

МИРОВОЙ БЕСТСЕЛЛЕР. КНИГА ПЕРЕВЕДЕНА НА 17 ЯЗЫКОВ

ГЕНРИ МАРШ

всемирно известный врач-нейрохирург,
оперирует пациентов с наиболее тяжелыми случаями

НЕ НАВРЕДИ

ИСТОРИИ О ЖИЗНИ,
СМЕРТИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

© Tom Plistav/Panos

КНИГИ О ТЕХ, КТО СПАСАЕТ ЖИЗНИ



МЕДИЦИНА
БЕЗ ГРАНИЦ

Медицина без границ. Книги о тех, кто спасает жизни

Генри Марш

**Не навреди. Истории о жизни,
смерти и нейрохирургии**

«ЭКСМО»

2014

УДК 616.8
ББК 56.13

Марш Г.

Не навреди. Истории о жизни, смерти и нейрохирургии /
Г. Марш — «Эксмо», 2014 — (Медицина без границ. Книги о тех,
кто спасает жизни)

ISBN 978-5-699-83020-6

Книга, ставшая абсолютным бестселлером! Захватывающая, предельно откровенная и пронзительная история, главную идею которой можно уложить в два коротких слова: «Не навреди». Каково это – быть ответственным за жизнь и здоровье человека? Где черпают силы люди, от которых зависит так много? Всемирно известный британский нейрохирург Генри Марш завораживающе рассказывает о своих буднях, о работе, о выборе, за кого из пациентов бороться, а кого отпустить.

УДК 616.8
ББК 56.13

ISBN 978-5-699-83020-6

© Марш Г., 2014
© Эксмо, 2014

Содержание

Медицина без границ. Книги о тех, кто спасает жизни	6
Предисловие	8
1. Пинеалома	9
2. Аневризма	15
3. Гемангиобластома	28
4. Мелодрама	35
5. Невралгия тройничного нерва	42
Конец ознакомительного фрагмента.	44

Генри Марш

Не навреди. Истории о жизни, смерти и нейрохирургии

Henry Marsh

Do No Harm: Stories of Life, Death, and Brain Surgery

Henry Marsh 2014. All rights reserved.

© Иван Чорный, перевод на русский язык, 2014

© Оформление. ООО «Издательство «Э», 2016

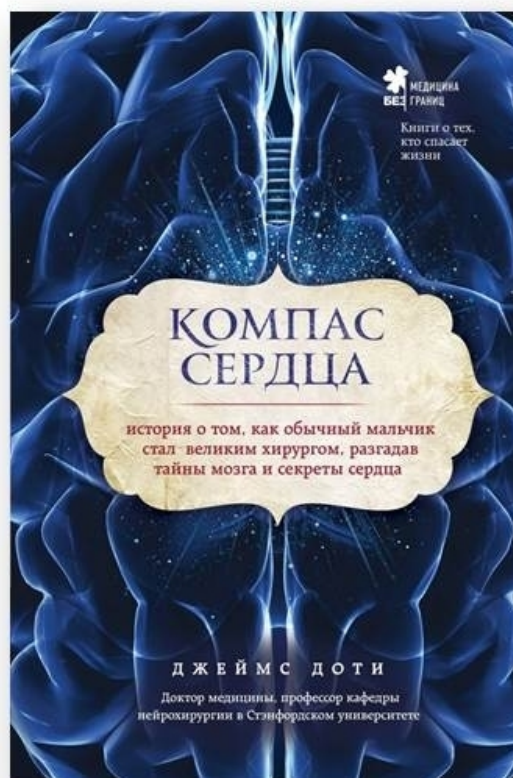
Посвящается Кейт, без которой эта книга никогда не была бы написана

Не навреди...
Повсеместно приписывается Гиппократу
с острова Кос, 460 год до н. э.

Каждый хирург несет в себе небольшое кладбище, на которое время от времени ходит помолиться, – средоточие горечи и сожалений, где ему следует искать причины своих неудач.

Рене Лерий,
«Философия хирургии», 1951 год

Медицина без границ. Книги о тех, кто спасает жизни



«Когда дыхание растворяется в воздухе. Иногда судьбе все равно, что ты врач»

Читайте самую ожидаемую нон-фикшн книгу года. Пол Каланити – не только талантливый нейрохирург, но и великий писатель, успевший написать всего одну книгу. Полу было всего 36 лет, когда смерть, с которой он боролся в операционной, постучалась к нему самому. Диагноз – рак легких, четвертая стадия – вмиг перечеркнул все его планы. История с жизнеутверждающим стержнем и глубочайшими, но простыми истинами.

«Компас сердца. История о том, как обычный мальчик стал великим хирургом, разгадав тайны мозга и секреты сердца»

Нейрохирург Джеймс Доти рассказывает о магии мозга – нейропластичности, способности головного мозга меняться и изменять жизнь человека. Овладеть ей совсем несложно: в книге рассмотрены все необходимые для этого упражнения. Вас ждут тайны человеческого мозга и духовного совершенствования – благодаря этой книге вы осознаете, чего хотите на самом деле и поймете, что мешает вашим мечтам воплотиться в реальность.

«Между процедурами. Записки слишком занятой медсестры»

25 ироничных и жизненных рассказов медсестры из Испании по имени Сату. Автор с большой любовью рисует детали повседневной работы медсестры, иногда смешные, иногда нелепые, иногда трудные и утомительные. Вдохновитесь её оптимизмом: эта книга поможет вам пережить трудности и относиться к жизни и работе проще.

«Интерны и хирурги бывшими не бывают»

Талантливый российский врач Алексей Виленский даст вам возможность увидеть будничную работу врача-хирурга, посмотреть «с другой стороны» на жизнь хирургического отделения больницы и понять для себя что-то очень важное. Вы получите знания, которыми обладает любой хороший медик, и возможно, страх перед врачами уйдет и уступит место доверию и осознанности.

Предисловие

Серьезно заболев и очутившись в больнице, мы, терзаемые страхом за свое будущее в ожидании пугающей операции, вынуждены полностью довериться лечащим врачам – по крайней мере, если этого не сделать, жить станет намного сложнее. Неудивительно, что мы нередко верим в сверхчеловеческие способности медиков: это отличный способ преодолеть страхи. Если операция проходит успешно, то хирург – настоящий герой, если же нет – то он преступник.

Действительность, разумеется, совершенно отличается от подобных представлений. Врачи – обычные люди, такие же как и все остальные. Много из того, что происходит в больницах, зависит от случайностей – как счастливых, так и не очень. Будет ли исход операции удачным или нет, зачастую мало зависит от врачей. Знать, когда операцию проводить не стоит, не менее важно, чем уметь оперировать, и приобрести этот навык гораздо сложнее.

Жизнь нейрохирурга нельзя назвать скучной, и порой она приносит глубочайшее внутреннее удовлетворение, однако за это надо платить. Никто не застрахован от ошибок, и в конечном счете приходится жить с осознанием их последствий. Нужно учиться объективно оценивать то, что видишь, стараясь при этом не потерять человечность. В историях, приведенных в данной книге, рассказывается о моих попытках – иногда неудачных – найти золотую середину между необходимой отчужденностью и эмпатией, которой требует профессия хирурга, золотую середину между надеждой и реалистичным взглядом на вещи. Я ни в коем случае не хочу подорвать веру людей в нейрохирургов или, если уж на то пошло, во врачей в целом, но надеюсь, что моя книга поможет понять, с какими трудностями – зачастую не технического характера, а связанными с человеческим фактором – нам приходится сталкиваться.

1. Пинеалома

редкая, медленно прогрессирующая опухоль шишковидного тела

Мне часто приходится разрезать головной мозг, и я ненавижу это делать. С помощью пары диатермических щипцов я зажимаю прелестные красные кровеносные сосуды, опутывающие изумительную поверхность мозга. Я делаю надрез небольшим скальпелем и вставляю в образовавшееся отверстие тонкий наконечник вакуумного отсоса: поскольку у мозга желеобразная консистенция, вакуумный отсос является основным инструментом любого нейрохирурга. Через операционный микроскоп я наблюдаю, как постепенно пробираюсь сквозь нежные белые ткани мозга в поисках опухоли. Идея о том, что наконечник отсоса прокладывает себе путь через человеческие мысли, эмоции и разум, что память и рассудок состоят из этой вот студенистой массы, – слишком странная для того, чтобы просто так принять ее. Все, что я вижу перед собой, – это материя, однако я прекрасно понимаю: стоит мне промахнуться и попасть не туда – то есть в так называемую функционально важную зону мозга – и когда я в следующий раз зайду в палату для выздоравливающих, чтобы оценить достигнутый результат, то увижу перед собой пациента, ставшего инвалидом.

Операции на головном мозге несут в себе огромный риск, и с помощью современных технологий его удалось снизить лишь в определенной мере. При проведении операций на головном мозге я могу использовать что-то вроде GPS – систему компьютерной навигации, для реализации которой на голову пациента направлены инфракрасные камеры (подобно спутникам, вращающимся вокруг Земли). Они видят хирургические инструменты, к которым прикреплены небольшие отражающие шарики. На экране компьютера, к которому подключены камеры, отображается положение инструментов в мозге пациента, которое сопоставляется с томограммой, сделанной незадолго до операции. Я могу проводить операцию на бодрствующем пациенте – под местной анестезией, благодаря чему мне удастся определить функционально важные зоны мозга, стимулируя различные его участки с помощью электродов. Анестезиолог предлагает пациенту выполнить разные простые задания, чтобы можно было понять, не наносим ли мы мозгу какой-нибудь вред в ходе операции. При операции на спинном мозге – еще более уязвимом, чем головной, – я могу использовать метод электрической стимуляции с применением так называемых вызванных потенциалов, чтобы получить предупреждение в случае угрозы паралича.

