Болезни роста у хирурга.

*Проф. В. П. Вознесенский (Москва).*

Когда становишься старше, невольно становишься немного философом. Пройден длинный хирургический путь. Не мягким ковром, вышитым цветными узорами, а крутым каменистым подъёмом, с рытвинами и ухабами, стелется этот путь. В перспективе этого пути наиболее ярко и рельефно выступают ошибки, тяжелые переживания, минуты тяжких сомнений, разочарований и лишь иногда мелькают радостные моменты от успехов своей работы; они редки эти радостные моменты, но зато они, как звёзды, освещают тревожный горизонт жизни хирурга и их мягкие лучи согревают холод мучительных переживаний, связанных с его работой.

Как день сменяет ночь, как одна волна набегает на другую, так одно поколение хирургов идёт на смену другому.

Купленные дорогой ценой, нередко выстраданные бессонными ночами знания и опыт уходят в могилу и бесследно пропадают для потомства. Литература, это зеркало жизни, индивидуального опыта, отражает только часть этого опыта и каждый хирург должен пройти снова почти тот же путь ошибок, исканий, побед и разочарований.

И вот, на склоне своей хирургической жизни, я хочу поделиться некоторыми мыслями, являющимися синтезом моего прошлого, моих дум, размышлений и наблюдений.

Каждому молодому хирургу на пути его хирургического развития грозит опасность заболеть «*БОЛЕЗНЯМИ РОСТА*». Эти болезни переживает почти каждый хирург; некоторые хирурги, перенеся одну или несколько из этих болезней, получают по отношению к ним стойкий иммунитет, другие не могут избавиться от них до конца своей хирургической жизни. Имеется даже одно, очень печальное наблюдение: чем живее, одарённее хирург, тем он более лабилен, восприимчив по отношению к этим болезнями.

**Первая болезнь. Увлечение техникой**. Техника в хирургии занимает очень большое место: хирургия есть мастерство, искусство, дающее определенные очень высокие, тонкие и напряженные переживания; правильно проведённая и искусно выполненная операция даёт хирургу такие же переживания, как художнику созерцание написанной им картины; это естественная награда за его труд за переживания, за затраченную энергию; невесомая премия, неокупаемая никакими материальными ценностями. Хирург уже не может жить и работать без тех волнений, без тех нервных зарядов, которые связаны с его работой; вся его психика связана с тревогой и вне этой тревоги жизнь для него становится пресной, безвкусной. Поэтому работа хирурга требует особой нервно-мышечной конституции и по этой конституции происходит естественный отбор хирургов.

Итак, техника в работе хирурга занимает видное место. Но, иногда эта сторона его работы начинает довлеть над ним. Молодой хирург естественно поддаётся влечению как можно больше прооперировать, набить руку на операциях, иногда производимых без достаточных показаний, производимых с целью удовлетворить, насытить жажду оперирования. Каждый хирург, вспомня своё прошлое, наверное воспроизведёт в памяти подобную голосу своей жизни. правда, когда всё идёт благополучно, эта болезнь не так опасна ни для хирурга, ни для больного; но всё же необходимо сдерживать в себе хирургический пыл, помня, что больной не кролик. Здесь невольно приходит на ум крылатая фраза, сказанная Биром «от многого оперирования хирург глупеет».

В увлечении оперативной техникой, хирург иногда забывает о больном, как только тот снят с операционного стола. Мне рассказывали «казус», происшедший с одним видным хирургом. После одной тяжелой операции больной умер на 3-и или 4-и сутки; хирург ни разу не посетил больного после операции. После смерти больного, его родственники, встретили хирурга и между ними и хирургом произошёл следующий диалог. Родственники: - «как здоровье больного?». Хирург: - «прекрасно!». Родственники: - «а знаете, у него небольшое осложнение». Хирург: - «какое?». Родственники: - «Он умер!!!». Родственники больного бывают иногда очень ядовиты.

