские высказывания. Пожилая сотрудница загадочно улыбнулась и сказала: «Мысли великих людей студентам не рекомендуются...». Клянусь, я слышал эти слова собственными ушами! Тогда же я подумал, что их следовало бы отлить в бронзе и укрепить при входе в Ленинку... Только после смерти Сталина, году в 1956, впервые за все годы советской власти эта книга, наряду со многими другими истинными сокровищами мировой литературы была переиздана и мгновенно раскуплена. Вообще библиотеки в СССР были не только книгохранилищами, но и тюрьмами для «вредных» книг. Году в 1967 в журнале «Москва» впервые был опубликован (в урезанном виде) роман М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита». Это была сенсация, все зачитывались удивительным шедевром. Спустя несколько лет я оказался в роскошном правительственном санатории в Сочи. Там в библиотеке я нашел порядком уже затрепанные номера журнала «Москва» с этим романом и с наслаждением его перечитал. Возвращая книжки, я упрекнул библиотекаряшу: «Что же Вы не переплетете «Мастера и Маргариту»? Ведь жалко, рассыплется и пропадет!». Она простодушно и спокойно ответила: «А зачем переплетать? Ведь эта книга не вышла отдельным изданием, значит, и сохранять ее не стоит...»

Искал я в годы не только хорошие и интересные книги профессионального характера, но и художественную литературу, которая укрепляла бы меня в стремлении стать хорошим врачом. Из них памятны мне роман А.Крониной «Цитадель» и роман Синклера Льюиса «Эрроусмит». Много лет спустя я прочел в польском журнале (вроде нашего «Огонька») несколько очень хвалеб-

ных отзывов о книге воспоминаний шведского врача Акселя Мунте «Легенда о Сан Микеле», но нигде не мог найти её. И только с наступлением эры интернета я смог прочесть эту книгу. Кстати, теперь она издана на русском языке. Это, действительно, прекрасное произведение, которое полно интереснейших наблюдений, глубоких мыслей, поэзии и любви к людям...

Еще в студенческие годы я купил в букинистическом магазине уже тогда старую книгу «Болезни сердца» известного американского кардиолога Уайта, изданную в США в 1930 г. (первое издание). Интересной особенностью и украшением книги было то, что автор приводил в подлиннике или в собственном переводе с немецкого и французского отрывки из сочинений старых авторов с первым, оригинальным описанием общеизвестного ныне признака или симптома. Современные авторы жалеют время на поиски первоисточников и просто переписывают друг у друга. При таком равнодушном переписывании нередко искажается суть дела. Вот пример. Я долго не мог понять, в чем разница между симптомом Ласега и симптомом Кернига. По учебнику пропедевтики выходило, что в обоих случаях возникала боль при разгибании ноги, но в первом случае разгибали выпрямленную ногу, а во втором случае разгибали ногу, предварительно согнутую в колене. Вместе с тем диагностическое значение этих симптомов было совершенно различным и жизненно важным: симптом Кернига говорил о менингите, а симптом Ласега лишь о раздражении седалищного нерва.

Я решил справиться у самого Кернига. Несмотря на явно немецкую фамилию, он жил и работал в дореволюционной России, и его работы были как раз недавно переизданы среди прочих книг для доказательства, что отечественная медицина всегда была самая лучшая. В небольшой статье этот скромный рядовой врач одной из петербургских больниц сообщал, что, по его наблюдениям, мышечная ригидность, столь характерная для менингита, легко выявляется, если предварительно согнуть ногу под прямым углом в коленном и бедренном суставах, а потом попытаться ее выпрямить. В случае менингита рука врача испытывает сильное сопротивление, хотя больному **СОВЕРШЕННО НЕ БОЛЬНО**. Это обстоятельство Керниг специально подчеркивал! При симптоме же Ласега главное – это **БОЛЬ** при разгибании ноги!.. Все сразу стало ясно. В отличие от Кернига, у титулованных сочинителей позднейших учебников не было времени проводить целые дни напролет в больничных палатах и собственноручно обследовать больных... Поэтому симптом Кернига они излагали не на основании собственного опыта, а переписывая из предыдущих учебников. Очевидно, кто-то в этой длинной цепи решил добавить очевидную, казалось бы, деталь и написал, что при симптоме Кернига разогнуть ногу не только трудно, но и больно..

Увы, этот пример не исключение. Не так уж часто встречаются книги, где каждое слово основано на личном опыте автора, и потому все так надежно. Обратимся к бронхиальному дыханию – драгоценному и важному признаку массивного воспаления легких. Спросите любого студента-медика, чем оно отличается от нормального везикулярного дыхания, и наверняка вам ответят, что,

в первую очередь, оно отличается удлиненной фазой выдоха. Я нарочно справился в ШЕСТИ английских и американских учебниках пропедевтики, каждое из которых выдержало уже несколько переизданий, и ни в одном не нашёл правильного описания этого важнейшего феномена. Все пишут об удлиненном выдохе, некоторые сравнивают его с дыханием, прослушиваемым над гортанью, но никто не говорит о самом главном. Бронхиальное дыхание отличается от мягкого везикулярного дыхания своим характерно резким, высоким, «сухим» тембром (кстати, Лаэннек подчеркивает именно эту особенность и ничего не пишет о соотношении фаз вдоха и выдоха). Оно, скорее, похоже на шорох старой грампластинки, чем на ларингеальное дыхание. Чтобы изобразить его, начните произносить первый слог в слове «ХИ-трый», и, не меняя положения губ и языка, начните дышать через рот. Либо сочинители таких учебников никогда сами не слышали этот феномен, либо не доверяют собственному впечатлению и предпочитают переписать из предыдущего учебника... Один старинный врач, кажется, Геберден, сказал: «Я забочусь не о том, чтобы быть в согласии с другими книгами, а о том, чтобы быть в согласии с истиной» - золотые слова! Как-то, уже будучи зрелым врачом, я пришел в гости к своему любимому учителю В.А. Каневскому. Он в это время был уже на пенсии и очень стар, но с ясной, как и в прошлом, головой. Он приветливо улыбнулся и сказал мне: «Знаешь, что я сейчас читаю? – Перечитываю «Болезни сердца» Ланга. Как замечательно написано! Каждое слово – правда! А формулировки – просто чеканные!». - Речь шла о старом учебнике, написанном лет за 40 до нашего разговора...

Вот еще один пример. В годы моей учебы была очень популярна паранефральная блокада по А.С. Вишневному. Этот выдающийся хирург предложил вводить слабый раствор новокаина в паранефральную клетчатку, где расположено обширное нервное сплетение, чтобы подавить патологическую импульсацию, возникающую при шоке, перитоните или другом тяжелом заболевании. Показания к блокаде и механизм ее лечебного действия излагались в учебнике нечетко, но хирурги верили в нее и часто применяли. Чтобы разобраться самому, я разыскал и прочёл небольшую монографию самого А.С. Вишневного, посвященную этой блокаде. Там, в частности, описывались важные признаки того, что конец иглы находится там, где надо – в рыхлой паранефральной клетчатке: во-первых, новокаин поступает туда свободно, без всякого сопротивления; во-вторых, если отсоединить шприц, то из наружного отверстия иглы жидкость не будет капать, а наоборот, будет засасываться вовнутрь. Как-то на ночном дежурстве я вызвал для консультации врача-хирурга. Пришел солидный сотрудник хирургической кафедры (т.е. преподаватель!). После осмотра больного он предложил паранефральную блокаду и тут же приступил к делу: решительно вогнал длинную иглу в поясницу и стал под напором, явно преодолевая какое-то внутреннее сопротивление, вводить новокаин. Больной стонал от распирающей боли, а хирург, отсоединив опорожненный шприц, показал мне, как из наружного конца иглы быстро капает жидкость и настави-

тельно сказал: «Видишь: капает! Это значит, что мы попали именно в паранефральную клетчатку!». Я не стал с ним спорить...

Чувствуя невысокий уровень нашей клинической профессуры, я искал печатные клинические лекции. К сожалению, то, что нам рекомендовали – клинические лекции Боткина, Захарьина, Кончаловского – было скучно и не удовлетворяло. Как-то в магазине медицинской литературы я увидел клинические лекции по терапии профессора А.С. Воронова, изданные небольшим тиражом в Ростове на Дону. Автор был мне незнаком, но книгу я купил и не пожалел. Изложение было рассчитано как раз на студента, не искушенного в профессии. Автор на примерах наглядно и понятно показывал, как постепенно в процессе расспроса и физикального обследования возникает диагноз. Он объяснял, как выбрать в клинической картине наиболее важное, чтобы не запутаться в мелочах, как истолковать лабораторные данные. К сожалению, об этом не говорилось ни в учебниках семиотики и диагностики, ни на практических занятиях. С большим интересом и прилежанием перечитал я эту книгу несколько раз и все удивлялся, почему ее нам не рекомендуют и почему автор ее неизвестен. Но вскоре в газете «Медицинский работник» появилась до изумления ругательная и грубая рецензия на эту книгу. Не только «Лекции» объявлялись плохими, но и сам автор обвинялся в мошенническом переделывании диагнозов и в других мерзких поступках. Поскольку в то время каждый номер этой газеты изрыгал яд и желчь на ученых и врачей-евреев, то я впервые подумал, уж не еврей ли этот Воронов, хотя фамилия была русской. Спустя несколько лет я встретил сотрудника этого профессора, и он подтвердил мою догадку. Заодно он мне рассказал, какой интересный это был человек. Оказывается, прежде, чем стать врачом, он был актером! Вот, наверное, откуда литературные достоинства его лекций... И только то, что он был очень хорошим врачом и пользовался уважением больших партийных боссов в Ростове помогло ему издать свои лекции и избежать расправы..

Не повезло мне и на практических занятиях у постели больного. Впервые, в своей всегдашней гигантомании большевики стремились наготовить сразу как можно больше врачей (а также инженеров, агрономов, тракторов и комбайнов). Они надеялись, что большое количество само собой перейдет потом в высокое качество. В год моего поступления в медицинский институт было принято на лечебное отделение 200 человек и 250 на педиатрическое. А ведь в то время в одной Москве было целых три медицинских института! . Громадные лекционные залы были заполнены до отказа. Даже на старших курсах, когда надо было обучать нас практической медицине, преподаватель подходил к постели больного с группой 10-12 студентов. Естественно, что только немногим счастливицам удавалось приложить свой стетоскоп или прощупать то, что хотел продемонстрировать преподаватель. Другим оставалось только вытягивать шеи, чтобы хоть что-то увидеть или просто скучать и глядеть по сторонам. Обе стороны тяготились таким положением и потому чаще всего вместо обхода палаты мы усаживались где-нибудь в коридоре больницы, и преподаватель (ассистент) пересказывал нам главы из учебника. Официально

такие «микролекции» осуждались – ведь медицина – это, в первую очередь, практический опыт, но всё равно все поступали именно так. Один из ассистентов шутливо недоумевал: «Почему мою работу называют «микролекция»? Ведь это профессор читает свою лекцию всего два часа, а я деру глотку целых четыре часа подряд!»

Вследствие этого молодые врачи не получали достаточной подготовки, а главное, тренировки в важнейшем деле – физикальном обследовании больного, которое является незыблемым фундаментом диагноза и лечения. Мне запомнился шутливый рисунок: горе-строитель уложил вкривь и вкось несколько первых рядов кирпича, но оправдывается тем, что уж теперь-то каждый ряд получается у него идеально ровно. Ему невдомек, что стена все равно будет ненадежной... Увы, многие врачи делали отличную академическую карьеру, так и не подозревая, как шатки их ученые умозаключения, если исследование у постели больного было поверхностным. Как-то я присутствовал на клинко-анатомической конференции в больнице им. С.П. Боткина в Москве. Обсуждался случай тяжелого токсического энтероколита, закончившийся летальным исходом отчасти из-за несвоевременной диагностики. Выступление почтенного доцента гастроэнтеролога изобиловало литературными ссылками; он говорил о молниеносном, фульминантном, фудроянтном (foudroyant) течении болезни (доцент был из высоко культурной семьи, превосходно знал французский язык и был очень начитан). Все – и не только мы, молодые любознательные врачи – были впечатлены таким блестящим докладом, к которому, казалось, ничего нельзя было добавить. Но потом взял слово замечательный хирург профессор Б.С. Розанов – толстый, простоватый на вид старик и сказал: «Конечно, все мы знаем, что иногда эта болезнь течет молниеносно или, как тут было сказано, фульминантно. Но ведь никто из врачей не обратил внимания, что испражнения были сначала в виде горохового супа, а потом как мясные помои. А ведь это сразу же помогло бы выяснить, в чем дело». Мне стало стыдно за учёного доцента, который знал всё, кроме цвета испражнений при этой тяжелой болезни...

Главное в формировании молодого доктора – это практические занятия у постели больных. Увы, большинство преподавателей – ассистентов были довольно посредственными врачами и серыми, неинтересными личностями. Это и неудивительно. Сотрудников каждой кафедры подбирали, в основном, по рекомендации партийного начальства, а для него профессиональные и педагогические способности значили не так уж много. В дальнейшем, когда я уже стал довольно популярным врачом, так что на консультацию ко мне приходили многие, мне ни разу не встретились больные, которые прежде лечились у моих институтских наставников. У Ницше есть язвительный афоризм: «Кто может – тот делает, а кто не может – учит». Учиться надо у хорошего врача, но ведь попасть к нему – дело случая. Мне такое счастье впервые выпало только через три года после получения врачебного диплома. И я обращаюсь к своим читателям – студентам и начинающим врачам: не довольствуйтесь рутинной учебой и стандартной педагогической кормежкой «от сих до сих», пополняйте свои

знания в общении с хорошими врачами, ищите их! А если до поры до времени вам не повезло, ищите и усердно читайте хорошие медицинские книги, пусть даже старые!

Итак, прочных практических навыков по физикальному обследованию больных (пальпация, перкуссия, аускультация) получить в студенческие годы мне не удалось. Еще хуже обстояло с техникой расспроса (собираание анамнеза). На кафедре пропедевтики внутренних болезней нам выдали типовой вопросник для составления истории болезни. Его авторы, по-видимому, хотели нас приучить к методическому и всестороннему расспросу. Но в погоне за этой похвальной целью они перегрузили анкету массой неуместных или даже ненужных вопросов. Например, там был вопрос: «Возраст начала половой жизни». Даже в гинекологической практике такие сведения нужны очень редко. И вот я, двадцатилетний юноша, вынужден был выяснять это у женщины 45 лет с бронхиальной астмой, смущаясь и чувствуя, что она тоже понимает нелепость этого вопроса... Главный же вред от такого стремления к наивозможной полноте и всесторонности расспроса заключался в том, что у студента создавалось впечатление, что правильный диагноз возникнет сам собой, если очень подробно расспросить больного обо всем..

Обычно преподаватели отбирали для занятий больных, которые уже были обследованы палатным врачом. Мы не присутствовали при реальном диагностическом процессе, когда врач впервые знакомится с еще неизвестным ему больным. А ведь это самое поучительное – наблюдать, как доктор шаг за шагом решает диагностическую задачу. Уже первая жалоба больного рождает в голове врача несколько предположений. Чтобы проверить их, он задает несколько конкретных вопросов. Полученные ответы позволяют сразу отвергнуть некоторые догадки, но одновременно вызывают новые, уточняющие вопросы. Такой диалог продолжается до тех пор, пока врачу не становится более или менее ясно, о чем идет речь. Тогда он приступает к физикальному исследованию, которое либо подтверждает и уточняет догадку, либо, наоборот, направляет поиск совсем в другую сторону.

Лучшей школой для этого являются дежурства в приемном покое крупной больницы. Непрерывное поступление самых разнообразных больных заставляет врача снова и снова быстро решать серьезные диагностические задачи. В американской системе медицинского образования длительная работа в приемном покое является неременной и очень важной частью процесса обучения. К сожалению, в мое время у нас это не было принято. Те студенты – энтузиасты, которые хотели стать хирургами, частично восполняли этот пробел на своих добровольных ночных дежурствах в операционных. Но и здесь главное внимание уделялось приобретению оперативных навыков и – отчасти – неотложной хирургической диагностике. Мы же, будущие терапевты, обязаны были просто 2 раза в месяц проводить ночь в терапевтическом отделении. Иногда в эти часы в отделение поступало из приемного покоя несколько больных, предварительно уже обследованных там, но часто можно было спокойно провести всю ночь в кровати, стоявшей в комнате для врачей....

Был еще один серьезный дефект в нашем тогдашнем обучении. Все клиники располагались в крупных больницах, и потому нам демонстрировали только стационарных, госпитальных больных (недаром слово клиника происходит от греческого слова клине – кровать). Но ведь в больницы попадают только самые тяжелые больные, а они составляют лишь очень малую долю всех больных людей. Подавляющее большинство пациентов остается вне больничных стен, многие даже продолжают работать. Поэтому потребность общества в амбулаторных врачах всегда значительно больше, чем во врачах госпитального профиля. Казалось бы, будущих врачей надо готовить, в первую очередь, именно к амбулаторной практике, но так нигде не поступают. Больше того. Амбулаторная медицина почему-то считается как бы медициной второго сорта. Еще бы: в больницах лечат «серьезные», опасные болезни – инфаркты, параличи, всевозможные комы, пневмонии, переломы, «острый живот» и т.п. Казалось бы, если врач умеет лечить такие тяжелые состояния, то он легко справится и с проблемами амбулаторной медицины. Такое предположение было бы отчасти справедливо, если допустить, что «госпитальные» болезни являются просто более далеко продвинутыми или даже конечными стадиями тех же самых болезней, с которыми на ранних этапах имеет дело амбулаторный врач. Но даже и при таком предположении лечение, скажем перфорации пептической язвы или мозгового кровоизлияния в исходе гипертонической болезни требует совсем других навыков, чем лечение начальных, амбулаторных стадий этих заболеваний. А ведь очень многие амбулаторные болезни так никогда и не переходят в такую форму, при которой требуется госпитализация. Только амбулаторный врач занимается скоротечными простудами, банальными пищевыми отравлениями с поносом и рвотой, мелкими травмами и т.п. А бесчисленные случаи стертой депрессии, тревоги и других невротических расстройств, которые проявляются неопределенными жалобами на слабость, боли в разных местах, головокружения, запоры или поносы? Все эти больные остаются вне поля зрения госпитального врача, и он не имеет практических навыков для их лечения. А наблюдение и лечение таких, вроде бы «госпитальных» . но хронических болезней, вроде гипертонии или диабета? Врач в больнице контактирует с таким больным всего несколько дней подряд и назначает соответствующее НА ДАННЫЙ МОМЕНТ лечение. Но ведь даже для того, чтобы постоянно поддерживать у больного желание неукоснительно выполнять все эти предписания на протяжении многих месяцев и лет, требуется особое искусство именно поликлинического врача, не говоря уже о том, что только он должен контролировать перемены в состоянии больного и модифицировать это лечение. Итак, амбулаторная медицина – это совершенно особый, самостоятельный раздел медицины, притом исключительно важный, поскольку он обслуживает самый многочисленный контингент больных. К сожалению, в мои студенческие годы этому нас совсем не обучали. Насколько мне известно, теперь существуют специальные кафедры амбулаторной медицины, и это можно приветствовать...

По-видимому, в министерстве здравоохранения чувствовали несовершенство системы подготовки врачей, и было решено продлить обучение с пяти лет до шести, посвятив последний год специализации. Называлось это «субординатура». Я попал в клинику проф. А.А. Багдасарова. Он был одновременно директором института гематологии и переливания крови и потому в клинике концентрировались гематологические больные – главным образом, острые и хронические лейкозы. В те годы настоящего лечения таких болезней не было, и мы просто занимались переливанием крови или назначали пенициллин при повышении температуры. Сам профессор был так занят директорскими обязанностями, что в клинику наведывался не каждый день, лекции были неинтересными. Я только запомнил, как Багдасаров, читая нам лекцию о хроническом миелолейкозе, сказал, что при этой болезни «селезенка бывает самой большой на земном шаре». Я было подумал, что он просто оговорился, но он повторил эту фразу несколько раз. По-видимому, он хотел сказать, что при этой болезни селезенка увеличивается так сильно, как ни при какой другой болезни... Повседневной клинической работой руководил добродушный пожилой доцент. Все относились к нему с уважением, но меня удивляло, что на своих обходах он никогда не формулировал четкий диагноз. Любимой его фразой было: «Надо бы подумать о разных концепциях...» и далее излагал несколько неопределенных предположений. Такая манера не удовлетворяла меня, но как поступает настоящий, хороший врач, я ещё не знал.

При кафедре был студенческий научный кружок. Я записался в него и сразу же получил «научную тему» - измерять протромбиновое время или, как тогда это называли, пробу Квика у каких-то больных. Готового, фабричного реактива тогда в Москве ещё не было, и я должен был готовить его сам из высушенного вещества головного мозга. Для этого я бегал в расположенное неподалеку патологоанатомическое отделение больницы и брал на вскрытиях свежие кусочки мозговой ткани. Желая лучше узнать, что же это такое – проба Квика и о чем она говорит, я разыскал в библиотеке книгу самого Квика на английском языке. Книга была посвящена свёртыванию крови. Автор излагал множество своих собственных разнообразных экспериментов, высказывал остроумные догадки. Видно было, что он очень хорошо знает всю эту сложную проблему, и что он очень любознательный и увлеченный человек. В целом, книга будила интерес к этой узкой и, даже сейчас, ещё не очень-то ясной проблеме. На кафедре Багдасарова была молодая доктор, работавшая над кандидатской диссертацией тоже по протромбиновому индексу. Я не удержался, и как-то сказал ей: «Людмила Романовна, я недавно прочел книгу самого Квика – очень интересно!». Она равнодушно ответила: «Да? А нам не рекомендуют читать иностранную литературу...». В другой раз она радостно сообщила мне: «На занятиях с аспирантами нам сказали, что кандидат медицинских наук должен знать всю отечественную литературу за последние три года, а доктор меднаук – за последние десять лет!» – Всего-то! «Усердие все превозмогает» – любил говорить один из первых русских большевиков граф Аракчеев. Много

лет спустя я встретил её – уже доктором медицинских наук. Вот так и из таких врачей готовили в те годы будущих ученых и профессоров...

ОКАЗЫВАЕТСЯ, Я ТОЖЕ СМЕРТЕН !

Поскольку кафедра А.А. Багдасарова занималась преимущественно болезнями крови, то всех молодых врачей и субординаторов направляли на две недели в кафедральную гематологическую лабораторию. Там мы целыми днями рассматривали в микроскоп мазки крови различных больных под руководством опытной заведующей этой лабораторией. В заключение этого маленького курса, когда мы уже уверенно разбирались в разнообразных кровяных клетках, нам предложили самим сделать мазки собственной крови и дать развернутое описание. Я уколол свой палец, размазал каплю крови по предметному стеклу, зафиксировал и окрасил мазок и положил его под объектив микроскопа. Сразу же мне бросились в глаза среди множества эритроцитов несколько лейкоцитов с круглым голубовато-сиреневым мелкосетчатым ядром. Такие клетки я видел до этого только у больных острым лейкозом, их называли тогда гемоцитобласты... Поражённый, я подвигал препарат под микроскопом, но клетки эти встречались почти в каждом новом поле среди обычных лейкоцитов. Не веря себе, я попросил соседку по столу взглянуть в мой микроскоп. Она посмотрела мазок и обернула ко мне испуганные глаза: «Знаешь, мне кажется, что это гемоцитобласты... Впрочем, давай позовем Розалию Ильиничну (так звали заведующую лабораторией)». Розалия Ильинична взглянула в микроскоп и с удовлетворением воскликнула: «Классические гемоцитобласты! Чья это кровь?» - «Моя...». Я до сих пор помню, как она посмотрела на меня – смесь жалости, сочувствия и растерянности. «А как ты себя чувствуешь?» - «Хорошо» - «Знаешь что, быть может, ты устал после ночного дежурства, и эти клетки выплыли из костного мозга... Тебе надо отдохнуть несколько дней, а потом мы повторим анализ...». Я понимал, что это просто попытка утешить, ибо совершенно несомненно, что через несколько дней или недель у меня возникнет то заболевание, для которого так специфичны эти клетки – острый миелобластный лейкоз. В те годы лечить эту болезнь было абсолютно нечем, и она очень быстро – за несколько недель – в 100% случаев приводила к смер-

ти... В унынии я оставил клинику и пошёл пешком домой. Был пасмурный и холодный осенний день. Я живо представил, как через месяц – полтора мой труп будет лежать в соседнем патологоанатомическом отделении, куда я так часто бегал – и на вскрытия умерших больных, и чтобы брать кусочки мозговой ткани для своей «научной» работы. Переходя по Крымскому мосту Москва-реку я было даже подумал – а не броситься ли в воду, чтобы избежать долгих предсмертных мучений? На душе было ужасно тоскливо, но больше всего жаль было не себя, а родителей – я у них был единственным сыном... Как-то они будут жить дальше в одиночестве? Дома я просто сказал им, что мне дали несколько дней отдыха за мои дежурства.

Когда-то мне казалось, что если человеку объявить, что ему осталось жить всего несколько дней или недель, то, наверное, он постарается скрасить близкий конец гульбой и кутежами. Но пробыв дома дня два, я понял, что единственное, что остается в таком случае на самом деле – это просто продолжить обычную повседневную жизнь. Я вернулся на работу в клинику. Лаборантка взяла у меня кровь для анализа, и вскоре мне сказали, что на сей раз мазок совершенно нормальный. У меня не хватило мужества самому посмотреть мазок, и я не знал, правду ли мне говорят или же просто жалеют. Но прошла неделя, другая, потом месяц, еще месяц, а я по-прежнему чувствовал себя совершенно здоровым. В последующие годы мне иногда делали анализ крови, и они всегда были нормальными. Так я и не знаю до сих пор, что же это было тогда. Вряд ли это была ошибка в характеристике кровяных клеток – ведь даже очень опытный врач-лаборант, каждый день имевший дело с кровью больных лейкозами, без колебания распознал их как «классические гемоцитобласты». Много лет спустя я рассказал про этот эпизод выдающемуся гематологу проф. А.И. Воробьеву. Он очень заинтересовался и спросил, не сохранился ли тот мазок. Разумеется, у меня его не было.

То, что я тогда перечувствовал и передумал, очень сильно повлияло на меня как на врача. Все мы начинаем изучать медицину в молодом возрасте, в расцвете сил, когда мы бессознательно убеждены в несокрушимости своего здоровья. Поэтому больные, в особенности больные неизлечимыми, смертельными болезнями кажутся нам как бы совсем другой породой людей. Между нами и ими стоит хоть и невидимая, но непреодолимая стена: мы здесь, а они там, и мы всегда останемся по эту сторону барьера... Да, этот больной страдает, он обречён и боится умереть, мне его жалко и я стараюсь ему помочь, но ведь со мной такое никогда не случится... И вот оказалось, что и я мог бы очутиться в ТОМ лагере. С тех пор, всякий раз, когда я сталкивался с тяжелым или умирающим больным, я невольно ставил себя на его место. И тогда его страдания, страхи и капризы оказывались ближе и понятнее, а чувство сострадания и желание помочь – более живыми.

В английском языке есть такое слово – *empathy*, которое означает способность перенести на себя ощущения и переживания другого человека. Такое же понятие есть и в немецком языке – *Einfuehlung*. К сожалению, русское слово сочувствие, хотя и является абсолютно точным переводом обоих этих слов,

имеет у нас другой смысл. Отчасти, быть может, поэтому проблема, о которой я сейчас говорю, не привлекает к себе достаточного внимания. А жаль. Конечно, эта способность зависит и от врожденных душевных свойств, но молодой врач может развить ее у себя, если он будет почаще пытаться проникнуть во внутренний мир больного, понять и почувствовать его страхи, надежды и желания. Только таким образом он сможет приблизиться к тому, вроде бы не очень понятному сначала идеалу, который проповедовали все лучшие врачи, начиная с Гиппократов: «Лечить не болезнь, а больного». Все знают, что первой и главной задачей врача является облегчить страдания нашего подопечного. Но как часто мы забываем, что помимо телесных страданий (боль, одышка, кашель, жажда и т.д.) есть и душевные (страх, тоска, тревога, отчаяние), которые нередко еще горше для больного, чем та болезнь, от которой мы его лечим. Надо приучать себя видеть не только камни в желчном пузыре или сужение артерий сердца или воспаление бронхов, но и самого страдающего человека, личность. Чтобы помочь ему, нужен не только точный анатомический диагноз, но и понимание того, что больше всего тревожит больного, чего он ждет от нас, что преобладает в наблюдаемой нами картине – соматическая болезнь или душевные наслоения...

Не прошло и года, как я получил новую пищу для размышлений, возникших после этого памятного эпизода. Я уже работал в маленькой сельской больнице на самом севере Карелии и изредка приезжал на несколько дней в столицу Петрозаводск. Там в центральной республиканской больнице я познакомился и вскоре подружился с тоже молодым доктором Иридием Михайловичем Менделеевым. Он закончил Ленинградский медицинский институт за три года до этого, и работал ординатором в терапевтическом отделении. Не удовлетворяясь повседневной рутинной, он в самых трудных условиях без всякой помощи со стороны начальства в одиночку занялся научной работой – стал выяснять причины малокровия, очень распространенного тогда у жителей карельских деревень. Помимо наблюдений над больными, он даже проводил эксперименты на крысах, хотя, разумеется, никакого vivarium в больнице не было. В самый разгар всей этой работы он вдруг заболел. Рентген грудной клетки обнаружил в средостении увеличенные лимфоузлы. Наиболее вероятным было предположение о лимфогранулематозе – злокачественном заболевании с очень плохим (тогда) прогнозом. Что делать? Оставив жену и маленькую дочь в Петрозаводске, Иридий поехал в Ленинград и лёг там в клинику проф. Г.Ф. Ланга, где он когда-то учился в субординатуре. Его обследовали, подтвердили диагноз и провели курс рентгенотерапии – единственный тогда метод лечения лимфогранулематоза, который хоть немного, но все же продлевал жизнь. Узлы уменьшились, и он вернулся в Петрозаводск. Он отлично понимал, что улучшение лишь временное, но... снова принялся за прерванную научную работу, закончил ее и даже успешно защитил кандидатскую диссертацию. Мало того, центром его врачебных интересов стали как раз больные с заболеваниями крови. Начальство выделило ему целую палату для таких больных, и постепенно он стал отличным гематологом. Поскольку тогдашнее лечение многих болез-

ней крови основывалось на рентгенотерапии, то он, опять-таки в одиночку, преодолевая массу трудностей, организовал в больнице кабинет рентгенотерапии, раздобыл необходимое очень дефицитное оборудование и сам по совместительству стал работать рентгенотерапевтом. Через какое-то время у него увеличились подчелюстные лимфоузлы. На сей раз он не поехал в Ленинград, а сам назначил себе курс рентгенотерапии и сам стал «выжигать» - так он выразился в разговоре со мной – эти лимфоузлы... Казалось, Иридий был обречен – ведь эффективность каждого последующего курса лечения всегда меньше предыдущего. Несмотря на это, он принялся за новую большую научную работу – докторскую диссертацию тоже на гематологическую тему. Прошло еще несколько лет. Болезнь не возвращалась. Иридий успешно защитил докторскую диссертацию, а когда потом в Петрозаводске организовали университет с медицинским факультетом, он стал профессором и руководителем кафедры внутренних болезней. Все эти годы прошли на моих глазах, и при каждой встрече с Иридием я с тревогой всматривался в его всегда бледное и худое лицо, боясь увидеть признаки рецидива ужасной болезни... Он опубликовал небольшую, но очень хорошую книгу по гематологии, полную ценных практических советов по лечению различных болезней. Видно было, что автор делится своим собственным большим опытом, а не переписывает из других книг. В главе о лимфогранулематозе, касаясь прогноза, он написал, что иногда ремиссия бывает длительной: «Так, под нашим наблюдением находится больной с медиастинальной формой лимфогранулематоза, подвергшийся рентгенотерапии в 1954 году и с тех пор остающийся практически здоровым (1961 г.)» - это он написал о себе... Книга эта начиналась словами: «Светлой памяти Варвары Владимировны Сверчевской посвящаю». Это была одна из сотрудниц на кафедре Г.Ф. Ланга. Иридий рассказал мне, с какой заботой и участием выхаживала эта старенькая женщина своих больных, в том числе и его самого, и как он ей благодарен. Голос его при этом неожиданно потеплел, а серые стальные глаза этого мужественного и сдержанного человека вдруг стали мягкими...

Теперь, спустя много лет, можно предположить, что на самом деле у моего друга был не лимфогранулематоз, а саркоидоз – гораздо более доброкачественное заболевание. Но в те годы все вокруг, начиная с опытных врачей в знаменитой клинике Ланга и кончая самим пациентом, были твердо убеждены, что речь идет о безусловно злокачественном заболевании с очень плохим прогнозом. Во всяком случае, у меня всегда щемило сердце, когда я представлял себе, как Иридий беседует со своим очередным больным с безнадежной болезнью крови, и что он при этом чувствует...

Через много-много лет я написал книгу «Искусство общения с больными» и посвятил особую главу общению с безнадежным, умирающим больным. Там я выразил свое глубокое убеждение, что нельзя сообщать этим несчастным «всю правду, только правду и ничего, кроме правды», как стало модным в конце XX века, особенно на Западе и отнимать у них остаток надежды. Рукопись я послал Иридию. Он ответил подробным письмом и рассказал, что он тоже никогда не говорит, что больше ничего сделать нельзя. Своим гематологическим

больным в такой ситуации он предпочитает напоминать, что болезнь часто течет волнообразно, и что сейчас просто наступило очередное обострение, которое надо переждать; или же говорит, что это обострение от химиотерапии, которое уже бывало и в прошлом и которое благополучно проходило.

Современное лечение болезней крови часто требовало очень дорогих и дефицитных даже в Москве лекарств и приборов. Но в провинциальной гематологической клинике проф. И.М. Менделеева лечение всегда проводили на самом высоком уровне, которому могли позавидовать и столичные больницы. Трудно представить, какие усилия и хлопоты требовались, чтобы «выбить» у московского и местного начальства всё это в ту пору всеобщей бедности и дефицита. Что же касается заботы о больном, порядка и опрятности в отделении такого не видел даже в Кремлевской больнице, где иногда бывал в качестве консультанта. Я знал, что если больной попадет к Иридию в его клинику, то можно быть спокойным: будет сделано все, что возможно, не будет проволочек, халатности или недоразумений.

Хотя диагноз смертельной болезни, нависший над Иридием в молодости, оказался ошибочным, умер он от рака желудка в возрасте 64 лет. Уже страдая от сильных болей, он продолжал работать в своей клинике почти до самого конца...

ОКОНЧАНИЕ ИНСТИТУТА

Несколько недель из последнего года обучения мы провели на кафедре туберкулеза. Эта клиника располагалась в небольшом отдельном здании. Чистота, уют и порядок были необычны и радовали глаз. Возглавляла кафедру профессор Ирина Еремеевна Кочнова – немолодая, но еще красивая женщина с властным характером. Ежедневные утренние конференции она проводила очень интересно. Она широко, уместно и очень грамотно привлекала данные патанатомии – для меня это было необычно и вызывало уважение. Она же руководила кружком молодых врачей. На заседания кружка подавали чай с печеньем, белые салфетки. Обсуждение шло живо и непринужденно. Я буквально наслаждался этой непривычной теплой и высокопрофессиональной атмосферой. Именно таким я представлял себе настоящего профессора – знающим, приветливым, широко образованным, умным. Увы, это было приятное исключение. Но и здесь меня постигло небольшое огорчение.