Однако несмотря на все эти современные технологии, нейрохирургия по-прежнему связана с серьезным риском для жизни и здоровья пациентов, а квалификация и опыт по-прежнему играют первостепенную роль в тот момент, когда инструменты погружаются в ткани спинного или головного мозга, – и я обязательно должен знать, когда следует остановиться. Зачастую лучшее, что можно сделать, – это позволить болезни протекать естественным путем и отказаться от хирургического вмешательства. Наконец, не нужно забывать о воле случая: чем больше я набираюсь опыта, тем лучше осознаю, насколько успех операции зависит от банального везения.

Был в моей практике пациент с опухолью шишковидного тела, которому предстояла операция. Философ Декарт, живший в XVII веке, являлся сторонником дуализма: по его убеждению, душа и тела – две совершенно отдельные сущности, причем душу он помещал именно в шишковидное тело. Именно здесь, говорил он, материальный мозг каким-то волшебным и

мистическим образом взаимодействует с разумом и нематериальной душой. Не знаю, что бы он сказал, увидев, как мои пациенты смотрят на изображение собственного мозга на экране компьютера (а такое иногда происходит во время операции под местной анестезией).

Опухоль шишковидного тела – очень редкое заболевание. Она может быть как доброкачественной, так и злокачественной. При доброкачественной опухоли лечение не обязательно. Что же касается злокачественной формы, то ее лечат с помощью лучевой и химиотерапии, однако она все равно может привести к смерти человека. Раньше такие опухоли считались неоперабельными, но с появлением современных методов микрохирургии ситуация в корне изменилась. Теперь операция считается необходимой – по крайней мере для проведения биопсии и определения типа опухоли, чтобы можно было принять решение о том, как лучше всего лечить пациента. Шишковидное тело спрятано глубоко в мозге, поэтому такая операция, как говорят сами хирурги, – настоящее испытание. Нейрохирурги смотрят на снимки головного мозга, демонстрирующие опухоль шишковидного тела, одновременно и с трепетом, и со страхом – подобно альпинистам, глядящим на далекую вершину горы, которую они надеются покорить.

Пациенту, о котором идет речь, – а он был директором весьма крупной компании – лишь с большим трудом удалось осознать, что у него смертельно опасная болезнь и что теперь он не властен над собственной жизнью. Он полагал, что головные боли, не дающие ему спать по ночам, связаны со стрессом, вызванным необходимостью уволить множество сотрудников из-за финансового кризиса 2008 года. На деле же оказалось, что у него опухоль шишковидного тела вкупе с острой гидроцефалией. Опухоль мешала нормальной циркуляции спинномозговой жидкости в головном мозге, и скопившаяся жидкость привела к повышению черепно-мозгового давления. Без лечения этот человек ослеп бы и умер в считанные недели.

В дни, предшествовавшие операции, у нас с ним состоялось немало тяжелых бесед. Я объяснил, что связанные с операцией риски, которые включали в себя смерть или обширный инсульт, в конечном счете не шли ни в какое сравнение с рисками, возникающими в случае отказа от операции. Он старательно записал все сказанное мною в смартфон, словно наличие под рукой всех этих длинных терминов: «окклюзионная гидроцефалия», «эндоскопическая вентрикулостомия», «пинеалома», «пинеобластома» – вернет ему контроль над ситуацией и спасет жизнь. Его беспокойство в сочетании с неприятным осадком, который остался у меня в душе после неудачной операции, проведенной за неделю до того, означало, что мне предстоит оперировать, испытывая сильный страх за конечный результат.

Вечером перед операцией я встретился с пациентом. Обычно, разговаривая с больными накануне операции, я стараюсь не акцентировать внимание на сопряженном с ней риске: он и без того подробно обсуждался во время предыдущих консультаций. Я пытаюсь подбодрить их и смягчить опасения, хотя в результате сам начинаю переживать куда больше. Гораздо проще проводить сложную операцию, если заранее сказать пациенту, что она невероятно опасна и что в любой момент что-нибудь может пойти не так. Тогда, если что-то действительно выйдет из-под контроля, чувство вины, вероятно, будет терзать меня не столь сильно.

Жена пациента сидела рядом с ним, ее лицо было белым от страха.

– Это рядовая операция, – произнес я с фальшивым оптимизмом.

– Но опухоль может оказаться злокачественной, не так ли? – спросила она.

С некоторой неохотой я подтвердил, что это возможно. Я объяснил, что во время операции возьму образец ткани, который немедленно изучат специалисты. Если выяснится, что опухоль доброкачественная, то мне не придется выскабливать все до последней частицы. А если окажется, что мы имеем дело с так называемой герминомой, то мне и вовсе не придется ее удалять: с большой вероятностью полного выздоровления можно будет добиться с помощью лучевой терапии.

– То есть получается, что если это не рак и не герминома, то операция будет безопасной, – сказала женщина, однако в ее голосе прозвучала неуверенность.

Я помедлил, подбирая слова, так как не хотел нагонять на нее страх.

– Да, если мне не придется удалять опухоль полностью, то риск существенно снижается.

Мы поговорили еще немного, после чего я пожелал им спокойной ночи и отправился домой.

Следующим утром, лежа в постели, я вспоминал девушку, которую оперировал за неделю до того. У нее была опухоль спинного мозга, расположенная между шестым и седьмым позвонками, и после операции – хотя я до сих пор не понимаю почему, ведь во время операции не было никаких происшествий, – пациентка очнулась от наркоза с парализованной правой частью тела. Возможно, я слишком настойчиво пытался удалить как можно большую часть опухоли. Скорее всего я был чересчур уверен в себе. Я недостаточно боялся неудачи. И теперь мне безумно хотелось, чтобы следующая операция – операция на шишковидном теле – прошла хорошо, чтобы все после нее жили долго и счастливо, а я снова примирился с самим собой.

Вместе с тем я прекрасно понимал, что, какими бы горькими ни были мои сожаления и насколько бы хорошо ни прошла эта операция, я ничего не в силах сделать, чтобы исправить вред, нанесенный девушке. Мои переживания не идут ни в какое сравнение с тем, с чем довелось столкнуться ей и ее семье. И не было никаких оснований полагать, что следующая операция пройдет хорошо только потому, что я так отчаянно на это надеялся, или потому, что предыдущая закончилась неудачно. Исход операции на шишковидном теле – окажется опухоль злокачественной или нет, получится у меня ее удалить, или она останется безнадежно застрявшей в мозге пациента, и все сложится самым неблагоприятным образом, – во многом от меня не зависел. Также я знал: со временем от печали по поводу того, что я сделал с бедной девушкой, не останется и следа. Воспоминания о том, как она лежит в больничной кровати с парализованными рукой и ногой, из кровоточащей раны превратятся в уродливый шрам. Эта история пополнит список моих неудач – еще одна надгробная плита на том самом кладбище, которое, как однажды сказал французский хирург Лериш, несет в себе каждый хирург.

Как правило, вскоре после начала любой операции я обнаруживаю, что от навязчивого страха не осталось и следа. Я беру скальпель – не из рук ассистирующей медсестры, как это было раньше, а с металлического подноса, как требуют новые нормы охраны труда и безопасности, – и, полный уверенности в своих хирургических навыках, точными движениями провожу лезвием по коже на голове пациента. Едва на месте разреза появляется кровь, я целиком погружаюсь в процесс – с этого момента я чувствую, что все протекает под моим полным контролем. По крайней мере обычно происходит именно так. Но на этот раз все оказалось иначе. Предыдущая неудачная операция основательно подорвала мою уверенность в себе, и я вошел в операционную, серьезно опасаясь того, что будет дальше. Вместо привычной болтовни с медсестрой и Майком – старшим ординатором, помогавшим мне оперировать, я принялся молча очищать кожу на голове пациента и поправлять простыню.

К тому времени Майк ассистировал мне уже несколько месяцев и мы с ним довольно хорошо сошлись. За тридцать лет работы хирургом я перевидал многих ординаторов, и с большинством из них – во всяком случае, мне хотелось бы в это верить – у меня складывались теплые отношения. Я должен научить их оперировать и поэтому беру на себя ответственность за все их действия. В свою очередь, они должны помогать мне и поддерживать меня, а при необходимости – даже подбадривать. Я прекрасно понимаю: чаще всего они говорят только то, что, по их мнению, я хочу услышать. Однако подчас между нами складывались довольно близкие взаимоотношения – чем-то, пожалуй, напоминающие те, что завязываются между воюющими бок о бок солдатами. И именно этого мне будет не хватать больше всего после выхода на пенсию.

– В чем дело, босс? – спросил Майк.

– Сама идея о том, что нейрохирург должен быть спокойным и рациональным воплощением медицинской науки, – ворчливо ответил я, – это полная чепуха. В моем случае уж точно. Из-за той проклятой операции, что была на прошлой неделе, я нервничаю так же, как на заре моей хирургической карьеры тридцать лет назад. И я вовсе не хладнокровен, как подобает врачу, которого вскоре ждет уход на пенсию.

– Не могу дождаться, – сказал Майк.

Сейчас, когда моя карьера приближается к завершению, эта шутка уже стала привычной среди старших ординаторов, что понаглее. На данный момент врачей-практикантов гораздо больше, чем вакантных мест в больнице, и понятно, что всех стажеров всерьез заботит их собственное будущее.