Я сам был свидетелем одного случая, когда, разговаривая с одним хирургом в предоперационной, я услышал странный и неприятный звук. Войдя в операционную, где никого не было, мы увидели больного, лежащего на каменном полу около операционного стола, с которого он упал, находясь в состоянии глубокого наркоза. И звук был неприятный, а ещё неприятнее картина лежащего на полу больного. Был и в моём отделении случай, когда едва не погиб больной от задушения рвотными массами в посленаркозном периоде по недосмотру персонала и я, случайно зайдя в палату, увидел больного и ему была оказана своевременная помощь, и всё же он впоследствии перенёс тяжелую аспирационную пневмонию.

Вторая болезнь более опасна. Я имею в виду стремление многих хирургов «дать свою собственную статистику». От этой болезни не свободны некоторые хирурги и более зрелого возраста – от желания поразить аудиторию подавляющей цифрой сделанных операций. Ведь был такой случай, когда на одном из областных съездов хирургов выступил молодой хирург, работающий в глухом городке и заявил, что он сл 12 гастро-энтеростомий и не сделал тринадцатой только потому, что спешил не опоздать на съезд. Эффект получился огромный, но в чью пользу? Слава Герострата не всегда приятна! В этом отношении можно проследить в литературе, что даже у очень опытных хирургов получается своего рода «соревнование»: когда один стремится опередить другого в числе сделанных операций. Получается своеобразная гонка, состязание; не успела высохнуть типографическая краска от одной статьи, остыть впечатление от одной цифры сделанных операций, а уже летит в ближайшем номере журнала другая, ещё более ошеломляющая цифра. Невольно думается, что в этом своеобразном соревновании в ставке на союзное, а иногда и на мировое имя, хирург не всегда твёрдо помнит о том, что за цифрами и таблицами красиво, а иногда и совсем некрасиво, стоят живые люди, иногда невинно принесённые в жертву этим статистикам, и невольно хочется сказать такому хирургу, находящемуся в острой стадии названной болезни – «врачу, исцелися сам!».

**Третья болезнь – болезнь рекордсменства**. Это тоже довольно распространённое заболевание среди хирургов и особенно среди наиболее одарённых в техническом отношении. Это заболевание уже очень опасно и, главное, оно очень склонно передаваться другим, особенно молодым хирургам, носит в себе, так сказать, все признаки контагиозности. Я имею в виду стремление хирурга сделать операцию в возможно более короткий срок, оперируя с хронометром в руках; стремление поставить рекордную цифру продолжительности операции. Оперировать нужно вообще быстро, сокращая этим срок пребывания больного на операционном столе; но, когда эта быстрота становится главной целью операции, то это похвальное стремление переходит в свою противоположность, иногда получает прямо уродливую форму и нередко сопровождается роковыми осложнениями для больного. Примером этому я видел много, наблюдая работу русских и иностранных хирургов. Хирург быстрым движением ножа вскрывает брюшную полость при операции аппендицита… ранит слепую кишку; эффект очевидный. Оперируя на желчных путях хирург с ловкостью жонглёра вскрывает живот по краю рёберной дуги – и рассекает печень, результат – огромное кровотечение, потребовавшее сложной добавочной операции. Удаляя пионефротическую почку, хирург рассекает гнойную кисту почки и одновременно вскрывает брюшину; гной изливается в брюшную полость, и судьба больного предрешена. В течение 3-х минут хирург (иностранец) извлекает почку, лигирует сосудистую ножку – и отсекает почку – огромное кровотечение от соскальзывания лигатуры; пинцет а *demeure* в другом аналогичном случае – рана забита туго тампонами; больной со слабыми признаками жизни снят со стола.