Как-то Ирина Еремеевна предложила кружку молодых врачей обсудить недавно опубликованную брошюру о наследственности при туберкулезе. Хотя Сталин умер уже год назад, но его любимец Лысенко, официально провозглашенный величайшим и единственным авторитетом по проблемам наследственности, все еще не был ниспровергнут. Лысенко нравился безграмотной и самоуверенной правящей верхушке, потому что он вместе с ними следовал девизу Аракчеева: «Усердие все превозмогает», Он говорил, что для того, чтобы изменить наследственность, не нужно долго возиться – достаточно изменить

условия жизнедеятельности в нужную сторону, и приобретенные вследствие этого признаки тотчас будут унаследованы потомством. Скажем, если очень хорошо кормить самую худосочную коровёнку, то от неё произойдет новая высокомолочная порода, не хуже какой-нибудь заграничной голландской или швейцарской. Автор брошюры многократно с почтением цитировал высказывания Лысенко, но собственные заключения были очень неопределенными. Он склонялся к тому, что наследственность при туберкулезе играет очень скромную роль. Это и не удивительно: ведь это инфекционное заболевание, и туберкулезная палочка проникает в организм извне. Лысенко сам написал предисловие к брошюре и одобрил её, не вдаваясь, впрочем, в суть проблемы (на это у него ума все же хватило). Ободренный истинно научной, культурной и тёплой атмосферой, я решил немножко подшутить над слепой верой в лысенковские бредни, воспользовавшись логическим приёмом доведения до абсурда (*reductio ad absurdum*). В своё время Лысенко заявил, что у домашней коровы вымя стало гораздо больше, чем у ее дикого предка просто в результате ежедневного доения. Постепенная «разработка» вымени впоследствии якобы закрепились наследственностью. Я встал, рассказал об этом и продолжил: «Если Лысенко считает, что простое потягивание сосков может привести к наследственным изменениям, то насколько же более мощное и длительное воздействие на наследственность должно оказывать заболевание туберкулёзом. Значит, в свете учения Лысенко туберкулёз надо считать наследственным заболеванием». Многие заулыбались, но Ирина Еремеевна испуганно взглянула на меня и непривычно резко прекратила дальнейшее обсуждение: сомневаться или подтрунивать над всё ещё всесильным шарлатаном было небезопасно...

Помимо методик непосредственного обследования больного (анамнез, перкуссия, пальпация, аускультация) мы должны были уметь использовать и вспомогательные, параклинические методы. В те годы их было немного – простейшие лабораторные данные, рентген и электрокардиография. Но если рентгенограмму можно было понять даже без особой подготовки, то зубцы электрокардиограммы и их изменения при различных болезнях были загадочны. Недаром тогда было в ходу выражение «расшифровка ЭКГ». Существовали даже особые специалисты, умевшие расшифровывать эти таинственные кривые. В учебниках терапии того времени приводились только две кардиограммы – при инфаркте задней стенки миокарда и при инфаркте передней стенки. Кстати, показывали только стандартные отведения (I, II, III); об однополюсных и грудных отведениях даже не упоминалось. Зубцы действительно были различны, но почему они становились именно такими, не объяснялось. Я не хотел бездумно зазубривать изменения ЭКГ при разных болезнях и стал искать специальную литературу, где были бы ответы на мои вопросы. Увы, на русском языке я нашел только две монографии. Это были атласы с образцами ЭКГ. Очевидно, авторы предполагали, что учащиеся будут просто запоминать разные варианты ЭКГ совместно с их значениями, вроде китайских иероглифов. На кафедре Багдасарова был врач-специалист по «расшифровке» ЭКГ, но он уклонялся от ответов, когда я приставал к нему. В нашей институтской биб-

лиотеке я разыскал старый американский учебник по электрокардиографии Ashman 1938 г. (К этому времени я подружился со старушками библиотекарями, и они охотно пускали меня рыться на полках книгохранилища, покрытых многолетней пылью). Учебник этот был написан понятно и просто, но и в нем не было ответа на большинство моих вопросов. Очевидно, до второй мировой войны американские студенты медицины знали об электрокардиографии не больше, чем их русские коллеги.

Тогда я пошел в Ленинскую библиотеку и там нашёл книгу Barker “Unipolar Electrocardiography”, изданную в США, кажется в 1952 г. Книга была толстая – страниц на 500, но написана очень интересно и ясно. Автор подробно объяснял, как образуется каждый зубец ЭКГ и почему он изменяется при разной патологии. Поняв несколько основных принципов распространения волны возбуждения по сердцу, можно было уже не «расшифровывать» ЭКГ, а просто читать ее. Оказывается, в 40-е годы несколько выдающихся американских экспериментаторов, в особенности Wilson, детально разработали теорию электрокардиографии, которая оказалась по-американски простой и понятной, и предложили однополюсные отведения с грудной клетки, что резко увеличило информативность и надёжность всего метода. Все это было так ново и интересно, что невольно хотелось узнать что-нибудь ещё. В той же Ленинке оказалась небольшая монография по векторному анализу ЭКГ Grant & Estes, также написанная ясно, просто, интересно и изящно. Читать эту небольшую книжечку было просто наслаждение.

Перед окончанием института зашел я попрощаться с милыми старушками в институтской библиотеке. Они меня привечали и охотно пускали рыться на полках старых книг. Среди прочего я вдруг увидел три толстых тома в старинных кожаных переплетах с золотым тиснением. Это были клинические лекции Труссо, изданные в Париже в 1868 году (!). На титульном листе был один единственный штамп, где ещё по старой, дореволюционной орфографии было написано: «БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКАГО ФАКУЛЬТЕТА М.В.Ж.К.» (Московских Высших Женских Курсов, которые после 1917 г. были преобразованы во 2-й Московский медицинский институт, где я учился). Значит, эти книги никто не трогал, по крайней мере, с самой революции: они даже не были оприходованы в нашей библиотеке! Я стал умолять своих старушек отдать их мне на память. Как раз тогда, наконец-то, я начал учить французский язык (это за месяц до госэкзаменов!). Правда, я не ожидал, что быстро им овладею, но всё же очень хотелось иметь такое сокровище. Библиотекари согласились, но попросили, чтобы взамен я достал им две книги: «Пути и центры вегетативной нервной системы» А.С. Гринштейна и «Рак легких» Дилона. Авторы этих книг – известные профессора – были арестованы по «делу врачей» незадолго до смерти Сталина, и, как тогда было заведено, все библиотеки немедленно получили приказ уничтожить все книги «врагов народа». Когда через несколько месяцев оказалось, что это прискорбная ошибка, от полезных книг остался уже только пепел, да пустые места на книжных полках. Я стал бегать по всем букинистическим магазинам Москвы. Вскоре мне повезло, я купил обе эти книги

и получил взамен своего Труссо. Он и до сих пор у меня. Через несколько лет наш институт перевели в другое здание на окраине Москвы. Перед переездом множество старинных книг было выброшено на свалку из-за нехватки места. Как жаль, что в это время меня не было в Москве...

Но вот, наконец, мы закончили все занятия. Оставались лишь заключительные государственные экзамены. В отличие от некоторых студентов, я не только не боялся, но даже любил экзаменационные сессии: в это время можно было спокойно и внимательно прочесть весь учебник подряд и привести в стройный порядок все прежние знания. К выпускным экзаменам я готовился с особым старанием. Я понимал, что подлинная проверка начнётся уже вне стен института, и что готовиться надо именно к этому, главному экзамену (я только не предполагал, что этот экзамен будет продолжаться донине, вот уже более пятидесяти лет!). Несмотря на то, что все шесть лет я числился отличным студентом, шансов на продолжение учебы в ординатуре или аспирантуре у меня не было никаких (по причине моей национальности). Даже скромная должность рядового ординатора в крупной городской больнице, где можно было бы усовершенствоваться в избранной профессии под руководством более опытных врачей, была для меня недоступна. Оставались либо поликлиника где-то на периферии, либо сельская больница. Поэтому я и старался запоминать, в первую очередь, всё то, что могло бы пригодиться в повседневной практической работе непосредственно у постели больного. Например, перечитывая главу о воспалении легких, я затверживал не столько особенности рентгенологической картины, сколько чисто клинические признаки, позволяющие диагностировать или хотя бы заподозрить пневмонию прямо у постели больного.

Летом 1954 г. я получил диплом врача-лечебника, где красными буквами было вписано: «С ОТЛИЧИЕМ». Согласно официальной инструкции, обладатель такого диплома имел преимущества при поступлении в ординатуру, аспирантуру и при выборе места работы. Но одной из особенностей советской системы было то, что помимо писаных правил, были еще и не писанные, гораздо более важные, и именно последние имели решающее значение. Пускать дело на самотёк и поставить формирование будущих научных кадров в зависимость от такого маловажного и случайного фактора, как оценка успеваемости было бы не по-большевистски. Вопросы распределения дирекция института вместе с парткомом решала на основании политической благонадежности и национальности каждого студента. Я получил направление на работу в Карелию. Тамошнее начальство должно было предоставить мне уже конкретное место работы, причём, конечно, речь могла идти не о местной столице Петрозаводске, а о какой-нибудь отдаленной окраине.

Итак, я знал, что ближайшие три года я должен буду провести где-то в глухой провинции, скорее всего, в деревне. Надо было запастись не только зимней одеждой и валенками, но и книгами. Я приготовил книги по внутренним болезням, а также учебники по хирургии, по детским болезням, по акушерству. Купил я и самоучитель французского языка и возобновил занятия по нему сразу после окончания государственных экзаменов. Мне очень хотелось

сохранить хоть какую-нибудь связь с современной научной литературой, и я обратился в недавно созданный институт научно-технической информации с просьбой давать мне для перевода с английского статьи по электрокардиографии и вообще по кардиологии. Тогда, вскоре после смерти Сталина, руководство страны стало осознавать катастрофическое отставание науки и техники от Запада, возникшее в результате политики железного занавеса. Стали создавать и щедро финансировать различные организации и институты, которые должны были информировать о зарубежных достижениях. Библиотеки и даже рядовые граждане получили возможность подписаться на фотокопии многих ведущих зарубежных научных журналов.

В течение нескольких месяцев, оставшихся у меня до отъезда в Карелию, я перевел несколько десятков статей по кардиологии из ведущих американских журналов (*American Heart J.*, *Circulation*, *JAMA* и др.). Работой моей редактор Т.С. Цузмер осталась довольна, и я договорился с ней, что она будет присылать новые статьи на место моей будущей работы в Карелии. Слово свое она сдержала, и каждый месяц я получал толстые пакеты с фотокопиями статей, которые я в свободное время переводил, перепечатывал на плохонькой пишущей машинке и отсылал обратно. За три года жизни в деревне я выучил не только французский язык, но и немецкий, итальянский и польский, так что мне стали присылать статьи и на этих языках. Всего за это время я перевел около семисот статей по электрокардиографии и по кардиологии.

Забегая вперед, скажу, что участковая сельская больница, в которой я работал, получала ежемесячно советские медицинские журналы, как по хирургии, так и по внутренним болезням (*Клиническая медицина*, *Терапевтический архив*, *Врачебное дело*). Разумеется, я их внимательно прочитывал, и потому имел возможность сравнивать уровень отечественных и зарубежных публикаций. Уже в те годы инструментальное оснащение зарубежных исследователей было гораздо богаче: почти в каждой статье по кардиологии приводились результаты зондирования сердца, тогда как в СССР эта методика использовалась тогда только в нескольких столичных институтах, да и то в единичных случаях. Исследование газов артериальной крови также стало на Западе уже почти что рутинной, хотя в те годы для этого требовался громоздкий аппарат Ван Слайка. В СССР такие исследования были большой редкостью. Однако главное отличие заключалось не в этом. В рядовой статье советского медицинского журнала обычно просто перечислялись результаты произведенных наблюдений. Далее автор заявлял, что «нами выделено три (четыре, пять, шесть) варианта реакции (или вида кривых)» - этим, обычно, и ограничивалось притязание на собственный вклад в науку. Что же касается того, почему в одних случаях кривая идет вверх, а в других – вниз, то автор ограничивался туманным, но, как ему казалось, весьма ученым рассуждением о возможном влиянии компенсаторных, рефлекторных, приспособительных или других механизмов с таким же звучным названием, но ничего не сказав дельного. Мефистофель у Гете насмешливо заметил по поводу средневековых ученых: «Когда же недочет в

понятиях случится, их можно словом заменить». Такие ученые встречаются и сейчас...

Конечно, и в зарубежных журналах иногда попадались убогие статьи. Но гораздо чаще там встречались работы с серьезным обсуждением результатов, с интересными объяснениями и догадками. Такие статьи будили мысль, возникали новые серьезные вопросы. Кроме того, в этих статьях всегда самым тщательным образом описывались условия наблюдений и методики, результаты обрабатывались статистическими приемами и потому вызывали доверие. Для контраста – году в 1952 в одном солидном отечественном медицинском журнале была опубликована статья о применении одного модного в то время лечебного метода. Энтузиаст-автор применил его при самых разных заболеваниях и распределил результаты, как и полагается, на три группы – выздоровление, улучшение и отсутствие улучшения. По его мнению, результаты были блестящими. Но при просмотре таблицы оказалось, что он лечил, среди прочего, также и бесплодие, а результаты внес в графу «улучшение»! Ну, какое научное значение может иметь такая статья?

В то время мне было ужасно обидно, что мои законные преимущества обладателя диплома с отличием ничего не стоят, и что мне предпочитают троечников и бездельников, если только они занимались так называемой общественной работой. К тому же я, естественно, побаивался впервые в жизни очутиться в глухой провинции без друзей, без родителей, без привычной культурной среды. Теперь же я горячо благодарю свою судьбу, забросившую меня в маленькую деревушку под самым Полярным кругом в 70 км от железной дороги. Работа в этих условиях заставляла надеяться только на себя, заниматься самообразованием и становиться врачом – универсалом. Да, в деревне не было театра, консерватории, Ленинской библиотеки, но зато свободное время можно было тратить не на болтовню с приятелями, а на учебу. В частности, я смог осуществить свою давнюю мечту – выучить французский язык. Учил его я самым простым способом. Каждый день после работы я прочитывал со словарем несколько страниц учебника и выписывал около 30 неизвестных слов. Потом я заучивал их; перед сном, а также рано утром я перечитывал проработанный накануне текст. Я рассудил, что если из выученных слов останется в памяти хотя бы только половина, то за один месяц я запомню 450 слов, а за полгода – 2700, что более, чем достаточно для чтения текстов средней трудности! Главное – это ежедневные занятия, которые постоянно освежают недавно заученные слова. Язык дался мне удивительно легко – уже после 9 месяцев я смог прочесть «Хронику времен Карла 1X» Мериме. Вслед за этим я отважился открыть толстенный – на 800 страниц! – том лекций Труссо, с которыми я уже был знаком в русском переводе, и за несколько месяцев одолел все три тома! Ободренный успехом, я принялся за самоучитель немецкого языка, и еще через год смог свободно читать романы Фейхтвангера в подлиннике...

Осенью 1954 г. я приехал в столицу Карельской республики – Петрозаводск и пошел в тамошнее министерство здравоохранения. Меня принял заместитель министра Смирнов – спокойный добродушный человек. Он просмотрел

рел мои бумаги и сказал, что может предложить мне на выбор два места работы: либо маленький сельский врачебный участок, где я должен буду работать совершенно один, но зато недалеко – километрах в 70 от Петрозаводска, либо на самом севере республики в участковой больнице, но зато вместе с еще двумя врачами. Я стал лихорадочно обдумывать, что выгоднее: соблазняла близость к крупному городу, но страшила работа в полном одиночестве... Замминистра, по-видимому, понял мою растерянность и сказал по-доброму: «Да не переживайте вы так! Ведь не жену выбираете! Пройдет три года, и вы сможете устроиться по-другому». Я сразу успокоился и решил, что лучше работать вдалеке от столицы, но с еще несколькими врачами. До сих пор я с теплом и благодарностью вспоминаю этого благожелательного человека, так непохожего на грубых и сухих чиновников в центральном – московском министерстве...

СЕЛЬСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА

Уже смеркалось, когда скорый поезд Москва-Мурманск остановился на станции Лоухи, и я вышел со своим чемоданом навстречу новой неизвестной жизни. Была середина октября, но здесь уже морозило и шел мелкий снег. Поезд тронулся, и мир комфорта, тепла и уюта исчез в темноте. Станция была тускло освещена и безлюдна. Никто меня не встречал. Мне надо было добраться до больницы в поселке Кестеньга в 70 километрах от станции Лоухи. Около станции я увидел порожний лесовоз. Шофер как раз возвращался в Кестеньгу после рейса с грузом. Я забрался в кабину, и мы поехали по пустынной грунтовой дороге. По сторонам тянулись леса, иногда мы проезжали озера, но не было видно ни одного огонька хотя бы маленькой деревушки. Часов в 10 вечера лесовоз подъехал, наконец, к больнице – приземистому темному одноэтажному деревянному строению. В нескольких окнах был свет от керосиновых ламп. Я постучал. Вышла дежурная сестра и, узнав, кто я, приветливо пригласила войти. Санитарка побежала за врачом, и вскоре пришел высокий молодой доктор лет 27, но совершенно седой. Звали его Леонид Исаакович Аккерман. Он за год до меня окончил медицинский институт в Ленинграде, а здесь он работал акушером-гинекологом. Он стал извиняться, что меня не встретили - оказывается, моя телеграмма затерялась. Леонид Исаакович рассказал, что до сих пор в больнице работало два врача – он и хирург, тоже молодой по стажу врач, который сейчас был в отпуске. Мы прошли по коридору мимо больничных палат и

свернули в амбулаторное отделение. Здесь мне отвели один из пустых кабинетов для жилья. В этой комнате я и провел три года своей жизни.

Это была маленькая сельская участковая больниц всего на 25 коек. В специальном крыле врачи вели амбулаторный прием. Была маленькая аптека и простенькая лаборатория, рассчитанная только на анализ мочи и клинический анализ крови (лейкоциты, эритроциты и РОЭ). Был даже старенький рентгеновский аппарат, работавший от больничного движка. Специально подготовленного рентгенолога не было, и я, немного освоившись, вызвался два раза в неделю смотреть больных под экраном. Аппарат был слабый, снимки были размытыми, так что в легких мне удавалось разглядеть только самые грубые изменения. Тем не менее, я не забросил это занятие, повторно перечитывал учебник рентгенологии и старался выжать из нашего старенького аппарата все, что возможно. Когда через три года я вернулся в Москву и стал работать терапевтом в прекрасной клинической больнице им. С.П. Боткина, то я взял за правило сопровождать своих больных в рентгенологическое отделение и смотреть их вместе с рентгенологом. Конечно, я не стал специалистом в этой области, но все же с тех пор я всегда сперва сам рассматриваю рентгенограммы и лишь потом читаю заключение рентгенолога...

В поселке было домов 40-50 и только одно двухэтажное здание – школа. Располагалась Кестеньга на берегу громадного озера – Топ-озера, со всех сторон окруженного северными безлюдными лесами. До большей части деревушек, которые мы должны были обслуживать, можно было добраться летом на катере, а долгой зимой только на санях. До самой близкой деревушки – Окунь-губы – лошадь тащила сани часа два, а в самый отдаленный поселок – Зашеек надо было ехать целый день, да ещё с привалом в лесу, чтобы лошадь могла отдохнуть... Деревушки все были малолюдные, жили в них карелы, многие из них плохо говорили по-русски. Вездесущая советская власть в такую глушь почти не доходила, и население было предоставлено самому себе. Спасались благодаря натуральному хозяйству – рыбачили, собирали грибы и ягоды, выращивали картошку, некоторые держали кур. Народ был простой, и в больницу обращались только в крайнем случае – роды, травмы, высокая температура.

Вскоре после того, как я начал работать, Леню Аккермана вызвали в Петрозаводск на недельный семинар акушеров – гинекологов: главный республиканский гинеколог доктор Гуткин очень заботился об учебе своих молодых подчиненных и регулярно занимался с ними. Я остался один на всю больницу. Вечером позвонили из Окунь-губы – у женщины кровотечение. Я, было, спросил: «Откуда кровит-то?». Мужской голос недовольно ответил: «Известно, откуда...». Итак, надо было ехать к больной с маточным кровотечением. Запрягли больничную лошадь в сани, я взял набор стерильных гинекологических инструментов, несколько полулитровых бутылок физиологического раствора (крови для переливания у нас никогда не было), и мы поехали. Дорога шла по глухому темному лесу, несколько раз мы пересекли недавно замерзшие небольшие озерца с еще хрупким льдом. Я был в унынии и тревоге – что делать? Твёрдо я помнил только одно: пока матка не опорожнится, она не может со-

кратиться, и кровотечение не остановится. Приехали мы за полночь. Вошли в темную тесную избу, где тускло горела маленькая керосиновая лампа. Молодая женщина лежала на кровати без простыни. Всюду валялись окровавленные тряпки. Давление, слава Богу, было нормальным. Я прощупал живот – дно матки чуть выступало над лобком, то есть беременность была небольшая. Из расспроса выяснилось, что кровит уже дня два. Насколько я знал, в таком случае показано лечебное выскабливание. Но как делать его в этой темной и грязной избе? А везти женщину с кровотечением в морозную ночь на санях в больницу – она ведь может погибнуть... Я уложил женщину на пол, помыл руки мылом, облил их йодной настойкой, стал на колени и ввел руку без перчатки во влагалище. Отверстие шейки матки было раскрыто. Я просунул туда указательный палец и начал попросту выковыривать комочки ткани и сгустки крови. Боялся я только одного – как бы не проткнуть пальцем стенку матки... Через несколько минут я почувствовал, как матка плотно обхватила мой палец – очевидно, я её опорожнил. Кое-как я навел порядок и остался ждать до утра. Кровотечение не возобновилось. Утром мы укутали женщину в меховое одеяло, закидали соломой и поехали в больницу. Там я назначил ей уколы пеницилина. Все обошлось благополучно, без осложнений... Это было моё, так сказать, боевое крещение...

Через несколько дней акушерка рассказала мне, что в прошлом году в нашей больнице умерла роженица после операции, которую сделал ей Леня Аккерман. Был суд, его осудили, хотя срок дали условно. Так вот почему он весь седой в свои 27 лет! Вот когда я понял, что наша профессия не только трудна, но и опасна. Причём не только для больных, но и для докторов...

Убедившись, как важны в деревне знания и навыки по смежным дисциплинам, я с особым усердием стал помогать Лене Аккерману и нашему хирургу Сергею Герасимовичу Редькину во время полостных операций. Обычно я давал наркоз, а они оперировали. Наркоз был самый простой – на лицо больного накладывали проволочную маску, на неё несколько марлевых салфеток, и я начинал капать на салфетки эфир из бутылочки. Если больной стонал или шевелился, я прибавлял дозу, а если он был совершенно спокоен, то я старался уменьшить её. Единственным «монитором» в нашей операционной был обычный ртутный аппарат для измерения кровяного давления. Довольно часто Леня Аккерман должен был производить выскабливание матки после уже начавшегося аборта. Эту процедуру делали без всякой анестезии. Только спустя много лет я понял, как это жестоко и, главное, ненужно жестоко. Впрочем, народ там был простой и мужественный. Например, многие почему-то считали, что удалять зуб лучше без «заморозки»: дескать, потом не так долго болит. Я тоже нередко удалял зубы – это был в наших условиях единственный способ борьбы с острой зубной болью. Далеко не всегда мне удавалось уговорить больного на предварительное обезболивание. Один случай запомнился. Мне пришлось удалить коренной зуб у крепкого здорового лесоруба. Я ухватился щипцами за зуб и стал его осторожно раскачивать, чтобы, не дай Бог, не сломать его. Хорошо, что я все-таки не послушал больного и сделал анестезию: минуты идут, я вспо-

тел от усилий и даже рука стала болеть, а зуб ни с места! Я в тихом отчаянии: не могу вытащить зуб. Но ведь и прекратить экстракцию нельзя – когда уйдет анестезия, больной полезет на стенки от ужасной боли! Наконец, зуб все же поддался. Рука у меня ныла потом целый день...

Через некоторое время вернулся из отпуска наш хирург Сергей Герасимович Редькин. Ему было лет 45, но врач он был тоже начинающий. Дело в том, что он поступил в медицинский институт только после окончания войны, а до этого он успел и повоевать, и попасть в плен, и снова вернуться на фронт, и поработать военным шофером. Вероятно, его пребывание в плену и было причиной, что его после окончания института заслали в самую глушь. Он был сирота и старый холостяк. Единственные близкие ему люди – это была семья в Умани, которая пригрела его во время плена. Каждый год он проводил свой отпуск там, и возвращался оттуда с украинским салом, а один раз привез даже петуха и двух курочек и потом заботливо содержал их в маленьком чуланчике при больнице.

Сергей Герасимович был очень мягким и приветливым человеком, несмотря на трудное прошлое. Сиротство, война, клеймо плена и надзор КГБ (МГБ), голодные студенческие годы, отсутствие семейной поддержки – все это могло ожесточить и озлобить. Врачебный диплом достался ему трудно, тем более, что выдающимися способностями он не обладал. Операции он делал медленно, но очень старательно и аккуратно и никогда не бранил медсестру или своего помощника, если что-то не получалось. Самое большее он мог сказать с укором: «Ай-я-яй, Ира, ну что же ты не тот зажим подаёшь!». С больными он всегда был внимательный и доброжелательный, и они чувствовали, что он свой – такой же простой человек, как и они – «из шоферов!!!».

Общение с ним было для меня хорошим уроком. В первое время меня часто раздражали бестолковые (как мне тогда казалось) жалобы местных жителей, их медлительность и непонятливость. Иногда я не выдерживал и даже кричал на них. Глядя, как общался с больными С.Г., мне становилось стыдно, и я давал себе слово вести себя, как он. Постепенно я стал приравниваться к деревенской ментальности, свои вопросы и объяснения формулировал как можно проще и понятнее. Оказалось, что эти необразованные, «дремучие» простолюдины вовсе не глупее городских жителей и так же достойны уважения, как и интеллигентные пациенты.

Привычку говорить с больными как можно проще я сохранил до сих пор и считаю это очень важным элементом общения. Больной может быть очень культурным и смышленным, но тревога за свое здоровье иногда мешает ему разговаривать с вами на равных, его внимание рассеивается, он отвечает невпопад или не понимает ваших слов. Поэтому я спрашиваю не о менструациях, а о месячных, не о стуле, а ходил ли он по большому, не о гипертонии, а о давлении крови; назначая время, никогда не скажу «в семнадцать тридцать», а «в полшестого вечером»...

Сергей Герасимович был человеком верующим и не скрывал этого, что в те годы было большой редкостью. Ни в Кестеньге, ни в районном центре Ло-

ухи, да и вообще в округности 100-200 км не было ни одной церкви. Но в комнатке у С.Г. (он тоже жил при больнице) висела икона, а по вечерам он читал Библию. (Вообще-то больница наша производила, наверное, странное впечатление при взгляде со стороны. Все три врача были мужчинами, хотя в Советской медицине тогда женщины составляли подавляющее большинство. И вот, в тихие свободные вечера после работы один доктор читает Библию, второй учит очередной иностранный язык, а третий (Леня Аккерман) развлекает себя игрой на аккордеоне...)

Уезжая в отпуск в Москву, я спросил С.Г., что ему привезти из столицы. Он вежливо поблагодарил и сказал, что ему ничего не нужно. Но потом добавил, мечтательно глядя вдаль своими светло-голубыми глазами: «Вот если бы какую-нибудь книгу из БОЖЕСТВЕННОГО...». Меня это слово просто пронзило. Хотя я и был в душе еще со школьных лет убежденным антисоветчиком, но в одном Советская власть меня все же достала. Как и большинство из моего поколения, я был воспитан в духе не знающего никаких сомнений и потому невежественного атеизма. Мы были убеждены, что сотни поколений до нас были глупцами, а вот мы – умные и можем с чувством превосходства сказать вслед за симпатичным одесским жуликом Остапом Бендером: «Бога нет, это медицинский факт!». Тогда, в молодости я просто не мог понять, как современный культурный человек может верить в Бога. Ведь доказано и всем известно, что когда-то жили динозавры, и что человек произошел от обезьяны! А уж врачу и подавно ясно, что душа - это просто выдумка или аллегория!

Ныне, прожив целую жизнь, многое прочитав, пережив и передумав, я, наоборот, не понимаю, как это культурный и мыслящий человек может не видеть, что все вокруг нас построено по каким-то твердым и вечным законам и потому не может быть результатом слепой игры случая, самопроизвольной эволюции. Если, например, насыпать в сундук часовые детали и трясти этот сундук миллиарды лет, то, в конце концов, некоторые шестеренки, может, и соберутся сами собой в действующие часы, но большинство сцеплений окажется нелепым и мертвым. Даже среди «удачных» сочетаний некоторые часы будут идти не вперед, а назад или вообще не смогут двигаться. Однако в окружающем нас мире мы видим не сплошной хаос, а стройную упорядоченную и взаимосвязанную систему.

У атеистов есть дежурный лозунг: «Наука – враг религии». Но это абсолютно неверно. Ведь чем занимается любой ученый? Он пытается понять, как устроено и как действует то или иное явление. Например, физик вознамерился выяснить строение атома. Но если бы оказалось, что в одном атоме ядро находится в центре, в другом оно на периферии, а в третьем его нет вовсе, или что некоторые электроны несут отрицательный заряд, а другие положительный и так далее, то вся его работа потеряла бы всякий смысл: каждый новый объект устроен совершенно по-другому и нет общих правил! Учёный только потому и занимается наукой, что еще до начала работы он твердо убежден (а попросту ВЕРИТ), что хаоса нет, что всё построено по какому-то единому плану, и что его задача – попытаться понять, хотя бы часть этого плана... Но ведь то же са-

мое утверждают и все *монотеистические* религии. Так что глубокое религиозное чувство Ньютона, Паскаля или Эйнштейна не только не мешало их научной деятельности, но, наверное, способствовало ей. В религиях, допускающих одновременное существование множества богов, вселенная, естественно, представляется хаосом. По самой сути этот беспорядок невозможно постичь, и недаром эти религии так мало внимания уделяют вопросу происхождения вселенной. Знаменательно, что колоссальный и непрерывный расцвет физики, химии и астрономии произошел именно в западной цивилизации, насквозь проникнутой идеей монотеизма. Ведь только, если Творец один, то и Вселенная должна быть построена по единому, всеобъемлющему плану, который можно попытаться постичь. Поэтому догадка библейского Авраама, что есть только один единственный Бог, среди прочих последствий, оказалась величайшим, решающим толчком для развития современной науки... Кстати, Паскаль в своих «Мыслях» мельком заметил: «Атеизм свидетельствует о силе ума, но силе весьма ограниченной» ...

Все мы жили дружно и всегда помогали друг другу, если была просьба. Но всё же каждый из нас работал в одиночку. Не было рядом более опытного товарища, с которым можно было посоветоваться. Часто меня угнетала неуверенность в правильности своих диагнозов. Даже усердное перечитывание учебников не всегда помогало. Например, учебник подробно описывал воспаление легких. Но когда я осматривал реального больного и у меня возникало предположение о пневмонии, то почти всегда оказывалось, что целый ряд симптомов и признаков отсутствует, и я не знал, достаточно ли того, что удалось обнаружить, чтобы диагностировать эту болезнь. Дело в том, что в большинстве учебников бесстрастно перечисляют все детали клинической картины каждого заболевания, но не обращают внимание читателя на самые важные, главные, решающие признаки. Только длительная самостоятельная работа создает у врача собственную шкалу ценностей, которая позволяет ему ставить правильный диагноз даже при неполной информации, иногда на основании всего одного, но зато «безотказного» симптома или признака. Такой «палочкой-выручалочкой» стало для меня учащенное дыхание в сочетании с лихорадкой, в особенности, если при этом у больного раздуваются крылья носа. Это и не удивительно. Ведь если легочная ткань воспалена, то в ней неизбежно раздражаются бесчисленные нервные окончания. Болевых рецепторов в легочной ткани нет, они есть только в плевре. Поэтому если нет сопутствующего плеврита, то больной пневмонией не жалуется на боль, т.е. отсутствует один из важнейших признаков воспаления вообще. Но мощная патологическая импульсация всё равно имеется. Только в этом случае она поступает не в болевые центры, а напрямик в дыхательный центр, закономерно учащая дыхание или вызывая чувство одышки (не боли!).

Ещё одна проблема заставила меня много волноваться и усиленно думать. В те годы экссудативный плеврит и вообще скопление в плевральной полости большого количества жидкости (гидроторакс) встречалось чаще, чем теперь. Судя по книгам, диагноз этого состояния не представлял трудностей. Перкус-

сия грудной клетки должна была давать тупой звук – это было легко понять: ведь воздушная ткань замещена жидкостью. Что же касается аускультации, то в учебнике пропедвтики писали, что дыхательные шумы должны быть ослаблены, во-первых, поскольку мы слышим их через толстый слой жидкости, а во-вторых, потому, что дыхательные экскурсии поджатого легкого уменьшены. Я хорошо помню, что еще на третьем курсе, читая учебник пропедвтики Черноруцкого, я удивился такому объяснению: ведь жидкость проводит звук очень хорошо, и потому он не должен ослабевать. Но раз это сказал знаменитый профессор, и если это написано в учебнике, то, наверное, так оно и есть... Но неясность в этом вопросе для меня осталась. И вот в Кестеннге ко мне обращается больной с жалобой на сильную одышку. При перкуссии я нахожу у него в правой половине грудной клетки абсолютно тупой звук до третьего ребра и сглаживание межреберных промежутков – очень характерные признаки массивного скопления жидкости в плевральной полости. Но приставив фонендоскоп, я услышал громкое бронхиальное дыхание, которое, как нас учили, наиболее характерно для обширной крупозной пневмонии! Что же у больного на самом деле? Ведь если у него массивный гидроторакс, то необходимо срочно удалить эту жидкость! Кстати, наличие жидкости до второго межреберья является показанием для неотложного парацентеза – известное правило Труссо... Но если у больного крупозная пневмония, то при проколе я могу порвать иглой легочную ткань, ставшую особенно хрупкой в результате воспаления. По моей просьбе больничный шофер завёл движок, я включил рентгеновский аппарат и увидел затемнение, которое по моему разумению могло быть как плевритом, так и пневмонией... Посоветоваться было не с кем. С замиранием сердца я проколол грудную стенку, и когда отделил шприц с новокаином, из наружного отверстия иглы пошла сильная струя жидкости соломенного цвета. Значит, в плевральной полости не просто было много жидкости; она находилась там вдобавок под большим давлением, сжимая легкие и, главное, крупные вены! Прав Труссо – такая ситуация по-настоящему опасна и требует экстренного вмешательства. Я удалил около полутора литров жидкости, и больному сразу же стало легче.