– Как бы то ни было, после операции прошло совсем немного времени. Пациентка еще может поправиться, – добавил он.

– Сомневаюсь.

– Никогда нельзя быть полностью уверенным...

– Что ж, в этом вынужден согласиться с тобой.

Мы переговаривались за спиной спавшего под наркозом пациента, чье тело было зафиксировано в сидячем положении. Майк уже выбрил узкую полоску у него на затылке.

– Нож, – сказал я Агнессе, операционной медсестре.

Я взял нож с подноса, который она держала в руках, и быстро рассек кожу на затылке пациента. Майк с помощью вакуумного отсоса убрал образовавшуюся кровь, и я раздвинул мышцы шеи, чтобы мы могли просверлить череп.

– Просто класс! – сказал Майк.

Наконец, скальп был надрезан, мышцы раздвинуты, трепанация проведена, мягкие мозговые оболочки открыты и развернуты (для описания хирургических вмешательств медики пользуются собственным древним языком), операционный микроскоп установлен, и я уселся в операционное кресло. При операции на шишковидном теле в отличие от вмешательств при других опухолях головного мозга нет необходимости разрезать мозг, чтобы добраться до опухоли. После того как мягкая мозговая оболочка (расположенная прямо под костями черепа – мембрана, которая покрывает головной и спинной мозг) оказывается открыта, нужно найти узкую щель, отделяющую верхнюю часть мозга, то есть полушария, от нижней – ствола головного мозга и мозжечка. Возникает ощущение, будто ползешь по длинному узкому туннелю. На глубине приблизительно в семь сантиметров – хотя из-за микроскопа пройденное расстояние кажется в сотни раз длиннее – и находится злополучная опухоль.

Итак, перед моим взором самый центр головного мозга – таинственная, мистическая область, которая контролирует все важнейшие функции, поддерживающие нас живыми и в сознании. Над ним, словно внушительный арочный свод кафедрального собора, возвышаются глубокие вены головного мозга (внутренние мозговые вены), за ними – базальная вена Розенталя, а далее – вена Галена, в свете микроскопа отливающая темно-голубым. Неудивительно, что анатомическое строение головного мозга вызывает у нейрохирургов благоговейный трепет.

Все эти вены отводят от мозга очень много крови, а их повреждение неизбежно привело бы к скоростижной смерти пациента. Прямо передо мной зернистая красная опухоль, а под ней – поверхность мозгового ствола, повреждение которого может вызвать постоянную кому. По бокам расположены задние мозговые артерии, которые снабжают кровью область мозга, отвечающую за зрение. Впереди на некотором расстоянии от опухоли (подобно двери, ведущей в отдаленный коридор с белыми стенами и открывающейся после удаления опухоли) располагался третий желудочек.

Для врача эти названия звучат поэтично, что в сочетании с прекрасной оптикой современного микроскопа делает данную операцию одной из самых потрясающих в нейрохирургии. Если, конечно, все складывается хорошо. Путь к опухоли мне преграждали несколько крове-

носных сосудов, которые нужно было разрезать. И необходимо было точно знать, какими из них можно пожертвовать, а какими – нельзя ни в коем случае. Вместе с тем в тот миг я словно позабыл все знания и утратил весь свой опыт. Каждый раз, когда я отделял очередной кровеносный сосуд, меня потряхивало от страха. Впрочем, любой хирург еще в начале карьеры учится воспринимать сильное волнение как естественную составляющую повседневной работы и продолжать операцию, не обращая на него внимания.

Через полтора часа после начала операции я наконец-то добрался до опухоли. Удалив небольшой ее фрагмент, который предстояло отправить в лабораторию на анализ, я откинулся на спинку операционного кресла и со вздохом сказал Майку:

– Теперь нам придется подождать.

Перерыв посреди операции всегда дается непросто. Я нервничал, желая поскорее вернуться к работе. Я надеялся, что, согласно отчету моих коллег из лаборатории, опухоль окажется одновременно и доброкачественной, и операбельной. Я уповал на то, что пациент останется жив, и страстно мечтал после операции сказать его жене, что все будет хорошо.

Спустя сорок пять минут моему терпению пришел конец, я откатил кресло от операционного стола и встал, чтобы дотянуться до ближайшего телефона, не снимая стерильного халата и перчаток. Дозвонившись до лаборатории, я попросил к телефону врача-патолога. Через какое-то время он взял трубку.

– Образец! – закричал я. – Что там с ним?

– Простите за задержку. Я был в другом конце здания, – ответил врач довольно-таки невозмутимым голосом.

– Так что, черт возьми, насчет опухоли?!

– Да-да. Так-так. Я как раз ее осматриваю. Ага! Без сомнения, выглядит как доброкачественная пинеаломы.

– Отлично, спасибо!

Немедленно простив его, я вернулся к операционному столу, где все было готово для продолжения операции.

– Ну что, поехали!

Я снова вымыл руки, забрался в операционное кресло, положил локти на подлокотники и вернулся к работе. Каждая опухоль головного мозга по-своему уникальна. Некоторые из них твердые, как камень. Другие мягкие, словно желе. Одни полностью сухие, другие наполнены кровью – порой настолько, что во время операции пациент может истечь кровью до смерти. Одни отходят легко, будто горошина из стручка, другие намертво прикреплены к тканям мозга и его кровеносным сосудам. Никогда не знаешь наверняка, как поведет себя опухоль мозга, пока не начнешь ее удалять. У этого мужчины опухоль оказалась, как говорят хирурги, податливой, к тому же она не была плотно прикреплена к тканям мозга. Я принялся не спеша выскабливать ее, стараясь не задеть окружающие здоровые ткани. Спустя три часа можно было с уверенностью сказать, что мне удалось избавиться от большей ее части.

Поскольку опухоль шишковидной железы – довольно редкое явление, один из коллег пришел понаблюдать за ходом операции. Скорее всего он немного завидовал мне. Заглянув через мое плечо, он заметил:

– Вроде бы все хорошо.

– Пока что да.

– Что-то идет не так лишь тогда, когда ты этого не ждешь, – ответил он и отправился к себе в операционную.

Операция продолжалась до тех пор, пока я не удалил большую часть опухоли, не повредив при этом окружающую архитектуру мозга. Я предоставил Майку возможность зашить разрез, а сам решил сделать обход. У меня было всего несколько стационарных больных, в том числе молодая мать, которую я оставил парализованной неделей ранее. Когда я вошел в палату, она была совсем одна. Приближаясь к пациенту, которому ты нанес непоправимый ущерб, ощущаешь себя так, будто невидимое силовое поле отталкивает тебя от него, препятствует твоим попыткам открыть дверь его палаты (дверная ручка кажется настолько тяжелой, словно она налита свинцом), не дает подойти к кровати, мешает любым попыткам изобразить на лице неуверенную улыбку. Сложно понять, как вести себя в подобной ситуации. Хирург превращается в злодея, а то и в преступника. Ну, или как минимум в некомпетентного врача. Он больше не всесильный герой. Гораздо проще быстро проскочить мимо пациента, не вымолвив ни слова.

Я зашел в палату и сел на стул рядом с девушкой.

– Как вы? – вопрос дался мне с трудом.

Больная посмотрела на меня и, скорчив гримасу, молча показала здоровой рукой на правую, парализованную, а затем подняла ее и отпустила – та безжизненно упала на кровать.

– Я уже сталкивался с аналогичными послеоперационными симптомами. Пациенты потом шли на поправку, хотя на это и уходили долгие месяцы. Я действительно полагаю, что вам станет намного лучше.

– Я поверила вам перед операцией, – сказала она. – Почему я должна верить вам сейчас?

Не сразу найдясь с ответом, я от неловкости уставился на свои ботинки.

– Но я вам верю, – добавила она через какое-то время, хотя, возможно, и сделала это только из жалости.

Я вернулся в операционную. Пациент, которого переложили с операционного стола на кровать, уже очнулся от анестезии. Он смотрел вокруг затуманенным взором, пока медсестра смывала кровь и костную пыль с его волос. Анестезиологи и другой медперсонал, болтая и смеясь, окружили больного со всех сторон и усердно переставляли многочисленные трубки и провода, подсоединенные к нему, чтобы подготовить его к перевозке в отделение интенсивной терапии. Если бы его самочувствие было плохим, они непременно работали бы в тишине. Медсестры чистили лежащие на тележке инструменты и складывали использованные простыни, провода и трубки в мешки для мусора. Один из санитаров оттирал с пола кровь, чтобы подготовить операционную для следующего пациента.

– С ним все в порядке! – радостно крикнул мне Майк через всю комнату.

Я отправился искать жену пациента. Она ждала в коридоре, примыкающем к отделению интенсивной терапии. Приблизившись к женщине, я увидел на ее лице отчетливый страх, смешанный с надеждой.

– Все прошло настолько хорошо, насколько можно было ожидать, – произнес я сухим и официальным тоном, нацепив маску бесстрастного и талантлившего хирурга. Но затем, не удержавшись, я подошел к ней и положил руки ей на плечи. И когда она положила ладони поверх моих, и мы посмотрели друг другу в глаза, и я заметил ее слезы, с трудом стараясь сдерживать собственные, – в тот миг я позволил себе ненадолго почувствовать себя победителем.

– Думаю, все будет хорошо, – сказал я наконец.