Все приведённые случаи взяты мною из практики русских и заграничных хирургов. О чём они говорят? Вернее, чему они учат? Не нужно спорта в хирургии, слишком серьезно наше дело, чтобы элементы спорта занимали хотя бы ничтожное место в работе хирурга. Спорт у хирурга – это болезнь и болезнь очень опасная. Не нужно без нужды затягивать операцию; это верно; но мы должны экономить время на менее ответственных моментах операции: например на рассечении и зашивании мягких тканей; и строго помнить о тех моментах операции, где должно быть максимальное спокойствие, выдержка и хладнокровие, где спешить просто недопустимо, где темп операции должен быть резко замедлен и тогда хирург спокойно без риска придёт к концу операции. Ведь давно уже миновало, к счастью, то время, когда качество хирурга определялось только ловкостью его рук. Ведь был такой случай. На одном из Всероссийских съездов хирургов разбирался вопрос о ранениях сердца. И вот выходит на кафедру один хирург и сообщает о том, как он «во мгновение ока» обнажил сердце и зашил рану сердца. В этот момент хирург был величественен! Но далее хирург заявил, что он причисляет себя к несчастливым хирургам, так как до сих пор он не имел больного с эмболией легочной артерией, которому он хотел бы сделать операцию Тренделенбурга, т.е. он хотел бы быть четвёртым тогда в мире хирургом, сделавшим эту изумительную операцию; в этот момент он был смешон! Недаром Наполеон сказал – «от великого до смешного – только один шаг». Гомерическим смехом съезд выразил своё сочувствие «несчастью» хирурга. Старайся. Августин, греми на лире!(Вольтер).

Нужно сказать, что в хирургическом обиходе выработался даже особый жаргон, отражающий психологию подобных спортсменов и рекордсменов: «откатал, отхватил ногу», «раздраконил матку», «распотрошил живот», «раскатал флегмону», «перехватил артерию» и т.п. Богат русский язык и много в нём крепких, ядрёных слов и много этих слов находится в лексиконе хирурга. Дело конечно, не в словах; хирурги любят крепкие слова и лаконические выражения. Дело в том, что за этими словами скрывается определённая психология; в них отражается определённый облик хирурга; «тон делает музыку» и в этих словечках слышится нехороший тон.

Нередко слышишь фразу – это темпераментный хирург. Темперамент – дело хорошее, но у хирурга он должен быть в скрытом состоянии; хирург должен как можно меньше проявлять работе, сохраняя этот темперамент для других функций своего организма; не темперамент, а рассудок и спокойная мысль должны руководить действиями и ножом хирурга.

Представителям нашей врачебной профессии вообще не везёт в художественной литературе. Достаточно указать на изображение врача у Толстого, Бальзака, Тургенева; слово «эскулап» в изображении этих художников звучит совсем не гордо. Выручает немного Чехов, но это свой брат-врач. А ведь, такое изображение совсем несправедливо. Сколько честных тружеников, истинных друзей человечества, а иногда просто героев, часто скромных, незаметных, тихо творящих своё глубоко человеческое дело, имеется среди представителей нашей профессии. «Их же имена та, господи, веси», говоря словами Ивана Грозного, сказанными им при чтении синодика замученных им бояр. И тем более обидно, когда мы сами своим неразумным поведением даёт основание темнить светлый облик врача-хирурга.

Четвёртая болезнь – болезнь позы. Этой болезнью страдают хирурги, избалованные вниманием аудитории, которая следит за их работой. Хирургу, как и всякому смертному свойственно тщеславие и вот, в погоне за ним, некоторые хирурги не оперируют, а позируют: у них особая манера не говорить, а выражаться: к сестре – «будьте столь любезны; не откажите в любезности сделать то-то, подать тот или другой инструмент». Не хирург, а прямо маркиз! Стремление к особой подчёркнутой красоте движений, погоня за показными эффектами, техническими трюками. Содержание работы такого «позёра» нередко производит впечатление на молодых хирургов, и совершенно обратно действует на серьёзного зрителя. Хирург должен помнить, что операция – не спектакль, а хирург не актёр. Действительность иногда жестоко смеётся над такими актёрами и фокусниками, подставляя им ножку в наиболее «эффектных» моментах операции.