Вечером, довольный своим маленьким успехом, я решил перечесть лекцию Труссо о парацентезе (между прочим, он первый среди терапевтов ввёл в практику эту процедуру). Оказалось, он отлично знал, что при массивном экссудативном плеврите очень часто бывает то самое громкое бронхиальное дыхание, которое так смутило меня вначале! И действительно, даже толстый слой жидкости между легким и ухом не может сам по себе ослабить дыхательные шумы. Все дело только в том, какие дыхательные шумы образуются по другую сторону слоя жидкости. Если легочная ткань ограничена в своих дыхательных движениях, то мы услышим ослабленное везикулярное дыхание. Если же альвеолы спались, но воздух движется по бронхам, то мы услышим ясное, ничуть не ослабленное бронхиальное дыхание! Стало быть, самым главным, наиболее надежным признаком скопления жидкости в плевральной полости является именно тупой звук при перкуссии, а вот аускультативные данные могут ока-

заться самыми разными, и на них здесь нельзя опираться. В дальнейшем случаи экссудативного плеврита мне встречались довольно часто. Я их легко диагностировал и уверенно удалял жидкость, даже если не было рентгенологического контроля. Любой учебник достоин уважения, но не следует свято верить каждому его слову – надо сравнить мнения нескольких крупных авторитетов, то есть побольше читать...

Благодаря таким вот эпизодам у меня постепенно стала появляться уверенность в своих действиях. Это качество настолько важно для практического врача, что стоит специально обсудить его в отдельном очерке (см. ниже). Здесь же, забегая вперед, расскажу об одном поучительном наблюдении из своей практики. Уже в Израиле, спустя более 40 лет после описанного только что случая, я познакомился и подружился с необычайно симпатичным пожилым профессором Ф. Он возглавлял отдел органической химии в знаменитом институте Вейцмана и заслуженно пользовался мировой известностью как выдающийся исследователь. Как-то мы с женой были у него дома в гостях, и он рассказал, что в последнее время его беспокоит одышка. По этому поводу он уже обращался к своему семейному врачу, а потом и к консультанту – кардиологу, но прописанные ими сердечные лекарства не помогают. Я уединился с Ф. в спальне. В правой половине грудной клетки была тупость почти до угла лопатки и ослабленное везикулярное дыхание; в положении лежа шейные вены набухали, а печень прощупывалась на добрых три пальца ниже ребер. Таким образом, была несомненная картина недостаточности сердца и правостороннего гидроторакса. Я сказал профессору, что у него в грудной клетке большое количество жидкости, которую надо срочно удалить, чтобы облегчить дыхание. Ф. был удивлен категоричностью моих слов, но обещал вновь обратиться к своему врачу. Через 10 дней он рассказал мне, что его подробно обследовали, сделали рентгенограмму грудной клетки, действительно нашли жидкость, госпитализировали и удалили около одного литра! Больше всего его поразила простота приёмов, которая позволила мне так уверенно диагностировать его болезнь. В дальнейшем при каждой новой встрече я повторял несложное обследование. Иногда результаты были удовлетворительным, но иногда жидкость вновь скапливалась (уровень тупости подымался), и тогда я советовал либо увеличить дозу мочегонных, либо повторить торакоцентез. Всякий раз профессор Ф. по-детски удивлялся, как это мне удается обнаружить жидкость в плевральной полости, не прибегая к рентгену. Надо добавить, что до переезда в Израиль профессор Ф. жил в Германии и в Англии и по своему социальному положению всегда имел дело с очень хорошими врачами. По-видимому, эти врачи, в высокой компетентности которых я ничуть не сомневаюсь, принадлежали к новому поколению, полному энтузиазма и веры в новейшие достижения прогресса и потому не пользовались или редко пользовались старыми немудреными методами диагностики непосредственно у постели больного...

Работа в маленькой сельской больнице была и трудной, и лёгкой. Лёгкой потому, что наши возможности как диагностические, так и лечебные были очень скудными. Ведь, как говорится, на нет и суда нет... О низком качестве нашего рентгеновского аппарата я уже говорил. Экстренное переливание крови было не для нас: такие случаи бывали не так уж часто, а хранить кровь про запас было невозможно из-за отсутствия холодильника, да и срок годности ампул крови очень небольшой даже в хороших условиях. Современных плазмозамещающих растворов тогда еще не было. Правда, как-то прислали нам особым образом обработанную сыворотку крови крупного рогатого скота, предназначенную для внутривенного введения. Но громоздкие ампулы были из такого толстого и прочного стекла, что я никак не мог подходящим образом отпилить носик ампулы, чтобы соединить ее с системой для переливания. Да и в инструкции было перечислено столько возможных осложнений, что страшно было пользоваться этой жидкостью. Так что мы были вынуждены пользоваться простейшим физиологическим раствором, как это делали в самом начале 20-го века... Не лучше обстояло дело и с доступными для нас лекарствами. Из антибактериальных средств были только пенициллин и стрептомицин, да несколько сульфамидных препаратов. Конечно, были аспирин, анальгин, кодеин и... довольно большой выбор глистогонных средств (в нашем озерном крае было громадное количество глистных инвазий, особенно рыбьим лентецом).

Как-то поступил в больницу больной с тяжелым приступом бронхиальной астмы. Я быстро помог ему инъекцией адреналина. Но через несколько часов приступ повторился, и пришлось сделать повторную инъекцию. Так за два дня я опорожнил всю коробочку ампул адреналина, которая была в нашей больничной аптеке. Я позвонил в Петрозаводск. Мне обещали прислать ампулы адреналина с поездом Москва-Мурманск через два дня. Больной продолжал задыхаться. Что делать? Ампул теофиллина тогда у нас вообще ещё не было, что уж говорить об ингаляторах и тем более о кортикостероидах. (Кстати, через несколько лет, году в 1958-9, когда я уже работал в крупной московской больнице им. С.П. Боткина, теофиллин или эуфиллин в ампулах для купирования приступа бронхиальной астмы был всё ещё очень дефицитным лекарством. Я помню, как проф. Б.Е. Вотчал – хороший знаток фармакологии – посоветовал нам, молодым клиническим ординаторам, использовать при отсутствии эуфил-

лина ампулу кофеина, разведенную в 40% растворе глюкозы: ведь и теофиллин, и кофеин являются очень близкими по строению и по действию ксантинами! Могу подтвердить, что такая замена все-таки облегчала нашу жизнь...).

Среди моих книг была *Treatment in General Practice* by Н. Beckman. В этой книге, изданной еще в 1943 г., автор собрал различные рекомендации по лечению всевозможных болезней за последние 10-20 лет. Астме было посвящено довольно много места, и я в отчаянии перепробовал многие из этих советов. В частности, один американский автор вводил при приступе астмы в прямую кишку несколько миллилитров эфира вместе с растительным маслом. Я рискнул сделать это, но несчастный больной только застонал от сильного жжения. Легче ему не стало...

Нынешний молодой врач, наверное, просто откажется лечить больных, если у него отнимут антибиотики, стероидные гормоны, современные мочегонные и гипотензивные средства (в солиднейшей монографии Г.Ф. Ланга о гипертонической болезни, изданной в 1949 г. упоминались в разделе «Лечение» только папаверин, диуретин и люминал!). Действительно, нынешнее изобилие и разнообразие продукции фармацевтических фирм поражает воображение. Один французский врач остроумно заметил, что лекарств теперь так много, что для некоторых из них мы еще даже не знаем, для каких болезней они предназначены... Но это вовсе не значит, что в наше время учебники фармакологии были тоненькими. Могучая фармацевтическая фирма Merck, знаменитая не только своими лекарствами, но и прекрасным врачебным справочником, выдержавшим множество изданий на разных языках, опубликовала к столетию этой книги копию первого издания 1899 г. В этой книжечке перечислено около 800 лекарств. Больше половины из них с тех пор кануло в Лету, но тогда их широко использовали. Так что студентам медикам всегда было трудно удерживать в памяти все сокровища фармакологии ...

Впрочем, всегда находились врачи, призывавшие к разумной экономии лекарств. В конце 19 века один французский врач даже выпустил книгу под названием: «Терапия в 20 средствах». На первый взгляд это кажется парадоксом. Но ведь и незатейливая мелодия «Чижик-пыжик», и «Лунная соната» Бетховена написаны одними и теми же семью нотами – весь вопрос, как их использовать... Проф. Б.Е. Вотчал, который начал свою врачебную карьеру в годы первой мировой войны, рассказывал мне с улыбкой: «Во время гражданской войны и разрухи в России вообще не осталось почти никаких лекарств. Я, было, по молодости думал, что в этих условиях все больные погибнут, но ничуть не бывало!..».

Отчасти, чрезмерное изобилие лекарств вызвано просто конкуренцией фармацевтических фирм, каждая из которых выбрасывает на рынок свою разновидность уже известного средства. Так, в наше время было много препаратов в группе сердечных гликозидов – и просто порошок листьев наперстянки, и настойка, и очищенные кристаллические гликозиды (дигоксин и дигитоксин); были препараты наперстянки пурпурной и наперстянки шерстистой, были препараты строфанта, ландыша, адониса и некоторых других растений, обладав-

шие дигиталисоподобным действием. Каждая фирма расхваливала свой препарат и ссылалась на соответствующие научные исследования. Прошли годы, и из этого множества остался, пожалуй, только дигоксин. А ведь уже более 70 лет назад американский кардиолог Уайт (да и не только он один) советовал молодому доктору выбрать из этого изобилия всего один-два препарата и постоянно пользоваться только ими, чтобы накопить собственный опыт – важнейшее условие успешного лечения. Точно так же и теперь аптечные полки забиты бесчисленными вариантами бета-блокаторов, ангиотензин-конвертирующих энзимов, антигистаминных средств и т.д., разница между которыми, в сущности, ничтожна. Что из этого останется через 20-30 лет?

Конечно, если появляется принципиально новое лекарство с совершенно иной точкой приложения или с иным механизмом действия, чем у известных уже средств, то оно заслуживает самого серьезного и благожелательного отношения. Тогда стоит попробовать его в подходящем случае, чтобы получить собственное впечатление. Но если нам предлагают просто еще один вариант из уже известной фармакологической группы, то лично я предпочитаю не гоняться за каждой такой новинкой. Лучше сохранить верность уже испытанному, хорошо знакомому средству. И только спустя год или два, если преимущества нового лекарства подтверждаются практикой моих коллег, а не только рекламными проспектами, я включаю его в свой арсенал.

Особенно трудна в деревне акушерская работа. Вообще-то, роды – это самый нормальный, физиологический процесс, и в большинстве случаев врач просто присутствует при нём. Но иногда возникают осложнения, и вот в этих случаях требуется и решать, и действовать очень быстро, ибо промедление поистине опасно для жизни. Да и у родственников роженицы совсем другая психология, чем у родственников обычных больных. Больной поступает, в стационар, как правило, по достаточно серьезной причине, и родственники понимают, что возможен и смертельный исход даже при самом старательном лечении. В родильное же отделение привозят совершенно здоровую женщину, и вдруг родным сообщают на другой день, что она умерла! В нашей маленькой больничке за три года моей работы было два судебных дела, и оба по поводу смерти роженицы...

Как-то я вел свой обычный амбулаторный приём. Вдруг вбегает санитарка из родильного отделения и говорит, что Сергей Герасимович просит срочно помочь ему. Я мчусь по коридору, вбегаю в родильную комнату и вижу Сергея Герасимовича в операционном халате и перчатках и женщину на гинекологическом кресле. Сергей Герасимович извиняющимся тоном говорит мне: «Н.А., женщина родила, но продолжает кровить понемногу. Как Вы думаете, понаблюдать ещё, или войти в матку?». Он ещё не успел закончить фразу, как вдруг из родовых путей хлынула кровь буквально ручьем шириной в два пальца! Струя даже завихрялась от быстроты потока. Сергей Герасимович побледнел, рухнул на стул и в ужасе закричал: «Н.А., да что же это такое!!!». Я тоже в каком-то отчаянии, немый, без перчаток - схватил с операционного столика бутылку с настойкой йода, облил свои руки и ввел всю правую руку в матку.

Там оказалось несколько кусочков последа. Я их выковырял, матка тотчас сократилась, и кровотечение прекратилось. Этот эпизод я рассказываю не из хвастовства, а чтобы показать, как трудно иногда работать в деревне. Особенно, если ещё мало опыта и нет страховки со стороны старших товарищей. Уважение мое к С.Г. после этого не уменьшилось – ведь в такой ситуации каждый иногда может растеряться...

При работе в маленькой сельской больнице возникают особые отношения между врачом и больным. Когда больной попадает в крупный госпиталь, то в его лечении участвует не только палатный врач, но и дежурные врачи, заведующий отделением, а в университетской клинике ещё и ассистенты, доценты, профессор. Если добавить сюда и консультантов, то в результате ответственность за судьбу больного оказывается коллективной, а попросту размытой. Никто из участников лечебного процесса не считает себя единолично ответственным за все решения. Иногда лечащий врач выполняет рекомендации старшего по должности, не будучи убежденным в их правильности. Естественно, в таком случае он даже может посчитать, что его дело – сторона, поскольку сам-то он против такого лечения... Точно так же и в крупной городской поликлинике широко используют консультантов и узких специалистов. Часто это очень полезно и облегчает работу лечащего врача, но его отношение к своему подопечному все-таки незаметно меняется. Фигурально выражаясь, он уже не вытаскивает своими собственными руками больного из ямы, а просто становится одним из мелких незаметных помощников и потому может себе позволить не напрягаться и не особенно переживать за успех дела...

В отличие от этого, в деревне врач всё время остается один на один с больным и с его болезнью. Здесь не за кого спрятаться, и все решения надо принимать самому. Это трудно. Но это приучает к самостоятельным и активным действиям. Больной также не теряется в догадках, кто же является его спасителем (или на кого следует жаловаться...).

Работа в деревне трудна ещё и потому, что здесь нет дежурных врачей и специальной скорой помощи. Поэтому сельский врач должен оказывать помощь не только в обычные рабочие часы, но и ночью, и в праздники. Бывало, только заснёшь поздним вечером после тяжелого рабочего дня, как приходит вызов в самый дальний конец деревни – у ребёнка высокая температура. С трудом добираться туда через снежные сугробы, но не успеешь вернуться обратно, уже есть вызов в соседнюю деревню. Надо будить больничного шофёра Лёшу или распорядиться запрягать сани... Нередко я мечтал, что, когда вернусь в Москву, то займусь одной лишь электрокардиографией: не надо будет иметь дела с непонятными, трудными и бестолковыми больными, не надо будет вскакивать по ночам и стремглав бежать на срочный вызов, не будет ежеминутного гнёта врачебной ответственности.

Особенно удручала нехватка опыта и знаний. В деревне всегда уважают доктора – приветливо здороваются, уступают очередь. Но все же мне постоянно казалось, что больные относятся ко мне снисходительно, а то и с легким презрением – «Молод ещё, на нас учится!». Я старался, усердно перечитывал

свои учебники и медицинские журналы, но чувство неуверенности не проходило. Впрочем, через много лет я случайно узнал, что, оказывается, местные жители все-таки действительно меня уважали – не за опытность, а за старательность и добросовестность. Случилось это вот как.

Лет через 12 после возвращения из Кестеньги в Москву, я уговорил нескольких своих товарищей, тоже врачей, провести отпуск в Карелии, необычайные красоты которой и до сих пор памятны мне. Мы приехали в Кестеньгу и остановились на день в доме нашего больничного шофера Леши. С волнением зашел я в больницу – она ничуть не изменилась. Несколько медсестер узнали меня и очень обрадовались. В дом к Лёше заходили соседи, помнившие меня, и наговорили много приятных слов... Мы наняли лодку, укрепили на ней привезенный из Москвы мотор и отправились по громадному Топ-озеру. К вечеру погода стала портиться, и мы причалили к маленькому островку. На ночь мы забрались в палатки, а нос лодки вытащили на берег. Ночью разыгралась буря с сильным дождем. Лодку залило и разбило волнами о каменистый берег. Мы очутились на необитаемом острове среди пустынного безбрежного озера. Только на следующий день мы увидели вдалеке лодку, разожгли костер и стали подавать знаки бедствия. Лодка причалила. Ее хозяин заготавливал на островах сено на зиму. Он меня сразу узнал – оказывается, я его когда-то лечил. Мы оба обрадовались встрече, но он даже смутил меня своими похвалами в мой адрес. Мои спутники также были молодыми врачами, но в отличие от меня, они сразу после института попали в столичные больницы. Мне показалось, что эта встреча вызвала у них даже некоторую зависть ко мне, деревенскому врачу в прошлом...

Так что же ценят в нас больные? Казалось бы, главное – это наши знания и опытность. Но ведь на самом деле, оценить квалификацию по достоинству может только коллега, профессионал. Я встречал очень знающих и талантливых врачей, которые, несмотря на это, не пользовались у больных авторитетом и популярностью. Великий Фрейд рассказывает в одной из своих лекций, что нередко больной, входя в его кабинет для консультации, не закрывал за собой дверь из комнаты ожидания. Казалось бы, маленькая деталь. Но для Фрейда не было случайных или ничего не значащих пустяков. Он со свойственной ему проницательностью истолковал это как выражение подсознательного презрения к непопулярному доктору: «А зачем закрывать дверь? Ведь там никого нет, обойдешься и так...». – Очень тонкое наблюдение...

Но вот что больной может оценить сразу и безошибочно, так это чисто человеческие качества врача: приветливость, внимательность, старательность, опрятность, скромность. Мы иногда слишком высокого мнения о могуществе медицины (молодой врач Б.Е. Вотчал во время военной разрухи думал, что при отсутствии лекарств все больные погибнут). Напротив, наши больные, хотя и надеются на нашу помощь, но в глубине души понимают, что мы тоже люди, а не боги и потому готовы прощать нам наши неудачи, если только мы добросовестны и стараемся изо всех сил...

Два-три раза в год я бывал в Петрозаводске по несколько дней на различных конференциях или совещаниях. Для меня это было почти как поездка в Париж – каменные дома, электричество, троллейбусы, книжные магазины. Там я познакомился и подружился с несколькими симпатичными и талантливыми врачами, осевшими в Петрозаводске после учебы в Ленинграде. В провинции всегда рады гостям, а мы, вдобавок, были все молоды и общительны. Эти встречи очень скрашивали мою монотонную жизнь. Иридий Менделеев пригласил меня на встречу нового 1956 года, и я с радостью приехал.

После обычного весёлого застолья с шампанским мои новые друзья открыли очередное заседание Городского Академического Врачебного Научного Общества (сокращенное название по первым буквам пусть составит сам читатель...). Первый доклад на тему: «Этюды вестибулярной импотенции» прочел рентгенолог Марк Берман. Это была блестящая пародия на научную статью. Как и полагается, автор начал с исторического обзора, указав, что проблема импотенции интересовала человечество с древнейших времён, о чём свидетельствует изучение египетских мумий. Далее он сообщил, что в научной литературе различают несколько видов импотенции, но что темой настоящего исследования является исключительно эссенциальная, или идиопатическая импотенция, которую, согласно новейшей классификации, называют теперь вестибулярной импотенцией. «Нам удалось сконструировать особый прибор для объективного и количественного измерения импотенции, который мы назвали «потенциометр». Мы полагаем, что отныне все прежние примитивные методы оценки импотенции, как например угломер, могут быть оставлены только для полевых работ...». Далее, как и принято в солидных научных статьях, были приведены соответствующие «истории болезни». Так, «больной М. 85 лет поступил в Республиканскую больницу с жалобой на импотенцию. При обследовании потенциометр показал величину одну тысячную милливольты. Диагноз – вестибулярная импотенция третьей стадии. После проведенного лечения при попытке подключения потенциометра вышибло электрические предохранители во всей больнице. Больной выписан с улучшением. Через два месяца жена больного успешно родила»...

Следующий доклад назывался «Экономические проблемы сахарного мочеизнурения в СССР». Это передразнивало название последнего «шедевра» И.В. Сталина «Экономические проблемы социализма в СССР», который мы все должны были прилежно изучать вплоть до смерти тирана. Автор – анестезиолог Толя Зильбер отмечал, что больные сахарным диабетом выделяют с мочой громадные количества сахара, так нужного нашей стране. Предлагалось обязать всех этих больных собирать ежедневно свою мочу и сдавать ее для переработки. Из представленных расчётов следовало, что таким образом можно будет значительно улучшить снабжение населения сахаром...

Все мы смеялись до упаду. Но эти мои друзья были не только шутниками, но и очень талантливыми людьми. Так, Толя Зильбер стал одним из самых известных учёных в области анестезиологии и реанимации не только в России, но и за рубежом. В маленьком провинциальном Петрозаводске он, преодолев

неисчислимы трудности, создал крупнейший научный центр, куда приезжают учиться (и завидовать) со всех концов страны. Впрочем, даже став серьезным ученым, Толя Зильбер сохранил юмор и молодое озорство. Как-то Хрущёв решил, что для социалистического строительства нужны не привычные пятилетние планы, а перспектива сразу на двадцать лет вперед! Начальники послушно засуетились. Для координации был даже создан Государственный Комитет по науке и технике. Ему отвели громадное роскошное здание в самом центре Москвы. Оттуда во все научно-исследовательские и учебные институты разослали специальные бланки со множеством вопросов. Их надо было заполнить в пяти экземплярах с соблюдением универсальной десятичной классификации и подробно изложить, какие научные работы планируются через десять и даже через двадцать лет. Конечно, все понимали, что это глупая затея, но делать было нечего: приказ высочайшего начальства. Я в то время был старшим научным сотрудником и тоже был вынужден придумать какие-то нелепые планы. Толя побился об заклад, что эти посылаемые наверх ответы никто даже читать не будет, и написал, что через двадцать лет он собирается изучить «Аналгезию родов с помощью жопопиперазина в условиях марсианской атмосферы»! Он оказался прав: прошло уже более сорока лет, но до сих пор никакой реакции на эту явную издёвку так и не последовало...

В отличие от Толи и Иридия, Марк Берман так и остался рядовым рентгенологом, но и его жизнь сложилась достойно и красиво. Полюбив красоты карельской природы, он все свободное время проводил в туристских походах – летом на лодке, зимой на лыжах. Он снял – просто для души – несколько любительских фильмов, которые по своей поэтичности и красоте являются настоящими произведениями большого искусства. Еще один его поступок до сих пор поражает меня. Как и подавляющее большинство советских врачей, Марк не знал ни одного иностранного языка. Все школьники и даже студенты в СССР были обязаны учить какой-нибудь иностранный язык (в 30-е и 40-е годы чаще всего немецкий, позже – английский), но все знали, что это – напрасный труд: ведь никогда в жизни не только не съездишь за границу, но даже и здесь не придется разговаривать с иностранцем. Только после смерти Сталина железный занавес потихоньку стал давать трещины. Появились первые туристы ОТ-ТУДА, иностранные книги перестали быть чем-то полузапрещенным. Поэтому сын Марка, также ставший врачом, но выросший уже в других условиях, свободно читал на английском языке и специальную, и художественную литературу. Как-то ему попался роман Башевиса Зингера «Раб». Он ему понравился, и он пересказал содержание своему отцу. Марк настолько заинтересовался, что взял у сына эту книгу и англо-русский словарь и стал пробираться сквозь текст, в котором буквально каждое слово было ему неизвестно! У него хватило терпения и мужества, и он прочел роман – за полгода!... Книга эта ужасно понравилась Марку, и он решил сделать собственный перевод, чтобы поделиться радостью с друзьями. Снова он начал с первой строчки. Еще через год черновик, писанный от руки, был готов. Но отдавать машинистке такой явно несоветский текст Марк не решился. Он взял старенькую пишущую машинку и,

тыча всего одним пальцем, еще за несколько месяцев сам напечатал, наконец, свой перевод...

Ещё одно, совсем недавнее воспоминание о нём. Он медленно угасал от неизлечимого рака с метастазами, и знал о близящемся конце. Несмотря на это, он оставался таким же приветливым собеседником, а любознательный ум и мягкий юмор не ослабели. Как-то в беседе с ним я рассказал, что Талмуде группа мудрецов обсуждает среди самых разнообразных жизненных ситуаций и такую: два путника бредут по пустыне, и у них всего одна фляжка воды. Если разделить ее пополам, то ни один из них не дойдет до оазиса, но одного она может спасти. Что делать? Я, было, думал, что Марк, как и я, изумится дотошности талмудических вопросов, и, быть может, мы с ним немного пообсуждаем, как же в действительности можно поступить. Но Марк без малейшей паузы немедленно воскликнул, даже с некоторым негодованием: «Как что делать? Отдать другому!!!». Его реакция была такой мгновенной, что ясно было – для него другого решения просто не существовало...

НА НОВУЮ УЧЕБУ – В ЦИУ!

Но вот стал подходить к концу третий год моего пребывания в Кестеньге. Время, заполненное усердной работой, учебой, заботами и редкими развлечениями, пронеслось быстро, хотя сначала трехлетняя ссылка казалась мне ужасным наказанием. Отработав три обязательных года на государство, я мог уже свободно выбирать дальнейшую дорогу. Разумеется, я собирался вернуться в Москву, где жили мои родители и друзья. Там я хотел продолжить свою врачебную учебу. В те годы для этого было две возможности: либо клиническая ординатура (нечто вроде двухлетней стажировки по специальности), либо аспирантура (три года для выполнения научного исследования на степень кандидата медицинских наук). Для поступления в клиническую ординатуру надо было просто послать свои документы в отдел кадров. Там начальство решало, кого принять, а кому отказать. И хотя к моим прежним преимуществам (диплом с отличием, знание иностранного языка) прибавились новые (работа в сельской больнице, знание нескольких языков), я опасался, что всё равно мне откажут из-за моей национальности. Я поэтому решил попробовать поступить в аспирантуру, куда надо было сдавать вступительные экзамены. Я надеялся, что мои знания помогут мне пробиться.

Послав соответствующие документы в Москову в Центральный институт усовершенствования врачей, я стал готовиться к экзаменам – по внутренним

болезням, иностранному языку и по марксизму-ленинизму. Первым делом, я решил перечитать самые последние отечественные учебники. У меня был толстенный – страниц на 800 – учебник внутренних болезней Е.И. Тареева, изданный году в 1951. Но как раз в 1957 г. вышло новое издание, которое я тотчас же купил. К моему удивлению, учебник уменьшился почти в два раза! В предисловии автор писал (цитирую по памяти, но почти дословно – так меня поразило объяснение): «В соответствии с указанием Министерства Здравоохранения СССР объём учебника существенно сокращен, чтобы облегчить усвоение материала студентами»... Иными словами, Министерство заботилось, в первую очередь, не о том, чтобы врачи знали как можно больше, а о том, чтобы даже слабый студент мог одолеть такой облегченный учебник, то есть, чтобы план по ежегодному выпуску молодых специалистов не был сорван какими-то занудами и педантами!

В последующие годы я всегда поражался неуклонному распуханию зарубежных, особенно американских учебников по медицине. Теперь стандартный учебник по терапии или по хирургии достигает 1500-2000 страниц, и авторы, очевидно, не собираются ограничивать себя, а стараются втиснуть абсолютно все новейшие сведения. Живя в СССР, я не верил, что молодые врачи в состоянии освоить такой объём знаний. Я был склонен думать, что эти толстые учебники вовсе и не предназначены для сплошного запоминания, а являются как бы энциклопедическими справочниками, куда заглядывают в трудных случаях. Однако когда я познакомился с вопросами, на которые надо ответить, чтобы получить американский врачебный диплом, я убедился, что требования там жесточайшие и без всяких скидок. В дальнейшем, когда я уже оказался в Израиле и был на стажировке в крупном клиническом госпитале, я с изумлением и с завистью видел, как молодые врачи-стажеры держат в голове толстые тома Гаррисона, Сесила или Мерка, и без труда ссылаются даже на мелкие сведения оттуда. Я подумал тогда, что главная разница между молодым врачом советской и американской выучки заключается в следующем. В России считают, что молодой врач вовсе и не обязан знать все; доцент, естественно, знает больше, а профессор – ещё больше. Вот они и учат молодого доктора. На Западе студент после сдачи экзаменов обязан знать то же, что и профессор. Преимущество профессора не в количестве прочитанных книг, а в профессиональном опыте, в умении использовать эти обширные знания. Вот им-то и делится старший товарищ с младшим...

Летом 1957 г. я приехал в Москву сдавать вступительные экзамены. В холле Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУ) толпились

молодые врачи, также хотевшие поступить в аспирантуру. Один из них с изумлением рассказал мне, что по слухам приехал откуда-то чужак, будто бы знающий несколько иностранных языков! Я вежливо удивился, но, конечно, слышать такое было приятно... Первым экзаменом в нашей группе как раз оказался иностранный язык. В экзаменационную комнату стали вызывать по алфавиту. Видно было, как сильно нервничали все оставшиеся снаружи. Я сочувствовал им – почти для всех врачей иностранный язык был самым трудным препятствием. Но мое спокойствие и чувство превосходства быстро улетучились, когда из экзаменационной комнаты вышли первые испытуемые. Все стали жадно расспрашивать их – как проходит экзамен. Оказалось, что кроме перевода текста на русский язык, задают также вопросы по грамматике. А ведь я давным-давно забыл все грамматические правила и просто свободно читал и говорил по-английски! Значит, на «пятерку» мне нечего рассчитывать, позор! Как я расскажу об этом своим родителям?

Наконец, очередь дошла и до буквы М. Я вошел ещё с несколькими врачами. Нас усадили каждого за отдельный стол и дали по листку английского текста. Все судорожно схватились за словари и стали выписывать незнакомые слова. Я понимал, что моё единственное спасение от вопросов по грамматике – сразу показать свое хорошее владение языком. Мельком взглянув на текст и убедившись, что он очень простой, я сразу же поднял руку. – «В чём дело?» - «Я готов». Экзаменаторы изумленно посмотрели на меня. «Вы уже готовы отвечать?!» - «Да». Я бегло прочел текст по-английски и тотчас же дал перевод. Экзаменаторы были приятно поражены и стали расспрашивать, откуда я приехал и где так хорошо выучился языку. Я намеренно отвечал по-английски, чтобы еще усилить благоприятное впечатление. Видя теплые улыбки, я уже было перевел дух, как вдруг одна из преподавательниц показала мне на одну фразу и попросила дать грамматический анализ. Я смущенно улыбнулся и ответил: «I don't know...». Лица экзаменаторов сразу посерьезнели и вытянулись. «То есть, как это Вы не знаете? Как же Вы переводите?». Я – по-прежнему по-английски – стал уверять их, что грамматика мне уже не нужна, но тщетно – они были неприятно удивлены и разочарованы. «Ну, что же, Вы свободны...». Я уныло поплелся к выходу. Больше, чем на четверку рассчитывать не приходится, а то ведь и тройку могут поставить. Какой позор!.. Через несколько часов объявили результаты. Мне всё-таки поставили пятерку (как потом мне рассказали – после некоторых колебаний).

Устный экзамен по внутренним болезням принимала комиссия из нескольких профессоров. Никого из них я раньше не знал в лицо. Только двое отвечали моему представлению о профессоре: один с аккуратной бородкой клинышком и румяным приветливым лицом старого доктора (это был А.З. Чернов, заместитель М.С. Вовси), второй – высокий седой джентльмен с породистым лицом и орлиным носом (это был Б.Е. Вотчал). Двое других показались мне просто представителями администрации. Один из них – в очень простом костюме, тёмной рубашке и каком-то неопределённом галстуке был похож на заурядного советского служащего, но никак не на профессора. Я, было,

подумал, что он из профкома института и ещё удивился, как это он безо всякой субординации непринужденно разговаривает с почтенными профессорами. Экзаменаторы перелистали мое личное дело. Не успел я взять билет с вопросами, как этот «член профкома» стал дотошно выяснять, где и как я учил иностранные языки. Я ответил, что сделал это самостоятельно. Он не унимался. «А Вы уверены, что Вы правильно переводите?». Я подумал про себя: «А тебе-то какое дело, сиди в своем профкоме или в отделе кадров и не мешай профессорам!» и сухо ответил, что качество моих переводов не подвергали сомнению в Институте Научной информации. Только потом я узнал, что это был знаменитый профессор И.А. Кассирский, автор лучшего в то время учебника болезней крови, сам полиглот и широко образованный человек...

Остальные экзаменаторы попросили И.А. не терять время и перейти сразу к делу. Мне достался вопрос о подостром септическом эндокардите. Я подробно рассказал об этом заболевании и даже упомянул мало известном в России признаке – узелках Ослера, о которых я читал в американском учебнике Уайта и потом сам видел у своих больных. Видно было, что ответ понравился, и я уже собирался перевести дух, как вдруг седой джентльмен спросил: «А в каком проценте при этом заболевании находят зеленыя стрептококк?». Я несколько растерянно ответил, что он высеивается в подавляющем большинстве случаев. Я не считал нужным запоминать при чтении статистические данные, поскольку в разных исследованиях цифры, естественно, расходились. Но экзаменатор упорствовал: «Нет, все-таки, в каком проценте случаев высеивается зеленый стрептококк?». Видно было, что он просто хотел «засыпать» меня. Если я ему отвечу, например, что в 95%, то либо он не согласится и назовет другую цифру или же спросит, у какого автора я это вычитал... Я смущенно повторил: «Ну, просто в подавляющем большинстве случаев...». Наступило молчание. Остальные экзаменаторы сидели с каменными лицами. «Ну, что же, Вы свободны...». Я вышел, твердо зная, что пятерки я не получу. Так оно и оказалось: мне поставили четверку.

По внутренним болезням был еще письменный экзамен: надо было представить нечто вроде реферата на одну из предложенных тем. Я выбрал «Аневризму сердца» и постарался изложить все, что я знал, в том числе подробно описал характерные изменения электрокардиограммы. Секретарша приёмной комиссии рассказала мне потом, что мое сочинение попало на отзыв к профессору И.А. Кассирскому и так ему понравилось, что он поставил оценку «пять с плюсом!». Но, увы, поскольку я получил одну четверку, то в аспирантуре мне было отказано...

Оставалась ещё одна надежда – клиническая ординатура. Я отлично понимал, что на самом-то деле, я очень заманчивый кандидат для любого руководителя кафедры – и диплом с отличием, и опыт самостоятельной работы в деревне, и знание нескольких иностранных языков. Да и тот факт, что я мужчина, был немаловажным преимуществом, поскольку подавляющее большинство врачей в СССР в то время были женщины. Ведь, несмотря на разговоры о равенстве полов, весь тяжкий труд по ведению домашнего хозяйства и по воспи-

танию детей по-прежнему лежит на женщине, и потому она, обычно, не в состоянии полностью посвятить себя только медицинской профессии. К сожалению, я был не из врачебной семьи, и у меня не было никаких знакомств в этом мире. К кому идти с просьбой о помощи? Я, было, подумал обратиться к И. А. Кассирскому, на которого я, как будто, произвел хорошее впечатление. Но у него была репутация гематолога, а мне хотелось быть интернистом широкого профиля. Точно так же кафедра М.С. Вовси, как мне тогда казалось, занималась только болезнями почек (в дальнейшем я убедился, что это не так). Зато про Б.Е. Вотчала я слышал, что он специалист по клинической фармакологии, а это обещало более широкий охват внутренних болезней. Я решил обратиться к нему.