2. Аневризма

опасное выпячивание стенки кровеносного сосуда, как правило, артерии

Нейрохирургия подразумевает оперативное лечение пациентов с болезнями и травмами головного мозга и позвоночника. Такие проблемы случаются довольно редко, поэтому нейрохирургов – равно как и нейрохирургических отделений – относительно немного по сравнению с представителями других медицинских специальностей.

Будучи студентом медицинского вуза, я ни разу не присутствовал при операции на мозге. Нас не пускали в операционную отделения нейрохирургии: это место считалось слишком специализированным и мудреным для обычных студентов. Однажды, проходя по коридору отделения общей хирургии, я смог одним глазком заглянуть в небольшое окошко, проделанное в двери нейрохирургической операционной, и понаблюдать за тем, что там творилось. Моему взору предстала обнаженная женщина, сидящая прямо, как стрела, на хирургическом столе. Пожилой и невероятно высокий нейрохирург – его лицо было спрятано за хирургической маской, а на голове у него была прикреплена замысловатая лампа – стоял прямо за ней. Огромными ручищами он обмазывал ее выбритый череп йодом, используемым в качестве антисептика. Все увиденное сильно напоминало сцену из какого-нибудь фильма ужасов.

Три года спустя я очутился в той самой нейрохирургической операционной, наблюдая за тем, как младший из двух числившихся в больнице нейрохирургов оперирует женщину с разрывом аневризмы артерии головного мозга. К тому моменту прошло уже полтора года с тех пор, как я получил диплом врача, и за это время я успел разочароваться в профессии. Тогда я работал ординатором в отделении интенсивной терапии. Одна из анестезиологов, заметив, что я скучаю, предложила мне прийти в операционную и помочь с подготовкой пациентки к операции на мозге.

Операция оказалась не похожа ни на одну другую из тех, что я когда-либо прежде видел. Обычно в ходе операции хирурги делают длинные кровавые разрезы и имеют дело с крупными скользкими внутренностями. Эту же операцию нейрохирург проводил с помощью специального микроскопа через маленькое отверстие в боковой части головы. Он использовал исключительно высокоточные микроскопические инструменты, которыми производил все манипуляции с кровеносными сосудами головного мозга.

Аневризма представляет собой небольшое, напоминающее надутый воздушный шарик выпячивание стенки артерии головного мозга, которое может привести – и зачастую приводит – к обширному кровоизлиянию в мозг. Конечной целью операции является установка крошечной – всего несколько миллиметров в ширину – подпружиненной клипсы вокруг основания аневризмы, чтобы предотвратить ее окончательный разрыв. Существует серьезный риск того, что хирург, оперирующий в узком пространстве прямо под головным мозгом, случайно прорвет аневризму, пытаясь отделить ее от окружающих тканей и кровеносных сосудов, прежде чем установит клипсу. Стенки аневризмы очень тонкие и уязвимые, и на них сильно давит артериальная кровь. Иногда стенки настолько тонки, что внутри аневризмы можно запросто рассмотреть темно-красные вихри крови, под микроскопом выглядящие огромными и зловещими. Если хирург повреждает аневризму до того, как удастся ее пережать, то пациент, как правило, умирает или же по меньшей мере переживает обширный инсульт – а после него смерть вполне может показаться не такой уж плохой альтернативой.

Персонал в операционной работал молча. Не было привычных шуток и болтовни. Нейрохирурги иногда сравнивают операцию на аневризме с обезвреживанием бомбы, хотя в данном случае требуется совершенно другая разновидность смелости, ведь риску подвергается жизнь пациента, а не врача. Операция, свидетелем которой я стал, больше напоминала спортивную

охоту, чем спокойную и невозмутимую работу специалистов, а в роли добычи выступала опасная опухоль. Передо мной развернулась настоящая погоня: хирург украдкой проделывал путь в головном мозге пациента, пробираясь к «ничего не подозревающей» аневризме и стараясь не спугнуть ее раньше времени. Затем наступил кульминационный момент, когда врачу наконец удалось схватить аневризму, загнать ее в ловушку и ликвидировать с помощью блестящего подпружиненного титанового зажима, тем самым спасая пациенту жизнь. Не стоит забывать, что операция проводилась в непосредственной близости от головного мозга, таинственного носителя человеческих чувств и мыслей – всего того, что играет в нашей жизни такую важную роль. Мозг – загадка природы, которая кажется мне не менее великой, чем звезды в ночном небе и вся Вселенная вокруг нас. Операция была грациозной, искусной, опасной и исполненной глубочайшего смысла. «Разве может какая-нибудь другая профессия, – подумал я, – сравниться в точности с работой нейрохирурга?» Появилось странное ощущение, будто я отыскал то, чем хотел заниматься всегда, пусть даже и осознал это только сейчас. Это была любовь с первого взгляда.

Операция прошла успешно: аневризма была обезврежена, а обширного кровоизлияния и, как следствие, обширного инфаркта удалось избежать. Атмосфера в операционной внезапно переменилась – стала радостной и непринужденной. Вечером, вернувшись домой, я заявил жене, что стану нейрохирургом. Она слегка удивилась: я очень долго не мог решить, каким направлением медицины заняться, – однако, как мне показалось, сочла мою идею разумной. Никто из нас тогда и представить не мог, что одержимость нейрохирургией вкуче с напряженным рабочим графиком и высоким самомнением, порожденным этой профессией, через двадцать лет положит конец нашему браку.

Но вот с того памятного дня миновало тридцать лет: я провел несколько сотен операций на аневризме, вновь женился и уже начал подумывать о пенсии. В один из выходных я отправился в больницу – мне предстояло поставить клипсу на очередной аневризме. Жара наконец-то спала, и над южным Лондоном нависли тяжелые серые тучи. Всю ночь лило как из ведра. Машин на дороге было немного – складывалось впечатление, что на уик-энд почти все уехали за город. Водосточные канавы у входа в больницу были переполнены, так что красные автобусы обдавали тротуар потоками воды, и немногочисленному больничному персоналу, идущему на работу, приходилось отпрыгивать в сторону, когда они с шумом проносились мимо.

Сейчас я редко оперирую аневризмы. Все навыки, которые я отточил в ходе многочисленных хирургических вмешательств на аневризмах, теперь благодаря достижениям технического прогресса стали практически ненужными. Сегодня нет необходимости в открытой операции. В наши дни врач-радиолог (а не хирург) через пах вводит в организм пациента катетер с проводом, который попадает в бедренную артерию, а затем подводится вверх к аневризме, и та перекрывается изнутри, вместо того чтобы оказаться пережатой снаружи. Для больного, разумеется, это куда менее тяжелое испытание, чем традиционная операция. Хотя в результате нейрохирургия и стала не той, что прежде, пациентам это пошло только на пользу. Сейчас моя работа связана преимущественно с опухолями головного мозга: глиомами, менигиомами или невриномами – суффикс «ома» достался нам в наследство от древнегреческого слова, обозначающего опухоль, а первая часть перечисленных терминов указывает на разновидность клетки, из которой, как считается, развивается опухоль. Однако иногда с аневризмой не удается справиться обычным способом, так что время от времени я вынужден с утра отправляться на работу в том самом состоянии контролируемого беспокойства, с которым так хорошо был знаком раньше.

Утро всегда начинается с короткой планерки – вот уже двадцать лет, как я регулярно устраиваю подобные собрания. На эту идею меня вдохновил полицейский сериал «Блюз Хилл-стрит», в котором харизматичный сержант каждое утро раздавал подчиненным инструкции и читал горячие проповеди, перед тем как отправить их патрулировать улицы в полицей-

ских машинах с воющими сиренами. Как раз в то время правительство решило сократить до разумных пределов рабочие часы врачей-стажеров. Было сказано, что медики слишком сильно устают и перенапрягаются, из-за чего жизнь их пациентов подвергается угрозе. Врачи-стажеры, однако, вместо того чтобы стать эффективнее и надежнее (ведь у них появилась возможность лучше выспаться по ночам), теперь сделались куда более раздражительными и на них стало сложнее положиться. Мне кажется, это связано с тем, что они начали работать посменно, из-за чего в какой-то степени утратили чувство принадлежности к коллективу и перестали осознавать важность общего дела. В прошлом, когда стажерам приходилось трудиться долгие часы напролет, таких проблем не возникало. Я надеялся, что благодаря ежедневным утренним планеркам, на которых обсуждаются поступившие пациенты, планируется будущий лечебный процесс, а накопленные опыт и знания передаются врачам-стажерам, мы сможем хотя бы частично воссоздать былой дух.

Утренние собрания нравятся всем. Они ни капли не напоминают занудные и бездушные совещания больничного руководства, на которых обсуждаются поставленные перед больницей цели и новые клинические протоколы. Утренние встречи в отделении нейрохирургии – нечто совершенно иное. Ежедневно ровно в восемь утра мы собираемся в темном кабинете рентгенологии, чтобы посмеяться и поспорить, рассматривая снимки головного мозга наших несчастных пациентов. Стоит признать, что, изучая истории болезни, мы нередко шутим над пациентами, причем преобладает черный юмор. Мы – дюжина или около того врачей и стажеров – устраиваемся полукругом, и со стороны это выглядит так, словно мы стоим перед бортовой панелью космического корабля «Энтерпрайз» из сериала «Звездный путь».

