

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА АРКАДИЯ ВЛАДИМИРОВИЧА КАПЛАНА

10 мая 2004 г. исполнилось 100 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки профессора А.В. Каплана — крупнейшего общего хирурга, военно-полевого хирурга, классика отечественной травматологии. О жизненном и творческом пути этого выдающегося человека уже рассказывалось на страницах «Вестника травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» (см. № 2/1999, № 4/2000). В 2001 г., уже после смерти Аркадия Владимировича, вышла в свет его книга «Из жизни хирурга», в которой автор предстает прекрасным рассказчиком, мудрецом, мыслителем. В сегодняшнем номере журнала мы перепечатываем одну из глав этой удивительной книги — размышления Аркадия Владимировича о врачевании. По нашему глубокому убеждению, они никогда не потеряют своей актуальности.



ЭССЕ О ВРАЧЕВАНИИ

Профессия врача — это подвиг, она требует самоотверженной чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически (А.П. Чехов).

В течение многих лет у меня создалась привычка записывать на клочках бумаги неожиданно возникшие мысли или наблюдения, поразившие меня строки из читаемых книг, впечатления о встречах с разными людьми и т.п. Приводя в порядок свой архив, я натолкнулся на пухлую папку заметок. После прочтения их выяснилось, что часть из этих заметок имеет отношение к врачеванию и медицине или перекликается с ними. Так появилось у меня желание кое-что из них опубликовать.

Справедливо говорят: чтобы быть врачом, надо быть врачом по призванию, а не только по профессии. Не вызывает сомнения, что абитуриент, поступающий на медицинский факультет, должен знать, что профессия эта трудна и беспокойна. Недаром голландский медик Ван Тюльи предложил сделать девизом медицины изречение: «Светя другим — сгораю сам», а горящую свечу — ее гербом и символом. Прием на медицинский факультет происходит по общепринятой конкурсной системе. К сожалению, не существует пробы на совместимость абитуриента с его будущей специальностью. Кое-что дает психологическое тестирование, и, по возможности, его надо использовать. В мою бытность преподавателем медицинского института учебная программа многократно пересматривалась, улучшалась, но всегда была перегруженной и напряженной. Стабильными в ней оставались дисциплины, задачей которых было создание единого мировоззренческого настроения студентов и единообразия их мышления. К сожалению, я не знаком с современной программой подготовки врача. Но уверен, что в ней предусмотрено освоение студентами тех огромных достижений биологии, биофизики, электроники и других смежных дисциплин, которые во второй половине двадцатого столетия так обогатили медицину. Но как выполнить эту программу даже при шестилетнем вузовском курсе обучения студентов? Нельзя объять необъятное. Возмож-

но, какой-то выход будет найден в более свободной системе обучения: определив перечень обязательных общих и клинических дисциплин, требующих последовательного и систематического освоения, по остальным предметам программы предоставить студентам свободный выбор сроков их изучения. Целесообразно также вернуться к назначению приват-доцентских факультативных курсов, посещение которых необязательно, но желательно. Все, что делается не по принуждению, а по свободному выбору, воспитывает у молодых чувство ответственности за принятое решение.

Очень важно научить студентов такту поведения у постели больного и умению разговаривать с его близкими. Буквально на днях одна моя знакомая (врач) рассказала мне, что ее отец тяжело заболел. С диагнозом «инсульт» он был госпитализирован в одну из городских больниц Москвы. На четвертый день его пребывания в больнице палатный врач решил отвезти отца в другую больницу для проведения компьютерной томографии, так как на месте не было такой аппаратуры. Дочь больного не дала согласия на это, ссылаясь на тяжелое состояние отца. Поднялся шум, врач возмущенно кричал: «Как я буду выглядеть на аутопсии, когда не окажется необходимых данных для подтверждения диагноза?!» Вот так состоялся разговор об аутопсии больного, который был еще жив, и дочь которого не теряла надежды, кстати, оправдавшейся впоследствии, на его выздоровление. К сожалению, такие рассказы я слышал нередко. Поведение врачей, возможно, было менее откровенным, но результат был всегда одинаков: страдающий человек вместо слов надежды и утешения получал душевный надлом.

Не последней заботой является организация досуга студентов. Слишком много соблазнов таит большой современный город. И слишком неоднороден по куль-

туре состав студентов. Шатки стали и законы морали. Высшая школа, которая растит специалистов высокой квалификации, должна быть одновременно и средоточием интеллигентности. И, как это ни банально звучит, нужна программа досуга студентов — программа активного приобщения их к всеобщей культуре.