Есть хирурги иного стиля – хирурги ругатели. Хирург хочет быть, чаще казаться «грозой». Вся операция у такого хирурга проходит в насыщенной электричеством атмосфере – хирург нервничает, кричит, ругается, иногда и очень неприлично, бросается инструментом, иногда бьет ими по рукам своих ассистентов, нередко, крепкое слово виснет в операционной к удивлению непосвященного зрителя. Конституция хирургов различна; некоторым хирургам просо нужна «разрядка»; часто говорят, что хирург невменяем при операции. все это до известной степени верно: бывают также помощники, что могут довести до хирурга до эпилептического припадка. Но одно из двух –или с ними не нужно оперировать, предоставить это удовольствие более флегматичному и спокойному хирургу или, заранее идя на жертву, нужно потренировать себя, воспитать в себе выдержку, хладнокровие, и вообще, не оперировать, когда чувствуешь, что твои нервы не порядке. Дело не в обидах и огорчениях, которые нанёс такой ругатель своим помощникам, а в том, что операция по самому существу своему нуждается в спокойной, выдержанной обстановке; а то от крика теряются и последние остатки соображения у ассистента и спокойствия у сестры. В этом отношении хирург должен работать над собой смолоду и тогда он закрепит в себе сдерживающие рефлексы. Не нужно и обратного – шуток, побасенок, которые создают в операционной шутивтую, несерьёзную атмосферу.

**Пятая болезнь – болезнь подражания**, оперирования по … имя рек. Хирург никогда не должен «самодовлеть» замыкаться в цепи собственных наблюдений и знаний, а должен постоянно сверять свой опыт с опытом и работой других хирургов, ибо нет и быть не может «законченного хирурга»; такому хирургу всегда грозит опасность стать «конченным хирургом». Наблюдение над процессом работы другого хирурга очень важный момент в саморазвитии хирурга. Но здесь нужно предупредить об одной опасности. В своей оперативной работе, в технике в особенности, хирург никогда не должен быть рабским подражателем, копировщиком работы образцовых хирургов, у которых он учится. Нет ничего печальнее наблюдать, как хирург, чаще малоопытный, стремясь только копировать тот образец, которому он хочет подражать, суетится, торопится, рвёт и мнёт ткани с одной только целью, сделать операцию в стандартный срок, стремясь работать по хронометру своего «образца» и непременно по его техническим приёмам. При этом он забывает о том, что цель операции вовсе не в быстроте, не в том, чтобы сделать например аппендицит в 10 минут, а в том, чтобы больной выздоровел и излечился от своей болезни. Ткани организма требуют бережного, тельного к себе отношения, мягкости в работе и не терпят когда их мнут, дергают, травмируют; требуют хорошего гемостаза. При нарушении этих элементарных требований получается, что хирург закончил операцию в стандартный срок, и через 24 – 48 часов приходится распускать рану по поводу гематомы или нагноения, и эффект операции испорчен. «Блеск» техники приходит со временем, с накоплением опыта и зависит от индивидуальных свойств хирурга. И не в нём суть дела. Как уже сказано выше, наркоз и асептика дают современному хирургу право и возможность оперировать спокойно, не спеша, методически, без торопливости и исключая стремление к «рекордным» срокам. Воспринимая от своих учителей то лучшее, что они дают, хирург всегда должен претворять этот опыт в плоскости своих индивидуальных черт; пассивное подражание мертвит, сковывает мысль, подавляет инициативу. Каждый хирург должен вырабатывать свой стиль, свой ритм работы, соответствующий его нервно-мышечной конституции; что легко, доступно, просто для одного, то подчас трудно и недоступно другому; только при такой структуре работы хирург, постоянно эволюционизируясь, постоянно анализируя свою работу, найдёт себя, своё лицо, свой стиль.