Напротив нас ряд компьютеров и белая стена, на которую проецируются черно-белые снимки головного мозга в масштабе, во много раз превышающем его натуральную величину. Эти снимки принадлежат пациентам, которых за последние сутки привезли в больницу на «Скорой помощи». Многие из них оказались жертвами обширного кровоизлияния в мозг или серьезной травмы головы, а кое у кого совсем недавно обнаружили опухоль в мозгу. Итак, мы – живые, энергичные и поглощенные работой – с олимпийским спокойствием, а порой и с циничными шутками обсуждаем абстрактные изображения человеческого горя в надежде найти интересный случай. Младшие врачи излагают истории болезни – истории внезапных катастроф и ужасных трагедий, которые повторяются день за днем, год за годом, словно человеческим страданиям никогда не суждено прекратиться.

В тот день я сидел на привычном месте – позади всех, в самом углу. Передо мной, в первом ряду, расположились стажеры, а за ними – старшие ординаторы. Я спросил, кто из младших врачей дежурил сегодня в приемном покое.

– Временный врач, – ответил кто-то из ординаторов. – И он уже свалил домой.

– В пятницу на экстренные вызовы, поступавшие на пейджер, отвечали целых пять врачей, – заметил один из моих коллег. – Пять врачей! Каждые четыре с лишним часа они передавали друг другу направления на неотложную помощь! Это полный хаос...

– Есть что-нибудь для нас? – поинтересовался я.

Один из младших врачей встал со стула и направился к компьютеру, стоявшему на письменном столе в передней части комнаты.

– Женщина тридцати двух лет. На сегодня ей назначена операция. Ее беспокоили головные боли, и была проведена томография.

Пока он говорил, на стене вспыхнули увеличенные изображения снимков.

Я посмотрел на молодых ординаторов, и мне сделалось неловко от того, что я не мог вспомнить имени ни одного из них. Когда я стал старшим врачом четверть века назад, в отделении числилось всего два ординатора. Теперь же их было восемь. В прошлом я хорошо знал их лично и был глубоко заинтересован в развитии их карьеры, но сейчас они приходят и уходят

так же быстро, как один пациент сменяет другого. Я попросил одну из девушек-ординаторов описать снимок, извинившись за то, что не знаю, как к ней обращаться.

– Альцгеймер! – выкрикнул из темного угла комнаты кто-то, отличавшийся не самым здоровым чувством юмора.

Ординатор сказала, что ее зовут Эмили.

– Это КТ головного мозга, – добавила она.

– Да, мы все прекрасно видим, что это такое. Но что по ней можно понять?

Повисла неловкая пауза.

Через какое-то время я сжалился над ней. Я подошел к стене и указал на снимок. Я объяснил, что артерии головного мозга во многом напоминают ветви дерева, которые, отходя от ствола, постепенно сужаются. Я обратил внимание присутствующих на небольшое вздутие – ядовитую ягоду на ветке нашего дерева, – расположенное на одной из мозговых артерий, и испытующе посмотрел на Эмили.

– Это аневризма? – неуверенно предположила она.

– Аневризма правой средней мозговой артерии.

Я объяснил, что головные боли, беспокоившие женщину, были довольно умеренными и скорее всего вызванными не аневризмой, так что нам просто посчастливилось ее обнаружить.

– Кто следующий будет сдавать экзамен? – Я повернулся и взглянул на старших ординаторов, каждому из которых по окончании обучения предстояло сдать национальный экзамен по нейрохирургии. Чтобы подготовить их к нему, я и стараюсь регулярно устраивать подобные опросы.

– Это неразорвавшаяся аневризма диаметром семь миллиметров, – ответила Фиона, одна из самых опытных старших ординаторов. – Вероятность ее разрыва составляет ноль целых пять десятых процента в год, согласно соответствующему исследованию.

– И что произойдет, если она все-таки лопнет?

– В пятнадцати процентах случаев наступает скоростигшая смерть, тогда как еще тридцать процентов пациентов умирают в следующие несколько недель обычно от кровотечения. Вероятность смерти в дальнейшем составляет четыре процента в год.

– Очень хорошо, что ты знакома со статистикой. Но что в такой ситуации следует делать нам?

– Узнать у радиологов, смогут ли они ликвидировать аневризму.

– Я уже узнал. Они сказали, что не могут этого сделать. Интервенционный радиолог – врач-рентгенолог, который, как правило, занимается диагностикой и лечением аневризм, – сообщил мне, что аневризма неправильной формы и для ее лечения необходимо хирургическое вмешательство.

– Вы можете провести операцию...

– Но должен ли?

– Не знаю.

Она была права. Я тоже не знал наверняка. Если ничего не делать, то в конечном счете пациентка может перенести обширное кровоизлияние в мозг, что с большой вероятностью приведет к инсульту или даже к смерти. Вместе с тем она может умереть и спустя много лет от чего-нибудь другого, прежде чем аневризма прорвется.

На тот момент женщина чувствовала себя прекрасно, головные боли, из-за которых она обратилась за медицинской помощью, к аневризме не имели ни малейшего отношения и уже начали постепенно проходить. Аневризма была обнаружена совершенно случайно. Если же операцию все-таки выполнить, она также может привести к инсульту и, как следствие, по меньшей мере к инвалидности – риск составлял, пожалуй, около четырех-пяти процентов. Таким образом, операция была сопряжена с риском для жизни, который практически не отличался от риска, связанного с отсутствием какого-либо вмешательства. Однако если ничего не пред-

принять, то женщине придется постоянно жить с мыслью о том, что в ее мозге притаилась аневризма, способная убить ее в любую секунду.

– Так что же нам делать? – спросил я.

– Обсудить это с ней?

Впервые я принимал эту женщину несколько недель назад в амбулаторном отделении. Больную ко мне направил ее лечащий врач, который заказал проведение компьютерной томографии. Однако он не сообщил о пациентке ничего, кроме того, что ей тридцать два года и что у нее неразорвавшаяся аневризма. Женщина пришла одна. У нее были длинные черные волосы, стильный наряд и солнцезащитные очки, сдвинутые на макушку. Она села на стул рядом с моим письменным столом, стоящим в мрачном кабинете для приема амбулаторных больных, поставила дорогую дизайнерскую сумочку на пол и обеспокоенно посмотрела на меня.

Я извинился за вынужденную задержку и немного помолчал, прежде чем продолжить разговор. Не хотелось начинать с прямых вопросов о ее семейном положении или о других личных темах: это прозвучало бы так, будто я уверен, что она скоро умрет. Так что я решил еще раз расспросить ее о головных болях.

Пациентка подробно рассказала мне о них, равно как и о том, что ей уже значительно лучше. В данном случае головные боли определенно не представляли опасности и остались в прошлом.

Если у головных болей есть серьезная причина, то, как правило, это сразу же становится очевидно по их характеру. Обследование, организованное семейным врачом, вероятно, надевшимся, что нормальные результаты томографии успокоят пациентку, выявило совершенно новую проблему, из-за которой женщина теперь пребывала в полнейшем смятении. Она перерыла весь Интернет в поисках относящейся к делу информации и, конечно же, выяснила, что в ее голове бомба замедленного действия, способная рвануть в любое мгновение. Приема у меня пациентке пришлось дожидаться несколько долгих недель.

Я показал ей ангиограмму мозга на компьютере и объяснил, что аневризма очень маленькая – вполне вероятно, она и вовсе никогда не лопнет. Только крупные аневризмы представляют серьезную опасность для жизни человека и безоговорочно требуют проведения операции. Также я сообщил, что операция несет в себе риск – скорее всего не меньший, чем вероятность инсульта из-за разрыва аневризмы в будущем.

– И ничего, кроме операции, не поможет?

Я объяснил, что единственный возможный способ лечения – хирургическое вмешательство. Проблема в том, что неизвестно, нужно ли это делать или нет.

– Насколько рискованна операция?

Она расплакалась, когда я сказал, что с вероятностью от четырех до пяти процентов она умрет или останется инвалидом из-за операции.

– А если операцию не делать? – спросила она сквозь слезы.

– Что ж, вы запросто можете умереть от старости, а аневризма так и останется на месте.

– Мне сказали, что вы один из лучших нейрохирургов в стране, – заявила она с той наивной верой, которой обеспокоенные пациенты пытаются заглушить страхи.

– Ну, я бы так не сказал. Но могу вас заверить, что у меня огромный опыт. И могу обещать, что сделаю все от меня зависящее. Я не пытаюсь снять с себя ответственность за то, что с вами произойдет в дальнейшем, однако боюсь, что именно вам решать – быть операции или нет. Если бы я знал, что делать, то, клянусь, непременно сообщил бы вам.

– А как бы вы поступили на моем месте?

Я помедлил с ответом. Дело в том, что мне шестьдесят один, и я уже оставил позади большую часть жизни, в том числе лучшие ее годы. Более того, наша разница в возрасте означала, что мне оставалось жить меньше, чем ей, поэтому риск разрыва аневризмы в случае отказа от операции для меня был бы ниже, а относительный риск, связанный с операцией, соответственно, выше.

– Я бы не стал лечить аневризму, – в конечном счете заключил я. – Хотя мне было бы довольно сложно забыть о ней.

– Я хочу, чтобы вы прооперировали меня, – сказала она. – Я не желаю жить с этой штукой у себя в голове. – Она многозначительно показала на свою голову.

– Вы не обязаны решать прямо сейчас. Отправляйтесь домой и обсудите все с семьей.

– Нет, я уже все решила.

Я немного помолчал, поскольку был не до конца уверен в том, что она осознала весь риск, связанный с операцией. Вместе с тем я сомневался, что повторные объяснения заставят ее переменить решение. В конце концов, мы отправились в путь по лабиринтам больничных коридоров, чтобы найти кабинет моего секретаря и назначить дату операции.