Мне сказали, что клиника Б.Е. Вотчала находится в больнице им. С.П. Боткина. Я приехал туда, поднялся на третий этаж и уселся перед его кабинетом. Когда оттуда вышел очередной врач, я робко вошел и сказал: «Б.Е., моя фамилия Магазаник. Я бы очень хотел работать у Вас...». Он пронзительно посмотрел на меня и холодно спросил: «А Вы знаете, что это я Вас засыпал на экзамене?» - «Да...». - «Видите ли, у меня был свой кандидат в аспирантуру. И вообще я считаю, что в аспирантуру можно поступать только после хорошей клинической подготовки» - «Я как раз и хочу учиться...». – «Ну, что ж, я постараюсь Вам помочь. Идите в отдел кадров, напишите заявление. Если будут трудности – вот мой домашний телефон». Обрадованный, я побежал в отдел кадров, переписал свое заявление (ординатура вместо аспирантуры) и стал ждать. Через несколько дней пришел ответ – отказать!.. Я пошел в Министерство Здравоохранения СССР в отдел ординатуры и аспирантуры. Я перечислил вежливой сотруднице этого отдела все свои преимущества и полагающиеся привилегии, но в ответ она только улыбнулась и сказала: «Очевидно, нашлись более достойные кандидаты...». Я был унижен и оскорблен. И ведь я вовсе не претендовал на какое-то уж очень выгодное или «хлебное» место. Я просто хотел еще поучиться, чтобы стать хорошим врачом. Даже окончание клинической ординатуры само по себе не давало никаких материальных преимуществ. В те годы зарплата хорошего врача была такой же нищенской, как и простого врача. Преодолев смущение и робость, я позвонил Б.Е. Вотчалу и рассказал ему об этом. Он возмутился: «Ведь это явная ложь! У них сейчас вообще нет никаких кандидатов на свободное место! Не волнуйтесь, я это улажу». Действительно, ещё через неделю меня зачислили в клиническую ординатуру ЦИУ на кафедру терапии проф. Б.Е. Вотчала.

САМАЯ ГЛАВНАЯ УЧЕБА

Первого сентября 1957 г. я, волнуясь, впервые вошел в терапевтический корпус Московской больницы им. С.П. Боткина уже не как посетитель или проситель, а как сотрудник, хотя и самый маленький. Там я проработал 17 благодатных лет, заполненных неустанной учебой и интересной работой.

Первым делом я подошел к Б.Е. Вотчалу – представиться и поблагодарить за помощь. Он тут же определил меня «в подмастерья» к одному из своих ассистентов - доктору Виктору Абрамовичу Каневскому. Я не знал, кто это, но слышал, что есть на кафедре ассистент по фамилии Долгоплоск, который занимается электрокардиографией и вообще специализируется по болезням сердца. Я робко заикнулся, что мне хотелось бы расширить свои знания по ЭКГ, и нельзя ли меня направить к доктору Долгоплоску? В ответ Б.Е. шутиливо замахал своими длинными руками и воскликнул с улыбкой: «Что Вы, что Вы! Научитесь сначала перкуссии и аускультации, а уж потом займетесь кардиограммой!!!». Я был разочарован и решил, что это мое очередное невезение. Как же я ошибался! До сих пор я благодарен Б.Е. Вотчалу за то, что моим первым и главным учителем оказался этот самый доктор В.А. Каневский!

Я спустился на второй этаж – в женское отделение, где мне отныне надлежало работать (а Н.А. Долгоплоск работал в мужском отделении на третьем этаже, там, где находился и кабинет Б.Е. Вотчала – действительно, понижение!..) и разыскал своего будущего наставника. Это был высокий седой слегка сутуловатый мужчина лет 55. Я представился. Он внимательно, но приветливо взглянул на меня и сказал: «Очень приятно. Я уже слышал о Вас. Ну, что ж, пора начинать утренний обход». Мы – Виктор Абрамович, я и ещё две молодые женщины, тоже клинические ординаторы, но уже второго года обучения вошли в большую палату, где лежали на койках десять больных. В.А. подходил к каждой больной, расспрашивал её, выслушивал доклад лечащего врача, и затем сам обследовал – перкутировал, аускультировал и пальпировал. Попутно он давал краткие объяснения, а иногда задавал нам вопросы, чтобы проверить наши знания. Так, осматривая больную с инфарктом миокарда, он напомнил нам, что иногда в первый день инфаркта бывает шум трения перикарда и спросил: «Кто впервые описал это?». Я тотчас ответил: «Керниг». «А как он назвал этот феномен?» - «Pericarditis epistenocardica». В.А. изумленно взглянул на меня и ободрительно воскликнул: «Молодец, молодец!». Видно было, что он приятно поражен моей эрудицией. В процессе обхода мне удалось ещё несколько раз показать свою начитанность, так что расстались мы со взаимным удовлетворением...

Все последующие дни протекали по неизменному расписанию. Сначала – с 8.45 до 9.00 - краткая утренняя конференция в отделении с сообщением дежурных медсестёр о прошедшей ночи. Потом – с 9.00 до 10.00 – кафедральная конференция для врачей-курсантов, на которой дежурные молодые врачи докладывали о вновь поступивших больных и о всех происшествиях; кроме того, обсуждались трудные или интересные случаи. Затем ассистенты делали палатные обходы со своими клиническими ординаторами. Потом мы, молодые доктора занимались рутинной работой – заполнение историй болезни, направление на рентген и прочие обследования, приглашение консультантов из других отделений нашей громадной больницы и т.п. Все это надо было успеть не в ущерб посещению лекций, которые читались для врачей, приезжавших в ЦИУ на несколько месяцев для усовершенствования.

Медицину того времени можно назвать неторопливой. Госпитализации были, как правило, очень длительными. Так, при остром инфаркте миокарда больной находился на строжайшем постельном режиме первые 3-4 недели, да ещё несколько недель потом его очень медленно приучали заново ходить. В первые дни бедным больным запрещали даже поворачиваться на бок, и если ночью больной просыпался и обнаруживал, что он лежит не на спине, а на боку, он покрывался холодным потом от страха – не навредил ли он себе! С помощью такой тактики надеялись предотвратить разрыв сердца и возникновение страшного осложнения – аневризмы. Инфаркт считался настолько грозным заболеванием, что возврат даже небольших болей в грудной клетке спустя несколько недель после начального эпизода, особенно если при этом возникали пусть самые незначительные добавочные изменения зубца Т на ЭКГ приводил к удлинению постельного режима до месяца, а то и дольше. В те годы у нас еще не было биохимической диагностики некроза сердечной мышцы, и диагноз основывался, главным образом, на ЭКГ. Конечно, уже и тогда было известно, что некоторые изменения ЭКГ, в частности инверсия зубца Т, и уж, тем более, простое снижение его высоты, не обязательно отражают ухудшение коронарного кровоснабжения, т.е. не являются специфичными и бывают при самых различных состояниях, даже при банальной гипервентиляции от волнения. Но страх перед рецидивом инфаркта был так велик, что зловещее заключение специалиста по ЭКГ - «отрицательная динамика» - приводило к перестраховке. А ведь само по себе длительное неподвижное лежание на спине, несомненно, способствует возникновению мышечных и невралгических болей в грудной клетке. Вместе с тем любой врач встречал больных, у которых на ЭКГ были патологические зубцы QR или QS – несомненное свидетельство некогда перенесенного инфаркта, хотя никаких указаний на это в анамнезе не было. А ведь это означало, что больной перенес на ногах (и даже не прекращал работать!) весь острый период инфаркта, так и не получив пресловутую аневризму. Попутно замечу, что истинная аневризма сердца как прежде, так и теперь встречается очень редко, и обусловлена она не особенностями лечения, а просто большим размером инфаркта...

Так же обстояло дело и в гастроэнтерологии. Например, больного с обострением язвенной болезни полагалось выписывать только после полного заживления язвы. Пребывание в больнице нередко уже через 7 -10 дней приводило к исчезновению боли и всех других диспептических жалоб, но контрольная рентгеноскопия все еще обнаруживала язву, хотя и меньшего размера. В таком случае приходилось задерживать больного ещё недели на две – до повторного контроля. Увы, иногда и на этот раз рентгенолог сообщал о язвенной «нише», хотя уже очень маленькой - размером всего в несколько миллиметров... Уже и тогда я недоумевал, почему язвенных больных выдерживают в неволе так долго: ведь часто этому же больному приходилось ждать очереди на госпитализацию несколько недель. Все это время он страдал от явного клинического обострения, но никаких серьезных осложнений при этом не возникало.

Кстати, самые опасные осложнения – перфорация и кровотечение – часто возникают неожиданно, без предшествующей язвенной «увертюры».

Особенно затяжным было лечение в туберкулезных больницах – там оно исчислялось многими месяцами. В до-антибиотическую эру лечение туберкулеза сводилось, в основном, к общеукрепляющим, санаторным мерам и потому оно неизбежно было очень длительным. Создание в 1944 г. стрептомицина, а затем и ещё более мощных специфических противотуберкулезных антибактериальных средств совершенно преобразило лечение туберкулеза. Уже через несколько недель больной переставал выделять туберкулезные палочки и уже не представлял опасности заражения для окружающих. Казалось, дальнейшее лечение можно было проводить уже в амбулаторных условиях, Однако еще многие годы в СССР больные туберкулезом были обречены на многомесячное заточение в больнице.

В этой связи вспоминаю забавный эпизод. Довольно быстро я понял вред, который причиняет самому больному чрезмерно длительное пребывание в стационаре и старался не затягивать обследование и лечение. Спустя несколько лет, когда я уже был кандидатом медицинских наук и ежедневно помогал нескольким клиническим ординаторам, в эту группу попал симпатичный молодой доктор Коля Каторгин. Спустя некоторое время его перевели на кафедру туберкулеза. Впитав мои идеи, он как-то на клиническом разборе больного, который лежал в отделении «всего» две-три недели, вдруг пробасил: «Да выписать его надо!». Такая ересь вызвала совершеннейшее замешательство всех врачей...

Длительное пребывание в стационаре приводит к развитию особого психологического комплекса под названием «госпитализм». Больной привыкает, что ему не надо работать и думать о завтрашнем дне - он обеспечен едой, лекарствами, кровом и постелью, все решения за него принимает врач. Слабеет желание выздороветь и вновь очутиться на свободе. Особенно вредна длительная госпитализация для человека, чувствующего себя уже совершенно здоровым: с одной стороны, вынужденное безделье способствует нарушению больничного режима – больные вновь начинают курить, а то и употреблять алкоголь. С другой стороны, ежедневный контакт с болезнями и страданиями соседей по палате развивает мнительность и вызывает различные невротические реакции.

Длительное госпитальное лечение вообще было характерно для старой медицины. Об этом свидетельствуют клинические лекции Труссо, Захарьина, Боткина и других. Но в Советском Союзе этому способствовала ещё одна причина. Медицина была объявлена бесплатной. Все медицинские работники получали заработную плату от государства. Оно же содержало все больницы. Получалось так, что все обследования, пребывание в больнице, самые сложные операции как бы ничего не стоили. Пробудет ли больной в больнице несколько дней или два месяца, никак не сказывалось ни на зарплате врача, ни на бюджете больницы, ни на кармане самого больного. Зачем же торопиться? Например, больной поступил по поводу язвенной болезни. Но за день до выписки он про-

сит лечащего врача показать его еще офтальмологу или дерматологу. К сожалению, этот специалист консультирует в нашем отделении только два раза в неделю. - Не беда, задержим больного до прихода консультанта ещё на несколько дней, чтобы он ушел от нас полностью удовлетворенный...

На самом же деле никакие разговоры о бесплатной медицине не могут изменить того непреложного факта, что госпитальное лечение всегда является самым дорогим видом лечения. Зарплата многочисленных работников больницы, эксплуатация самого здания, расходы на лекарства – всё это требует очень больших денег. Теперь же, когда больницы оснащены громадными лабораториями, бесчисленными ультрасовременными приборами вроде компьютерных томографов, ультразвуковых и эндоскопических аппаратов, мониторов и других устройств для реанимации - каждый день пребывания в таком чуде современной медицины стоит просто громадных денег. Естественно, в этих изменившихся условиях госпиталя стали превращаться в центры оказания только самой неотложной помощи и лечения наиболее тяжелых больных. Не удивительно, что госпитальный врач все более становится специалистом скорой помощи. Когда наблюдаешь за решительными, быстрыми и уверенными действиями интернов и резидентов, спасающих тяжелейших больных от неминуемой смерти, невольно проникаешься уважением к их поистине героическому труду и восхищением перед достижениями современной медицины.

Но ведь катастрофы в повседневной жизни бывают редко. В громадном большинстве случаев от врача не требуют героических средств и мгновенных судьбоносных решений. Вместе с тем, обучение студентов и молодых врачей происходит, как и прежде, главным образом, в госпиталях. Но там они не видят, так сказать, обычных больных, которые остаются вне больничных стен. А ведь именно они составляют абсолютное большинство тех, кто нуждается в нашей помощи. Кроме того, в современном госпитале с его лихорадочным ритмом стремительно движущегося конвейера, когда большинство больных уходит уже через один-два дня после поступления, доктор просто не в состоянии установить и тем более развить чисто человеческий контакт со своими подопечными. Он уподобляется механику в громадной и ультрасовременной авторемонтной мастерской. В результате начинающий врач нередко даже не подозревает, насколько для нашей профессии важны искусство общения с больным человеком и элементарная, повседневная психотерапия. В этом одна из главнейших причин дегуманизации современной медицины.

С этой точки зрения, длительное пребывание больных в стационаре имело положительную сторону: врачи не только могли наблюдать за ходом болезни во всех её деталях; перед ними раскрывалась личность пациента, его внутренний мир, его тревоги, заботы и надежды.

Придя в клинику, я с жадностью стал восполнять все те пробелы институтского образования, которые так удручали меня во время самостоятельной работы в деревне. В первую очередь это касалось навыков по обследованию больных. Еще учась в институте, я прочел несколько статей В.П. Образцова о пальпации. Они буквально очаровали своей изящной простотой и убедитель-

ностью. В годы, когда еще не было рентгеновского метода для контроля, В.П. Образцов мог логично доказать, что пальпируемые им образования действительно являются сегментами толстого кишечника, желудком и даже аппендиксом! Эти статьи выгодно отличались от скучного и не совсем ясного изложения «пальпации по Образцову - Стражеско» в учебнике пропедевтики. Потом мне посчастливилось купить в букинистическом магазине книгу Ф.О. Гаусмана о пальпации живота, изданную в 1912 г. Он работал простым земским врачом в Орле, но написал увлекательнейшую книгу, настоящий шедевр. К сожалению, в годы моей учебы его имя было вычеркнуто из советской медицины – говорили, что его, уже старого почтенного профессора из обрусевших немцев, гитлеровцы назначили бургомистром оккупированного Минска... Познакомившись с этими источниками, я преисполнился энтузиазма и всегда старался пальпировать своих больных, но редко испытывал удовлетворение...

Я внимательно смотрел, как пальпируют больных мой наставник Виктор Абрамович Каневский – он делал это вроде бы просто, но даже со стороны было видно, как под его пальцами проскальзывает край печени или селезенки. Такая пальпация убеждала лучше всяких слов. Я тут же попытался повторить его движения, но безуспешно. Тогда Виктор Абрамович положил мою ладонь на живот больного как надо, попросил больную глубоко вдохнуть, слегка подтолкнул мои пальцы своими, и я совершенно отчетливо ощутил движение края печени! Этого простого урока было вполне достаточно, чтобы я схватил самую суть скользящей методичной пальпации. Все ранее прочитанное стало вдруг по-настоящему усвоенным! Как радовался я своему успеху, и как уверенно я стал отныне пальпировать!

Увы, часто я вижу, как врач уже с многолетним опытом, потыкав живот больного своей рукой - лопатой, и ничего, конечно, не обнаружив, переходит от этого бесплодного (по его мнению), но почему-то обязательного этапа к более результативным (опять-таки, по его мнению) перкуссии и аускультации живота. Всякий раз мне от души жаль его, и с горячей любовью и благодарностью я вспоминаю своего учителя, показавшего мне, как это просто, интересно и полезно!

Совсем по-другому пальпировал профессор Б.Е. Вотчал. У него были очень красивые руки с длинными пальцами, и движения их были изящны и осмыслены, хотя и несколько картинны. Но толк в пальпации он знал: ведь в свое время он учился в Киевском университете и видел, как пальпируют Образцов и Стражеско – основоположники этого метода. Опять-таки по иному пальпировал Наум Александрович Долгопоск – еще один замечательный врач, с которым мне посчастливилось встретиться. Своими короткими толстыми пальцами он как бы просто мял живот. Пальпация у него была жесткая и нередко болезненная, и все же он действительно обнаруживал то, что искал. Мне такая манера не нравилась, и я потом тайком проверял его, но все сходилось!.. Впрочем, как-то мы оба обследовали одного больного с подозрением на подострый септический эндокардит. Очень важным признаком этого заболевания является увеличенная селезенка. Наум Александрович не нашел её и за-

ключил, что сепсиса нет. Я же селезенку прощупал и сказал ему об этом. Он снова вернулся к больному, долго пальпировал – просто замучил его и, наконец, согласился со мной. Я снова убедился, что мягкая, не вызывающая неприятных ощущений пальпация не только щадит больного, но и даёт гораздо больше сведений!

Точно так же я старался усовершенствовать свои навыки по аускультации сердца, сравнивая то, что слышал я, с тем, что слышал у того же больного Виктор Абрамович. В Кестеньге тоже встречались больные с клапанными пороками сердца (в те годы вообще было много больных с ревматическим пороками). Я, разумеется, слышал у них сердечные шумы. Мало того. Я даже не поленился выписать по межбиблиотечному абонементу из Ленинской библиотеки в Кестеньгу толстую французскую книгу по фонокардиографии, всю ее прочел и знал, как образуются эти шумы, и что означает каждый из них. Но вот Виктор Абрамович подошёл к больной с митральным стенозом, которую я курировал, выслушал сердце, воспроизвел голосом характерную мелодию и объяснил, как называется каждый ее элемент. Боже мой, да ведь я сам не раз слышал прежде эту мелодию, но не понимал, из чего она складывается и что она означает! С тех пор аускультация сердца стала одним из моих любимых занятий.

Поучительный урок по аускультации преподавал мне однажды наш доцент Александр Павлинович Никольский – очень опытный врач лет 60, пользовавшийся всеобщим уважением во всей громадной Боткинской больнице как замечательный диагност. Он только что вернулся из летнего отпуска, и я представил ему на консультацию одну больную с неясным диагнозом. Среди прочего, я доложил, что у больной имеется слабый диастолический шум на аорте. А.П. выслушал мой рассказ, детально обследовал больную и сказал: «Н.А., я не нахожу диастолического шума.» – «Ну как же, А.П., он есть! И Виктор Абрамович его слышал!». Александр Павлинович снова приложил фонендоскоп, внимательно послушал и сказал: «Нет, Н.А., я не слышу. Но может быть, я просто детренирован после отпуска. Давайте, я посмотрю эту больную снова еще через несколько дней». Я был поражен. Выдающийся врач с громадным стажем не стыдился признаться перед молодым врачом, что его диагностические навыки могли временно ослабеть после месячного отпуска!

Воодушевленный своими первыми успехами, я с энтузиазмом упражнялся и старательно обследовал не только своих собственных больных, но и больных в других палатах. Однако вскоре я убедился, что найденные таким образом медицинские факты являются лишь непременной основой или предпосылкой диагноза, и, что настоящий диагноз – вовсе не простая сумма обнаруженных признаков или симптомов.

Как-то в мое дежурство поступила больная с жалобой на одышку. Я нашел у неё громкий систолический шум на верхушке сердца и единичные сухие хрипы в легких. Я тотчас решил, что у больной недостаточность митрального клапана. Далее я заключил, что этот порок сердца привел к переутомлению - декомпенсации сердца и к появлению одышки. Тут же по дежурству я ввел больной внутривенно строфантин – сердечный гликозид быстрого действия,

самое надежное и сильное в те годы сердечное средство. Я был уверен, что уже через два-три дня такого лечения одышка полностью исчезнет. Утром я представил эту больную Виктору Абрамовичу, ожидая похвалы за свою сообразительность. Но обследовав больную, он сказал мне: «Вы неправы. Действительно, систолический шум у неё громкий и потому он сразу привлекает внимание. Но ведь сам первый тон сохранен и даже не ослаблен. Это значит, что створки клапана хорошо смыкаются во время систолы. Следовательно, недостаточность клапана очень мала и не может утомить сердце. Положите еще раз руку на область сердца. При большой недостаточности митрального клапана левый желудочек обязательно гипертрофируется, и мы находим мощный, приподнимающий сердечный толчок. Здесь этого нет. С другой стороны, Вы не придали значения сухим хрипам в легких, объяснив их банальным бронхитом курильщиков. Но ведь у больной есть не только гудящие, низкие, но и свистящие хрипы, которые указывают на спазм бронхов. Да и сама больная говорит, что при плохой погоде ее одышка усиливается. Сердечная одышка не меняется со дня на день, а вот для лёгочной одышки такая изменчивость очень характерна – она связана с колебаниями бронхиальных просветов, как при астме. Эту больную надо лечить эуфиллином внутривенно и курсом ингаляций». Меня восхитил этот краткий анализ: всё было так просто, логично и убедительно, так собирало воедино все данные, полученные при обследовании. Но все-таки жаль было отказываться от собственного диагноза, хотя теперь он уже не казался мне таким бесспорным. Я стал уговаривать В.А. сделать все же еще несколько инъекций строфантина. Он вздохнул и мягко сказал с улыбкой: «Ну что ж, попробуйте ещё дня два Ваш строфантин...». (Вот она, неторопливая медицина тех дней с длительными госпитализациями!). Нечего и говорить, что через два дня я убедился в правоте своего наставника...

У Виктора Абрамовича было довольно редкое для учителя качество - благожелательная терпимость. Он всегда старался убедить; объясняя, никогда не давил своим авторитетом и не диктовал назначения безапелляционным голосом. Бывало, я с энтузиазмом предложу ему дать нашей больной средство, которое расхвалили в новейшей заграничной статье, только что прочитанной мною. Он снисходительно улыбнется, как взрослый при беседе с наивным любознательным ребенком и скажет: «Норберт Александрович, но ведь это уже много раз применяли, и толку не было... Впрочем, если Вам уж так хочется, давайте попробуем!». Такие уроки самостоятельности вразумляли быстро и надолго, лучше всяких лекций и книг...

С каждым днем у меня росло уважение и доверие к этому замечательному врачу. Его диагнозы были убедительны, а лечение – простое и понятное. Больные очень любили его. А ведь удостоиться симпатии своих пациентов – это завидная и редкая награда. Я мечтал стать таким же хорошим доктором, но понимал, как долго и много надо учиться. Однако вскоре я убедился, что превосходство Виктора Абрамовича надо мной заключалось не только в его огромном опыте и знаниях.

Как-то перед утренним обходом дежурная сестра докладывает, что ночью резко ухудшилось состояние больной, которую я курировал. У неё была тяжёлая сердечная недостаточность, с трудом поддававшаяся лечению. А этой ночью несколько раз были приступы сильной одышки и пароксизмальной тахикардии, пришлось повторно вызывать дежурного врача и делать дополнительные инъекции. Я впадаю в тихое отчаяние – чем ещё можно помочь этой несчастной женщине, что ей сказать? И вообще, как войти в палату, как перенести осуждающие взгляды других больных, которые видят твою беспомощность? Эх, ты, горе-врач... Виктор Абрамович тоже огорчен. Мы входим в непривычно молчаливую палату. В.А. садится около этой больной и несколько мгновений молчит, с сочувствием глядя ей прямо в глаза. Затем он вздыхает и проникновенно говорит: «Бедняжка, как же Вы настрадались этой ночью!». (А я бы, наверное, сделал вид, что ничего не произошло, и поскорее приступил бы к обычному осмотру, как всегда!). И о, чудо! В.А. вроде бы ещё ничего не успел сделать, даже не взял ее руку, чтобы проверить пульс, но замкнутое лицо больной смягчается, она уже не избегает наших взглядов. Что же произошло? - Виктор Абрамович не постеснялся открыто, перед всей палатой признать свою врачебную неудачу, но одновременно он ПОЖАЛЕЛ больную, пожалел просто по-человечески и тем самым восстановил с ней душевную связь!

«Ну, что же, займемся делом». Виктор Абрамович расспрашивает и обстоятельно обследует больную. Попутно, как бы невзначай, он вслух отмечает каждую положительную деталь: «Так зуд стал меньше? – Хорошо! И стул был? – Отлично!». Обращаясь ко мне, он говорит: «Н.А., а ведь экстрасистол сегодня определено меньше! Да и давление хорошее». Я понимаю, что всё это не имеет большого значения, но даже мне становится легче на душе. Самое же главное, что В.А. не обманывает больную – ведь она ощущает перебои сердца и потому знает, что доктор говорит правду. Закончив осмотр, Виктор Абрамович говорит больной: «Ну, что же, конечно, положение трудное, но сдаваться мы с Вами не будем. Придётся кое-что изменить в лечении». Затем он диктует новые назначения и объясняет нам, молодым врачам, механизм действия этих новых лекарств (а на самом деле незаметно показывает больной, что доктор не обескуражен, и что у него есть ясный и разумный план дальнейших действий!). Не только больная, но и я приободряемся, и готовы к предстоящим трудностям. Больные на соседних койках с обожанием и верой смотрят на моего учителя, и я начинаю понимать, что для того, чтобы стать хорошим врачом, недостаточно вызубрить симптомы болезней и дозировку лекарств: надо уметь общаться с больным ЧЕЛОВЕКОМ... В дальнейшем Виктор Абрамович удостоил меня своей дружбы, и многие годы я имел счастье наблюдать, учиться и восхищаться его необыкновенным искусством врачевания...

Собирая анамнез, Виктор Абрамович всегда расспрашивал дружелюбным тоном, не торопясь, основательно. Его интересовали не только детали болезни, но и семейное положение, профессия и другие обстоятельства, вроде бы не нужные для диагноза. Он как бы знакомился с новым человеком, причём так приветливо, что сразу возникало доверие к нему – симпатичному, вниматель-

ному, доброму пожилому человеку. Поэтому больные легко открывали ему свои маленькие тайны, рассказывали о своих заботах и опасениях. Часто эти страхи бывали необоснованными, и В.А. тотчас убедительно рассеивал их. Во всяком случае, уже первая встреча давала облегчение и зарождала надежду, что, наконец-то, больной попал в руки настоящего доктора. Виктор Абрамович всегда объяснял больному, какие лекарства он собирается назначить, и как они будут действовать.

Любой врач знает, как трудно иметь дело с больными, фиксированными на своих неприятных ощущениях или ушедшими в болезнь. Одно неудачное слово, и уже на лице обида, разочарование, ожесточение – контакт потерян... С такими людьми Виктор Абрамович был особенно внимателен и деликатен, но стоял на своем. Одному больному, «застрявшему» на своих прошлых болезнях и консультациях медицинских светил, он как бы мельком сказал с мягким укором: «Ведь у человека глаза расположены спереди. Что же Вы все время смотрите назад?». Другому больному, для которого диспептические жалобы и диета стали составлять главный интерес в жизни, он полушутливо, но очень по-дружески, не обидно посоветовал: «Да выньте Вы голову из своего желудка – поглядите, сколько в жизни есть интересных и приятных вещей!».

Шеф клиники профессор Б.Е. Вотчал регулярно делал обходы. Больных ему докладывали не в самой палате, а в ординаторской, перед началом обхода. Таким образом, можно было сообщить профессору те факты и соображения, которые, щадя больных, лучше обговаривать без них. Б.Е. Вотчал специально обращал наше внимание на важность этого обстоятельства. Впрочем, всем нам – и молодым врачам, и старшим – было ясно и без объяснений, что не стоит посвящать больного абсолютно во все детали наших обсуждений.

Но времена меняются. Прошло тридцать три года. Я снова начинающий врач, но уже в Израиле, и прохожу стажировку в больнице Каплан в городе Реховоте. Это крупный медицинский центр, оборудованный самым современным образом. В нём работают прекрасные специалисты, регулярно повышающие свою квалификацию в лучших клиниках США. Идёт ежедневный обход в терапевтическом отделении. Молодые и уверенные доктора, с успехом одолевшие тысячестраничные учебники Гаррисона и Мерка, представляют своих больных шефу сразу у постели. Доклады их чётки и сжаты. Например: «У больной множественные метастазы рака в печень, кости и в брюшину. Источник опухоли пока не обнаружен, но вероятно, это рак яичников. По поводу асцита был сделан парацентез, но жидкость снова накопилась. Предстоит химиотерапия». Я поражён. Как можно так безжалостно излагать все это в присутствии несчастной больной? Но мои молодые коллеги не понимают моего изумления. А как же докладывать по-другому? Если, скажем, вы сдали свой автомобиль на ремонт в мастерскую, то, естественно, хотите знать всё о всех неполадках в своей машине. Так и больной имеет право знать правду, всю правду и ничего, кроме правды. Ведь болезнь – это его собственность!...

Иногда, если больная была особенно сложной или трудной, Виктор Абрамович докладывал историю болезни сам. Нередко при этом он сообщал не

только чисто медицинские факты, но и детали, которые мне казались лишними, не относящимися к делу. Например, он говорил, страдающим голосом, как бы извиняясь: «Борис Евгеньевич, у этой больной недавно умер муж после операции, детей у неё нет, живет одна, и пенсия очень маленькая...». Я недоумевал – к чему это? Зачем отнимать время у профессора на эти ненужные подробности? Ведь ни диагноз, ни лечение от этого не изменятся. Поначалу я думал, что Виктор Абрамович просто хочет, как бы тронуть сердце нашего сурового шефа, чтобы тот обратил на больную особенное внимание. Только спустя годы я понял, что такие детали не менее важны для понимания всей клинической картины, чем, скажем, анализ крови или электрокардиограмма... Ведь все лучшие врачи всегда говорили о том, как важно учитывать внутренний мир больного человека. Знаменитый американский врач Ослер ярко выразил эту мысль в таком афоризме: «Нередко важнее знать не то, что имеется на рентгенограмме, а то, что у больного в голове»...

Как-то поступила в нашу палату девушка лет шестнадцати с серьезной болезнью сердца. Звали её Валя. Она приехала из небольшого поселка в казахстанской глуши в надежде, что в столице ей помогут. При обследовании оказалось, что у неё тяжелейший митральный стеноз, при котором может помочь только оперативное лечение. В те годы сердечная хирургия в СССР делала лишь первые робкие шаги, операции были малочисленными и рискованными. Но как раз митральный стеноз в этом отношении был наиболее легкой проблемой. Хирург просто вводил в левое предсердие через небольшой разрез свой палец и расширял им узкое отверстие. Конечно, такая грубая процедура травмировала клапан. В результате возникали рубцы, и отверстие впоследствии нередко вновь сужалось. Лишь спустя несколько лет стали пользоваться особым ножом, который разрезал сросшиеся створки митрального клапана. Естественно, результаты в этом случае оказывались лучше.

Несмотря на то, что митральная комиссуротомия была тогда ещё делом новым и небезопасным, Виктор Абрамович решил, что возраст и общее состояние Вали дают наибольшие шансы на благоприятный исход операции (в том, что операция – единственный способ помочь, никто не сомневался). После некоторых хлопот Валию перевели из нашей больницы в Институт сердечной хирургии. Там её успешно прооперировали. Через недели две её уже должны были выписать, но куда? Виктор Абрамович пошел к главному врачу нашей больницы и попросил перевести Валию на долечивание обратно к нам. Валя вернулась очень ослабевшей и бледной, но уже без одышки. Мы её продержали в отделении ещё несколько недель, а потом удалось направить её на дополнительное долечивание в загородную полусанаторную больницу. Перед отъездом домой в Казахстан Валя пришла к нам в отделение попрощаться. Виктору Абрамовичу она сконфуженно подарила простенькую коробку конфет (откуда у нее нашлись деньги даже на такой подарок?). Он обнял её по-отечески, поцеловал и пожелал счастья. В последующие годы Валя изредка писала Виктору Абрамовичу. Она была очень простой и напоминала мне дикого зверька, а Виктор Абрамович был высококультурным человеком, завсегдаем консерва-

тории и театров. Но он всегда исправно отвечал ей теплыми письмами. Узнав, что она вышла замуж, он озабоченно сказал мне: «Бедная девочка! Как-то она справится? Ведь и семейная жизнь, и роды – все это тяжелая нагрузка для сердца...». – Какой он был теплый человек!

Однажды, когда я был у него в гостях, он рассказал, что прежде у него дома жила кошечка. Я удивился и вспомнил известную сказку Киплинга, в которой говорится, что кошку допустила к очагу первобытная женщина, а все мужчины с тех пор не любят этого зверька и, увидев кошку, швыряют в нее башмак. «В.А., ведь Вы же мужчина!» – «Ну что ты, Норик, они такие ла-асковые!».

Иногда в конце рабочего дня Виктор Абрамович брал нас - своих клинических ординаторов (человека три-четыре) и мы отправлялись в какой-нибудь ресторан неподалеку от Боткинской больницы. Там он заказывал разные вкусные вещи, бутылку хорошего вина, и мы проводили несколько часов в очень приятной дружеской беседе. Расплачивался он всегда сам за всех нас, хотя мы с готовностью вынимали свои тощие студенческие кошельки. Он много и интересно рассказывал – и случаи из практики, и о памятных концертах или книгах и о знаменитых врачах, с которыми он работал. Очень высоко он ставил Мирона Семеновича Вовси – самого умного из всех московских врачей, по его мнению. Особенно он хвалил способность М.С. Вовси как председателя резюмировать различные мнения после горячей дискуссии в Московском терапевтическом обществе таким образом, что наконец-то всем всё становилось ясно, - «даже докладчику» - добавлял он с улыбкой... В свою очередь, Мирон Семенович очень ценил Виктора Абрамовича как практика. Иногда он сам обращался к нему и оказывался при этом «образцовым больным», по словам В.А. Вот что он понимал под этим. Однажды В.А. назначил ему по поводу кишечного расстройства фталазол (сульфамидный препарат). – «В.А., а как принимать эти таблетки – до еды или после?» – совершенно серьезно спросил академик и генерал медицинской службы М.С. Вовси, несомненно, лучший московский терапевт того времени... Этот забавный случай впервые заставил меня задуматься над проблемой «врач, как больной», то есть о психологической реакции врача на свою болезнь.

Клиника М.С. Вовси тоже располагалась в Боткинской больнице, но встречался я с этим выдающимся врачом лишь изредка, к сожалению. Впрочем, два случая мне запомнились. Как-то в нашу с Виктором Абрамовичем палату поступила женщина лет 65 с митральным стенозом. В то время операция митральная комиссуротомия стала входить в моду, и муж больной – почтенный врач – попросил Виктора Абрамовича устроить консультацию М.С. Вовси для решения именно этого вопроса. В назначенный час я уже был вместе с больной в кабинете М.С. Вовси. Я доложил историю болезни. Мирон Семенович был приветлив и мягок. Он задал несколько вопросов, внимательно выслушал больную и затем сказал ей примерно следующее: «Иногда мы, врачи, советуем операцию, иногда настаиваем на ней. Но иногда мы предоставляем решение самому больному. Ваш порок сердца не очень тяжелый. Бытовые

условия отличные, Вас оберегают от физических нагрузок и потому Ваше сердце не перетруждается. Вы сможете прожить еще многие годы без операции». Меня восхитили краткость, ясность и полнота его заключения. Вся консультация заняла всего несколько минут, но была исчерпывающей....