Шестая болезнь – болезнь «дерзновения». Хирург должен иметь крепкие нервы, быть решительным и уверенным, и есть хирурги смелые, идущие на самые рискованные операции, и это не плохо. Но смелость никогда не должна переходить в дерзновение. У молодого хирурга вполне естественен соблазн сделать новую, «замечательную», «интересную» операцию. Но нужно не поддаваться этому соблазну, нужно хорошо взвесить свои силы а, главное, установить строгую пропорцию между риском операции, силами больного и её пользой. Бывают случаи, когда искреннее и серьёзное намерение принести больному максимальную пользу, применив наиболее рациональную и совершенную по своей конструкции операцию оканчивается максимальным несчастьем для больного. Пример. За последнее время некоторыми хирургами рекомендуется способ радикальной, выдержанной по идее операции по поводу эхинококка печени – способ тотального вылущения эхинококкового пузыря из ткани печени; эффектная и радикальная операция в ряде случаев даёт блестящий результат – через 2 недели больной выписывается с зажившей раной; с этой операцией не могут конкурировать другие более консервативные способы (метод открытого лечения с длительным свищём и даже формоляж). Но, в самой методике производства этой операции, имеются такие моменты, которые могут сделать её роковой для больного (шок, кровотечение), эффект этой и подобной ей операций в значительной степени нейтрализуется их риском. В тех случаях, где можно добиться одинакового результата путём менее «эффектной» операции и более осторожным методом, нужно особенно строго взвесить шансы по индивидуальности случая, учесть весь риск; иначе, при роковом исходе, этот случай тяжело ляжет на совесть хирурга. Жизнью своей может располагать только сам больной; но консультирование с ним относительно выбора операции в момент самой операции невозможно; трудно, да и было бы странно вводить больного во все детали хода операции. Здесь всю ответственность выбора способа операции должен взять на себя хирург, помня, что на время операции больной вручает ему высшую ценность, которой он обладает – жизнь. Конечно, хирург должен эволюционировать, расти по мере накопления опыта, но этот рост должен быть строго последовательным, постепенным, без особых скачков. Увеличивая и расширяя диапазон своих операций в качественном и количественном отношении по мере накопления знаний и опыта, он постоянно пробует свои силы на новых более сложных, более ответственных операциях, но всё это в строгой последовательности. “Une operation vaut surtout par le chirurgien qui la pratiqu” , хирург должен стоить той операции, которую он делает (Pauchet). Был у меня такой случай. Один провинциальный хирург начал делать операцию резекции щитовидной железы по поводу зоба, получил сильное кровотечение, зашил рану и направил больного ко мне. Хирург переоценил свои силы.

**Седьмая болезнь – болезнь нерешительности, робости**. Не хорошо, когда хирург недооценивает свои силы: робеет и падает духом при первой неудаче. Первая операция, которую я видел в своей жизни, будучи студентом 1-го курса, прошла при следующей обстановке. Дело происходило в глухом уездом городке Западного края. Оперирует врач (правда больше глазник по специальности) ущемлённую паховую грыжу. Я смотрю со священным трепетом на хирурга. Он разрезает кожу, затем новое движение ножа и … из раны хлынула черная жидкость. Хирург так растерялся, что бросил нож и убежал из операционной, предполагая вероятно, что он перерезал по крайней мере общ.подвздошную артерию (у страха глаза велики). К счастью, ему помогал спокойный терапевт, который зажал рану салфеткой. Долго мы ждали хирурга, который в отчаянии бегал вокруг больницы. Выждав минут 10-15, терапевт посылает за хирургом; тот робко входит в операционную и убеждается, что испуг был напрасен – брызнула не кровь, а «грыжевая вода». Он закончил операцию. Много, много лет прошло с тех пор, а описанная картина, как живая, стоит перед моими глазами, наверное ни хирурга того, ни больного нет уже в живых, ни субъекта, ни объекта действия. Был ещё такой случай с одним моим молодым помощником. Получив небольшое хирургическое отделение в самостоятельное заведывание, он сделал операцию паховой грыжи, ранил мочевой пузырь, не заметил этого – погиб больной. Хирург сложил свои чемоданы и уехал из больницы, с твёрдым намерением бросить хирургию. С большим трудом удалось успокоить его, уговорить, он вернулся к месту работы – это крупный, активный и зрелый хирург. При несчастьях не нужно падать духом, нужно закалить себя, воспитать в себе самообладание и волю – без этого нельзя работать по хирургии, как нельзя и бравировать своим индифферентизмом, равнодушием к судьбе больного.