Три недели спустя, воскресным вечером я, как обычно, отправился в больницу, чтобы встретиться с той женщиной и с другими пациентами, у которых на следующий день была назначена операция. Я шел в больницу с неохотой, раздражением и тревогой: большую часть дня я провел в подвешенном состоянии из-за мысли о том, что мне придется увидиться с пациенткой и лицом к лицу столкнуться с ее беспокойством.

Каждое воскресенье, пока я еду в больницу на велосипеде, меня терзает плохое предчувствие. Оно возникает независимо от того, насколько сложные операции предстоит провести, – его порождает сам факт того, что мне приходится сменить домашнюю обстановку на рабочую. Эти вечерние посещения стали своеобразным ритуалом, который я соблюдаю вот уже много лет подряд. Однако, как бы я ни старался, мне так и не удалось привыкнуть к нему и избавиться от всепоглощающего страха – практически чувства обреченности, – охватывающего меня, пока я качу на велосипеде по тихим улочкам в сторону больницы. Но стоит мне увидиться с пациентами, поговорить с ними, обсудить все, что произойдет в понедельник, и страх отступает. Я возвращаюсь домой в приподнятом настроении, чувствуя, что готов провести большую часть следующего дня в операционной.

Пациентку я нашел в одной из самых многолюдных палат. Я надеялся, что муж, возможно, придет вместе с ней и у меня будет возможность побеседовать с ними обоими, но оказалось, что он уже ушел, так как дети остались дома одни. Мы поговорили о предстоящей операции. Решение было принято, так что я не видел необходимости возвращаться к обсуждению риска, обозначенного во время первого визита пациентки, хотя мне и пришлось вновь о нем вспомнить, когда я попросил ее расписаться в форме информированного согласия.

– Надеюсь, вам удастся поспать, – сказал я. – Обещаю вам: уж я-то это точно сделаю, что в данных обстоятельствах гораздо важнее.

Женщина улыбнулась в ответ на мою шутку – шутку, которую я повторяю всем пациентам, когда вижу с ними вечером перед операцией. Она скорее всего уже поняла: последнее, чего можно ждать от больницы, – это тишина, покой и умиротворение, особенно если на следующий день тебе предстоит операция на головном мозге.

Затем я встретился с двумя другими пациентами, которым в понедельник также предстояло перенести операцию, и обсудил с ними детали. Оба подписали форму информированного согласия и сказали, что верят в меня. Тревога, конечно, бывает заразительной, однако уверенность – тоже, и когда я вышел на больничную парковку, то почувствовал, как вера пациентов

придает мне дополнительные силы. Я ощутил себя капитаном корабля: все было в порядке, все было тщательно подготовлено, палуба была выдраена и готова к действиям – к намеченным на завтра операциям. Забавляясь этими морскими метафорами, я поехал домой.

После утреннего собрания я направился в комнату, где больным делают анестезию перед операцией. Пациентка лежала на медицинской каталке.

– Доброе утро. – Я постарался, чтобы мой голос звучал как можно бодрее. – Хорошо поспали?

– Да, – ответила она спокойно. – Я отлично выспалась ночью.

– Все будет в порядке. – Мне захотелось ее обнадежить.

И вновь я задумался, действительно ли она осознает риск, которому подвергается. Возможно, она была очень смелой, возможно, наивной. А может, она попросту пропустила мимо ушей все, что я рассказал.

Я переоделся в операционный халат. В раздевалке я застал одного из коллег, также готовящегося к операции, и поинтересовался, что у него запланировано на сегодня.

– Всего лишь несколько операций на позвоночнике. А у вас аневризма, так ведь?

– Проблема с неразорвавшейся аневризмой в том, – заметил я, – что если пациент просыпается инвалидом, то хирургу некого винить в этом, кроме себя самого. До операции у больного все было в полном порядке. По крайней мере при разорвавшейся аневризме кровотечение уже причинило ему значительный вред.

– Да уж. Но неразорвавшуюся аневризму гораздо проще пережить.

Я вошел в операционную. Джефф – ассистировавший мне старший ординатор – уже усаживал женщину на операционном столе. (Особенность нашего отделения нейрохирургии заключалась в том, что мы проводили годичную обучающую программу, предназначенную для хирургов из США. Одним из них и был Джефф, который, как и большинство американских стажеров, обладал выдающимися способностями.) Он фиксировал голову пациентки – три штыря, прикрепленные к шарнирной раме, врезаются через кожу прямо в череп, чтобы голова больного оставалась абсолютно неподвижной во время операции.

Я пообещал пациентке, что большая часть волос останется нетронутой, и Джефф принялся выбривать лоб. Нет никаких доказательств того, что полное бритье головы, которое в прошлом считалось обязательным и из-за которого пациент становился похожим на заключенного, хоть как-то понижает вероятность развития послеоперационной инфекции, а ведь это основная официальная причина для данной манипуляции. Я же подозреваю, что настоящая причина – хотя открыто об этом, разумеется, никто не говорил, – крылась в том, что отсутствие волос обезличивает больного и, таким образом, хирургу гораздо легче проводить операцию на мозге.

После того как с бритьем покончено, мы тщательно моем и дезинфицируем руки в специальной раковине. Надев перчатки и маски, мы возвращаемся к операционному столу и принимаемся за дело. Первые десять минут или около того уходят на то, чтобы намазать голову пациентки антисептическим раствором, обмотать стерильными полотенцами (должна оставаться открытой только область, в которой будет проводиться операция) и вместе с медбратом подготовить необходимые инструменты и оборудование.

– Нож, – говорю я медбрату Ирвину, а затем кричу анестезиологу, находящемуся по другую сторону операционного стола: – Я приступаю.

И мы начинаем.

Полчаса нам понадобилось для того, чтобы вскрыть череп с помощью пневматического трепана и боров, а все образовавшиеся на месте среза неровности сгладить специальной шлифовальной машиной.

– Свет убрать, принести микроскоп и операционное кресло! – Я кричу, и не только из-за эмоционального возбуждения, но и для того, чтобы меня услышали, несмотря на треск, жужжание и шипение оборудования.

Современные бинокулярные операционные микроскопы – потрясающие штуки, и я без ума от того, с которым постоянно работаю (каждый хороший мастер любит свои инструменты). Он стоит более ста тысяч фунтов и весит добрую четверть тонны, но, несмотря на это, идеально сбалансирован при помощи противовеса. Когда его устанавливают, он склоняется над головой пациента, подобно любопытному, внимательному журавлю. Бинокулярная насадка микроскопа, через которую я смотрю на мозг пациента, кажется легкой как перышко благодаря точно подобранному противовесу, и малейшее движение моего пальца на рукоятке управления приводит ее в движение. Она не только увеличивает изображение, но и подсвечивает его великолепной ксеноновой лампой, яркой, словно солнце.

Согнувшись под тяжестью микроскопа, два санитара медленно подталкивают его к операционному столу, и я забираюсь в специальное операционное кресло с подлокотниками, положение и высоту которого можно регулировать. В этот миг меня переполняет благоговейный трепет. Я все еще не до конца утратил простодушный восторг, с которым смотрел на первую в своей жизни аневризму тридцать лет назад. Я чувствую себя средневековым рыцарем, забирающимся на верного коня, чтобы пуститься в погоню за сказочным зверем. А ведь и правда: вид, открывающийся передо мной, когда микроскоп фокусируется на мозге пациента, в какой-то степени волшебный – он намного ярче, четче и яснее, чем внешний мир, мир мрачных больничных коридоров, комиссий, бумажной работы и инструкций. Дорогущая оптика микроскопа создает невероятное ощущение глубины и ясности, лишь усиливаемое моим волнением. Это очень интимное, личное ощущение. Конечно, рядом операционная бригада, следящая за ходом операции на подключенном к микроскопу видеомониторе; возле меня стоит ассистент, который наблюдает за моими действиями через дублирующее плечо микроскопа. Но, несмотря на это – и вопреки тому, что все больничные коридоры увешаны плакатами, посвященными системе обеспечения стандартов клинической практики и подчеркивающими важность командной работы и взаимодействия с коллегами, – операция всегда остается для меня сражением один на один.

– Ну что, Джефф, пора браться за дело. И дайте мне шпатель, – бросаю я Ирвину.

Я выбираю один из двух нейрохирургических шпателей – тонкую полоску гибкой стали с закругленными концами, по форме напоминающую палочку для мороженого, – и помещаю его под лобной долей мозга пациентки. Я постепенно приподнимаю головной мозг – отделяю его от основания черепа, осторожно преодолевая миллиметр за миллиметром, чтобы образовался небольшой зазор, через который можно будет добраться до злополучной аневризмы. После стольких лет работы с микроскопом он превратился в продолжение моего тела. Когда я его использую, у меня складывается впечатление, будто я на самом деле проникаю через него в голову пациента, а наконечники микроскопических инструментов воспринимаются как кончики моих собственных пальцев.

Я указываю Джеффу на сонную артерию, прошу Ирвина подать микроскопические ножницы и аккуратно разрезаю переплетения паутинной мозговой оболочки, окружающей этот магистральный сосуд, который поддерживает жизнь в доброй половине головного мозга.

– Невероятный вид! – восклицает Джефф.

И это действительно так, ведь мы оперируем аневризму до того, как она разорвалась, благодаря чему внутреннее строение мозга осталось нетронутым и совершенно прекрасным.

– Еще один шпатель, – говорю я.