А вот и второй случай. Однажды мой товарищ Фима Килинский предложил пойти вместе на заседание ученого совета одного солидного медицинского учреждения. Там должны были апробировать докторскую диссертацию М.Я. Ратнер – сотрудницы М.С. Вовси. По словам Фимы, апробация должна была стать скандальной из-за каких-то интриг. В парадном зале за громадным столом расположились члены ученого совета института во главе с председателем, а также М. С.Вовси и М.Я. Ратнер. После того, как она доложила свою работу, стали выступать члены ученого совета. Каждый из них сначала говорил несколько одобрительных слов, но потом, как по команде, переходил к самой безжалостной критике: нет ответа на такой-то и такой-то вопрос, недостаточно исследованы такие-то проблемы, недостаточно количество наблюдений в таких-то разделах и так далее. Я был просто поражён: Мария Яковлевна уже много лет занималась болезнями почек и была хорошо известна как серьезный и добросовестный исследователь. Здесь же её просто смешивали с грязью! Председатель во все время этого избияния молчал с каменным лицом, а Мирон Семенович, по своему обыкновению, сидел с полузакрытыми глазами и, казалось, дремал. Наконец, все высказались, и председательствующий предоставил, как положено, слово научному руководителю, т.е. М.С. Вовси. Тот встал и своим спокойным унылым голосом сказал: «Есть такие стихи: «Судьба – проказница, шалунья – распорядилась так сама: всем глупым – счастье от безумья, всем умным – горе от ума». Мария Яковлевна достаточно умна, чтобы поставить в своей работе интересные вопросы. Но каждый ответ порождал новые вопросы. Вот и получилось, что в результате её работы вопросов стало ещё больше, чем было до того». Больше он не сказал ничего, сел и снова прикрыл глаза. Наступило неловкое молчание. Я почувствовал, что всем стало стыдно. Председатель учёного совета покраснел (клянусь, я видел это!) и сухо сказал: «В конце концов, мы здесь не на защите диссертации. Нам надо только решить, может ли данная работа быть представлена к защите. Я полагаю, что она удовлетворяет необходимым критериям и может быть представлена к защите». Прения сразу окончились, и все проголосовали «за»...

В громадной Москве было множество врачей с внушительными званиями – доценты, профессора, заведующие кафедрами, академики. В этой официальной иерархии Виктор Абрамович занимал очень скромное место – просто кандидат медицинских наук и ассистент кафедры внутренних болезней ЦИУ. Вдобавок, он не публиковался в медицинских журналах и потому не был широко известен среди коллег. Зато среди больных он был очень популярен и имел большую частную практику. Познакомившись с ним, больные уже не хотели обращаться к другим врачам и оставались ему верны многие годы. Среди таких преданных пациентов были и знаменитости вроде видных деятелей культуры Б.В. Щукина, Г.М. Козинцева, И.Г. Эренбурга, В.А. Каверина, К.Г.

Паустовского, М.С. Шагинян, Б.И. Балтера, но было много и простых скромных людей. Со всеми у Виктора Абрамовича складывались тёплые дружеские отношения. Спустя много лет после его кончины я иногда встречал – уже в своей частной практике – бывших пациентов моего учителя. Всякий раз они с гордостью сообщали мне, что когда-то их лечил доктор Каневский, а когда узнавали, что я работал с ним, расплывались в радостной улыбке и начинали вспоминать, какой же это был прекрасный врач и человек. Как приятно было слышать это, и как я старался потом не ударить лицом в грязь и оказаться на уровне! Другие больные тоже иногда рассказывали мне, что были на консультации у какого-нибудь знаменитого профессора или академика, но этих теплых, восторженных слов я никогда не слышал...

Особенно сердечные, прямо-таки нежные отношения возникли между Виктором Абрамовичем и Константином Георгиевичем Паустовским. Вначале это был просто именитый пациент в частной практике. Но вскоре взаимная симпатия переросла в семейную дружбу, так что ни о каких деньгах уже не было и речи. Они перезванивались чуть ли не каждую неделю, а уж на день рождения Виктора Абрамовича Константин Георгиевич и его жена Татьяна Алексеевна приходили в гости обязательно, хотя это бывало в предновогоднюю суматоху (30 декабря). К.Г. Паустовский долго и тяжело болел хроническим бронхитом и эмфиземой легких, и помочь ему было трудно, но Виктор Абрамович с любовью и старанием постоянно поддерживал его. Уже при жизни К.Г. Паустовский считался классиком русской литературы и поэтому, когда он скончался, власти разрешили его семье опубликовать в правительственной газете «Известия» краткую благодарность всем, почтившим его память. Обычно так поступали только в случае смерти самых больших начальников. На сей раз в этой маленькой заметке на последней странице газеты были и такие слова: «Особая благодарность доктору Виктору Абрамовичу Каневскому, облегчившему последние трудные дни Константина Георгиевича». Никогда – ни прежде, ни потом – я не встречал слов благодарности врачу от родных после смерти больного...

Виктор Абрамович сам болел бронхиальной астмой и уже на моей памяти перенес тяжёлую вспышку лёгочного туберкулеза. В последние годы жизни его мучила одышка, он часто пользовался карманными ингаляторами, которые тогда только лишь появились. Их было трудно достать даже за большие деньги. Я время от времени тайком брал эти заграничные ингаляторы из нашей клиники, куда их присылали на клинические испытания, и приносил ему. Как-то он говорит: «Спасибо тебе, дорогой, за ингаляторы, но я хочу отдать их Татьяне Алексеевне. Она ведь тоже, бедняжка, страдает астмой. А после смерти Константина Георгиевича у неё совсем не стало денег...».

Дочь ещё одного любящего пациента - Корнея Ивановича Чуковского, Лидия Корнеевна (тоже пациентка Виктора Абрамовича и тоже замечательная личность, дружбой с которой можно было гордиться) подарила ему альбом «Чуккокала» с надписью: «Дорогому В.А. Каневскому – современному доктору Гаазу».

Года через три после начала моего знакомства и дружбы с Виктором Абрамовичем у него внезапно прямо на работе возникло обильное легочное кровотечение. Его уложили в отдельной палате, я немедленно прибежал. Он был бледен, тяжело дышал, лицо осунулось. Разумеется, лечащим врачом стал я. Мы перелили ему кровь, я остался дежурить. Виктор Абрамович был уверен, что у него рак легкого. На другой день пришел анализ мокроты – в ней было множество туберкулезных палочек – открытая форма туберкулеза! Когда я сказал об этом Виктору Абрамовичу, его первой реакцией было: «Ой, а я ведь вчера на прощанье поцеловал Женечку!...» (нашу медсестру, которая, наряду с другими, пришла проведать его). Даже в такой ситуации он думало других!

Потом Виктора Абрамовича перевели в туберкулезную больницу. Лечение было длительным, но затем всё-таки туберкулезные палочки в мокроте исчезли, и он еще некоторое время проработал на нашей кафедре, а потом ушел на пенсию. Я часто навещал его дома и считал его своим вторым отцом. В 1981 году его госпитализировали в нашу Боткинскую больницу с тяжелой недостаточностью сердца. В последнее посещение я услышал у него громкий галоп, а на другой день его дочка Таня позвонила мне домой: «Норберт Александрович, папа умер!» Я громко зарыдал...

Как досадно, что память сохранила только вот эти скудные черточки из светлого образа моего обожаемого учителя! Уже в первый год моего ученичества я понял, какое счастье выпало мне. И тогда же я дал себе слово – когда-нибудь, когда я сам стану хорошим врачом, я напишу в память о Викторе Абрамовиче две книги: одну о пальпации, а вторую об искусстве общения с больным ЧЕЛОВЕКОМ, – о том, что особенно пленяло меня в моем наставнике... И вот спустя полвека я это свое обещание выполнил...

Кроме Виктора Абрамовича, на кафедре было ещё несколько ассистентов. Из них особого рассказа заслуживает Наум Александрович Долгопоск. Внешность у него была самая невзрачная – полноватый, низенький с неприметным лицом, тихим голосом, в мешковатом костюме, всегда запачканным папиросным пеплом. Однако он был одним из самых известных во всей Москве врачей с громадной (и дорогой!) частной практикой. Все доктора, приезжавшие на курсы усовершенствования, стремились попасть в его группу, и она всегда оказывалась самой многочисленной. Обычно, после утреннего обхода палат он становился где-нибудь в углу больничного коридора и, переминаясь с ноги на ногу, начинал клинический разбор. Вокруг него постоянно собиралась толпа слушателей – не только курсанты, но и клинические ординаторы, аспиранты и просто штатные врачи больницы.

Он обладал громадным даром строгого логического мышления и большой наблюдательностью. Ни одна, даже мельчайшая деталь анамнеза или объективного обследования не выпадала из его внимания – он всему пытался дать объяснение и осмысленно встроить в диагноз. Например, при мерцании предсердий на ЭКГ вместо четкого зубца Р появляются беспорядочные множественные волны, свидетельствующие о хаотической электрической активности миокарда предсердий. Иногда эти множественные зубцы очень мелкие, но

иногда их амплитуда довольно высока. Почему так бывает – неизвестно. Казалось бы, это и не так уж важно – главное, что оба варианта свидетельствуют об одном и том же серьезнейшем нарушении гемодинамики. Но Наума Александровича это не удовлетворяло. Он долго размышлял и, наконец, придумал собственное объяснение. По его мнению, крупноволновое мерцание характерно для митрального стеноза, а мелковолновое – для атеросклеротического поражения сердечной мышцы. Объяснение подкупало своей логичностью. При ишемической болезни главной причиной мерцания предсердий является плохое кровоснабжение мышцы сердца. В результате слаженная электрическая активность всех волокон миокарда предсердий полностью дезорганизуется, и каждое волокно работает само по себе – на ЭКГ зубцы мерцания очень мелкие. При митральном же стенозе мерцание возникает потому, что левое предсердие перерастянуто, но кровоснабжение его волокон не нарушено. Поэтому электрическая активность расстроена не столь сильно. Сохраняются группы волокон, работающие синхронно, и на ЭКГ мы видим крупноволновое мерцание.

В те годы ревматические клапанные пороки сердца встречались очень часто, но их диагностика основывалась, в основном, на данных аускультации. Это теперь эхокардиография позволяет в буквальном смысле слова рассмотреть каждый клапан, но тогда диагноз оставался в известной мере умозрительным. Поэтому каждый дополнительный аргумент был так важен. В сомнительных случаях Наум Александрович делал заключение на основании этого признака. Патологоанатомическое вскрытие часто подтверждало его правоту и укрепляло репутацию безошибочного диагноста.

Вот другой пример. Гипертоническая болезнь является большой нагрузкой для сердца. Это закономерно должно приводить к гипертрофии левого желудочка, но на самом деле мы находим её не так уж часто. Почему? Вопрос этот во многих учебниках даже не ставился, но Наума Александровича это не могло удовлетворить, и он предложил собственное объяснение. Для того, чтобы гипертрофироваться, сердечная мышца должна иметь хорошее, достаточное кровоснабжение. Значит, заключал он, если у больного с артериальной гипертонией нет гипертрофии левого желудочка, то, стало быть, имеется еще и ишемическая болезнь сердца!

Ещё пример. При подостром септическом эндокардите количество лейкоцитов в крови обычно уменьшено. Казалось бы, для диагноза этой болезни не так уж важно, имеется лейкопения или лейкоцитоз. Главное – сделать посев крови и обнаружить в ней микробов! Но не таков был Н.А. Долгопоск, чтобы отмахнуться даже от мелкой детали. Всё должно иметь свое объяснение! Ход его мысли был таков. Как известно, сепсис является следствием значительного ослабления защитных сил организма. Одним из важнейших средств защиты от инфекций являются лейкоциты. Уменьшение их количества указывает на недостаточность защиты и объясняет возникновение сепсиса. Но предложив это объяснение, Наум Александрович сделал и следующий логический шаг. Он решил, что подострый септический эндокардит ВСЕГДА должен сопровож-

даться лейкопенией, и что если у больного лейкоцитоз, то у него нет этой болезни!

К сожалению, Наум Александрович имел доступ только к русскоязычной литературе и не знал, как серьёзно и глубоко, истинно научно обсуждались за рубежом многие вопросы семиотики и диагностики. Поэтому многие его догадки и объяснения были доморощенными, часто неполными или ошибочными. Но его «неотступное думание» (выражение И.П. Павлова) производило очень сильное впечатление. Родись он в США и став там врачом, он был бы светилом первой величины...

Меня, как и других, поражала необыкновенная наблюдательность Наума Александровича. Но его стремление делать безапелляционные, «железные» логические обобщения типа: «НИКОГДА не бывает при...» или: «ВСЕГДА указывает на...» вызывали у меня инстинктивный протест. Ведь у каждого больного мы имеем дело с неисчислимым количеством индивидуальных факторов, из которых мы знаем или понимаем лишь меньшинство. Поэтому все наши объяснения и предлагаемые закономерности не могут претендовать на универсальность физических законов и всегда имеют исключения и варианты. Часто поэтому я спорил с ним, хотя, конечно, понимал его громадное превосходство. Но в одном памятном случае мне все же удалось «победить» его. Я курировал молодого больного с несомненным аортальным пороком. В последнее время у него появились повторные ознобы, субфебрильная температура, малокровие и небольшой лейкоцитоз. Вдобавок, мне удалось прощупать слегка увеличенную селезенку. Я диагностировал подострый септический эндокардит и представил этот случай на клинический разбор. Наум Александрович отверг мой диагноз, поскольку «лейкоцитоз НИКОГДА не бывает при SEPSIS LENTA»; кроме того, при собственноручном исследовании он не нашёл селезенку. Однако через несколько дней пришел положительный результат посева крови. Увеличение селезенки также стало бесспорным, так что Наум Александрович был вынужден согласиться со мной...

Стремление Наума Александровича понять и объяснить самую, казалось бы, незначительную деталь и потом сделать на основании этого далеко идущие логические выводы очень характерно для еврейского склада ума. Ведь и все грандиозное учение Фрейда о подсознательном, также исходит из анализа мелких психологических феноменов повседневной жизни. Все мы иногда забываем отдельные слова, теряем вещи, употребляем при письме неверное слово и т.п., но не обращаем внимания на эти случайные, как мы говорим, пустяковые ошибки. Фрейд был убежден, что ничто не бывает «просто так», случайно, все имеет свою причину, и причину эту надо упорно искать. И он, и Н.А. Долгоплюск бессознательно следовали за многими поколениями талмудистов, которые всю силу своего ума тратили на объяснение таких мелочей, которые нам кажутся нелепыми или даже смешными, например, почему первая фраза Библии «В начале сотворил Бог небо и землю» начинается не с первой буквы алфавита.

Такой углубленный, всеохватывающий анализ клинической картины производил на слушателей необыкновенно сильное впечатление. Диагнозы Наума Александровича учитывали все данные, полученные при обследовании больного, включая даже мельчайшие подробности, и потому всегда были очень подробными, вроде протокола патологоанатомического вскрытия. Конечно, он тоже ошибался, но иногда точность его диагнозов просто поражала. Как-то на утренней кафедральной конференции клинический ординатор сообщил, что ночью на его дежурстве скончался больной, поступивший накануне вечером с затяжным ангинозным приступом. Никаких лабораторных исследований сделать ещё не успели. Имелась лишь кардиограмма с блокадой правой ножки пучка Гиса без убедительных признаков инфаркта миокарда. Никто из старших, опытных врачей больного не видел. И вот, на основании скудного и не очень-то надежного рассказа молодого врача и одной нехарактерной электрокардиограммы врачи должны были сформулировать заключительный диагноз перед патологоанатомическим вскрытием. Обсуждение было живым. Высказывали различные предположения – остановка сердца, разрыв, но все это было гадательным. Наум Александрович задал дежурному несколько простых вопросов, на которые даже этот молодой врач смог ответить достаточно чётко и уверенно. Оказалось, что смерть была не мгновенной, а постепенной; пульс до самого конца был ритмичным; никаких сердечных шумов не было; шейные вены были набухшими. Проанализировав перед затихшей аудиторией все эти данные, Наум Александрович заключил, что у больного произошел обширный инфаркт межжелудочковой перегородки. Она не разорвалась, но, поскольку давление в левом желудочке гораздо выше, чем в правом, то омертвевшая перегородка вдавилась в полость правого желудочка, почти полностью затампонировав его. Возникла острая тяжелейшая правожелудочковая недостаточность, от которой больной скончался. Все были поражены. С одной стороны, вся аргументация была, вроде бы, настолько логичной, понятной и ясной, что возразить было нечего. С другой стороны, предлагаемый диагноз просто не укладывался в привычные рамки. Признаюсь, я подумал, что на сей раз Наум Александрович хватил через край в своем стремлении всё объяснить. Я был убежден, что такой диагноз невозможен. На другое утро нам сообщили результаты вскрытия – диагноз Наума Александровича подтвердился полностью! Раздались дружные аплодисменты...

Каждый новый больной представлял для Наума Александровича интересную диагностическую задачу. Он работал подобно часовых дел мастеру, перебирая все шестеренки и пружинки в поисках поломок. В этом была его сила, но в этом была и его слабость. Больные были для него просто часовыми механизмами, которые надлежало починить. Как некоторые люди лишены музыкального слуха, так Наум Александрович, в отличие от моего наставника, не обладал психотерапевтическим даром. С больными он разговаривал сухо, кратко, иногда даже жёстко. Жена одного из его именитых пациентов жаловалась Виктору Абрамовичу: «Когда я должна поговорить с Наумом Александровичем по телефону, я всегда держу наготове таблетку валидола»

В своей обширной частной практике Наум Александрович всегда после обследования собственноручно писал для больного свой диагноз и подробные назначения. Несколько раз я потом читал эти листки. Мне очень понравилось, как детально и понятно (кстати, очень разборчивым почерком!) там объяснялось, какие лекарства и в какой последовательности надо принимать. Я стал поступать точно так же и в своей частной практике, когда она у меня появилась. Но одновременно с этим Наум Александрович на целую страницу расписывал подробнейший диагноз во всех деталях с упоминанием даже всех сопутствующих болезней, как это делают в хорошей клинике. Например: «Хроническая ишемическая болезнь сердца. Обширный рубец в передне-перегородочной стенке левого желудочка после инфаркта миокарда год назад. Подозрение на аневризму сердца. Блокада правой ножки пучка Гиса. Недостаточность кровообращения второй степени. Застойная печень. Хронический астмоидный бронхит. Эмфизема легких. Церебральный атеросклероз» Нетрудно представить, какое гнетущее впечатление производил такой инвентарь на несчастного больного. Эти детали нужны при передаче больного от одного врача к другому, но сам больной вряд ли в состоянии понять истинный смысл всех этих ученых и пугающих слов.

В полном соответствии с таким развернутым диагнозом Наум Александрович назначал лекарства – по каждому пункту! В результате больной должен был ежедневно принимать по двадцать, а то и более таблеток в день. Это также происходило из недооценки Н.А. Долгопоском психотерапевтического фактора в работе врача. Ведь выработывая план лечения, надо не только держать в голове клиническую фармакологию, но и поставить себя на место больного, подумать о психологической приемлемости лечения! Одна пожилая женщина с гордостью рассказала мне, что она лежала в отделении САМОГО доктора Долгопоска! Я спросил с улыбкой: «Ну, и сколько же таблеток Вам давали каждый день?» - «Ой, не говорите – целые пригоршни! Но, конечно, я половину выбрасывала в форточку...». Что же помогло этой больной – те лекарства, которые она НЕ выбрасывала в форточку, или время, или, наконец, просто вера в знаменитого доктора? Вполне возможно, что при выписке она поблагодарила Наума Александровича, и он ещё более утвердился в правильности своего лечения...

Виктор Абрамович не был столь изощренным диагностом. Но он держался простого здравого смысла, и его никогда не заносило в эмпиреи, как Наума Александровича. Он не стеснялся иногда сказать мне: «Норик, я не знаю, что у этой больной. Давай спросим Александра Павлиновича». (Наш доцент А.П. Никольский тоже был блестящим диагностом, но он твёрдо стоял на земле и нередко скептически улыбался, слушая рассуждения Наума Александровича). Железная логика Н.А. Долгопоска буквально гипнотизировала большинство врачей, особенно молодых. Им казалось, что он истинный идеал врача, и что учиться надо именно у него. Меня удивляло и огорчало, что Виктор Абрамович не пользуется такой же популярностью. Каждый день я видел, какое благотворное, поистине целебное действие оказывали обходы Виктора Абрамовича

на больных, как все они приободрялись и теплели душой. Я просто наслаждался, наблюдая, как В.А. беседует с больными, как внимательно и деликатно он их обследует, как иногда мягко шутит (а ведь, сколько нужно чуткости и такта, чтобы не обидеть страдающего человека шуткой. Она может показаться ему оскорбительной или неуместной, тогда как её целью было просто поднять настроение больного!). Мне казалось, что такое искусство общения гораздо важнее, чем филигранный, но холодный диагноз, не учитывающий личность больного...

Впрочем, не буду рассуждать, какая метода лучше для врача. Ведь врачевание – это искусство, а в любом искусстве существуют самые разные стили и жанры. Очень многое зависит от душевного склада и наклонностей врача. Кроме того, разным больным нравятся разные характеры врачей. Великий древнегреческий философ Платон, живший более чем 2300 лет назад, в одном из своих сочинений бегло, но очень метко изобразил два противоположных врачебных типа. Один врач (из рабов) «не дает своим пациентам-рабам отчёта в их болезни, да и от них этого не требует. Но каждый из них, точно он всё доподлинно знает, с самоуверенностью тирана предписывает те средства, что по опыту кажутся ему пригодными; вслед затем поднимается и удаляется к другому больному рабу... Врач же из свободнорожденных пользуется и лечит большей частью людей такого же рода. Он исследует начало и природу их болезней, беседует с больным и его друзьями, так что и сам получает кое-какие сведения от тех, кого лечит. Вместе с тем, насколько это в его силах, он наставляет больного и предписывает ему лечение не прежде, чем убедит в его пользе. Такой врач, путем убеждения, делает своего больного всё более и более послушным и уж тогда пытается достичь своей цели, то есть вернуть ему здоровье». (Платон, «Законы», книга 4).

Очень колоритной фигурой на кафедре был доцент Александр Павлинович Никольский. Высокий, статный, с чеховской бородкой, всегда серьезный, он сразу вызывал уважение и напоминал врача старой, земской медицины. Консультировать у него больных было поучительно и интересно. Он очень внимательно выслушивал доклад, а потом начинал обследовать больного сам. Сначала он проверял анамнез и подробно расспрашивал больного. При этом он был так обстоятелен, я бы даже сказал, въедлив, что нередко выкапывал такие детали, которые лечащий врач не знал, и которые позволяли взглянуть на диагноз по-новому. Физикальное исследование тоже всегда было добротным: он пальпировал не для вида, а как положено, при аускультации не прикладывал просто трубочку, как нередко делают титулованные консультанты, а сосредоточенно выслушивал в каждой точке. После этого он вновь брал в руки историю болезни и внимательно прочитывал записи всех анализов и обследований. Даже здесь он иногда находил такие факты, на которые лечащий врач не обратил внимания. Всё это он заключал кратким, очень здравым и убедительным обсуждением. Рекомендации его тоже были всегда просты и разумны.

Однажды он преподавал мне памятный урок. Я курировал больную с непонятной пестрой клинической картиной – гипертонические кризы в сочетании с

подъемами температуры, лейкоцитозом и неукротимой рвотой. Ее осмотрел шеф клиники Б.Е. Вотчал. Он нашел слабый систолический шум на верхушке сердца и акцент второго тона на легочной артерии – признаки, которые могли указывать на недостаточность митрального клапана. В то время ревматические пороки сердца были очень часты. Б.Е. Вотчал высказал предположение, что у больной ревматический васкулит – это могло объяснить многосимптомность клинической картины – и назначил лечение большими дозами аспирина (в те годы больным назначали до четырех граммов в день!). Но это лечение уже через несколько дней только усилило рвоту. Что делать? Б.Е. Вотчал и мой наставник В.А. Каневский были в отпуске, и я обратился за советом к А.П. Никольскому. Он, как всегда, очень обстоятельно обследовал больную и выяснил, что много лет тому назад ее лечили левосторонним пневмотораксом по поводу туберкулеза легких. В результате сердце вместе со всем средостением несколько сместилось влево. Вот почему второй тон на легочной артерии был слышен громче, чем на аорте. Таким образом, предположение о ревматическом пороке митрального клапана становилось менее вероятным, и лечение аспирином можно было отменить. Надо сказать, что отношения между Б.Е. Вотчалом и А.П. Никольским были натянутыми – об этом знали все – и я оказывался в неловком положении. Я осторожно заметил: «А.П., но ведь аспирин назначил САМ. Как бы не было скандала...». Александр Павлинович задумчиво поглядел на меня, пожевал свою рыжеватую бородку и очень спокойно сказал: «Н.А., Вы молодой врач. Поэтому Вы с самого начала должны решить, что для Вас важнее – благо больного или расположение профессора. Как Вы решите, так и поступайте». Разумеется, я немедленно отменил аспирин, и больной стало лучше...

Александр Павлинович регулярно проводил занятия с клиническими ординаторами. Как-то он объявил, что на следующем занятии будет рассмотрен вопрос о хроническом колите и посоветовал нам несколько монографий, изданных в прошлые годы. Я прочел одну из них, довольно серую и не давшую мне ясного представления о группе болезней, объединяемых термином «хронический колит». На заседании нашего кружка после разбора случая я спросил: «А.П., а может, попробовать у нашей больной субаквальные ванны?». – Это лечение упоминалось в прочитанной мною книжке, но что это такое, я толком не знал, и просто хотел показать свою эрудицию. Александр Павлинович мгновение помолчал и с серьезным видом уважительно ответил мне, как равному на консилиуме: «Н.А., субаквальные ванны хороши для генеральш, которые любят плескаться в собственном г...не». Я опешил, но на сей раз хорошо понял, как сущность этой процедуры, так и ее реальную ценность...

Он даже несколько бравировал своей репутацией врача старой школы, скептически относился к новейшим веяниям и к новым лекарствам и, по моему, не очень-то регулярно читал медицинские журналы. Я же почти ежедневно ходил в медицинскую библиотеку и постоянно просматривал последние номера самых солидных зарубежных журналов - *American Heart Journal*, *Circulation*, *Presse Medical*, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Это не только

обогащало мои знания, но и тешило самолюбие – ведь никто на кафедре, кроме Б.Е. Вотчала, не читал иностранную литературу. Но несомненное высокое мастерство Александра Павлиновича у постели больного вызывало уважение, и, хотя молодость самоуверенна, я не мог смотреть на него свысока и с легким презрением, как на пережиток допотопной медицины. Ныне, тоже став старым доктором и тоже повидав не мало взлетов и уходов в забвение разных теорий, лекарств и диагностических методов, я лучше понимаю, почему он отмалчивался, загадочно улыбаясь, на наших кафедральных клинических конференциях, слушая горячие прения по какому-нибудь важному, как нам казалось, вопросу. Так, однажды мы долго и с увлечением обсуждали на утренней конференции, можно ли назначить серпазил (препарат Раувольфии) по поводу высокого артериального давления больной с мастопатией. Это средство было в то время первым и единственным настоящим гипотензивным лекарством. И как раз тогда появилась в серьёзном зарубежном журнале статья о том, что препараты Раувольфии будто бы могут вызывать рак грудной железы. Через несколько лет специальные исследования показали, что это заключение ошибочно. Так что мы зря кипятились и ломали копья...

Как-то Александр Павлинович принес старую книгу и стал ее расхваливать нам, молодым докторам. До этого я никогда не слышал фамилию доктора Дюбуа. С не свойственным ему энтузиазмом А.П. рассказывал нам, каких поразительных успехов достигал этот врач своими психотерапевтическими беседами с больными, не пользуясь никакими лекарствами. Тогда это меня не заинтересовало, хотя фамилию я запомнил. Только лет через десять эта книга вновь попала в мои руки. Наверное, на этот раз я уже созрел, и она произвела на меня сильнейшее, поистине неизгладимое впечатление. Никогда – ни до, ни после – я не встречал такого блестящего и убедительного анализа роли психологического фактора как в возникновении болезней, так и в их лечении. Несколько лет потом я искал её потом во всех букинистических магазинах Москвы и, наконец, мне удалось купить её. До сих пор это одно из главных сокровищ моей библиотеки. Не могу удержаться, приведу небольшой отрывок из этой удивительной книги.

«Нас выучили распознавать малейшие нарушения функций организма человека-животного. Мы умеем обращаться с различными снадобьями, нам дали некоторое понятие о климатическом лечении, водолечении, об электричестве и массаже. Хирургия, привлекающая студента ясностью своих показаний и очевидной полезностью своих приемов, дает нам в руки оружие, еще более действительное. И вот, выходя из клиники, молодой врач уверенно берется за практику: ведь он вооружен с головы до ног.

Но скоро он замечает, что часто от него не требуют производства изящных операций, ни мудреных повязок, что своими рецептами он удовлетворяет очень немногих, и он чувствует себя бесильным перед множеством нервных больных, стекающихся в его приемную.

Что тут делать? Ему остается только следовать рутине. Выслушав одним ухом жалобы своих больных, исследовав их, он без труда убеждается в хорошем состоянии всех органов; вынимая листок бумаги, он прописывает: бромистый калий. В следующий раз он заменит его бромистым натрием или прибавит какой-нибудь сироп. А затем, не зная, что делать, он прибегнет к самой счастливой идее – смешать вместе все три препарата брома.

Не получив исцеления, обескураженный больной обратится к другому коллеге; этот, польщенный оказанным ему предпочтением, выслушает больного терпеливее и исследует внимательнее,

затем принимается размышлять, многозначительно подперев голову рукой. Но можно биться об заклад, что кончит он тем, что пропишет все тот же бром, а то – какодировый натр.

И много на свете врачей, испытавших в своей практике подобные разочарования. Им следовало бы сказать себе, как это сделал я: неужели действительно нельзя сделать чего-либо лучшего?..

...Раз мы признаем, что невозможно совершенно отделить в человеке психическое от физического, а надо смотреть на него, как на нечто нераздельное, - поле психотерапии неимоверно расширяется. Можно сказать, что почти не существует такого болезненного состояния, в котором не участвовала бы духовная сторона человека, и не было бы уместным ясное и убедительное слово врача». (Dr. Dubois Психоневрозы и их психическое лечение. Перевод д-ра М.М.Симзена. С.-Петербург, 1912).

Если в этом отрывке заменить старинные препараты брома на нынешние транквилизаторы и антидепрессанты, то текст окажется совершенно современным...

Всё то, что неосознанно пленяло меня во врачебном искусстве Виктора Абрамовича, вдруг получило объяснение. С восторгом я прибежал к нему домой (он уже был на пенсии) и дал прочесть эту книгу. Через неделю он её вернул и сказал, улыбаясь: «Норик, но ведь это я всегда знал...». Книга эта написана в лучших традициях благородного галльского красноречия, полна поучительнейших клинических наблюдений и прямо-таки заражает своей горячей любовью к страдающему, больному человеку. Увы, и книга эта, и ее автор мало известны. Даже в специальных монографиях, посвященных психотерапии, Дюбуа упоминается вскользь в ряду множества солидных, очень наукообразных, но серых и скучных сочинений...

У А.П. Никольского была тяжелая стенокардия, и часто на своих клинических разборах он бросал в рот таблетки нитроглицерина, как семечки, ни на минуту не прерывая работу. Он и умер прямо в коридоре больницы по дороге в одну из палат.

После смерти А.П. Никольского все на кафедре были уверены, что новым доцентом станет Н.А. Долгопоск. Однако шеф клиники Б.Е. Вотчал взял на освободившееся место своего бывшего аспиранта из военных врачей А.С. Белоусова. Это был очень энергичный человек, немедленно занявшийся докторской диссертацией. По своим знаниям, и по культуре он явно и намного уступал Науму Александровичу. Все были неприятно удивлены. Но мне Борис Евгеньевич как-то доверительно сказал: «Понимаете, и Наум Александрович, и Виктор Абрамович – не моей школы, а мне нужны свои ученики, молодые научные силы». Через несколько месяцев, когда истекал очередной срок работы Н.А. Долгопоска, Б.Е. Вотчал объявил ему, что в конкурсной комиссии он поддержит другого кандидата – тоже своего аспиранта. На сей раз речь шла о полном ничтожестве, но, как говорится, «от сохи» и, вдобавок, усердной осведомительнице. Такие личности горячо одобрялись руководством ЦИУ во главе с ректором М.Д. Ковригиной. Кстати, на пятидесятилетие своего любимца, начальника отдела кадров, в прошлом военного писателя Н.И. Буравченко, Ковригина издала специальный приказ, в котором было сказано, что «под руководством юбиляра отдел кадров превратился в лучшее структурное подразделение института». (Клянусь, это подлинные слова!). Не кафедры, возглавлявшиеся тогдашними светилами отечественной медицины, вроде М.С. Вовси,

Б.Е. Вотчала, И.А. Кассирского, С.А. Рейнберга, Б.С. Розанова и др., а отдел кадров – вот лучшее, что есть в Центральном институте усовершенствования врачей! Разумеется, новая кандидатура получила большинство голосов, и Наум Александрович был вынужден уйти в другую больницу. Виктор Абрамович был так возмущен этой несправедливостью, что в знак солидарности немедленно подал в отставку, благо, что он уже выслужил скромную пенсию. Это было по тем временам неслыханным шагом. Надо подчеркнуть, что, хотя Б.Е. Вотчал недолюбливал слишком уж популярного Н.А. Долгопоска, но к скромному Виктору Абрамовичу он относился с уважением и ценил его как хорошего преподавателя. Виктор Абрамович мог бы поэтому спокойно работать еще несколько лет. Демонстративный уход В.А. очень поразил обычно холодного и надменного Б.Е. Вотчала, и он повторно в разные годы пытался узнать у меня, в чём причина. Я всегда отвечал, что после вспышки туберкулеза Виктору Абрамовичу стало трудно работать...

Шеф клиники Борис Евгеньевич Вотчал был очень яркой личностью. Его отец – из обрусевших чехов – был ещё в царское время профессором ботаники в Киевском университете и приятелем знаменитого К.А. Тимирязева. Поэтому сын получил отличное образование, превосходно знал немецкий, французский и английский языки и, закончив медицинский факультет в России, несколько лет проработал потом в немецких клиниках. Даже внешность его изобличала породу – очень высокий, худощавый, стройный, с орлиным носом, стальными глазами, красивой седой шевелюрой, всегда хорошо одетый (он предпочитал костюмы серого цвета или, как он выражался, цвета «перец с солью»). Как-то в непринужденной компании на банкете он прочел нам, молодым врачам, полшутливую лекцию об искусстве завязывания галстука-бабочки и тут же, не глядя в зеркало, поколдовал своими красивыми длинными пальцами, соорудил у себя на шее элегантную бабочку. «Очень важно, - сказал он в заключение, - чтобы задние крылышки были чуть длиннее передних». Он слегка потянул эти задние крылышки, и бабочка стала идеально симметричной, как на картинке из модного журнала!