**Восьмая болезнь** – я имею в виду стремление хирурга использовать больного «как материал»; взгляд на больного исследований. Без науки нет прогресса в хирургии – это аксиома. Научная мысль должна всегда витать около постели больного; в этом заинтересован и сам больной, ибо только наука приносит ему высшие блага – здоровье. Но, тут есть одна тонкая грань, переходя которую хирург впадает в ошибку. Даже самые термины «использовать материал» - должны быть выброшены из лексикона хирурга, как несоответствующие истинному отношению врача к больному. Дело в том, что изучая какую – либо болезненную форму или применяя какой – либо новый метод оперативного лечения, в порядке его изучения, хирург естественно ставит расширенные показания к его применению, иногда заходящие далеко за пределы действительной необходимости для больного. Примером подобных операций можно привести множество: например, многочисленные операции по поводу различных функциональных расстройств, различного рода «патий», птозов и т.п. Сколько было сделано ненужных операций этого рода по указанным побуждениям, пока не охладел исследовательский пыл к этим операциям, а главное, пока «исследователи» не накопили достаточно больших статистик, сделавших им имя. Ведь есть же биографии таких, правда небольших, но ответственных операций, которые были проделаны автором в 1000 случаев в течение 2-3 лет, когда писалась работа; а затем, после её написания, количество этих операций по действительным показаниям падало до 1 десятка в год; такова например, история «исследовательской» операции пункции четвёртого желудочка; эта операция настолько была упрощена, что делалась на ходу, амбулаторно. Как же согласовать эти два, до известной степени, противоположные состояния? Во-первых, соблюдением принципа ne nocere, а во-вторых, твёрдым сознанием, что не больной для науки, а наука для больного. Нужно сказать, что указанный принципиальный подход к больному характеризует целые школы, целые направления. Так известно, что германская школа складывалась на принципе экспериментально – биологического направления, тогда как французская школа идёт по пути клинического наблюдения; борьба между этими двумя школами продолжается и до сих пор.