Наступил незабываемый день нашего прощания с медицинским факультетом, где в течение пяти лет были труд и радость познания. Была молодость, не всегда сытая жизнь, но наполненная надеждами на успех на избранном пути. Нас провожали, напутствуя, профессора и педагоги факультета. Любимый всеми студентами профессор Сергей Михеевич Мелких, высокий и тонкий, похожий чем-то на Рыцаря Печального Образа, рассказал нам, что, когда он уезжал на самостоятельную работу, его учитель профессор Готье при прощании подарил ему бюст Сократа и пустой кошелек. Я слушал его, затаив дыхание, и думал, что символический подарок профессора Готье должен быть путеводной звездой врачевания. Позже, уже работая врачом, я убедился в этом. С тех пор прошли десятилетия. Преобразуется структура общества, быт и психология людей. Менее привлекательна для молодежи стала медицина как будущая специальность (своеобразная инфляция, пользуясь современной терминологией). Но это явление временное. Проблема врачевания в ее нравственном аспекте многократно за эти годы обсуждалась на конференциях и специальных заседаниях, оставаясь всегда актуальной.

Я убежден, что вечными и неизменными остаются законы нравственности и морали. Бюст Сократа, символизируя мудрость, не должен покидать ученого, сидящего за письменным столом, и врача у постели больного. «Пустой кошелек» — это дело мировоззрения врача и его жизненных обстоятельств. Но от пустого или наполненного кошелька не должны страдать интересы больного. Народная мудрость гласит: «Молитва от повторения не страдает». И я не боюсь повторять: тайна врачевания в том, что врач должен быть не только первоклассным специалистом, но и человеком. Ничто не может заменить непосредственный контакт врача и больного. Как и тысячелетия тому назад, человек, попавший в беду, одинок в своих страданиях, он ищет врача, человека, который поймет его и поможет вернуть самое ценное, что он имеет, — здоровье и жизнь. Он ждет от врача слов утешения и надежды. И врач должен уметь сказать их.

После окончания медицинского факультета я и моя жена были направлены для работы в больницу небольшого районного городка в Белоруссии (г. Петриков Мозырского уезда). Заведовал этой больницей бывший земский врач, маг и чародей Михаил Адольфович Рутковский. Он умел делать все — от трепанации черепа до оказания помощи роженице при патологических родах, и равно лечить как терапевтических, так и инфекционных больных. Однажды во время утреннего обхода больных, едва перешагнув порог одной из больших палат, он на минуту остановился и сразу же спросил: «Откуда здесь больная с диабетом?» Я был ошеломлен: этого больного я положил в палату только накануне вечером. «Вы удивлены? — продолжал он. — Разве вы не чувствуете слабый запах ацетона? Врач должен все замечать и уметь иногда даже по одному единственному симптому поставить правильный диагноз». Старый

доктор учил молодых врачеванию. С тех пор прошло многим более полувека, медицина получила новые лечебные препараты, о которых тогда невозможно было даже мечтать, новые физические и физико-химические методы обследования больных, электронные приборы и аппараты, позволившие широко раздвинуть горизонты возможного в хирургии и других областях медицины. Так зачем же сейчас вспоминать уроки старого доктора? А я вспоминаю их часто. Потому что, пройдя длинный жизненный путь врача, я убедился в том, что основой врачевания вчера, сегодня, а возможно, и завтра остается логическое клиническое мышление. Это умение врача, проанализировав все данные клинического обследования больного, выявить наиболее патогномичные симптомы заболевания, сформулировать диагноз и назначить лечение. Это искусство, в некоторых случаях по одному симптому, общему виду больного, его походке, манере держаться, поставить диагноз. В экстремальных условиях, когда нет времени методически обследовать больного, когда промедление грозит катастрофой больному, и фактор времени требует мгновенных решений, надо уметь найти их и определить тактику лечения. Что способствует этому? Опыт и знания, на которых базируется клиническое мышление, и нередко интуиция врача. И все же: в чем состоит искусство правильного клинического мышления? На это я ответил бы следующим образом. Когда Юрий Нагибин спросил Святослава Рихтера, что значит хорошо играть на рояле, тот спокойно ответил: «Попадать в нужную клавишу, вот и все». Нет сомнений, что современная техника, внедряющаяся в медицину, позволяет поднять врачевание на более высокую ступень. Но дорогостоящие электронные приборы и аппараты являются достоянием крупных диагностических центров. Вся медицинская сеть лечебных учреждений пока их не имеет. Но даже и при современной аппаратуре и возможности обследования больного полученные данные требуют осмысления, и при этом ничто не может заменить клиническое мышление и непосредственный контакт врача и больного. Вспомним сказанное нашим классиком В.М. Бехтеревым:

«Если больному после разговора с врачом не стало легче, значит, это не врач».