Но, конечно, не это главное. У него был острый и оригинальный ум. Как-то в разговоре со мной известный физиолог Л.Л. Шик сказал, что «Борис Евгеньевич – ученый с большим вкусом». Я удивился – вкус важен в искусстве, но что это означает в науке? – «Понимаете, обычный завкафедрой раздобудет какой-нибудь новый прибор, скажем, для измерения остаточного воздуха в лёгких и начнёт печь как блины статьи об остаточном воздухе при эмфиземе, при воспалении легких, при инфаркте миокарда – при чём угодно. А Борис Евгеньевич сначала сам определит для себя интересную проблему и потом ищет методы ее решения. Поэтому его работы всегда оригинальны и будят мысль».

Действительно, сразу после окончания войны, в возрасте 50 лет, уже будучи профессором, т.е. в ситуации, когда большинство предпочитает стричь купоны с нажитого прежде, он заинтересовался хроническими заболеваниями лёгких и тем, что потом стали называть механикой дыхания. Надо сказать, что до войны Б.Е. Вотчал специализировался по гастроэнтерологии. Но на Волхов-

ском фронте, где он был главным терапевтом, было много лёгочных заболеваний, и он убедился в громадной важности проблемы хронического бронхита и эмфиземы легких. В 1959-61 гг. я стал делать по его предложению кандидатскую диссертацию на тему об изменениях механики дыхания при легочной одышке. Могу заверить, что я тогда исчерпывающе ознакомился со всей мировой литературой по этому вопросу. В то время, когда этим занялся Б.Е. Вотчал, этой проблеме было посвящено лишь несколько немецких статей конца 20-х годов. Он придумал совершенно оригинальную методику, позволившую по движению межреберных тканей оценивать колебания внутригрудного давления при дыхании не у экспериментальных животных, а у больного человека. В результате стала ясна ведущая роль бронхиальной обструкции во всей легочной патологии. Он же сконструировал первый портативный прибор для количественной оценки бронхиальной обструкции – пневмотахометр, опередив англичанина Wrightlet на 10. Он также первый увидел большое диагностическое значение форсированной жизненной ёмкости легких, хотя только француз Tiffeneau впоследствии формализовал эту пробу и сделал её общепринятой.

В ту эпоху железного занавеса только профессорам и академикам разрешалось раз в год выписывать из-за границы научные книги на небольшую, строго ограниченную сумму в рублях. Большинство не пользовалось этой привилегией, как по безъязыкости, так и из-за равнодушия. Многие охотно уступали Б.Е. Вотчалу свою квоту по его просьбе, и в его библиотеке было множество иностранных книг. Каждый год он получал толстый том *Annual Review of Physiology* и внимательно прочитывал обзоры по разным проблемам физиологии (не медицины!) – об этом свидетельствовали его многочисленные пометки и подчеркивания. Вряд ли кто-нибудь еще из профессоров-терапевтов громадного Советского Союза заглядывал в это издание... Даже в выборе зарубежных книг чувствовался его вкус. Он не загромождал свои полки многочисленными новейшими учебниками, в сущности повторявшими друг друга, но зато не жалел денег просто на любопытные книги. Так, он как-то с удовольствием показал мне книгу, опубликованную знаменитым американским кардиологом P.D.Whiteуже в старости «*The Hearts*». В этой книге тот описывал некоторых своих частных больных, которых ему довелось наблюдать по несколько десятилетий подряд!

Но он не только много читал, но и много размышлял. Вот поразивший меня случай. Занимаясь механикой дыхания, я столкнулся со странным фактом. При моих измерениях внутригрудного давления при приступе бронхиальной астмы получалось, что вдох начинается в тот момент, когда это давление еще выше атмосферного – вещь вроде бы невозможная! Сначала я думал, что это ошибка измерения или неправильно выбранный уровень нулевого отсчета, но результаты неизменно повторялись. Только после длительных раздумий я сообразил, что это связано с неравномерной вентиляцией разных участков легочной ткани. В некоторых участках бронхиолы на выдохе спадаются полностью, и там возникает очень высокое давление, как в надутом мяче, а в открытых участках давление лишь чуть выше атмосферного. Поэтому, как только груд-

ная клетка начинает расширяться, давление в этих свободных участках сразу становится отрицательным, а в закрытых участках давление в эти мгновения только лишь начинает понижаться, но ещё остается выше атмосферного. Обрadowанный своей догадкой, я побежал к Льву Лазаревичу Шику – лучшему знатоку физиологии дыхания в СССР, умнице и очень симпатичному человеку. «Л.Л., я обнаружил, что вдох может начинаться при положительном внутригрудном давлении...»- «Н.А., какая ерунда!»- «Нет, Вы послушайте...» – «И слушать не хочу такой вздор!» – «Ну, я Вас очень прошу, всего минуту времени!». С большим трудом я умолил Льва Лазаревича выслушать меня. Он очень быстро схватил суть, моё объяснение ему понравилось, и он тотчас предложил принести статью об этом в физиологический журнал, где он состоял членом редколлегии. Я был уверен, что вряд ли кто-нибудь еще в СССР сможет понять и оценить мою находку. Но всё же я выждал удобный момент и зашел в кабинет Бориса Евгеньевича, когда тот был свободен. Он сидел утомлённый и задумчиво курил. Я вкрадчиво начал: «Б.Е. я обнаружил, что иногда вдох может начинаться при положительном внутригрудном давлении...». Он, по-прежнему глядя куда-то вдаль, невозмутимо ответил: «Конечно, если есть неравномерность легочной вентиляции...»

Я курировал больную с тяжелой недостаточностью сердца после нескольких обширных инфарктов. Виктор Абрамович попросил Б.Е. Вотчала посмотреть её, и я привез больную в кресле-каталке в нашу ординаторскую, где сидел профессор. Он расспросил её и затем приложил свой фонендоскоп к области сердца. Я стоял рядом и вдруг увидел, что у неё закрываются глаза, отвисает нижняя челюсть, и вся она начинает медленно сползать с кресла... Между тем, Борис Евгеньевич, по-видимому, не замечая этого, продолжает самым внимательным образом выслушивать сердце. Я уже хотел вскрикнуть, но тут сам Вотчал как бы очнулся, прервал свою аускультацию и резко ударил кулаком по грудиной больной. Через мгновение она открыла глаза, улыбнулась и спросила, что случилось. Борис Евгеньевич тоже улыбнулся, сказал ей, что это был короткий обморок и попросил отвезти больную обратно в палату. После этого он рассказал нам, что при аускультации вначале был правильный ритм, затем появились отдельные экстрасистолы, затем наступила полная аритмия и, наконец, тоны исчезли – «по-видимому, начались политопные экстрасистолы, а затем и фибрилляция желудочков. Сильный удар в область сердца иногда обрывает фибрилляцию желудочков» – объяснил он нам. Конечно, все мы были поражены, но я не мог поверить, что без электрокардиограммы можно говорить именно о такой последовательности. «Профессорские фантазии» – подумал я. Я поспешил обратно в палату к своей пациентке, подкатил передвижной электрокардиограф и стал снимать ЭКГ. Ритм был снова синусовый, правильный, никаких новых изменений не было. Больная улыбалась и шутила. Я уже собирался отсоединить электроды, как вдруг она снова закатила глаза и замолчала. Я вновь включил электрокардиограф и увидел сначала единичные желудочковые экстрасистолы, потом политопные и, наконец, фибрилляцию желудочков! К сожалению, на сей раз ни повторные удары по грудиной, ни закрытый массаж

сердца, ни прочие меры не помогли. Надо подчеркнуть, что все это происходило в 1958 г. Даже в американских кардиологических руководствах цитируются статьи о реанимации ударом кулака, опубликованные в 1960 г. и в 1970 г. - очевидно, как одни из первых ...

Говорил он красиво, образно, и на его доклады в Московском терапевтическом обществе аудитория всегда наполнялась буквально до отказа – «как на концерт С.Я. Лемешева» (по выражению И.А. Кассирского). Читая лекцию о применении дигиталиса, он очень легко, не подчеркивая удачное сравнение, заметил, что четверка коней Апполона на фронто́не Большого театра (конечно, он сказал «квадрига») напоминает ему четыре главных свойства этого лекарства: воздействие на возбудимость, сократительность, автоматизм и проводимость миокарда. Однажды в беседе со мной он заметил, что в своих научных работах обязательно старался использовать сразу несколько различных методик: «Я всегда люблю стоять на двух ногах. Если применяешь несколько независимых методик, то больше доверяешь результатам». Я долго бился над вступлением к статье о принципах функциональной диагностики лёгких. Надо было выразить мысль, что главным ограничением для хирургической активности теперь становится лишь один вопрос – перенесёт ли больной операцию, поскольку технические трудности почти что перестали существовать. Но фразы получались длинными и неуклюжими. Я показал черновик статьи Б.Е. Вотчалу, и он вписал своим бисерным изящным почерком: «Вопрос теперь не в том, нужно ли оперировать, а можно ли оперировать». Это краткое и ясное предложение сразу и очень логично подвело к основной теме. Как-то перед обходом он спросил с улыбкой: «Так что вам сегодня нужно – показать Вотчалу или показать Вотчала?», а в другой раз: «Кто вам сегодня требуется – Борис Вотчал или Борис Эдер (известный укротитель тигров)?».

Он был известен своей склонностью к энергичному лечению и лекарства назначал в больших дозах. Для рядовых врачей, привыкших, как он выражался, давать все лекарства по таблетке три раза в день и только снотворное и слабительное один раз в день, это было шоком. Тому было две причины. С одной стороны, в СССР многие дозировки были гораздо ниже, чем за рубежом. Например, в популярнейшем справочнике «Лекарственные средства» М.Д. Машковского, выпущенном в 1984 г. девятым изданием, рекомендовалось назначать антибиотик эритромицин по 0,1 – 0,253-4 раза в день, но не более 2,0 г в сутки. Для сравнения – в солиднейшем американском руководстве L.S.Goodman & A.Gilman “The Pharmacological Basis of Therapeutics”, изданным за девятнадцать лет до этого (1965) в качестве нормальной суточной дозы рекомендовалось 2,0 – 4,0 грамма! Б.Е. Вотчал, понятно, придерживался зарубежной практики. Стало быть, если в московской аптеке оказывались в наличии таблетки эритромицина только по 0,1 г, то больному следовало назначить минимум 15-20 таблеток в сутки. Кто, кроме Б.Е. Вотчала, мог решиться сказать это больному?...

Но даже в тех случаях, где речь шла об общепринятых дозировках, он предпочитал начинать лечение энергично, по меньшей мере, со средних доз, а

при отсутствии эффекта сразу переходил к максимально допустимым дозам. Он часто повторял: «Я люблю идти до упора!». Мне, молодому врачу, эта решительность очень импонировала. Я тоже стал назначать большие дозы. Приятно было ощущать свое превосходство над рядовыми врачами, даже не слышавших о таких книгах, как *The Pharmacological Basis of Therapeutics*...

Впрочем, уже через несколько лет спесь моя поубавилась, и я перестал быть экстремистом. Вот как это произошло. Мне часто приходилось курировать больных бронхиальной астмой. Во время обострения болезнь эта производит ужасающее впечатление – мучительная одышка, надсадный кашель, хриплое дыхание, на лице больного страх и страдание. Несмотря на самое энергичное лечение, муки длятся многие часы и даже дни. Что сделать ещё, чем помочь несчастному больному – эти вопросы и чувство собственного бессилия терзали меня на каждом дежурстве. Работа над кандидатской диссертацией по механике дыхания позволила мне хорошо изучить все методы объективного измерения бронхиальной проходимости в клинических условиях. И я захотел узнать – быть может, плохие результаты обусловлены тем, что мы даём недостаточно эффективные, слишком малые дозы? Для этого надо было измерить – точно, количественно – насколько раскрываются спастичные бронхи у одного и того же больного в ответ на разные – маленькие и большие – дозы одного и того же бронхорасширяющего лекарства

Я использовал аэрозольный метод введения лекарств в организм: таким путем можно создать местно, в бронхах очень большие концентрации медикамента, не подвергая больного передозировке и интоксикации. Например, я использовал растворы атропина от 0,0005% до 0,5%, т.е. вариировал дозу в тысячу раз! Оказалось, что даже очень слабые растворы, подававшие в легкие ничтожные, почти что гомеопатические дозы, уже оказывали несомненный, явный бронхорасширяющий эффект. Напротив, дополнительный выигрыш от дальнейшего, даже значительного увеличения дозы неожиданно оказывался весьма скромным. **Специальный анализ показал, что связь между величиной дозы и ее бронхорасширяющим эффектом подчинялась не простой арифметической, а логарифмической прогрессии. Как известно, логарифм $10 = 1$, логарифм $100 = 2$, логарифм $1000 = 3$ и т.д. То есть, если увеличить дозу в 100 раз, то результат станет лучше не в 100 раз, а только в два раза.** Поскольку в реальных клинических условиях максимальная допустимая доза превышает минимальную отнюдь не в сто и даже не в десять раз, а всего в 1,5 – 2 раза, то увеличение терапевтического эффекта, на которое мы надеемся, оказывается очень небольшим, а платить за это приходится все более частыми и серьезными побочными нежелательными явлениями – так стоит ли игра свеч?

Вдобавок, удалось выяснить ещё один вопрос. У некоторых больных не только малые, но и даже максимальные, уже с трудом переносимые дозы лекарства не расширяли просветы суженных бронхов. Но стоило вместо этого лекарства применить другое, с иным механизмом действия (например, вместо антихолинергического атропина дать симпатомиметик изопреналин), как бронхи снова начинали реагировать даже на небольшие дозы этого нового

средства. Значит, если какое-либо лекарство не помогает, то совсем не потому, что доза мала, а потому, что в данный момент у данного больного нет субстрата для его действия. Если же лекарство «подходит», то подействует и небольшая доза!

Эти неожиданные факты озадачивали. Раньше мне было приятно сознавать, что только мы, избранные, работающие в престижных столичных клиниках, много читающие и находящиеся в курсе последних достижений, лечим правильно, по науке – не так, как большинство участковых врачей, зачуханных тяжелой и однообразной работой и не имеющих времени сходить в библиотеку. Оказалось, что когда они назначали своё «по одной таблетке три раза в день», их результаты были почти такие же, как у меня, хотя я решительно и гордо прописывал по две таблетки три раза в день !

Долго размышлял я над этими неудобными фактами, и вот к каким выводам пришёл. В старину каждое новое лекарство было обязано своим появлением наблюдательности и таланту какого-нибудь выдающегося врача. В наше время это результат слаженной деятельности громадных коллективов врачей, фармакологов и химиков. Однако окончательное решение о том, будет ли это средство принято, станет ли оно популярным – зависит от мнения врачебного большинства. А ведь это большинство состоит – просто по определению – из врачей со средними способностями, которые не просиживают вечера в библиотеках, не обладают слишком уж активным врачебным темпераментом и не склонны рисковать. Они консерваторы по натуре и применяют новое лекарство с опаской и осторожно. И только если в ИХ РУКАХ, в ИХ ДОЗИРОВКАХ это лекарство оказывается хорошим, оно действительно входит во всеобщее употребление. И наоборот, если они остаются неудовлетворенными, то никакие громкие авторитеты не заставят их включить это лекарство в свой привычный и надежный арсенал.

Конечно, на этом дело не останавливается. Талантливые, любознательные, активные врачи продолжают экспериментировать с этим средством, уточняют области его применения, пробуют менять дозу. Несомненно, это обогащает наш коллективный опыт, но не будем зазнаваться. Вот пример. Английский врач Withering в 1785 г. обнаружил целебное действие растения наперстянки. Вскоре оно приобрело славу самого сильного сердечного средства, и на протяжении более 100 лет все врачи широко использовали его. В период с 1913 г. по 1920 г. Eggleston в США провел несколько серьезных исследований и предложил существенно изменить дозировки препаратов дигиталиса. Чтобы поскорее избавить больного от одышки и отеков, он предложил метод быстрой дигитализации. Вместо привычных «по одной таблетке три раза в день», он в первые 48 часов лечения давал больному до пятнадцати - двадцати таблеток! Мода на быструю дигитализацию продержалась несколько десятилетий, по крайней мере, в книгах. Так, известный американский кардиолог С.К.Friedberg во втором издании своего учебника по болезням сердца (1956 г.) писал, что до эпохи быстрой дигитализации «врачи применяли неадекватные дозы, и поэтому результаты были неудовлетворительными». Но если «результаты были неудовле-

творительными», то почему же эти допотопные (в глазах Friedberg) врачи сто лет подряд все как один применяли дигиталис? Прошло ещё 22 года, и другое солиднейшее руководство по болезням сердца (*The Heart by J.W.Hurst a. oth. 4th ed. 1978*) вынуждено было констатировать, что «практическую медицину буквально захлестнула эпидемия дигиталисных интоксикаций», и что надо вернуться к прежним умеренным дозам...

Я написал статью о связи между дозой и эффектом бронхорасширяющих средств. Уроки Б.Е. Вотчала не прошли даром: было использовано сразу несколько методов для измерения бронхиальной обструкции; проводились контрольные опыты с введением вместо лекарства физиологического раствора; в ряде экспериментов лекарства вводились внутривенно, а не в виде аэрозолей. Короче говоря, были предусмотрены все возможные возражения методического плана. Я принес эту статью шефу. Он прочел её при мне – молча, очень внимательно, подробно рассмотрел таблицы и графики и не сделал ни одного замечания. Затем сухо сказал: «Ну, что же, можно публиковать» и подписал направление в журнал. – Борис Евгеньевич был достаточно учёным, чтобы признать факты, противоречившие его убеждениям, но, увы, с той поры он заметно охладил ко мне...

В повседневной работе рядовые врачи часто применяют различные эмпирические методы или опираются на суждения, не подтверждённые научно. Такая практика была чужда ему и вызывала презрительную гримасу. Несколько раз я слышал его твердое убеждение, что медицина – это наука (мне это запомнилось, потому что я даже тогда, в молодости, не мог с этим полностью согласиться). Такая точка зрения хорошо гармонировала с его выдающимся, но холодным умом. Он отлично понимал громадное место психотерапии в лечении больных (как-то он даже пошутил: «чем больше я занимаюсь клинической фармакологией, тем больше я убеждаюсь в могуществе психотерапии»). Однако с больными он был суховат, строг и всегда соблюдал дистанцию.

Что касается пренебрежения к так называемым врачебным предрассудкам, то вот поучительная история. В описываемое время часто рекомендовали тонзиллэктомию больным с ревматическим поражением сердца в надежде остановить активный ревматический процесс. Обычно за несколько дней до операции прекращали лечение аспирином (тогдашним главным противоревматическим средством), чтобы не было послеоперационного кровотечения. В том, что так и надо поступать, были убеждены как терапевты, так и отолярингологи на основании собственного опыта. Однако, мнение, что аспирин нарушает свертывание крови, не находило подтверждения в специальных исследованиях. Так, в одном из лучших руководств по клинической фармакологии того времени *L.S.Goodman & A.Gilman The Pharmacological Basis of Therapeutics, 3d Ed., 1965* этот вопрос рассматривался специально и довольно подробно. Вывод заключался в том, что аспирин не понижает ни уровень протромбина, ни количество тромбоцитов, и что поэтому надо соблюдать осторожность в лечении аспирином только у больных с поражением печени или получающих антикоагулянты. Антикоагулянтная терапия входила в круг интересов Б.Е. Вотчала. Под

его руководством на кафедре было выполнено несколько кандидатских диссертаций по этой теме, а Г.А. Рогунов – тоже под его руководством – даже сконструировал особый прибор для комплексной оценки всей свертывающей системы – тромбоэластограф. Во всех этих работах по просьбе Б.Е. Вотчала специально проверялось действие аспирина, и результаты совпадали с литературными данными. Поэтому, он на своих лекциях резко осуждал мнение, что аспирин вызывает кровоточивость и называл это нелепым предрассудком. Только впоследствии выяснили, что аспирин влияет на свертывание совсем другим путем – препятствуя склеиванию тромбоцитов друг с другом. Применявшиеся прежде методы не могли это обнаружить, но простые врачи видели это без всяких приборов в своей повседневной практике. То, что ученые мужи высокомерно называют предрассудком, нередко основано на коллективном опыте и может содержать зерно истины...

А вот ещё одна история, которая уместна именно здесь. В нашу клинику поступила молодая больная из далекой провинции. У неё уже несколько месяцев подряд была субфебрильная температура, летучие боли в суставах, головные боли. Сначала всё это расценили как ревматизм и начали лечение аспирином. Какое-то время она получала также инъекции пенициллина со стрептомицином – частое, даже стандартное тогда сочетание при неясной лихорадке. Но состояние ухудшилось, головные боли стали ежедневными. Был вызван на консультацию невропатолог, мой товарищ и тоже тогда молодой врач В.Н. Шток, который сейчас профессор и заведует кафедрой неврологии в институте усовершенствования врачей. Он заподозрил туберкулёзный менингит и сделал спинномозговую пункцию. Но в пробирке не возникла «паутинка» – сеточка фибринных нитей, характерная для этого менингита, а микроскопия также оказалась нехарактерной. При повторных осмотрах этот невропатолог отмечал пёструю и летучую неврологическую микросимптоматику, что указывало на вовлечение в процесс различных участков головного мозга, но диагноз оставался неясным. Собрали консилиум, в котором участвовали Б.Е. Вотчал и профессор невропатолог М.Б. Цукер, кстати автор книги «Менингиты», которую я прочел в Кестеньге. В кабинет набилась масса врачей. Как сейчас помню, Борис Евгеньевич даже переспросил Марию Борисовну: «Так Вы уверены, что это не туберкулёзный менингит?». В своем заключительном анализе он, так же как и М.Б. Цукер обратил внимание, что имеются признаки не только менингита, но и поражения вещества мозга, т.е. энцефалита. По его мнению, такую пеструю, летучую и многосимптомную картину может дать только васкулит. Учитывая же длительный артралгический период в начале болезни, этот васкулит следовало признать проявлением системной красной волчанки. Возражений не последовало, и был назначен преднизолон в дозе 40 мг в сутки. Однако вместо ожидаемого улучшения больной стало еще хуже: она громко стонала от сильнейшей головной боли, сознание постепенно затуманивалось. Б.Е. Вотчал велел удвоить дозу преднизолона. Непрерывные крики вынудили поместить больную в отдельную палату в конце длинного коридора. Вскоре она потеряла сознание и скончалась. В патологоанатомическое отделение больницы пришли

все врачи отделения. Прозектор вскрыл черепную коробку, и мы увидели, что основание мозга усеяно множеством мельчайших сероватых бугорков – туберкулёзный менингит! Я помчался в нашу клинику и прямо с порога кабинета выпалил: «Б.Е., у больной оказался туберкулёзный менингит!». Он побледнел и буквально застонал: «Ведь мы же убили её!!!»...

Я был потрясён. Как могло случиться, что в столичной клинике два по-настоящему выдающихся профессора не смогли диагностировать туберкулёзный менингит? Может быть, предшествовавшее лечение пенициллином и стрептомицином как-то изменило клиническую картину и потому затруднило распознавание? Я решил заглянуть в лекции Труссо, чтобы узнать, какая клиническая картина бывала раньше, когда туберкулёзный менингит еще нечем было лечить. К моему удивлению, лекции с таким названием не оказалось. Была только лекция «Мозговая лихорадка». Я снисходительно улыбнулся: ну откуда же Труссо мог знать о туберкулёжном менингите, когда не только палочка Коха, но и микробы вообще, не были известны медицине. Наверное, подумал я, он сваливает в кучу все менингиты и называет это мозговой лихорадкой. Но когда я стал читать лекцию «Мозговая лихорадка», то испытал настоящее потрясение. Оказывается, Труссо прекрасно знал, что и туберкулёз легких, и поражение гортани у чахоточных больных, и «мозговая лихорадка» – всё это просто разные варианты одной и той же болезни, и демонстрировал студентам эти переходы и связи на конкретных больных. Он был не в состоянии помочь несчастным больным и мог только наблюдать за неумолимым развитием болезни, но как он наблюдал! Он описывал клиническую картину туберкулёзного менингита гораздо подробнее, ярче и основательнее, чем в любом нынешнем руководстве. В частности, он специально останавливался на большом диагностическом значении того ужасного крика, который издают несчастные больные - *sti cerebrale* (мозговой крик). «Обычно это крик единичный, сильный; он напоминает вопль человека перед лицом большой опасности... Я не думаю, что он вызывается острой болью, потому что на лице редко бывает выражение страдания» – Да, именно такие крики издавала наша больная!.. Но самый большой сюрприз находился в конце лекции. Вот перевод последнего абзаца: «И, если я отказываюсь называть мозговую лихорадку менингитом, то лишь потому, что поражение мозговых оболочек мне представляется второстепенным по сравнению с глубокими анатомическими изменениями вещества мозга... Так что уж если называть болезнь по тем органическим изменениям, которые её характеризуют, то лучше всего подходит термин энцефало-менингит». Итак, Труссо в 1868 г., когда ещё даже не возникла наука микробиология, когда Роберту Коху было всего 25 лет и до открытия микобактерии туберкулеза оставалось целых 14 лет, этот старый опытный врач знал то, чего не знали и на чём споткнулись два элитных московских профессора через сто лет!...

Труссо был действительно великим и разносторонним врачом. До сих пор во всех учебниках упоминают признак Труссо в главе о тетании. Именно он ввёл в широкую медицинскую практику трахеотомию для спасения детей от

дифтерии и торакоцентез при экссудативном плеврите, хотя был не хирургом, а интернистом. Он же предложил лечение рахита рыбьим жиром. Он первый подметил связь между тромбофлебитом нижних конечностей и скрыто протекающим раком внутренних органов. Ученик Труссо Дъелафуа рассказал, что, найдя тромбофлебит у себя, Труссо сам поставил себе диагноз рака, который затем подтвердился...

Вообще, тема «врач, как больной» и «умирающий врач» заслуживает особого рассмотрения. Частично я коснулся этого вопроса в книге «Искусство общения с больными». Б.Е. Вотчал заболел раком пищевода и знал все детали своей болезни. Он пересказал мне протокол гистологического исследования биопсийного материала самым деловым и спокойным тоном. Ему предложили лучевую терапию. Он ездил на сеансы облучения, не прерывая работу в клинике. Как-то он сразу после очередного облучения должен был читать лекцию. Его обычно звучный голос стал уже хриловатым. Наверное, ему было больно глотать из-за лучевого ожога, но он мужественно дочитал лекцию в своем обычном стиле. О его состоянии свидетельствовали только крупные капли пота на лбу. Незадолго до конца, когда он был уже очень слаб и не вышел на работу, я продежурил у него дома всю ночь. Под утро наступило небольшое расстройство речи, и было решено госпитализировать его. В ожидании автомобиля я помог ему сесть в кресло и с удивлением увидел, что он несколько раз пытался слабеющими пальцами правой руки, сложенными вместе («щепотью») ударить себя по коленям. Не сразу я догадался, что он хотел проверить у себя коленный рефлекс – он оставался врачом и в эту минуту!

Другой выдающийся врач Мирон Семенович Вовси также умирал тяжело. У него были множественные метастазы саркомы в лёгкие, и он страдал от сильной одышки. Он лежал в своем кабинете в Боткинской больнице, и за ним ухаживали и дежурили его ученики. Приехал навестить его, проститься и попросить прощения знаменитый академик А.Л. Мясников. При виде ужасного зрелища он расплакался и поспешил выйти, а Мирон Семенович презрительно сказал: «Тоже мне врач – не смог сдержаться пять минут...». Это рассказал мне свидетель, мой друг Г.П. Кулаков...

После двух лет учебы в клинической ординатуре Б.Е. Вотчал предложил мне остаться у него в аспирантуре. Не буду рассказывать о всех препятствиях, которые пришлось преодолеть, прежде чем отдел кадров сдался и зачислил меня в аспирантуру. Как бы то ни было, с осени 1959 г. я занялся своей первой научной работой – изменениями механики дыхания при лёгочной одышке. Борис Евгеньевич был консультантом в незадолго до того созданном институте медицинского оборудования, и по его совету там с моим участием уже велись работы по созданию первых отечественных приборов для пульмонологии, в том числе и пневмотахографа для изучения механических аспектов вентиляции. Прежде пульмологов и физиологов интересовали, главным образом, вопросы нервной регуляции дыхания и газообмена. Революция в анестезиологии, создание аппаратов искусственной вентиляции лёгких привлекли внима-

ние к физике дыхания. За рубежом стало появляться много работ на эту тему, но в России это была ещё Terra Incognita. Я с энтузиазмом взялся за дело – измерял работу дыхательной мускулатуры у здоровых и у лёгочных больных, растяжимость легочной ткани в норме и патологии, давление воздуха в легочных альвеолах и т.д. Все воскресенья я просиживал в библиотеках в поисках соответствующих статей. Тогда ещё не было интернета, но зато был замечательный толстенный американский журнал Index Medicus, который регулярно сообщал названия всех научных статей всех медицинских журналов мира по тематическим рубрикам. Я целиком погрузился в чтение литературы по своей теме.

Примерно в это же время мне предложили участвовать в переводе с английского на русский книги Дж. Комро и соавторов «Лёгкие. Клиническая физиология и функциональные пробы», которая была потом издана в Москве в 1961 г. Книга эта выделялась даже на фоне многочисленных зарубежных монографий необычайной ясностью изложения, понятным и интересным языком; почти на каждой странице были остроумные и наглядные рисунки, которые дополнительно облегчали усвоение материала. Неудивительно, что эта книга несколько десятилетий регулярно цитировалась почти во всех работах по клинической физиологии дыхания. Мне хотелось, чтобы и моя диссертация была такой же ясной и изящной.

Как правило, защита кандидатской диссертации проходит вяло и рутинно. Большинство членов ученого совета занимаются в это время своими делами, а публика, состоящая из болельщиков и близких аспиранта, просто ждёт результатов голосования. Первым номером в повестке дня числилась диссертация по гематологической теме. Я ждал своей очереди и потому слышал доклад только краем уха, но успел уловить, что это обычная средненькая работа типа «одна кривая идет сюда, другая - туда». Я подготовил свой двадцатиминутный доклад на заседании ученого совета с расчётом, чтобы слушателям не только было все понятно, но и интересно. Действительно, уже с первых минут члены ученого совета с любопытством повернулись ко мне, в зале стало тихо. После того, как объявили результаты голосования, ко мне подошел оппонент по первой диссертации Юрий Иванович Лорие, известный остроумец, полиглот и талантливый ученый и сказал: «Поздравляю Вас с блестящей защитой!». Мы не были знакомы, и такой произвольный и потому искренний комплимент был особенно большой наградой.

ЧТО ВЫБРАТЬ – НАУКУ ИЛИ ПРАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ?

Итак, позади остались два года ординатуры - учебы у постели больного и три года аспирантуры - научной работы. Эта последняя всё больше привлекала меня. Было приятно каждый день узнавать что-то новое, участвовать в научном прогрессе, публиковаться в престижных журналах, выступать с сообщениями на научных конференциях. Это был прямой путь к докторской диссертации.

ции, а потом и к профессорскому званию. С другой стороны, чисто лечебная карьера казалась неинтересной и даже отпугивала. Ведь это ежедневная возня с однообразными и потому скучными или же с трудными и непонятными больными, частое сознание своего бессилия, отсутствие перспективы для карьерного продвижения. Я решил, что надо заниматься наукой – уделом для избранных. Ну, а лечить больных может всякий, даже врач-середняк. Ведь для этого надо просто читать учебники и статьи, которые пишут те самые избранные, к которым я хотел примкнуть... Но как раз именно в это время случилось событие, которое просто перевернуло все мои прежние убеждения.

Заболела моя мама, у неё оказалась множественная миелома – злокачественная болезнь, неизлечимая даже сейчас. Я бросился к учебникам. В те времена (1962 г.) рекомендовали с этой целью лечение либо радиоактивным фосфором, либо цитостатиком сарколизином (мелфалан, алкеран). Но что же предпочесть, с чего начать? Что продлит жизнь моей маме дополнительно хотя бы еще на несколько месяцев? Был такой американский толстенный журнал-справочник *Index Medicus*. В нем регулярно публиковались названия всех сколько-нибудь заметных статей по всем отраслям медицины, по всем болезням и по всем лекарствам, нечто вроде теперешнего интернета, но в печатном виде. С развитием интернета нужда в таком журнале отпала, и его прекратили издавать в 2004 году. Я просмотрел все его номера за последние годы. Там было перечислено множество статей по этой болезни, но ни одна не отвечала на мой простой вопрос. Были исследования о частоте миеломы, о нарушении обмена кальция и фосфора при ней, о молекулярном строении парапротеина Бенс-Джонса, о характере анемии и о многом другом. Не нашлось лишь врача, который написал бы самую незамысловатую статью о том, что вот, он пролежал столько-то больных радиоактивным фосфором, и столько-то – сарколизином, и что средняя продолжительность жизни в первой группе оказалась такая, а во второй группе – такая. Но ведь это слишком примитивно. Гораздо эффективнее будет выглядеть статья, использующая какую-нибудь ультрасовременную методику – электрофорез, а еще лучше иммунноэлектрофорез, иммуннофлуоресценцию, гистологический анализ с применением новейших окрасок, электронную микроскопию или еще что-нибудь в этом духе. Мне стало ужасно больно, горько и стыдно. Ведь я занимался такой же наукой. Но разве от того, что я смог измерить - точно, в килограммометрах! – работу дыхательной мускулатуры у больного во время приступа бронхиальной астмы, разве от этого хотя бы одному астматику стало легче? Несколько раз Б.Е. Вотчал предлагал мне для следующей, уже докторской диссертации тему, которую можно было бы назвать всего одним словом: «Одышка». Действительно, какая интересная и оригинальная работа могла бы получиться! Изучить причины и механизмы, вызывающие у больного чувство одышки, причём сделать все это не на кроликах, а в реальных клинических условиях, но с использованием всего арсенала современных приборов – могла бы получиться солидная и оригинальная монография, которую стали бы цитировать и за границей... Но разве от этого стало бы легче моим больным?

В любой стране общество безропотно тратит громадные деньги на создание медицинских факультетов, клинических госпиталей и на обучение студентов с надеждой, что все это поможет больным людям. В конечном счете, только лечение, только помощь страждущим является единственным оправданием нашей профессии. Разумеется, необходимы также и научные исследования, чтобы лечение становилось лучше, и не всегда исследование сразу же приносит непосредственную, ощутимую пользу. Но совершенно очевидно, что имеется громадный перекос в сторону медицинских исследований, не связанных напрямую с нашей главной задачей – лечением. Люди верят, что наша научная работа уменьшит страдания и поможет лучше лечить. Увы, на самом деле, многие исследования и статьи имеют целью просто карьерное продвижение. Недаром, одним из важных показателей при оценке врача является количество печатных работ. В американских медицинских факультетах есть даже поговорка: «Publish or Perish» – «Печатайся, иначе погибнешь». Кроме того, лечить людей трудно и хлопотно. Их жалобы часто сбивчивы или непонятны, их рассказы недостоверны, результаты наших вмешательств часто искажаются из-за различных сопутствующих заболеваний или разной реактивности. Всё это прекрасно знал еще Гиппократ. В том же самом первом афоризме, которым я начал эти воспоминания, он говорит: «Удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение затруднительно». То ли дело отвлечься от всех неопределенностей, которые обрушивает на нашу голову этот бестолковый больной, и спокойно делать химические или другие анализы, классифицировать кривые, заниматься статистической обработкой результатов!