Вооружившись теперь уже двумя шпателями, я начинаю отодвигать друг от друга лобную и височную доли, которые соединены тончайшим слоем мозговой оболочки, именуемой паутинной (она выглядит так, словно соткана из тончайших нитей микроскопическим пауком). Текущая по нитям паутинной оболочки спинномозговая жидкость, прозрачная, как горная вода, в свете микроскопа переливается и искрится серебристыми бликами. Через все это великолепие я могу разглядеть гладкую желтую поверхность самого мозга, покрытую сетью крошечных кровеносных сосудов – артериол, которые образуют красивейшие переплетения, напоминающие вид на дельту крупной реки из космоса. Блестящие темно-фиолетовые вены, пролегающие между двумя долями мозга, спускаются вниз к средней мозговой артерии, а затем уходят туда, где мне предстоит встретиться с аневризмой.

– Круто! – снова говорит Джефф.

– Раньше о спинномозговой жидкости говорили, что она чистая, как джин, если в ней нет следов крови или инфекции, – замечаю я. – Думаю, в наши дни нужно использовать какое-нибудь другое сравнение, не имеющее отношения к алкоголю.

Вскоре я нахожу среднюю мозговую артерию. На деле ее толщина – всего несколько миллиметров, но под микроскопом она кажется грозным деревом-исполином, чей розовато-красный ствол угрожающе пульсирует в такт сердечному ритму. Мне нужно продвигаться вдоль нее в расщелину между двумя долями мозга (она называется Сильвиевой бороздой), чтобы отыскать логово аневризмы, растущей прямо на стволе артерии.

При разорвавшейся аневризме выделение средней мозговой артерии может быть чрезвычайно медленным и непростым занятием, так как из-за кровоизлияния доли мозга слипаются друг с другом. Их разделение в таком случае – кропотливая и невероятно тяжелая работа, сопряженная с высочайшим риском повторного разрыва аневризмы в процессе операции.

Итак, микроскопическими ножницами я отделяю друг от друга доли мозга, раздвигая их в стороны и разрезая мельчайшие нити паутинной оболочки, связывающие их вместе, и одновременно с помощью миниатюрного вакуумного отсоса, который держу в другой руке, убираю излишки просочившейся мозговой жидкости, чтобы та не загромождала обзор.

В мозгу человека сосредоточено множество кровеносных сосудов, и я стараюсь всеми правдами и неправдами избежать их случайного повреждения – как для того, чтобы кровь не помешала наблюдать за происходящим, так и из страха нарушить нормальное кровоснабжение мозга.

Иногда, если этот процесс оказывается особенно трудоемким и напряженным либо же связанным с повышенной опасностью, я делаю короткий перерыв, кладу руки на специально предназначенные для этого подлокотники, перевожу дыхание и внимательно осматриваю оперируемый мозг. Неужели мысли, которые рождаются в моей голове, когда я смотрю на этот здоровенный кусок жира и белка, покрытый кровеносными сосудами, действительно состоят из такого же вещества. И ответ неизменно один и тот же: да, это так. Однако сама мысль об этом настолько абсурдна, настолько безумна, что мне не остается ничего другого, кроме как вернуться к операции.

Сегодня эта манипуляция дается мне на удивление легко. Я словно расстегиваю молнию, соединяющую лобную и височную доли, и, чтобы окончательно отделить их друг от друга, мне требуется лишь минимальное усилие. Таким образом, проходит всего несколько минут, и нашим глазам предстает аневризма, освобожденная от окружающих ее тканей мозга, а также темно-фиолетовая вена, переливающаяся в ослепительных лучах ксеноновой лампы микроскопа.

– Что ж, она так и просится, чтобы ее пережали, не правда ли? – говорю я Джеффу. Меня переполняет радость, ведь теперь можно немного расслабиться.

Самая рискованная часть работы позади. Если во время операции разрыв аневризмы происходит до того, как до нее удалось добраться, то остановить кровотечение бывает крайне

сложно. Мозг внезапно набухает, и артериальная кровь бьет фонтаном вверх, превращая трепанированный череп в стремительно растущий кровавый водоворот, сквозь который отчаянно пытаешься добраться до аневризмы. Когда видишь эту ужасную картину через увеличительное стекло микроскопа, отчетливо ощущаешь, будто сам вот-вот захлебнешься в свирепом кровавом потоке. Четверть всей крови, перекачиваемой сердцем, поступает в мозг, и если вовремя не остановить возникшее кровотечение, то за считанные минуты пациент может потерять литры драгоценной жидкости. Мало кому удастся пережить преждевременный разрыв аневризмы.

– Ну что, давайте посмотрим на клипсы, – предлагаю я.

Ирвин подает металлический лоток с блестящими аневризматическими клипсами из титана. Они бывают всевозможных форм и размеров, так что для любой аневризмы можно подобрать идеально подходящий вариант. Я смотрю через микроскоп на аневризму, потом на клипсы, затем снова на аневризму.

– Шесть миллиметров, вытянутая, прямоугольная, – говорю я Ирвину.

Он достает клипсу и размещает ее на аппликаторе. Это незамысловатый инструмент с ручкой, которую образуют две скрученные пластинчатые пружины, соединенные с двух концов. После того как клипса будет размещена на наконечнике аппликатора, все, что останется сделать хирургу, – это сжать пружины на рукоятке, чтобы раскрыть лепестки клипсы, аккуратно расположить раскрытые лепестки вокруг основания аневризмы, а затем плавно отпустить пружины, чтобы клипса закрылась, отгородив аневризму от артерии, на которой она образовалась. Так аневризма навсегда перестанет наполняться кровью. Когда пружины возвращаются в исходное положение, клипса высвобождается, и теперь можно убрать аппликатор – до конца жизни клипса будет держать аневризму под замком.

По крайней мере именно так должно происходить в теории и происходило во время сотен аналогичных операций, которые я провел в прошлом.

Поскольку аневризма выглядела абсолютно обычной, я позволил Джеффу закончить работу и встал с операционного кресла, чтобы он меня сменил. Все мои ассистенты относятся к искусительнице под названием аневризма с тем же трепетом, какой одолевает меня самого. Они жаждут выполнить подобную операцию, однако из-за того, что сейчас вместо открытой операции с установкой клипсы чаще всего прибегают к эндоскопическому вмешательству с введением специального баллона или спирали, у меня больше нет возможности предоставить им необходимые знания и опыт. Единственное, что я могу им предложить, – под моим пристальным контролем выполнить самую простую часть этой редкой операции – клипирование аневризмы.

Когда Джефф располагается в операционном кресле, медсестра передает ему заряженный клипсой аппликатор, и мой ассистент начинает осторожно подносить его к «ничего не подозревающей» аневризме. Через дублирующее плечо микроскопа я с волнением наблюдаю за тем, как клипса неуверенно кружит возле аневризмы. Ничего не происходит. Учить стажера – в сто раз более сложное и нервное занятие, чем все делать самому.

Спустя какое-то время (скорее всего, прошли считанные секунды, хотя они и показались мне вечностью) я понимаю, что больше не могу на это смотреть.

– Ты слишком долго возишься. Прости, но мне придется закончить самому.

Джефф молча встает с операционного кресла: было бы опрометчиво со стороны хирурга-стажера перечить начальству, особенно в такие моменты, – и мы опять меняемся местами.

Я беру аппликатор, размещаю его около аневризмы и нажимаю на пружины рукоятки. Ничего не происходит.

– Мать твою, клипса не открывается!

– У меня была та же самая проблема, – говорит Джефф чуть обиженным голосом.

– Мать твою! Ладно, дайте другой аппликатор.

На сей раз клипса охотно поддается, и я надеваю ее раскрытые лепестки на аневризму. Я отпускаю ручку, и клипса закрывается, плотно пережимая аневризму. Победенная, она тут же съеживается: теперь у нее нет доступа к артериальной крови, текущей под высоким давлением. Я вздыхаю с облегчением – я всегда так делаю, когда с очередной аневризмой успешно покончено. Однако, к собственному ужасу, я обнаруживаю, что с этим аппликатором проблема куда серьезнее, чем с первым: после того как клипса закрылась, он наотрез отказался ее отпустить. Не смея пошевелиться из страха оторвать крошечную аневризму от средней мозговой артерии, ведь это привело бы к кровоизлиянию, я неподвижно сижу в кресле с зависшей в воздухе рукой. Если аневризма отрывается от родительской артерии, то, как правило, единственный способ остановить возникшее кровотечение – это пожертвовать данной артерией, что неизбежно заканчивается обширным инсультом.

Я матерюсь как сапожник, пытаюсь удержать руку на месте.

– Ну и что теперь делать? – ору я, ни к кому конкретно не обращаясь.

Через несколько секунд, которые в моем сознании растянулись на долгие минуты, до меня доходит, что единственный возможный вариант – это убрать клипсу, хотя я сильно рискую спровоцировать тем самым разрыв аневризмы. Я сжимаю ручку аппликатора, и, к моему величайшему облегчению, клипса охотно раскрывается. Аневризма тут же набухает и возвращается к жизни, мгновенно наполняясь артериальной кровью. Мне кажется, что она насмехается надо мной, готовясь вот-вот лопнуть, но этого все-таки не происходит. Я откидываюсь в кресле, ругаясь еще неистовее, после чего швыряю негодный инструмент через всю операционную.

– Раньше такого не было никогда! – возмущаюсь я, однако, мгновенно успокоившись, шуточно обращаюсь к Ирвину: – И это всего третий раз за всю мою карьеру, когда я позволяю себе бросить инструмент на пол.