Мне часто задавали вопрос: «Почему и как вы, так долго работая хирургом широкого профиля, стали травматологом?» Обычно я отделялся какой-нибудь стереотипной фразой. Но сегодня, размышляя о специализации, я расскажу об этом.

В начале 30-х годов по приглашению Наркомздрава в Москву приехал известный травматолог-ортопед, профессор Лелио Зено, богатый человек, имеющий в Аргентине свою частную клинику. Он привез с собой невиданное у нас оборудование для травматологической операционной. Вскоре ему было выделено отделение в Институте имени Склифосовского и приданы в качестве помощников несколько врачей, среди которых был и я. (В это время я проходил в институте интернатуру под руководством Сергея Сергеевича Юдина). Нам нравился профессор Зено. Это был сравнительно еще молодой человек со спортивной фигурой, красивый, жизнерадостный, увлеченный травматологией, стремительный во всех своих действиях. Четыре раза он уезжал из Москвы и возвращался обратно. И в каждый его приезд я встречался и работал с ним, учился травматологии. В последний раз «местом

встречи» стала Басманная больница, на базе которой располагалась кафедра факультетской хирургии, возглавляемая Всеволодом Эрастовичем Салишевым. Я был доцентом этой кафедры и заведовал хирургическим отделением больницы. Профессор Зено в это время был научным консультантом травматологического отделения больницы. В 1933 году он уехал из нашей страны и больше не возвращался. Я учился у него в общей сложности более двух лет.

Профессор Зено часто говорил мне о том, что на современном этапе развития хирургии можно только в какой-либо узкой специальности творчески работать и стать высококвалифицированным специалистом. Рекомендовал избрать травматологию, к которой он считал меня хорошо подготовленным. В действительности, во все последующие годы я не терял интереса к научным и практическим проблемам травматологии и ортопедии. В начале 1941 года я имел уже достаточно данных, чтобы сделать доклад в Московском научном хирургическом обществе о результатах лечения переломов шейки бедра гвоздем Смит-Петерсена закрытым способом при помощи своего специального направляющего аппарата. Я продемонстрировал группу оперированных мною пожилых людей (70 лет и старше). Мои пациенты бодро продефилировали по эстраде и были награждены аплодисментами. К этому времени я подготовил диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук. Но в июне грянула Отечественная война, и было уже не до защиты диссертации и размышлений о специализации.

С первых дней войны я был назначен главным хирургом автохирургического отряда 29-й Армии, а затем главным хирургом фронтового сортировочно-эвакуационного госпиталя 1-й линии Западного, а затем 3-го Белорусского фронта. После окончания войны и демобилизации из армии я работал доцентом кафедры госпитальной хирургии 2-го Московского медицинского института, которой руководил профессор Владимир Семенович Левит. И здесь, работая общим хирургом, я не терял интереса к травматологическим болезням. В 1946 году я защитил подготовленную мной до войны диссертацию на тему «Перелом шейки бедра» и получил ученую степень доктора медицинских наук. В 1957 году по приглашению высокоуважаемого мною директора Центрального института травматологии и ортопедии (ЦИТО) Николая Николаевича Приорова я стал заведовать травматологической клиникой этого института. Я вступил на эту стезю зрелым хирургом и травматологом-ортопедом, имевшим большой опыт военно-полевой хирургии.

Травматология-ортопедия — трудная специальность. В условиях большого города наряду с травмой опорно-двигательного аппарата все чаще встречается с повреждением внутренних органов. Поэтому травматологу надо владеть общехирургическими знаниями и соответствующей оперативной техникой. Специализация по травматологии и ортопедии требует не одного года подготовки врача по хорошо продуманной программе. Я не ставлю задачей изложить здесь эту программу. Я хочу лишь напомнить молодым врачам еще раз, что узкая специализация в медицине, и в частности в хирургии, требует не сужения объема знаний, а его расширения.