Всё это приводит к тому, что многие одаренные студенты и молодые врачи предпочитают заниматься наукой (или тем, что лишь называют наукой), а не врачеванием. Может быть, поэтому среди практических врачей попадаются люди бесталанные и равнодушные. Раньше мне было обидно за медицину, за то, что нет в ней такого громадного прогресса, как в физике или в химии. Это потому, думал я, что точные науки привлекают наиболее талантливую молодежь. Вот если бы такие титаны, как Ньютон или Эйнштейн пошли во врачи, то впереди всех оказалась бы тогда именно наша профессия. Только поработав практическим врачом, я понял, что проводить настоящее КЛИНИЧЕСКОЕ научное исследование, то есть, имея дело с реальными больными – несравненно труднее, чем работать в любой научной лаборатории. Там можно вернуться к началу эксперимента, чтобы снова повторить его. Там мы можем задавать любые условия для эксперимента и проводить его в чистом виде. Напротив, у постели больного нас окружает море неопределенностей, над которыми мы не властны. Кроме того, врач не может просто наблюдать, он обязан действовать, лечить. А это значит, что он постоянно должен вмешиваться по ходу уже начатого эксперимента, т.е. делать то, что абсолютно недопустимо в любой другой экспериментальной дисциплине.

Если реально представить себе все эти трудности, весь густой туман неизвестности, сквозь который пробирались наши предшественники, то каждый их шаг вперед окажется достижением высочайшего интеллектуального уровня.

Как, например, они смогли среди массы лихорадящих больных выделить брюшной тиф, сыпной тиф, сепсис, малярию и т.д. за сотни лет до возникновения науки микробиологии? Какая наблюдательность, какая догадливость, какой анализ! Нет, если бы такие умы обратились не к медицине, а к физике, то, быть может, они превзошли бы Ньютона и Эйнштейна... Так что практической медицине нечего стыдиться. И я решил, что отныне моим главным занятием всегда будет просто лечение больных – самых разных. А если я и буду заниматься научной работой, то только такой, которая будет мне помогать лучше лечить.

Это свое решение я уже никогда не менял. После защиты кандидатской диссертации я получил на кафедре должность старшего научного сотрудника. Но я выпросил у заведующей отделением палату и ежедневно курировал больных – так, как это делал Виктор Абрамович или Наум Александрович. Больше того. Научные сотрудники были освобождены от ночных дежурств (а как же – ведь они делают науку, а не лечат больных!), но я регулярно дежурил – к большому неудовольствию других научных сотрудников, считавших меня штрейкбрехером... Я же полагал и полагаю, что ночное дежурство – самая полезная школа для врача с любым стажем! Ведь по дежурству надо принимать ответственные решения сразу и самому, без профессорских консультаций и часто без сложных дополнительных исследований. Б.Е. Вотчал подарил мне свою книгу «Очерки клинической фармакологии» с такой надписью: «Норберту Александровичу – темпераментному врачу и – по совместительству – старшему научному сотруднику». Это был вежливый, но достаточно понятный упрек... И всё же я продолжал упорствовать в своем решении. Я понимал, что это может повредить моей служебной карьере (так оно и произошло впоследствии), но как приятно было чувствовать себя опытным врачом, который не боится трудных больных, и которого за это ценят не только в Боткинской больнице, но по всей Москве. В дальнейшем я нередко видел, какими беспомощными оказывались многие «научные сотрудники», когда они теряли свое теплое и спокойное место и бывали вынуждены заняться чисто лечебной работой!

В нашей клинике всегда было много лёгочных больных, особенно с бронхиальной астмой и хроническим бронхитом. Лечить таких больных трудно: лекарство, помогающее одному, оказывается бесполезным у другого, а при астматическом статусе все бронхорасширяющие средства теряют свою эффективность, и приходится прибегать к стероидным гормонам. Про них Б.Е. Вотчал говорил, что лечение ими подобно езде на тигре: везет быстро, но не всегда, куда хочешь, а слезть боязно. Это постоянное ощущение неуверенности, а часто и бессилия ужасно угнетало меня, и я решил посвятить свою докторскую диссертацию выяснению этих проблем. Надо сказать, что как раз в это время Б.Е. Вотчалу выделили очень значительную сумму валюты, и кафедра получила большое количество самой современной зарубежной аппаратуры (прибор для исследования газов крови, тредмилл, многоканальный электрокардиограф, прибор для измерения диффузионной способности легких, растяжимости лег-

ких, остаточного объема, дыхательных шумов и т.п. Однако я решил использовать в своей докторской диссертации только самые простые и легко доступные инструменты: спирометр с приспособлением для измерения однократного объема и пневмотахометр (peak flowmeter).

Поначалу мне казалось, что неодинаковая реакция разных больных на различные бронходилататоры обусловлена разными клиническими вариантами бронхиальной астмы. Недаром в старых учебниках говорилось об *asthma humidum* и *asthma siccum*, т.е. о «влажной» и «сухой» астме. Действительно, некоторые астматики выделяют обильную мокроту, а у других её почти нет. Поэтому, пробуя различные дозы всевозможных бронходилататоров, я одновременно подробнейшим образом расспрашивал своих больных о мельчайших деталях их болезни. Времени для этого было более чем достаточно: каждые 15 минут я измерял бронхиальную проходимость до и после очередной ингаляции и потому неотлучно сидел с каждым больным 3-4 часа, иногда много дней подряд. Я не собираюсь пересказывать конкретные результаты своей работы, это слишком частный вопрос. Главный же урок, поучительный и для других, состоял в следующем.

Длительные, особенно повторные беседы с больным позволяют «выудить» такие детали начала болезни и её течения, которые при обычном сборе анамнеза остаются неизвестными. Конечно, я работал в необычайно благоприятных условиях, без всякой спешки. Но в результате я узнал много интересного и даже удивительного, чего не было в учебниках. Больше того, некоторые общепринятые утверждения, кочевавшие из книги в книгу, и в которые я, как и все, твердо верил, оказались далекими от истины. Кажется, Сиденхему (выдающемуся английскому врачу 17 века) принадлежат замечательные слова: «Главная моя забота состоит в том, чтобы то, что я пишу, было в согласии с истиной, а не с другими книгами». Увы, даже теперь не все авторы руководствуются этим золотым правилом и просто переписывают из прежних книг то, что им кажется бесспорным, без того, чтобы самостоятельно проверять каждое слово своим собственным опытом.

Вот всего лишь один пример. Издавна при лечении бронхитов и бронхиальной астмы используют препараты йода. Их действие во всех учебниках объясняют тем, что мокрота становится менее вязкой и легче откашливается. Как-то я занимался с одним больным в рамках своей работы. Он поступил в клинику с тяжелым обострением астмы, но назначенное ему лечение не помогало. Через несколько дней он сказал мне со вздохом: «Эх, дали бы мне немного йодистого калия – сразу бы стало легче!». Я в ответ спросил: «Что, мокрота не отходит?» – «Да у меня никогда не бывает мокроты» - «И от йода тоже нет?» - «Нет» – «Как же он Вам помогает?» – «Не знаю. Просто через пару дней астма проходит». Я ужасно заинтересовался и упросил лечащего врача дать больному раствор йодистого калия. Действительно, уже на другой день наступило явное улучшение, не только субъективное, но и показателей бронхиальной проходимости. Ещё через несколько дней эти показатели полностью нормализовались – без того, чтобы больной выделил хотя бы один комочек

мокроты! Я мог это подтвердить, ибо безотлучно просиживал с этим больным по три-четыре часа каждый день, повторно давая различные ингаляции и измеряя форсированную жизненную емкость легких и мощность форсированного выдоха (эти процедуры нередко вызывают кашель). После этого я чаще и с большим вниманием стал давать йодистый калий своим больным. Оказалось, что иногда, особенно при астматическом статусе, он бывал столь же эффективным, как кортикостероиды! В то же время другие мои исследования показали, что кортикостероиды не обладают ни спазмолитическим, ни отхаркивающим действием. Они воздействуют на совсем другой механизм бронхиальной обструкции, а именно, они снимают воспалительную инфильтрацию в стенках бронхов, что и приводит к расширению бронхиальных просветов. Я вспомнил, что в старину йод был очень эффективен при лечении третичного, гуммозного сифилиса. Но оказывается, йод вовсе не уничтожал спирохет. Он просто каким-то неясным образом рассасывал гуммы - сифилитические гранулемы – тоже воспалительные образования! Итак, действие препаратов йода при бронхиальной астме оказалось гораздо глубже, мощнее и полезнее, чем можно было бы судить по беглому и снисходительному замечанию учебника об отхаркивающем эффекте иодидов... Любопытно, что Труссо, сам страдавший бронхиальной астмой, пишет в этой связи про йодистый калий: «Я должен сказать, что в большом количестве случаев я добивался с его помощью такого успеха, которого не давал мне никакой другой медикамент. Однако я не хочу намеренно вводить в заблуждение: мне приходилось также видеть, как это лекарство оказывалось иногда не только бесполезным, но даже усиливало болезнь».

Моё понимание бронхиальной астмы и хронического бронхита также значительно изменилось по сравнению с общепринятым. Так, обычно считают эти два заболевания совершенно независимыми нозологическими единицами, причём, ведущую роль при астме придают аллергии, а при бронхите – воспалению. Но при моём подробном расспросе почти все больные хроническим бронхитом вспоминали эпизоды лекарственной или пищевой непереносимости или обычной беспричинной крапивницы либо в отдаленном прошлом, либо во время, когда уже имелся хронический бронхит, то есть они оказывались как бы скрытыми астматиками. Все авторы объявляют главным виновником хронического бронхита курение. Но курят сотни миллионов людей, а хронический бронхит возникает только у тысяч. Значит, дело не столько в курении, сколько в особой реакции на курение. Но ведь и для бронхиальной астмы главная проблема заключается также в наличие особой реактивности. Таким образом, оба эти термина обозначают, в сущности, просто два варианта одной и той же болезни, в основе которой лежит особая аллергическая реактивность.

Далее. Излюбленным объяснением перехода острого бронхита в хронический (или острой пневмонии в хроническую – так раньше называли многие случаи хронического бронхита) является, якобы, недостаточно длительное или недостаточно энергичное лечение. Дескать, в результате этого не происходит полного рассасывания очагов воспаления (*restitutio ad integrum*), образуются участки пневмосклероза, нарушается дренажная функция лёгких, возникает за-

стой мокроты, сенсibilизация организма и склонность к рецидивам. Такое объяснение подкупало своей логичностью, и было очень удобно. Виноватыми в учащении этих тяжелых заболеваний оказывались либо малограмотные участковые врачи, которые давали своим больным слишком малые дозы антибиотиков (пресловутые по одной таблетке три раза в день), либо сами больные, занимавшиеся самолечением. Дескать, если бы такой больной попал с самого начала ко мне, грамотному и образованному доктору, то уж я бы лечил его как следует, по науке и не допустил бы перехода в хроническую форму! Но ведь при туберкулезе лёгких или при силикозе тоже возникают участки пневмосклероза, однако эти больные гораздо реже страдают простудными заболеваниями и бронхоспазмом. Ныне я глубоко убежден, что проблему хронического бронхита удастся разрешить только тогда, когда мы сможем перестраивать реактивность больного человека...

ЧАСТНАЯ ПРАКТИКА

Постепенно стала возникать и развиваться моя собственная частная врачебная практика. Это не просто способ дополнительно заработать, как можно подумать. Нет, это совсем особый вид лечебной работы, сильно отличающийся в психологическом отношении от работы врача на зарплате в больнице или в поликлинике. Началась моя частная практика так. Как-то наш второй профессор на кафедре Иосиф Семенович Шницер попросил меня заменить его и навестить на дому одного больного. «Это простой случай, кажется, гипертония. Ты легко справишься» – сказал он мне. После работы я отправился по указанному адресу. По дороге я лихорадочно вспоминал всё, что знал о гипертонической болезни и волновался – а вдруг у больного окажется что-то непонятное, необычное? В клинике я всегда мог обратиться за советом к старшим, вызвать консультанта, наконец, просто сбегать в библиотеку. Здесь же мне все надо было решать самому, на месте и обязательно сразу! На мое счастье больной и его жена оказались очень симпатичными пожилыми людьми, пенсионерами. Встретили они меня приветливо и с почтением. Я старательно расспросил и обследовал больного. Действительно, у него оказалась обычная гипертоническая болезнь без каких-либо осложнений. Я прописал приём раунатина по 1 таблетке два раза в день (препарат раувольфии – единственное в то время эффективное гипотензивное средство). Это же самое лекарство мы давали и в клинике нашим стационарным больным. Старички горячо благодарили и дали конверт, в котором оказался мой скромный первый гонорар. Я вышел довольный и тем, что сдал экзамен, и прибавкой к моей тогда еще очень маленькой зарплате. Но не успел я пройти и нескольких шагов, как меня охватила тревога. А вдруг мое лечение не подействует, и давление не снизится? Как я посмотрю им в глаза? Ведь они же заплатили!!! За что? За то, что я не смог помочь? Если бы этот самый больной достался мне в больнице, я лечил бы его точно так же. Нотам при неудаче я не чувствовал бы себя виноватым или обманщиком: меня контролируют заведующий отделением, доцент, профессор. И раз наши сов-

местные усилия безрезультатны, значит, мы в порядке и виноват сам больной – нечего заводить себе такую упорную болезнь! Я никаких денег у больного не брал, и потому у меня нет перед ним каких-то особых обязательств. Конечно, я должен добросовестно отработать свою зарплату, но, в сущности, точно так же, как это делает любой другой чиновник...

Напротив, в частной практике больной вступает с врачом в особые, личные отношения. Он выбирает именно вас, он платит деньги не в какой-то безликий страховой фонд, а непосредственно вам. И если ему не станет лучше, то виноваты будете только вы – здесь нет коллективной ответственности, как в больнице или в крупной поликлинике. И вот эти личные отношения сразу выводят на первый план самую главную задачу врача – просто помочь больному. Работая в клинической больнице, врач нередко больше озабочен точностью диагноза, а не тем, как облегчить состояние своего подопечного. Споры нет, иногда усилия по выяснению точного диагноза совершенно необходимы для выработки правильного лечения. Но как часто врач обременяет пациента и лаборатории дополнительными исследованиями, которые способствуют лишь академической полноте диагноза, но никак не изменяют лечение, которое можно было бы назначить уже при первой встрече.

Например, у больного уже несколько лет повышено артериальное давление. Практика показывает, что примерно в 90% мы имеем дело с первичной, или эссенциальной гипертонией. В оставшихся 10% гипертония вызывается каким-то другим заболеванием, чаще всего почечным, но эта первопричина оказывается потенциально излечимой всего в 1% – 2% (например, стеноз почечной артерии или гормонально активная опухоль). Иными словами, в 99 случаях из 100 поиски причины артериальной гипертонии оказываются либо бесплодными, либо не влияют на наше лечение. Но вместо того, чтобы сразу назначить лекарство, а при повторных встречах тратить свое внимание и усердие на то, чтобы подобрать самую подходящую дозу этого средства или наилучшую лечебную комбинацию, многие врачи снова и снова посылают больного на всевозможные обследования – а вдруг это не эссенциальная гипертония? Они забывают, что уже обычный расспрос и рутинное физикальное и лабораторное исследование позволяют среди массы гипертоников выделить необычный случай, когда дальнейшее углубленное обследование оправдано по-настоящему.

Вот иллюстрация к сказанному. В больницу им. С.П. Боткина поступила женщина 43 лет с жалобами на частые головные боли, одышку при быстрой ходьбе и высокое артериальное давление. Заболела она 2 года назад. Давление сразу установилось на высоких цифрах без существенных колебаний: 200-230/100-120 мм рт. ст. Беседуя с больной, я сразу обратил внимание на её спокойствие, добродушие, приветливость. Всё это резко противоречило привычной картине эссенциальной гипертонии, где мы, как правило, встречаем внутреннее напряжение, тревогу, вспыльчивость, мнительность, подавленное настроение; эти больные нередко рассказывают о своих заботах или конфликтах, а гипертония очень лабильна – высокие цифры сменяются почти нормальными. При дополнительном расспросе оказалось, что сон у неё отличный

(очень важный показатель душевного благополучия!), семья дружная, дети помогают по хозяйству, муж непьющий, работой своей она довольна. Всё это решительно говорило против обычной эссенциальной гипертензии. Быть может, это болезнь почек? В ответ на специально поставленные вопросы выяснилось, что при предыдущих обследованиях анализы мочи были нормальными. Кроме того, больная не вставала по ночам помочиться, а окраска мочи на протяжении дня колебалась от светло-соломенной до цвета крепкого чая (т.е. концентрационная функция почек была хорошей). Таким образом, двустороннее заболевание паренхимы почек также становилось маловероятным. Поэтому, закончив обычный расспрос, длившийся всего несколько минут, я после аускультации лёгких и сердца сместил фонендоскоп пониже – на живот и сразу обнаружил в левом подреберье довольно громкий систолический шум. Действительно, ангиография подтвердила резкий стеноз левой почечной артерии, вызывавший гипертензию, и больная была прооперирована.

Нередко больной решает обратиться к частному («платному») врачу потому, что обычное лечение не помогло. Он надеется, что ваша квалификация лучше, и что, наконец-то, его внимательно выслушают, добросовестно обследуют, разберутся в его проблеме и сразу помогут. Именно сразу, без долгих проволочек. Ведь он инстинктивно чувствует ту истину, о которой твердят все лучшие врачи, а именно, что в подавляющем большинстве случаев для правильного диагноза достаточно собрать анамнез и провести несложное физикальное обследование.

Довольно долго мне пришлось работать в платной консультативной поликлинике в Москве. Среди обращавшихся за помощью было много иногородних, приезжавших в столицу специально для этого. Как же сказать этому уставшему от долгой дороги и стесненному в средствах человеку, что я не могу назначить лечение, пока он не сделает ещё такие-то и такие-то анализы и не покажется еще одному, а то и нескольким специалистам? Где он будет ночевать в ожидании этих обследований, - на вокзале?

Итак, частнопрактикующий врач самими условиями своей работы вынужден строить диагноз, имея неполные или отрывочные сведения. Конечно, он не хуже врача в учебном госпитале понимает, что хорошо бы провести дополнительные исследования. Но если больной не может повторно встретиться с ним? Значит, надо, чтобы уже начальный, предварительный диагноз был максимально надёжным и позволил сразу дать больному полезные советы по лечению. Единственный выход – это как можно искуснее расспросить больного и провести добросовестное физикальное исследование. Вот почему частная практика – прекрасная школа для совершенствования диагностического искусства.

Как-то в одном из наиболее престижных американских журналов *New England Journal of Medicine* я прочел любопытную статью. Автор, американский врач, получивший отличное университетское образование и, разумеется, привыкший к высочайшим стандартам современной американской медицины, отправился в Непал, чтобы помочь там местным жителям. Этот благородный

идеалист проработал в отдаленных горных селениях с почти первобытными условиями жизни несколько лет и теперь делился своим опытом. Главный вывод заключался в том, что, оказывается, и теперь можно добросовестно выполнять врачебный долг и реально помогать больным, не имея рентгена, лаборатории и располагая лишь минимумом лекарственных средств. - «Просто я стал больше ценить и использовать все те данные, которые можно получить непосредственно у постели больного».

Необходимость начать лечение сразу, располагая всего лишь скудной информацией, развивает у частнопрактикующего врача СИНДРОМНЫЙ подход. Иными словами, следует, прежде всего, определить, в чём проблема данного больного и сразу приступить к её лечению, и лишь затем попытаться выяснить, чем эта проблема вызвана. Например, больной жалуется на одышку напряжения, отёки ног, сердцебиение. При физикальном исследовании вы находите притупление ниже правой лопатки, набухание шейных вен в положении больного лёжа и увеличение печени. Очевидно, налицо синдром застойной недостаточности сердца. Причины этого синдрома разнообразны. Это либо поражение мышцы сердца вследствие ишемической болезни, артериальной гипертонии, миокардита, либо клапанный порок, либо какое-то ещё более редкое заболевание. Споры нет, знание первопричины недостаточности сердца нередко существенно изменит наш лечебный план, скажем, заставит включить в него специальные лекарства (например, против тиреотоксикоза, если в нём дело) или даже поставить вопрос об операции. И всё же в любом из этих случаев можно сразу назначить мочегонное средство и, быть может, дигоксин в придачу, и, тем самым, облегчить состояние больного уже через два-три дня! Вот после этого можно спокойно и с чистой совестью заниматься уточнением диагноза...

Другой пример. Больной жалуется на изжогу и боли в верхней части живота. Причиной может быть либо заброс желудочного содержимого в пищевод, либо язвенная болезнь, либо гастрит, либо даже жёлчнокаменная болезнь. Как бы то ни было, пока перед нами просто синдром гиперацидной диспепсии, и больному можно легко и быстро помочь, уменьшив продукцию соляной кислоты в желудке. Конечно, потом нам понадобятся дополнительные целенаправленные исследования (эндоскопия, рентген, ультразвук и т.д.), но больной отправится на них уже с хорошим самочувствием и с возросшим доверием к доктору!

Вторым важным отличием, характеризующим врача частной практики, является его стремление помочь больному любым способом, даже если академическая медицина считает применяемое им средство неэффективным или устаревшим. Нет, наверное, ни одного учебника фармакологии или терапии, который бы не порицал неумеренное и безосновательное использование витаминов. Действительно, очень мало исследований, которые убедительно доказывали бы их пользу, кроме разве случаев явного витаминного голодания. Но, несмотря на это, врачи-практики упорно продолжают широко их применять. В чём же дело? С одной стороны, быть может, витамины реально оказывают какое-то

общеукрепляющее, бодрящее действие. Но ведь даже сами эти слова расплывчатые и неопределенны, как, впрочем, и то, что мы обозначаем ими. Не удивительно, что объективные научные эксперименты никак не могут подступиться к этому ускользающему феномену, и потому так многочисленны скептические выводы...

Но допустим, что витамины и вправду в большинстве случаев оказываются просто симпатичным плацебо. Врач академической школы посчитает ниже своего достоинства использовать такое средство. «Доктор, меня очень беспокоит слабость». – «Мы тщательно обследовали Вас – все анализы хорошие. Даже компьютерная томография не обнаружила ничего подозрительного. Так что не тревожьтесь». - «Но что же делать со слабостью?» – «К сожалению, больше ничем помочь не могу» - «А я прочитала в газете, что помогают витамины...» – «Это только реклама, серьезные исследования не подтверждают этого». Доктор удовлетворен: он сделал все, что надо по науке и даже познакомил больную с результатами новейших серьёзных исследований. Ему некогда, его уже ожидают другие пациенты с серьезными болезнями, а на всякий случай не наздравствуешься. Впрочем, если доктор широко образован и знаком с проблемами малой психиатрии, то он может подумать ещё о стёртой депрессии, которая часто проявляется беспричинной слабостью, и тогда он пропишет антидепрессивное средство. Но, во-первых, назначение психотропного лекарства может обидеть больную («Что я, сумасшедшая, что ли?»), и она откажется его принимать. Во-вторых, антидепрессанты часто вызывают сонливость и слабость, и в результате самочувствие больной только ухудшится.

Частнопрактикующий врач поступит по-другому. Конечно, он тоже подумает, что надо исключить скрытно протекающую инфекцию, диабет, гипотиреоз и злокачественное новообразование и тоже назначит соответствующие исследования. Подумает он и о стёртой депрессии и даже задаст несколько соответствующих вопросов. Но в первую очередь он увидит синдром астении и потому, заключая первую встречу, он скажет решительным голосом: «Ну, а тем временем, до выяснения окончательного диагноза, давайте начнем с поливитаминов!» – «Правда? Я ведь и сама об этом думала» – просияв, ответит больная. Ход мыслей этого врача примерно таков. «Быть может, поливитамины на самом деле уменьшают астению, несмотря на сомнения фармакологов. Пусть это действие не очень надежно и бывает только в части случаев. Но почему же не попробовать помочь? А вдруг как раз этой больной повезет. Но даже если эти таблетки не обладают реальным фармакологическим действием, они, тем не менее, не будут просто индифферентным плацебо. Больная заранее намекает, что хочет именно это лечение, она уже верит в него. Она сама открывает дверь для психотерапевтического воздействия. Как же не воспользоваться этой возможностью? Со своей стороны, я не потакаю больной, хотя иду ей навстречу. Я не назначаю то, что может навредить или затруднить выяснение диагноза. Возможно также, что у больной имеется стёртая депрессия. Но ведь это душевное страдание. Так почему же не начать лечение с воздействия психологического, то есть самого адекватного? Разве в этом случае так

уж необходимы химические модуляторы настроения? Оставим их пока про запас. Самое главное – это ободрить пациента, укрепить его веру и волю к выздоровлению. Каждое слово врача, каждый его жест влияют на больного либо положительно, либо отрицательно. Даже каждый рецепт, каждое лекарство несет в себе психотерапевтический заряд вне зависимости от того, сознает это врач или нет. Так что назначение поливитаминов этой больной разумно и полезно во всех отношениях». Так или примерно так мог бы объяснить частнопрактикующий врач, почему он не спешит быть с веком наравне, и почему не стесняется использовать средство, высокомерно отвергаемое в последнем номере медицинского журнала...

Вот ещё пример. Как-то приехал из далекой провинции в Боткинскую больницу больной с тяжёлой бронхиальной астмой. Он рассказал мне, что раньше у него было две болезни – вазомоторный ринит и астма. «От насморка меня дома доктор вылечил, а вот астма остается». Я очень удивился. «Как так, вылечил? Совсем?» – «Да, вот уже три года нос не закладывает». – «Чем же он Вас вылечил?» – «Мне мою же кровь переливали». Значит, какой-то старомодный доктор где-то в глуши всё ещё использует давно забытую аутогемотерапию, и она оказалась у этого больного в высшей степени эффективной, помогла при такой упорной болезни, как вазомоторный, или аллергический ринит! Может, стоит снова попробовать ее при астме? Я спросил об этом у своего учителя Виктора Абрамовича Каневского. Он скептически улыбнулся и сказал: «Что ты! Кто теперь применяет аутогемотерапию!». Но меня этот рассказ озадачил.

В самом деле, что предлагает наша современная ортодоксальная медицина для лечения аллергического ринита? – Только лекарства, вызывающие спазм сосудов слизистой (деконгестанты), и лекарства, блокирующие действие гистамина (антигистаминные препараты). Но ведь эти средства всего-навсего подавляют *конечную* стадию аллергического процесса. Они просто не позволяют аллергической реакции выявиться, но никак не воздействуют на сущность аллергии и, главное, не устраняют склонность больного к повторным аллергическим реакциям. Мы сбиваем пламя, но угли всё равно тлеют! В сущности, мы рассчитываем на то, что если достаточно долго не давать огню вспыхнуть, то болезнь *сама собой* стихнет, перегорит. К сожалению, когда больной прекращает приём лекарств, болезнь часто возвращается. Точно так же обстоит дело и с лечением бронхиальной астмы. Бронхорасширяющие и противовоспалительные средства (включая кортикостероиды) помогают расширить бронхиальные просветы, но они не влияют на те процессы, которые приводят к сужению бронхов. Напротив, парентеральное введение пусть собственных, но несколько травмированных белков просто обязано вызывать какую-то иммунную перестройку. То есть действие аутогемотерапии заведомо глубже и существеннее, чем действие деконгестантов, антигистаминных препаратов и бронходилататоров. С другой стороны, механизм действия аутогемотерапии так и остался неясным, да и помогала она только в части случаев. Не удивительно, что академическая медицина отказалась от этой малопонятной и неопределенной ме-

тодики. Но ведь иногда она помогает, причём, прямо-таки радикально, как у моего больного! Я решил испробовать аутогемотерапию в своей частной практике. Вскоре я стал использовать ее при лечении бронхиальной астмы в комбинации с инъекциями гистаглобулина. Это средство тоже не имеет широкого признания хотя бы по той причине, что, как теперь твердо известно, гистамин играет очень скромную роль в патогенезе астмы. К своему удивлению, я убедился, что такая комбинация довольно часто давала очень хорошие результаты. Я не производил подсчётов, но полагаю, что, по крайней мере, в трети случаев наступало значительное улучшение. Некоторые больные потом рассказывали мне, что они на несколько лет освобождались от приступов и переставали ежегодно простужаться. Надо подчеркнуть, что в рамках частной практики ко мне обращались только тяжелые больные, которым до сих пор медицина не смогла помочь. Я понимал, что некоторые врачи будут потом удивленно и иронически улыбаться, слушая рассказы больных, лечившихся у меня таким странным образом. Но я не боялся приобрести репутацию чудака, ретрограда или даже шарлатана и продолжал свое, видя, что больным часто становится легче...

Наконец, очень важной особенностью частной практики является её неизменная психотерапевтическая направленность. Врач, лишенный психотерапевтического таланта, вряд ли станет популярным среди больных. Эта сторона врачебной деятельности заслуживает более подробного обсуждения. В клинических госпиталях, где, в основном, проходит обучение будущих врачей, внимание как преподавателей, так и учащихся направлено на борьбу с наиболее тяжелыми болезнями, да ещё в наиболее опасных стадиях. Здесь главной заботой является выяснение диагноза и оказание неотложной помощи. Конечно, на лекциях и в учебниках говорят о психологических аспектах лечения, но бегло. Поэтому молодой доктор, заканчивая медицинский институт, имеет довольно смутное представление о психотерапии. По крайней мере, мне поначалу казалось, что это что-то очень специальное, заумное, даже с оттенком шаманства, и полезное разве что в каких-то особых случаях. Действительно, такие методики, как гипноз, психоанализ, аутогенная тренировка, групповая психотерапия и т.п. совершенно не подходят к условиям обычной повседневной работы врача-терапевта. Только постепенно, наблюдая за работой своего учителя Виктора Абрамовича Каневского, я стал понимать, что эти специальные методики составляют лишь самую малую часть психотерапии.

В широком смысле слова психотерапия пронизывает всю медицину. И в самом деле, что означает этот термин? Например, мы ежедневно говорим о химиотерапии, об антибиотикотерапии, и всем понятно, что речь идёт о лечении злокачественных опухолей химическими средствами или инфекций с помощью антибиотиков. Стало быть, психотерапия должна означать лечение с помощью психических средств. Что же такое «психические средства»? Это нехимические вещества, в отличие, скажем, от психотропных лекарств. Это всё то, что непосредственно воздействует на душевную сферу человека. Значит, под психотерапией надо понимать любое психологическое воздействие, при-

носящее пользу пациенту. Однако психотерапия вовсе не сводится к стандартной бодряческой фразе: «Не волнуйтесь, всё будет хорошо!». Разве на наше настроение, на наше поведение влияют только слова, обращенные к нам? Нередко ещё сильнее, чем смысл сказанного, действует сам голос, интонация, выражение лица, жесты, обстановка – вообще всё, что нас окружает, и что мы воспринимаем всеми своими органами чувств. Можно сказать поэтому, что только больной, находящийся без сознания, недоступен для психотерапии.

Больше того. Если любой другой метод лечения имеет свои чёткие показания и противопоказания, и только врач всякий разрешает, что именно применить в данном случае, то здесь ситуация совершенно другая. Не врач определяет, нужна психотерапия или нет. Психотерапевтический процесс начинается в голове больного в тот момент, когда он решил обратиться к врачу! Любая болезнь вызывает не только напрямую связанные с ней ощущения – боль, одышка, головокружение, тошнота, слабость и т.п., но и психологическую реакцию – тревогу, страх, беспокойство. Обращение к врачу означает просьбу о помощи, и больной жаждет помощи не только соматической, но и психологической – ободрения, объяснения, успокоения и, конечно, надежды. Он уже открыт для психотерапии, он рассчитывает на нее. И даже если врач не понимает этого и не пойдет ему навстречу в этом отношении, а просто заполнит, как чиновник, бланки различных направлений, больной сам постарается приободрить себя: «Доктор выслушал меня, но лицо его не изменилось – наверное, ничего ужасного... Жаль, конечно, что он не пощупал живот, но все-таки, молодец, назначил рентген и кучу анализов, так что в следующий раз он уж разберётся». – Это ведь тоже психотерапия, хотя, увы, самодельная, сиротская...

Уже сам факт появления врача перед больным, его внешность, поведение, профессиональные действия, слова – все это очень сильно действует на душевный мир пациента – не потому, что врач обладает каким-то гипнотическим даром, а потому, что больной жаждет этого влияния. Психотерапевтический процесс уже идёт, хочет этого врач или нет. От него зависит только, будет ли это воздействие благоприятным, полезным, то есть психотерапией в самом буквальном значении этого слова, или же, наоборот, он своей грубостью, черствостью, невнимательностью разочарует и оттолкнет от себя больного и тем самым уменьшит пользу всех других методов лечения. Единственное, что волен решать врач, это – в каком объеме и как применить психотерапию в данном конкретном случае: просто ли по ходу дела успокоить и приободрить взволнованного и напуганного больного или же выделить время для специальной беседы, либо, наконец, действительно направить больного к специалисту-психотерапевту.

Успехи современной медицины грандиозны. Кажется, пройдет ещё совсем немного времени, и у нас будут лекарства против всех болезней. Вот-вот медицина станет, наконец, точной наукой, и врач сможет использовать только чёткие знания, а не интуицию, искусство и прочие неопределенные и малопонятные вещи. «Если больному не стало лучше уже после первой встречи с врачом, значит, это плохой врач» – эта фраза кажется избитой нравоучительной

сентенцией, через которую хочется поскорее перешагнуть и заняться настоящим делом – лечить больного, а не улаживать его! Но не будем спешить и вдуваемся. Больной впервые пришел на приём. Что может сделать врач при этой первой встрече, даже если он сразу поставит диагноз? - Только назначить лечение. Ведь даже хирург не сразу берётся за нож! Как же может наступить улучшение, когда еще ничего не сделано? Но дело в том, что к доктору приходит на двух ногах не ослабевшая мышца сердца, не спастичные бронхи и не камни в жёлчном пузыре, а человек. И страдает не само сердце (и уж, конечно, не камни), а человек. Страдает же он не только от одышки или болей, но и от тревоги, страха, уныния, от своего бессилия перед непонятной напастью. Если только больной в сознании, то его болезнь, какой бы она ни была, всегда содержит большой психологический компонент. И это не наслоение на «настоящую» болезнь, не привесок к ней, а неразрывная и очень важная часть единой болезни. Но чтобы разобраться в этой стороне болезни нам не помогут ни молоточек невропатолога, ни даже электроэнцефалограф. Несмотря на весь прогресс, единственным и достаточным диагностическим инструментом здесь остается просто беседа с больным человеком, да еще сострадание, человечность, наблюдательность и догадливость.

Вот на эту, психологическую часть болезни можно воздействовать сразу, при первой же встрече, и облегчение, испытываемое больным, совершенно реально. Спору нет, надо исправить испорченный клапан сердца, надо удалить камни из почки, надо уничтожить болезнетворных микробов или раскрыть закупоренные бронхи. Но починки такого рода – это всего лишь хорошая ремесленная работа. Это – лечение только одной части болезни, той части, которую описывают в обобщенном виде в учебниках. Мы же имеем дело не с болезнью вообще, а с конкретным больным. И когда нас призывают лечить не болезнь, а больного, то это значит не только учитывать сопутствующие заболевания, но и видеть всю болезнь целиком, то есть и соматическую, и психологическую её части.