**Девятая болезнь. Болезнь моды**. В известные периоды истории хирургии появляются предложения новых операций, являющихся своего рода как бы открытиями; обаяние новизны сразу привлекает к ним сторонников подражания. Достаточно вспомнить увлечение некоторыми операциями за последние десятилетия; укажу для примера операции на эндокринных железах, в особенности на половых железах. Сколько тут было увлечений, фантазий, граничивших с наивностью. Пересаживали яички от козы, барана, быков, обезьян; мужчинам пересаживали яичники, женщинам яички и все – с поразительным эффектов – а что получалось в результате? Пронеслась волна увлечения, и осталось тягостное разочарование. То же в значительной степени происходит и с операциями на симпатической нервной системе. За последние годы на хирургическом горизонте выплыла новая операция. При некоторых формах гипертоний предложено производить полную экстирпацию щитовидной железы. Предлагая эту операцию, авторы приводят случаи успешного действия этой операции на основное заболевание. Но какой ценой покупается этот успех? Ценой нового и, может быть, не менее тяжкого состояния, наступающего в результате выключения из организма очень важной в функциональном отношении железы внутренней секреции; и как будет продолжителен век жизни такого больного, хотя он поглощал фунтами таблетки тиреоидина? Не велика заслуга медицины, если избавление от одного заболевания покупается ценой другого очень тяжёлого состояния. Вспомним героическую операцию удаления всего толстого кишечника, со всем её риском, не говоря уже о функциональном уровне для организма в смысле физиологии пищеварения, - и эта операция производилась по поводу хронического запора. Где тут пропорция между тяжестью страдания и риском операции? А ведь среди сторонников этой операции было немало имен, и какие имена? И сколько примеров таких увлечений. А рискованная и тяжёлая операция люмбо-сакральная симпатэктомии по поводу болезни Гиршпрунга – тоже модное слово в хирургии, появившееся на странице последних журналов. Вспомним историю увлечения бестампонным лечением аппендицитов, холециститов, перитонитов, гнойных ран; увы – лечение это длится и до сих пор, и честно нужно сказать, что уже имеется достаточное число жертв, этого, иногда, неразумного увлечения. Увлечение модным течением иногда бывает так сильно, что хирург, не разделяющий этого увлечения, становится чуть ли не ретроградом, доктринером. Между тем марка «прогрессивного» хирурга ведь очень соблазнительна; не всё то отстало, что старо, иногда бывает совсем наоборот. Сколько мы знаем примеров, когда новое предложение, промелькнув метеором на горизонте научной мысли, потом бесследно утопало в тумане прошлого, не оставивши после себя и следа. Вспомним историю таких в своё время новых методов лечения, как ляктотерапия, пиотерапия, аутогемотерапия, что от этих методов осталось в клиническом обиходе? За последние годы мы имеем увлечение «блоками», и даже в таком старом и вечно новом большом вопросе, как переливание крови – разве здесь не было и нет увлечений? Волна ревизии в этом большом вопросе уже накатывается и холодом трезвой критики, а главное, логикой фактов, значительно охлаждает пыл энтузиастов в этом вопросе. Есть хирурги, которые особенно падки на всякую новинку – про них можно сказать, «что книга последняя скажет, то на сердце такому хирургу и ляжет». Я не хотел бы быть неверно понятым. Слова мои не есть пропаганда обскурантизма, консерватизма, а только призыв к более критическому отношению ко всему новому и к большей осторожности в применении новых методов и средств. А то бывает и так. Прочитал хирург в последней книжке Zentralblatt`a описание новой операции и скорее спешит найти больного с подходящим заболеванием; кладёт его на операционный стол, чтобы сделать поскорее операцию и тем заработать «приоритет», в страхе, что другой, более шустрый хирург опередит его, не думая о том, что иногда публикуется чистая макулатура.

**Десятая болезнь – болезнь изобретательства**. Стремление продвинуть хирургию вперёд – вполне законное стремление и благородная цель; на нём зиждется прогресс хирургии. Это верно, если в основе этого стремления лежит серьёзно обоснованная, строго продуманная цель – предложить что-нибудь действительно ценное, новое, более или менее радикально меняющее прежние установки. Но, если хирургом руководит одно тщеславное желание приобрести известность, встать в ряды «изобретателей», то эти попытки приводят иногда к обратным результатам. Во-первых, хирург нередко открывает «америки» которые уже давно открыты, и только ему неизвестны, появляющаяся вслед за сообщением о новом методе рецензия, иногда быстро развенчивает лавры такого Колумба от хирургии. Затем, принципиально новых предложений за последние годы мы знаем очень не много; за то публикуются бесчисленные варианты, модификации, различные procedes без конца и края, и всё это считается за новые открытия. Стоит вспомнить бесчисленное количество операций нефропексий, различных модификаций, операций паховых грыж, орхидопексий, фиксаций плеча при вывихах и т.п. Я думаю, что не очень большая честь стать в ряду сотни авторов, сделавших предложение по тому или иному вопросу. Это всё будут не изобретения, а именно «изобретательства», от которых мало толку и хирургии, и самому хирургу.