Я часто возвращаюсь мыслью к проблеме «цены риска в хирургии». Она неизбежно в той или иной

степени стоит перед каждым хирургом, перед каждой его операцией. Надо сопоставить степень риска от оперативного вмешательства с прогнозируемым эффектом. Эти два взаимосвязанных процесса зависят от многих факторов: сложности операции, характера и тяжести заболевания пациента, его возраста, общего состояния и резервных сил организма, фактора времени и ряда других обстоятельств. Искусство хирурга состоит в том, чтобы, сопоставив все имеющиеся данные о больном и степень риска операции, суметь оценить и спрогнозировать ее исход. Безусловно, опыт хирурга, его сложившееся клиническое мышление и интуиция врача позволяют в преобладающем большинстве случаев принять правильное решение. Мой учитель Петр Александрович Герцен, обладавший исключительным хирургическим талантом, высочайшей активностью и темпераментом и практически неограниченными оперативно-техническими возможностями, говорил: «Хирург помимо темперамента должен обладать еще большим запасом знаний и выдержкой не только для того, чтобы действовать, но и для того, чтобы суметь своевременно остановиться в своих решениях и действиях». И все же никто не застрахован от непредвиденных обстоятельств. Когда я пишу эти строки, передо мной возникает образ человека, погруженного в глубокое отчаяние. Это был известный, очень опытный, всеми уважаемый московский хирург, которого назовем Х. Он сидел в своем кабинете, опираясь локтями о стол, крепко сжимая ладонями опущенную голову, отрешенный от текущей мимо жизни. Молодым хирургом я был свидетелем этой драматической истории. Хирург Х. должен был удалить атерому. Его попросил об этом его хороший знакомый. Атерома у этого человека располагалась на волосистой части головы, часто травмировалась и периодически нагнаивалась. «Она мешает мне жить», — говорил он врачу. Как известно, удаление атеромы — операция технически очень простая и доступная даже начинающему хирургу в амбулаторных условиях. Когда хирург Х., приступая к операции, начал местную анестезию (не сделав еще разреза), врач, следивший за пульсом больного, вдруг вскрикнул: «У больного нет пульса!» Операцию сразу приостановили, и начались мероприятия по спасению жизни больного. Кончилось все это печально, человек умер. Причиной смерти было острое нарушение сердечной деятельности, вызванное сверхчувствительностью больного к новокаину. Так неосуществленная операция закончилась трагедией для больного и его близких. Трагедией, которая не забывается хирургами до конца их жизни.

Наиболее важна проблема «цены риска в хирургии» со всеми ее моральными муками для молодых хирургов, когда нет рядом опытного руководителя, у которого можно получить столь нужный совет. Стоит вспомнить Вересаева («Записки врача», 1901 г.) и Булгакова («Записки юного врача», 1925–28 гг.). Они и сейчас воспринимаются современно, в условиях небывалого расцвета хирургии.

Я неоднократно пытался найти метод некоторой объективизации решения проблемы «цены риска в хирургии» и результаты выразить в баллах, графически, математической формулой или иными обозначениями. Было использовано также компьютерное моделирование. Варианты таких моделей были разработаны на основе достаточно информативного комплекса элементов, описывающих состояние больного, заболевание и

результаты оперативного вмешательства. Не могу сказать, что результаты меня полностью удовлетворили. Сочетание клинического мышления с использованием компьютерных программ заслуживает внимания. Я не боюсь повторять, что основным инструментом для выбора и оценки степени риска и эффективности оперативного вмешательства у конкретного больного является клиническое мышление.

Я не собираюсь углубляться в имеющие тысячелетнюю историю дебри философских споров об «истине», о которой лауреат Нобелевской премии по литературе за 1978 г. Исаак Башевис-Зингер писал: «Истина в том, что нет истины». Речь идет о той истине, которая рождается в результате научного поиска. Назовем ее условно «научная истина». Ее достоверность не устанавливается голосованием. Научные споры вокруг нее позволяют увидеть эту «истину» в разных ракурсах. И если действительно она вносит какую-либо лепту в науку или врачевание, примем ее и поблагодарим ее создателя.

Вместе с тем, нужно знать каждому ученому, даже самому авторитетному, что никто не имеет монопольного права на владение «научной истиной». Надо помнить, что ни одна медицинская теория или концепция не живут вечно. Они меняются в своем дальнейшем развитии или, потеряв значение, забываются. В этой непрерывной эволюции медицины — ее прогресс.

Мой гениальный учитель Сергей Сергеевич Юдин писал: «Добытые знания и теоретические взгляды не могут и не должны сохраняться неизменными в течение всей жизни ученого. И посему отказываться от своих прежних взглядов каждому ученому приходится тем чаще, чем значительнее и чем больше оказывается прогресс науки. Хвалиться неизменностью своих взглядов могут только ограниченные умы, в силу своего убожества. Они не ошиблись в истине только потому, что ее не искали». (С. С. Юдин. «Размышления хирурга», Москва, 1968).