Вот высказывание по этому поводу Дюбуа:

«Строго говоря, не существует страдания физического; всякое страдание есть психическое, хотя бы это была боль от травмы или другого чисто анатомического повреждения. Страдает всегда наше чувствующее я; всегда в страдании заключается элемент сознания. Вот почему область правильно понимаемой психотерапии неизмеримо обширна. Между тем как наши лекарства вечно меняются, и суеверное поклонение сменяется очень скоро насмешливым скептицизмом, и мы являем, таким образом, печальную картину постоянно повторяющихся увлечений, психотерапия существовала и действовала всегда, не зная таких печальных колебаний. Её приемы меняются на тысячи ладов, в зависимости от психологических условий, но её внутренняя сущность остается все та же. Она есть любовь, которая ни перед чем не останавливается». – Как это непохоже на стиль солидной, но, увы, скучной учёной монографии, но как мудры и прекрасны эти слова настоящего Доктора, которому доверяешься с радостью и надеждой...

Поведение врача обладает огромным психотерапевтическим потенциалом. Казалось бы, приветливость, внимание к собеседнику, сочувствие, деликатность, оптимизм свидетельствуют просто о хорошем воспитании, похвальны в любом межлюдском общении, но не имеют прямого отношения к медицине. Это заблуждение. Именно эти черты позволяют доктору ежедневно, вроде бы незаметно, но очень сильно влиять психотерапевтически на всех своих больных. Это, если так можно выразиться, неспецифическая психотерапия. Конечно, психотерапия состоит не только в этом. Но я не перестаю удивляться, как эффективны эти простейшие её элементы и тому, как часто врачи не понимают этого. Поразительный иногда успех шарлатанов и «целителей» обусловлен именно их мощным психотерапевтическим влиянием, хотя большинство из них не только не читали сочинения Фрейда, Юнга, Балинта, Дюбуа, но и не слышали о таких авторах.

В первые годы учебы в московской клинике мне приходилось курировать больных, которые рассказывали, что раньше они обращались к «частному» доктору. Некоторые фамилии повторялись, так что вскоре я уже знал о существовании нескольких врачей, успешно занимавшихся частной практикой в столице. Советская власть относилась к этой деятельности враждебно и боролась с ней непомерными налогами. Это вынуждало «частников» работать скрытно. Так, многие доктора предпочитали не открывать собственные кабинеты, а посещать больных на дому. Кроме того, власти пытались настроить общественное мнение против таких врачей, обвиняя их в рвачестве, в погоне за наживой и в нарушении врачебной этики. Считалось, что хороший врач должен быть идеалистом и, естественно, полунищим. Более или менее терпимо режим относился только к частной практике известных профессоров. Однако многие популярные среди больных доктора не имели академических званий и не публиковались в медицинских журналах. Когда больные рассказывали мне, как и чем их лечили эти «частники», я нередко с удовольствием ощущал своё превосходство и даже легкое презрение к этим, как мне тогда казалось, отсталым полушарлатанам и дельцам. Меня поэтому удивляло, что наш доцент Александр Павлинович Никольский, прекрасный врач, но совершенный бесребреник, никогда не бравший деньги у больных, говорил с уважением, услышав такую фамилию: «А, такой-то! Ну, это частник!!!». В его устах это означало, что у такого доктора можно лечиться...

Только постепенно я понял, что частная практика обогащает не только кошелек врача, но и его профессиональные навыки, она буквально заставляет лечить как можно лучше. И хотя соблазн думать в первую очередь о деньгах реален, большинство врачей – частных практиков, которых я знал, действительно являлись прекрасными лечебниками. В заключение – маленький пассаж из моего любимого Труссо. Говоря о медицинском прогрессе, он призывал молодых врачей пробовать всё новое только на своих частных пациентах, а не на бедняках, которые вынуждены лечиться в бесплатных клинических (учебных) госпиталях. Какой благородный, высокий и мудрый моральный стандарт!

И СНОВА ЯУЧУСЬ

Прошло 25 лет с начала моей лечебной работы. Мне казалось, что я уже вполне сформировавшийся, зрелый врач. Я был довольно хорошо известен в медицинских кругах благодаря своим научным публикациям, Кроме того, у меня возникла обширная частная практика, делавшая меня независимым от властей и начальства. И как раз в это время я решил покинуть СССР и начать новую жизнь в другой стране. Языкового барьера у меня, в отличие от большинства тогдашних эмигрантов, не было. Но я отлично понимал, что, хотя медицина как наука одинакова повсюду (так же, как физика или математика), но условия работы врачей и требования к ним за границей сильно отличаются от тех, к которым мы привыкли здесь. Необходимо было заранее подготовить себя к этим новым условиям.

До этого в последние годы я читал в зарубежных журналах преимущественно статьи, имевшие отношение к моим научным интересам. Но всё же я продолжал регулярно просматривать также публикации лечебного характера. Поэтому в своей практической работе я, как правило, использовал те лекарства, которые соответствовали современным рекомендациям зарубежной медицины. Приятно было сознавать, что на мои советы больным не влияет железный занавес, сделавший тогдашнюю советскую медицину во многом отсталой и провинциальной. Но для новой цели этого было мало. Надо было освежить все свои общеврачебные знания, узнать, что изучают нынешние американские студенты. И вот, спустя более четверти века после окончания мединститута я вновь засел за учебники, но на сей раз это были исключительно книги на английском языке. В начале этих воспоминаний я уже говорил, что американские учебники конца 40-х и начала 50-х годов мало отличались от наших. В популярном или, как принято говорить, в стандартном учебнике внутренних болезней Cecil's Textbook of Medicine, напечатанном в 1945 г. шестым изданием, меня, ещё студента, очень забавляло, что в конце почти каждой главы очередной солидный автор среди прочих лечебных мероприятий не забывал с важным видом настоятельно рекомендовать... регулярное опорожнение кишечника (bowel movements)! Это шестое издание мне удалось купить в 1949 г. в букинистическом магазине. Новое, уже ЧЕТЫРНАДЦАТОЕ издание я смог приобрести в официальном порядке в 1979 г. как доктор медицинских наук через Московский дом ученых, как это раньше делал профессор Б.Е. Вотчал. В этой книге вместо одной тысячи страниц стало две тысячи, вдобавок шрифт стал гораздо мельче. Но главная перемена состояла не в увеличении объема. Это была уже совсем другая медицина, которая очень далеко ушла от той, что продолжала господствовать в СССР. Вскоре после окончания второй мировой войны, в 50-е и в 60-е годы появилось громадное количество новых важных сведений по биохимии, физиологии, генетике, фармакологии. Американские врачи незамедлительно взяли всё это для практического использования. Лечение многих заболеваний стало менее эмпирическим, более разумным, научно

обоснованным и значительно более активным, я бы даже сказал – агрессивным. Рутинное опорожнение кишечника перестало быть универсальным спасительным средством. Вместо этого врач должен был бороться с нарушениями кислотно-щелочного равновесия, следить за центральным венозным давлением, интубировать, применять механическую вентиляцию легких. Изменился даже стиль изложения в учебниках, он стал деловым, а рекомендации – конкретными, как в руководстве по использованию стиральной машины или пылесоса. Раньше учебник, особенно отечественный, обычно сообщал, что для лечения такой-то болезни можно назначить то-то и то-то, либо другое то-то и то-то, но тут же добавлял, что неплохие результаты можно получить, используя также еще и третье то-то и то-то. Современный американский учебник не оставляет места для сомнений. Он говорит без обиняков, что новейшие исследования с применением статистической обработки позволяют считать в настоящее время наилучшим методом лечения данной болезни только то-то и то-то, точка. Объяснения также стали ясными, простыми и понятными. А в тех случаях, где наука ещё не имеет четкого ответа, автор не вдается в туманные наукообразные объяснения, используя удобные слова «рефлекторный», «компенсаторный», «приспособительный» и т.п., а просто говорит, что почему это так, а не иначе – неизвестно, или что лечить эту болезнь – нечем, точка

Хотя громадный Советский Союз был со всех сторон окружен железным занавесом, но внутри него можно было переезжать с места на место, и чтобы устроиться врачом в другом городе, надо было только предъявить единый для всей страны врачебный диплом. Но за границей, особенно в развитых странах, советский диплом не признавался. Государство, да и само врачебное сословие строго следили за тем, чтобы пришлые доктора не снижали высокий уровень медицины, достигнутый в этих странах. Поэтому иностранные врачи должны были в обязательном порядке сдавать специальные экзамены. Наиболее жесткие требования к претендентам предъявляли в США. Я раздобыл образец вопросов, которые могли быть предложены на экзамене. В мои студенческие годы проверка знаний заключалось в том, что надо было ответить всего на несколько вопросов в наугад взятом билете. Этот элемент случайности, везения (да и благосклонности экзаменатора...) полностью исключен в американской системе. Там каждый должен ответить на несколько сотен вопросов по самым различным отраслям медицины, а процент правильных ответов определяет компьютер. Ясно, что такая метода гораздо более надежно и объективно показывает уровень знаний. Интересно, что среди вопросов разной трудности попадались и такие, на которые просто невозможно ответить, не имея под рукой специальной справочной литературы. Эти вопросы включали намеренно для того, чтобы проверить не эрудицию, а очень важное для врача свойство - психологическую стойкость в трудной ситуации: запаникует ли он и станет суетливо терять драгоценное время (на каждый вопрос отводится всего одна минута) или же спокойно признает свое маленькое поражение и сразу перейдет к следующим вопросам.

В целом, вопросы примерно соответствовали требованиям, предъявляемым к молодому американскому врачу при окончании медицинского факультета. Судя по ним, он должен очень основательно знать терапию, хирургию, акушерство с гинекологией, педиатрию, инфекционные болезни, дерматологию, глазные болезни и т.д., короче – он должен быть врачом-универсалом! При окончании медицинского института мы тоже сдавали государственные экзамены по множеству дисциплин, но на этом сходство заканчивалось. Получив после экзаменов диплом, молодой врач обычно сразу выбирал какую-то отрасль медицины, так что знания по всем остальным предметам быстро улетучивались. В США молодой врач должен после получения диплома отработать несколько лет в приёмном покое или в отделении неотложной помощи крупной многопрофильной больницы. Условия работы тяжелейшие – два-три дежурства каждую неделю плюс участие в регулярных занятиях и конференциях со старшими товарищами. За это время врач на практике знакомится с самыми различными медицинскими ситуациями. Только после этой долгой и трудной, но благодетельной школы молодой врач получает официальное разрешение (лицензию, license) самостоятельно лечить больных.

Если же врач не хочет оставаться универсалом, он имеет право **потом** дополнительно специализироваться в какой-нибудь узкой отрасли. При этом специализация в США иногда доходит до крайних пределов: там есть специалисты, делающие всего одну определенную операцию, но зато массово и с такими результатами, которые недостижимы у рядовых хирургов. Естественно, такая учеба требует ещё нескольких лет напряженной работы. Чтобы стать официально признанным узким специалистом – кардиологом, пульмонологом, хирургом и т.д., необходимо проучиться ещё 5-6 лет. Однако большинство врачей в США - это все-таки врачи общей практики, как и должно быть при правильной организации здравоохранения.

Казалось бы, советский участковый врач в поликлинике выполняет те же функции, что и американский врач общей практики. На самом деле это не так. Если показано пальцевое исследование прямой кишки, то больного сразу направляют к хирургу, как будто терапевт этому не обучен. Что уж говорить об осмотре барабанной перепонки или глазного дна – ни отоскоп, ни офтальмоскоп, ни даже неврологический молоточек не входят в обязательный набор нашего участкового врача. Впрочем, нашему участковому врачу нет никакого резона самому всесторонне обследовать своего больного: времени это займёт больше, а зарплата всё равно останется прежней. Лучше отправить больного на всевозможные консультации! А если больной, недовольный тем, что его «отфутболивают», уйдёт к другому, более внимательному врачу, то ведь опять-таки зарплата останется прежней...

На самом же деле, широкое врачебное образование и основательное знакомство со смежными дисциплинами необычайно важно и **выгодно** со всех сторон. Оставим даже в стороне интересы больного: ясно, что он предпочтет, чтобы его проблемами занимался всего один врач, которому он доверяет, чем странствовать по кабинетам от одного неизвестного ему специалиста к друго-

му. Рассмотрим это с точки зрения врача. В Москве у меня была очень обширная частная практика. Одним из секретов её успеха было то, что я всегда старался быть врачом – универсалом. Например, обращается ко мне больной по поводу бронхиальной астмы. Но одновременно он страдает тяжелым вазомоторным ринитом и экземой. Можно, конечно, сразу отослать беднягу к отоларингологу и к дерматологу, а то еще и к аллергологу в придачу. Вместо этого я, помимо противоастматических средств, назначаю ему кортикостероидный спрей для носа, антигистаминные таблетки и слабую кортикостероидную мазь. И только если эти мои меры не помогают, я с чистой совестью направляю больного к соответствующему специалисту. В большинстве случаев улучшение наступает сразу, так что нужда в дополнительной консультации отпадает. Больной, естественно, в восторге и начинает ценить меня еще выше...

Но дело не только в материальной выгоде. Чем обширнее знания врача, тем увереннее он себя чувствует в любой ситуации. Его можно тогда сравнить с опытным таёжным следопытом. Тот не знает, что предстоит ему вдруг встретить на своем пути в диком лесу, но он не растеряется ни перед хищником, ни перед болотом, ни перед бурной рекой – он всегда и ко всему готов и поступит так, как надо. Вот эту внутреннюю уверенность и спокойствие знающего и многоопытного доктора больной чувствует сразу и проникается доверием. А ведь как облегчает нашу работу это доверие!

Вот почему я с огромным интересом и удовольствием взялся за учебники хирургии, неврологии, гинекологии и других лечебных специальностей. Конечно, читал я их совсем не так, как это делает молодой студент перед экзаменом. Я уже понимал, на что надо обратить особое внимание – на наиболее часто встречающиеся болезни, на наиболее важные и наиболее надежные способы их диагностики и лечения. Каждый раз я мысленно примеривался – как должен буду поступить я, врач общей практики, если встречу данное заболевание: в каких случаях надо будет немедленно направить больного к специалисту, а в каких я и сам смогу помочь. В процессе этой учебы я узнал много нового и полезного для себя. Благодаря этому мне удалось несколько раз уверенно и самостоятельно диагностировать такие заболевания, которые раньше я считал совершенно вне своей компетенции. Однажды меня вызвали к женщине по поводу приступа сильнейшей головной боли и боли в глазах. Буквально за час до этого она была обследована в столичной глазной клинике по поводу подозрения на глаукому, и диагноз этот был решительно отвергнут. Артериальное давление было повышено, но одновременно я обнаружил расширенные и неподвижные зрачки, а также гиперемии склер. На этом основании я отверг предположение о гипертоническом кризе и срочно направил больную обратно в глазную клинику с диагнозом острый приступ глаукомы. Там диагноз подтвердился. Кстати, приступ глаукомы был вызван тем, что больной закапали с целью исследования глазного дна мидриатик! В другой раз ко мне обратилась больная из провинции с очень неясными, расплывчатыми жалобами на слабость и общее недомогание. Как я ни расспрашивал её, никакие диагностические предположения не возникали. Однако в процессе беседы я обратил вни-

мание на то, что она говорила как бы с трудом, запинаясь – уж не скандированная ли это речь? Как только я подумал об этом, то немедленно обнаружил интенционный тремор и еще несколько характерных симптомов рассеянного склероза. Оказалось, что эту болезнь у неё уже диагностировали, но больная поехала в Москву «за правдой» и нарочно скрыла от меня этот диагноз!

Несколько раз я с любовью и благодарностью называл в этих воспоминаниях книги, которые особенно помогли мне стать врачом. Во время своей новой учебы мне опять повезло на достойных авторов. В первую очередь, я хочу порекомендовать The Merck Manual. Это универсальный справочник для практического врача, издаваемый известной фармацевтической фирмой Мерк в обновленном виде каждые несколько лет вот уже целое столетие (!). Все 2500 страниц последнего издания этой книги написаны дельно и кратко. Все рекомендации чёткие, на самом современном уровне. Вопросы теории изложены ровно в том объёме, который поможет практическому врачу с пониманием заниматься своим делом, но само это изложение отличается завидной ясностью. Книг такого уровня на русском языке нет и, наверное, ещё долго не будет. Ради одной такой книги будущему врачу стоит выучить английский язык!

РАБОТА В УСЛОВИЯХ ИЗРАИЛЬСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Весной 1990 г. – через 36 лет после получения диплома врача я начал новую жизнь в другой стране, в Израиле. Поселился я в небольшом тихом городе Реховоте. Там расположен всемирно известный научно исследовательский центр – институт имени Вейцмана, а также крупная многопрофильная больница имени Каплана. Ещё в Москве я усердно занимался ивритом. Поэтому обязательное для всех репатриантов посещение ульпана (начальные курсы языка иврит) было для меня почти что формальностью. Мне хотелось побыстрее познакомиться с израильской медициной, тем более, что для того, чтобы устроиться на работу врачом, надо было предварительно пройти стажировку в какой-нибудь крупной местной больнице. В Израиле даже среди старожилы большинство – это иммигранты первого поколения. Очень многие из них, памятуя о своих трудных первых годах, с радостью помогают новоприбывшим. Нашу семью разыскали и стали опекать несколько очень милых людей, в том числе заведующий ортопедическим отделением больницы Каплан доктор Малкин и его очаровательная жена Сая. Они-то и познакомили меня с заведующим одним из терапевтических отделений этой больницы доктором Давидом Гельтнером. Это был очень высокий худощавый красивый человек лет 45. Я представился и начал рассказывать о себе. Видя, что мне трудно изъясняться на иврите, он предложил перейти на английский. Сам он говорил на нём очень свободно с характерным американским произношением. Я не удержался и сказал ему об этом. Он улыбнулся и объяснил, что проработал врачом в США несколько лет. Внимательно прочитав список моих научных статей, он, по видимому, остался доволен, и мы договорились, что после окончания ульпана я пройду стажировку в его отделении.

Итак, уже через полгода жизни в Израиле я вновь очутился в больничной обстановке в роли начинающего врача. До сих пор помню первую утреннюю конференцию. В ординаторской за длинным столом сидело семь или восемь человек – все мужчины (!): заведующий отделением, старший врач и несколько молодых докторов. Говорили они на иврите, и, хотя часто звучали английские медицинские термины, я почти ничего не понял. Минут через десять все встали, и работа закипела. Молодежь разбежалась по палатам – брать у больных кровь на анализы, причем не только из вены (это я умел делать не хуже), но и с одинаковой легкостью также из локтевой или лучевой артерии (это мне никогда не приходилось делать). Забор крови продолжался почти час. Затем начался обход заведующего. Доктора знакомили Гельтнера с новыми больными и с динамикой у ранее поступивших – всё на память, в том числе и множество анализов, не заглядывая в истории. Гельтнер быстро, но внимательно осматривал каждого больного, кратко высказывал свое мнение и рекомендации, и вся группа переходила к следующей койке. После окончания обхода делались записи в историях болезни. Затем все врачи либо отправлялись в рентгенологическое отделение, где им демонстрировали снимки их больных с подробными объяснениями специалистов-рентгенологов, либо собирались в ординаторской и обсуждали интересный или поучительный случай. Очень часто происходили общепольничные конференции, также с целью учебы и повышения квалификации. При больнице была собственная медицинская библиотека, в ней имелись не только стандартные толстые американские учебники по внутренним болезням, хирургии, гинекологии, физиологии, анатомии и т.д., но и многочисленные американские и английские медицинские журналы по всем дисциплинам. Когда бы я не заходил в библиотеку, там всегда занималось хотя бы несколько молодых врачей... К концу рабочего дня, часа в 3-4 Гельтнер или его заместитель вновь обходил отделение, окончательно определял кандидатов на выписку, и, если надо, менял лечение.

Как правило, больных выписывали уже через сутки-двое, и только в очень тяжелых случаях госпитализация растягивалась на 4-7 дней. Если больной поступал с болями в области сердца, но повторные электрокардиограммы не обнаруживали динамики, а мышечные ферменты также не указывали на инфаркт, больного тотчас отпускали домой для дальнейшего наблюдения в поликлинике. Если же действительно была тревожная картина нестабильной стенокардии, то уже в первые сутки незамедлительно делали коронарную ангиографию и, в зависимости от результатов, сразу дополняли ее либо ангиопластикой баллоном или же радикальной операцией с наложением шунтов. Даже после этой большой операции больного выписывали еще до снятия наружных швов. Если острый инфаркт миокарда не осложнялся тяжелой недостаточностью сердца или опасной аритмией, то больного выписывали уже через 4-5 дней на амбулаторное лечение. Довольно часто поступали больные с обострением хронической недостаточности сердца в виде отека легких. Немедленно они получали кислород и внутривенно фуросемид; состояние их быстро улучшалось, и уже на второй-третий день их отправляли домой с рекомендацией чаще принимать

таблетки фуросемида. В случае пневмонии или другой серьезной инфекции больному сразу начинали вводить внутривенно самые современные антибиотики, но как только температура возвращалась к норме, больного тотчас выписывали, а лечение продолжали на дому антибиотическими таблетками еще семь-десять дней.

Молодые доктора-стажёры были отлично вышколены и очень активны. Все они самостоятельно, не ожидая консультанта или более опытного врача, немедленно выполняли важнейшие реанимационные процедуры (интубация, налаживание аппаратной вентиляции, электрошок, катетеризация мочевого пузыря). Нечего и говорить, что каждый из них сам удалял жидкость из плевральной или брюшной полости и обследовал прямую кишку. Неврологические больные также поступали в общее отделение внутренних болезней, и потому каждый молодой врач уверенно проводил стандартное неврологическое обследование. Помимо работы в отделении все они часто дежурили в приёмном покое и потому на практике были хорошо знакомы с диагностикой самой разнообразной неотложной патологии, включая травмы, острый живот и инфекции.

Уровень их теоретической подготовки был необычайно высоким. Кажется, их память хранила целиком тысячстраничные учебники Гаррисона, Мерка, Сесила. Как-то в отделение поступил больной с амиотрофическим боковым склерозом. Я знал, что есть такая редкая и тяжелая болезнь, но никогда не встречал её и, конечно, не помнил клинических признаков. Мой напарник, врач со стажем всего два года сразу сказал мне: «Видишь фибриллярные мышечные сокращения? Они очень характерны для этой болезни». Я не поленился сбегать в больничную библиотеку и убедился в правоте моего молодого коллеги...

Все доктора без исключения свободно читали и говорили по-английски, хотя для большинства из них родным языком был иврит. Каждую неделю ранний утренний час отводился для заседания «Журнального клуба», на которых все по очереди делали рефераты по новейшим номерам американских и английских медицинских журналов. Раз в месяц все собирались вечером на дому у заведующего отделением либо у кого-нибудь из врачей, и за чашкой чая с печеньем слушали и обсуждали доклад на какую-нибудь медицинскую тему. На регулярных ежедневных обходах комментарии старшего врача также нередко превращались в микролекцию по данной болезни или по дифференциальной диагностике. При этом круг заболеваний, вовлекавшийся в такую дифференциальную диагностику, был необычайно широк. Как-то заместитель Гельтнера, вообще славившийся своей эрудицией, стал перечислять у постели больного с каким-то банальным заболеванием все хотя бы отдаленно сходные болезни. Среди прочего, он даже вспомнил редчайшую болезнь, которая встречается только у туземцев Соломоновых островов!

Не только знания врачей были на самом современном американском уровне. Обследование и лечение больных проводилось точно так же, как и в стандартном американском госпитале. Как только за океаном появлялось не-

сколько первых публикаций о каком-нибудь новом диагностическом методе, способе лечения или лекарстве, это новшество тотчас внедрялось здесь в практику. Следует подчеркнуть, что больница имени Каплана в Реховоте была, в сущности, рядовой израильской больницей, вроде районной или областной больницы в России, а вовсе не Меккой здешней медицины, как больница Хадассы в Иерусалиме или Ихилон в Тель Авиве.

Труднее всего для меня оказался языковой барьер. Быстрая разговорная речь, обилие медицинских терминов на иврите (например, пульс – дофек, вена – варид, геморрой – тхорим и т.п.), неразборчивая дикция и неправильный язык малокультурных больных – всё это просто изматывало. Особенно тяжело было разбирать записи врачей в истории болезни: доктора вообще славятся скверным почерком, а тут еще даже буквы непривычные! Но постепенно я втянулся в работу отделения: наравне со всеми брал кровь на анализы из вены и артерии, обследовал новых больных и даже стал писать эпикризы для выписываемых больных. Мимолетная похвала доктора Гельтнера за мою грамотность и стиль очень ободрила меня...

У моих молодых коллег был несравненно больший опыт по неотложной медицине и реанимации, и я был очень рад возможности поучиться у них. Наверное, они тоже присматривались ко мне с любопытством – ведь по годам я был даже старше их заведующего. Но я понимал, что мне надо начинать все с нуля, а не чваниться. Да и нагрузка была такой, что я еле успеваю все понять и выполнить свои обязанности. Всё же некоторые их недостатки я старался деликатно исправлять. Как-то мой напарник – прекрасный молодой врач закончил обход большой палаты и, не выходя из неё, сел заполнять истории болезни, весело насвистывая. Я не удержался и сказал ему: «Послушай, я знаю, ты неверующий. Но ведь в синагоге ты не будешь свистеть?» – «Конечно, но при чем тут синагога?» – «Здесь люди страдают, как же ты можешь?» – «Да, да, ты, конечно прав!». При удобном случае я показывал, как надо пальпировать – это было их общее слабое место. Несколько раз я показал, как легко прощупать растянутый мочевой пузырь – они поражались и сразу же, ругая себя за невнимательность, вводили больному катетер. Спустя десять лет я снова встретил одного из них – теперь он уже сам был старшим врачом в том же отделении, где когда-то я проходил стажировку. Он с улыбкой сказал, что от меня он научился больше, чем от некоторых преподавателей. Слышать это было приятно, но я искренне удивился – не до того мне было тогда...

Срок моей стажировки заканчивался. Но не успел я приступить к поискам постоянной работы, как наш заведующий доктор Гельтнер сам предложил мне место участкового врача в одной из поликлиник города Ашдода. Я был очень тронут и стал благодарить его. Он улыбнулся и сказал: «Таким, как Вы, приятно помогать...».

В это самое трудное для нашей семьи время, когда буквально всё пришлось начинать сначала, приехал в Израиль Булат Окуджава. В прежней жизни, в Москве он был моим пациентом, и мы дружили. По приезду он разыскал

меня, дав объявление в русскоязычную газету. Я тотчас позвонил, и мы встретились на его концерте. Вновь я наслаждался и омыл душу его чудными песнями. В антракте я зашел к нему за кулисы. Он обрадовался и сказал: «А я написал для Вас экспромт» и подарил мне свою книгу с этим экспромтом. Вот он:

А вот город Реховот.
А кто в том городе живет?
Кто в нем спину горбит?
Кто семью там кормит?
Магазаник Норберт ...

А что за странная земля
Без берёз и без Кремля?
Кто в ней делом занят?
Норберт Магазаник.

При расставании он и его жена Оля завалили букетами цветов машину, в которой я приехал со своей Наташей на его концерт...

Ровно год спустя после приезда в Израиль я устроился участковым врачом в небольшой районной поликлинике в приморском городе Ашдоде. Мне уже исполнился 61 год... В этой должности, которую здесь называют семейный врач, я проработал 11 лет. Потом меня отправили в отставку. При этом управляющий сказал мне: «Мы бы давно уже сделали это, но уж больно хороши отзывы Ваших пациентов!». Шолом Алейхем как-то пошутил: «К чему романы, если сама жизнь роман!». Вот и моя жизнь сложилась, как роман с прологом и эпилогом. В 1954 г. после окончания учебы в медицинском институте и утомительных экзаменов я перед началом работы поехал отдохнуть на Юг, в Адлер неподалеку от Сочи. Тогда это был маленький тишайший поселок с одноэтажными белыми домами-мазанками. Я быстро отошел от напряжения и волнений последних месяцев и стал наслаждаться спокойной и монотонной, почти что деревенской жизнью. Мне даже мечталось, что хорошо бы на склоне лет поселиться в таком же маленьком приморском городишке, работать там врачом, каждое утро не спеша идти пешком к себе в поликлинику и здороваться со всеми встречными – своими пациентами. И вот как-то само собой это мимолетное желание воплотилось, хотя и не совсем так, как виделось полвека назад...

Работа поликлинического участкового врача в Израиле похожа на работу в поликлинике любой другой страны. Чаще всего обращаются по поводу, так сказать, «маленьких» болезней – простуды, боли в спине, артралгии, острые желудочно-кишечные расстройства. Кроме того, регулярно, примерно раз в месяц, приходят больные-хроники (гипертония, ишемическая болезнь сердца, диабет, астма) для контроля и получения очередного рецепта. Но, конечно,

всегда надо быть наготове и сделать всё, что требуется при встрече с серьёзными неотложными состояниями – инфаркт миокарда, костный перелом, острый живот, острая задержка мочи, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.

Но хотя характер амбулаторной работы везде одинаков, сами больные, вернее их психология и запросы «здесь» и «там» отличаются. Это я могу утверждать, не только сравнивая мой прежний и нынешний опыт, но и потому, что ко мне каждый день обращались обе категории пациентов – и коренные израильтяне, и репатрианты из бывшего СССР. Старожилы нередко уже с первых слов сразу требуют направить их на различные инструментальные исследования, и даже часто диктуют, что именно желательно сделать, по их мнению. Называют как обычные лабораторные исследования (особенно часто их беспокоит уровень сахара и холестерина), так и самые сложные, например, компьютерную томографию. Любопытно, что сделать электрокардиограмму они просят очень редко. Напротив, больные «оттуда» - новые репатрианты – не столь привередливы, реже требуют анализы, но зато хотят, чтобы им сняли кардиограмму. В целом, «новенькие» больше рассчитывают на то, что доктор сам их внимательно выслушает и сразу назначит лечение.

Дело в том, что богатая инструментальная оснащённость здешней (израильской) медицины приводит к тому, что врачи все больше полагаются на результаты анализов и начинают пренебрегать обычным клиническим обследованием. Поэтому здешние больные не избалованы непосредственным контактом с врачом – они знают, что для него важнее всего анализы. Старожилы привыкли к такой ситуации, но новых репатриантов это удивляет и удручает. Вот забавная иллюстрация. Как-то мне позвонил незнакомый больной и попросил проконсультировать его. Говорил он по-русски. «А что у Вас за проблема?» – «Год назад мне пересадили сердце, и у меня есть несколько вопросов». Даже в Израиле эту операцию делают редко, и мне за всю свою жизнь ни разу не пришлось встретиться с таким больным. Это было интересно, и я сразу согласился. Придя, он сразу выложил на стол целую кипу рентгеновских снимков и разных бумаг. Но, как и положено, я начал с расспроса. Затем выслушал его сердце и легкие как стоя, так и лежа, прощупал живот – не увеличена ли печень вследствие застоя, осмотрел шейные вены – не набухают ли они в лежачем положении, проверил на стопах пульсацию и наличие отеков и только после этого осмотра, занявшего всего две-три минуты, уселся читать медицинские документы. В этот момент больной сказал: «Знаете, доктор, меня еще никто не смотрел так, как Вы...». Конечно, было приятно, что он увидел и оценил мою добросовестность, но я отлично понимал (и тотчас сказал ему об этом), что уж его-то лечили и обследовали доктора высочайшей квалификации, до которых мне очень далеко. Действительно, для того, чтобы пересадить человеку сердце, требуются громадные разносторонние знания и колоссальный практический опыт. Несомненно, что такая кардиологическая бригада должна состоять из специалистов экстра-класса. И все же достойно сожаления, что все эти прекрасные врачи пренебрегали обычным клиническим обследованием, которое,

несмотря на весь технический прогресс, остается и всегда будет незыблемым фундаментом для построения правильного диагноза.

Довольно часто жалобы моих пожилых больных наводили на мысль об аденоме предстательной железы. В таких случаях я назначал соответствующие анализы крови и мочи, а также ультразвуковое исследование мочевых путей и только затем посылал пациента к урологу. И вот иногда больные рассказывали мне потом, что доктор посмотрел результаты ультразвукового исследования и анализы, и сразу выписал рецепт, даже не прикоснувшись к пациенту!

Недавно один американский врач, сетуя на прогрессирующую дегуманизацию современной медицины, рассказал, что один из его учителей любил повторять: «Всегда, в каждом случае старайтесь найти предлог для того, чтобы прикоснуться руками к вашему больному!». Это очень мудрый совет. Пальпируя или перкутируя больного, мы не только получаем диагностические сведения. Больной при этом буквально *осязает*, что доктор здесь, совсем рядом и даже что-то уже начал делать для его блага. Избитое выражение «в надёжных руках» вдруг приобретает свой первоначальный, прямой смысл. Не надо думать, что только Христос исцелял наложением рук. Я убежден, что благотворное влияние массажа заключается не только в разминании спастичных мышц, улучшении местного кровотока и рефлекторной стимуляции. Даже наши кошки и собаки повседневно показывают нам, что они испытывают прямо-таки потребность в человеческом прикосновении... О психологическом значении такого прикосновения говорит примечательный факт, что слово «тронуть» имеет два разных значения: 1) прикоснуться физически и 2) умилисть, смягчить душу, растрогать. Кстати, соответствующий глагол в английском и французском языке также означает эти два разных понятия. Неожиданное подтверждение этой мысли я нашел совсем недавно. В ноябре 2010 г., знаменитый американский кардиолог Бернард Лаун, опубликовал в своем Интернет-блоге специальную статью о громадной *психологической* пользе физикального исследования. Лаун всю свою долгую жизнь работал в Мекке американской медицины – в Бостоне, в условиях, которые даже для американской медицины являются просто роскошными. Там университетские врачи окружены несметным количеством всех мыслимых приборов, облегчающих диагностику и лечение. По словам Лауна, у него нередко бывала ситуация, когда после расспроса больного (собираение анамнеза) он испытывал чувство неудовлетворенности. Ему оставалось неясным, почему этот человек обратился к доктору, и чего он хочет на самом деле. «Личность больного оставалась спрятанной за его жалобами». В этих случаях Лауну помогал следующий приём. Он, как и полагается, переходил ко второму этапу, то есть к физикальному обследованию. Но вдруг он приостанавливал этот процесс посередине и возвращался к расспросу; он вновь начинал выяснять жизненные обстоятельства пациента, его семейную ситуацию, его интересы, заботы и т. п. «Почти всегда беседа становилась оживленной, как будто бы открывался какой-то клапан; возникал свободный поток важной информации... Становилась ясной причина визита». После этого «мы уже не были чужаками. Физикальное обследование преображало наши отношения. Главным фактором этой перемены было прикосновение...». Лаун убежден, что весь риту-

ал перкуссии, пальпации и аускультации является не только анатомическим исследованием, но и *процедурой, создающей доверие между врачом и пациентом...* Кстати, его статья многозначительно называется: “The Lost Touch” (утраченное прикосновение). Поразительно, что два старых врача, разделенные многими тысячами километров, учившиеся и работавшие в совершенно непохожих условиях, приходят к одинаковому выводу о громадной и непреходящей психологической ценности физикального исследования...