Для кого я всё это пишу? Недавно аспирант одной из хирургических клиник обратился ко мне с вопросом – можно ли окончить аспирантуру, не сделав ни одной резекции желудка? Что вскрыл этот наивный вопрос? То что, кончая аспирантура даже в хирургической клинике, молодой врач не дошёл до понимания ни того, что такое операция резекции желудка, ни того, что такое хирургия. К слову нужно сказать, что за последние годы, когда эта большая и ответственная операция получила самое широкое распространение, у многих молодых хирургов стало чуть ли не хорошим тоном хвастаться этой операцией. О чём это говорит? О том, что перечисленными выше болезнями роста молодые хирурги начинают болеть очень рано, и вот к ним я прежде всего и обращаю своё слово.

Хирург должен складываться медленно, постепенно, с строгим учётом своих сил, знания, опыта и этот учёт должен быть постоянным и напряженным. Только зрелый плод имеет настоящий вкус и аромат!

Почему я всё это пишу? потому, что сам переболел многими из указанных болезней и по горькому опыту знаю, как тяжело они переносятся и как трудно от них излечиться; поэтому я так спокойно и смело о них говорю.

Как себя предохранить от этих болезней? Прежде всего нужно знать о них – в этом цель моих рассуждений и, может быть, некоторая польза. Второе – ясное сознание ответственности хирурга перед больным. У хирурга с больным устанавливаются особые отношения. Больной, идя на операцию, вручает хирургу самое высшее, что у него есть – это жизнь. Это положение обязывает обе стороны: больного – к полному и абсолютному доверию к хирургу; хирурга – к абсолютной добросовестности, вниманию, заботливости. Врачебная совесть высший судья всей его работы и самый строгий судья, гораздо строже прокурора, гораздо суровее нареканий больных и их родственников. В какие конфликты со своей совестью иногда попадает хирург, свидетельствуют те трагические случаи, появляющиеся в хирургической среде, когда жертвой этих катаклизмов падает сам хирург, ошибочно пытаясь примириться со своей совестью добровольным уходом из жизни. Это очень дорогая расплата, это ложный путь, но он говорит о том высоком напряжении чувства долга и ответственности, которое есть у хирургов. Хирургия есть жертвенное служение страждущему человечеству; в этом тяжесть этого служения, но в этом и его притягательная сила.

Недавно мне пришлось оперировать одного ребёнка из детского приюта, ребёнка, у которого не было ни родных, ни знакомых. Можно было сделать две операции – радикальную, рискованную и паллиативную; в таком положении хирург бывает нередко; я долго раздумывал и сделал паллиативную. Когда я этот случай обсуждал с одним более молодым товарищем, тот мне заметил – отчего вы не рискнули на радикальную операцию; ведь ребёнок без родных, вас бы никто не ругал, если бы что-нибудь с ним произошло. Я ему ничего не ответил. Я, именно и потому и не сделал рискованной операции, что имел дело с совершенно беззащитным существом. Вот две психологии!

«Мало радости дала мне хирургия» сказал Билльрот на закате своей хирургической работы. Давно были сказаны эти слова. А разве и теперь не повторяют их многие хирурги? К виду человеческого страдая нельзя привыкнуть. Профессиональная не впечатлительность к страданиям больного и окружающих его никогда не может, да и не должна опуститься до безразличия, черствости. Хирург, у которого угасло чувство сострадания к больному, должен оставить свою профессию. Радости редки в работе хирурга, но зато они бывают так велики, что сразу отодвигают назад все тяжёлые переживания. Есть одна очень распространённая картина. На кровати мечется в жару и забытьи маленький ребёнок; у изголовья кровати стоит его мать; полные муки и тоски глаза её со страданием, мольбой и надеждой смотрят на старого врача, который держит ручку ребёнка и решает мучительный вопрос – выживет он или нет? И вот ребёнок выжил… спасён усилиями врача и медицины. Что может сравниться с радостью такого врача, вырвавшего жертву из рук смерти, когда она уже почти покрыла её своими чёрными крыльями?