Для каждого ученого сам процесс познания — великий труд и великое счастье, даже может быть не меньшее, чем сознание, что и ты внес какую-то лепту в науку. А если труд твой не получил признания? Где искать утешения? Из мировой истории развития науки и культуры известны имена ученых, поэтов, писателей и художников, чей творческий подвиг не принес им при жизни ни славы, ни признания. А они продолжали творить Великое и Прекрасное. Написал же Гумилев в письме к Ахматовой: «От славы безнадежно дряхлеет сердце». И все же...

Клиническая школа создается постепенно в результате тесного общения руководителя с его сотрудниками и учениками. Во время обхода больных, разбора историй болезни, внутренних конференций кафедры или отдела института руководителем передается строй его взглядов и размышлений, научное направление. Особое значение имеет разбор ошибок в диагнозе, плане лечения и поведения врача у постели больного. Обсуждению должны подлежать не только ошибки сотрудников, но и руководителя. По моему глубокому убеждению и опыту, это не только не рождает престиж руководителя, но и повышает его. Великий хирург Николай Иванович Пирогов в своей книге «Вопросы жизни. Дневник старого врача» (т. II, с. 478, С.-Пб, 1900) писал: «... Я положил себе за

правило: при первом моем вступлении на кафедру ничего не скрывать от моих учеников, и если не сейчас же, то потом, немедленно открывать перед ними сделанную мною ошибку, будет ли она в диагнозе или в лечении болезни».

Все это возможно при двух условиях. Первое. Руководитель должен быть уважаем как врач, ученый и человек. Он должен уметь создать тот микромир, где каждый чувствует себя свободно и свободно может излагать свои мысли, где нет страха за свои ошибки и где не унижают достоинство человека. И второе условие. Ученики должны хотеть знать и уметь. Быть способными продолжать и развивать научное направление руководителя и творить новые прогрессивные замыслы. Если среди учеников найдется такой, который превзойдет своего учителя, то руководителю нужно радоваться этому. Любопытно, как писал об этом Юрий Трифонов в книге «Легче не станет»: «Ведь я твержу себе днем и ночью, вижу во сне, будто я, ну, не гений, но одаренная личность. Без тайного фанфаронства «начало» не бывает». И там же рассказ о композиторе Гуно: «В двадцать лет я говорил — Гуно, в тридцать — Гуно и Моцарт, в сорок — Моцарт и Гуно, и в пятьдесят — Моцарт. С возрастом происходит самоизлечение. Это самоощущение — сплав горького отчаяния и величайшей веры в себя».

Я думаю, что такое начало не обязательно. Все зависит от степени духовности молодого ученого, его таланта и одаренности.

Из истории медицины мы знаем сотни примеров бескорыстного служения ученого науке с молодых лет до глубокой старости. Если же самолюбование и уверенность в своем превосходстве и всезнайстве не переходят с возрастом, это неизбежно приводит ученого к самоуспокоению и деградации.

«Чти учителей своих» — гласят бессмертные строки «Клятвы Гиппократата». По моим наблюдениям, чем выше интеллект ученика, тем глубже его память об учителе, раскрывшем для него горизонты науки и научившем его врачеванию. К счастью, я почти не испытывал горечи разочарования от своих многочисленных учеников. Пишу это в чисто дидактических целях.

Специалисту и ученому медику необходимо постоянно пополнять свои знания, так как ничего нет неизменного. Взгляды меняются. Чувство поиска не должно покидать его. Между тем, время — это самое дорогое, чего всегда не хватает человеку. Когда оглядываешь пройденный тобою путь, невольно возникает сожаление об упущенных возможностях. Время ушло, оставив незаконченными и незавершенными дела твоей жизни. Об этом надо все время говорить своим ученикам и сотрудникам. Берегите время, не теряйте его безрассудно. Даже Паустовский, внесший неоценимый вклад в русскую литературу, с горечью писал: «Бессильное сожаление о том, что мы могли бы сделать и чего мы не сделали по нашему удивительному умению убивать время по житейским потребностям и заботам, приходит к нам, как правило, слишком поздно... Сколько мы могли бы написать интересных вещей, если бы не теряли время на пустяки». (Константин Паустовский. «Книга скитаний»).

Да! Недаром народная мудрость гласит: «Часы ходят. Дни текут. Годы летят».