Мне приходится ждать несколько минут, прежде чем удастся найти еще один аппликатор. У первых двух – бракованных – по какой-то причине оказались слишком тугие шарнирные соединения. Лишь позже я вспомнил, как хирург, за работой которого я наблюдал тридцать лет назад и под чьим руководством потом стажировался, рассказывал, что однажды столкнулся с такой же проблемой, вот только его пациенту повезло гораздо меньше, чем моему. Это единственный известный мне хирург, который каждый раз перед использованием аппликатора проверял его на работоспособность.

Врачи любят говорить о «науке и искусстве» в медицине. Я всегда считал это скорее показухой и предпочитал рассматривать свое дело как сугубо практическое ремесло. Клипирование аневризмы – навык, на формирование которого уходят годы. Даже после того, как аневризма будет оголена и готова к тому, чтобы ее пережали, даже после того, как самый волнующий момент операции останется позади, хирургу еще предстоит определиться, как именно закрепить клипсу вокруг аневризмы, чтобы та оказалась полностью перекрыта, и не повредить при этом артерию, на которой аневризма нашла себе пристанище.

Эта аневризма выглядит довольно безобидной, однако мои нервы уже изрядно расшатаны, так что я не позволяю ассистенту продолжить операцию и сам, используя новый аппликатор, пережимаю аневризму. Тут же возникает новая проблема: форма клипсы такова, что она перекрывает основание аневризмы не полностью, и я отчетливо вижу, что небольшой ее кусочек виднеется из-под края клипсы.

– Не до конца перекрыла, – желая помочь, говорит Джефф.

– Да вижу! – огрызаюсь я.

Наступает очередной щекотливый момент. Можно частично приоткрыть клипсу и немного сдвинуть ее, чтобы привести в правильное положение, однако это может вызвать ее разрыв, из-за которого я увижу в микроскопе фонтан крови, хлещущий прямо на меня. С другой стороны, если основание аневризмы будет перекрыто не полностью, в мозгу пациентки

останется потенциальный источник опасности, хотя сложно сказать, высоким ли окажется риск кровоизлияния.

Известный английский хирург как-то заметил, что у хорошего хирурга должны быть стальные нервы, львиное сердце и женские руки. У меня нет ничего из перечисленного. И мне приходится бороться с почти непреодолимым желанием завершить наконец эту операцию, оставив клипсу как есть, пусть даже она и легла не совсем идеально.

– Лучшее – враг хорошего, – говорю я обычно ассистентам, которые относятся к операции как к зрелищному спортивному состязанию. Они любят указывать мне на то, что я мог бы клипировать аневризму лучше, – не им ведь придется расхлебывать последствия разорвавшейся во время операции аневризмы. А если такое и в самом деле происходит, то до чего захватывающе потом наблюдать, как твой начальник безуспешно пытается справиться с обширным кровоизлиянием! Когда я был стажером, это зрелище определенно доставляло мне удовольствие. В конце концов, не стажеру ведь придется испытывать то невыносимое чувство вины, разрывающее душу хирурга на части, когда во время обхода ему на глаза попадает искалеченный им же пациент.

– Ну, хорошо, – произношу я наконец, пристыженный ассистентом, и одновременно думаю о сотнях аневризм, которые я клипировал за годы работы, а также о том, что, как и большинство хирургов, вместе с опытом набрался определенной смелости. Неопытные хирурги работают излишне осторожно – и только после долгой практики понимаешь: тебе может сойти с рук многое из того, что поначалу казалось слишком пугающим и сложным.

Я осторожно приоткрываю клипсу и плавно подталкиваю ее вдоль аневризмы.

– Все еще немного выступает, – замечает Джефф.

Иногда в таких ситуациях все бывшие неудачи с аневризмами проходят перед моим мысленным взором, словно призраки прошлого. Лица, имена, убитые горем родственники – все, о чем я позабыл годы назад, вновь всплывает в памяти.

Борясь со страстным желанием побыстрее закончить операцию и избавиться от страха спровоцировать фатальное кровотечение, где-то в бессознательной части разума – там, где все эти призраки собрались вместе, чтобы проследить за моей работой, – я решаю, нужно ли еще раз поменять расположение клипсы или лучше не трогать ее. Состраданию и ужасу на одной чаше весов противостоит холодный расчет на другой.

Я переставляю клипсу в третий раз. Теперь она вроде бы лежит идеально.

– Сделано, – говорю я.

– Круто! – радуется Джефф, в чьем голосе, впрочем, звучит нотка грусти, ведь ему не удалось поставить клипсу самостоятельно.

Оставив Джеффа закрывать трепанированный череп, я ушел в комнату отдыха для хирургов, смежную с операционной, улегся на большой красный кожаный диван, который купил несколько лет назад, и в очередной раз задумался над тем, что многое в нашей жизни определяется чистой случайностью. После любой операции на головном мозге анестезиолог сразу же будит пациента, чтобы понять, не были ли нанесены мозгу какие-либо повреждения. После любой сложной операции каждый нейрохирург с нетерпением дожидается того момента, когда анестезиолог заканчивает свою работу, даже если – как в данном случае – было очевидно, что все прошло хорошо. Пациентка очнулась в превосходном состоянии; взглянув на нее, я тут же покинул больницу.

По дороге домой, крутя педали велосипеда под нависшими мрачными тучами, я испытывал, пожалуй, лишь небольшую часть той радости, которая охватывала меня в былые времена после успешно прооперированной аневризмы. В молодости после удачных операций меня

неизменно переполняло оживление. Когда я вместе с ассистентом проходил по палатам прооперированных мной пациентов и слышал от них слова благодарности, то чувствовал себя генералом-завоевателем после очередной победоносной военной кампании. Но за все эти годы я стал свидетелем стольких трагедий, совершил так много ошибок, что бурное ликование осталось для меня в прошлом, хотя я все же радовался тому, как в конечном счете прошла операция. Мне удалось избежать катастрофы, и с пациенткой все будет в порядке. Это невероятно глубокое и яркое чувство, испытать которое, берусь поспорить, помимо хирургов, доводится мало кому. Психологические исследования показали, что самый надежный путь к собственному счастью – делать счастливыми окружающих. Я сделал счастливыми многих пациентов благодаря успешно проведенным операциям, однако было и немало ужасных неудач. Вы не найдете, пожалуй, ни одного нейрохирурга, который время от времени не впадал бы в глубочайшее отчаяние.

Вечером того же дня я вернулся в больницу, чтобы навестить пациентку. Она сидела в кровати. Я заметил синяки под глазами и распухший лоб – у большинства пациентов, перенесших такую операцию, это проходит через несколько дней. Женщина сказала, что ей было дурно и болела голова.

Ее муж сидел рядом и гневно смотрел на меня, так как я не придавал особого значения синякам и послеоперационным болям. Возможно, мне следовало проявить больше сочувствия, но операция едва не закончилась катастрофой, и мне было сложно всерьез воспринимать незначительные недомогания.

Я заверил пациентку, что операция прошла успешно, без сбоев и что вскоре ей обязательно станет лучше. У меня не было возможности поговорить с ее мужем до операции (как правило, я стараюсь во что бы то ни стало обсудить все важные детали с родственниками), и он, вероятно, еще меньше, чем сама пациентка, осознавал, с каким риском сопряжены подобные операции.

Величайшее достижение хирурга – выздоровевшие пациенты, которые напрочь о нем забывают. После успешной операции любой человек поначалу испытывает по отношению к хирургу неподдельную благодарность. Но если со временем она никуда не девается, это, как правило, означает, что проблема не была решена и человек опасается, что когда-нибудь ему вновь понадобятся наши услуги. Такие бывшие пациенты считают, что нас нужно всячески задабривать, словно мы злые божества или по меньшей мере непредсказуемые повелители чужих судеб. Они приносят нам подарки и посылают открытки. Они называют нас героями, а иногда и богами.

Вместе с тем самый крупный успех для нас – это когда пациенты возвращаются домой, к прежней жизни, и больше никогда с нами не видятся. Разумеется, они нам безмерно благодарны, в этом можно не сомневаться, однако с радостью оставляют нас и связанный с болезнью ужас в прошлом. Возможно, они никогда до конца не осознают, насколько опасной была операция и как сильно им повезло, что они смогли полностью оправиться после нее. А вот хирург во время операции сумел ненадолго познать рай, перед этим проскочив мимо ада.

3. Гемангиобластома

опухоль головного или спинного мозга, берущая начало в кровеносном сосуде

Я пришел на работу в приподнятом настроении. На повестке дня была гемангиобластома спинного мозга – редкая разновидность опухоли, формирующаяся из скопления кровеносных сосудов. Эти опухоли доброкачественные, а значит, их можно вылечить с помощью хирургического вмешательства, но, если ничего не предпринять, они приведут к смерти пациента. Существует небольшой риск несчастного случая во время операции: при неосторожном обращении с опухолью может развиться обширное кровоизлияние, – однако вероятность успешного исхода намного выше. Нейрохирургам нравятся подобные операции: каждая из них представляет собой сложнейшую задачу технического характера, а при удачном исходе в награду получаешь благодарного пациента.

Тот пациент пришел ко мне на амбулаторный прием несколькими днями ранее. Последние несколько месяцев его мучали сильнейшие головные боли. Это был сорокалетний бухгалтер с курчавыми темными волосами и красноватым лицом, из-за чего он всегда выглядел чуть-чуть смущенным. Разговаривая с ним, я почувствовал ответное смущение, поэтому я испытывал неловкость во время беседы и мне оказалось нелегко донести до него всю тяжесть ситуации. Лишь позже до меня дошло, что красный цвет лица был обусловлен полицитемией – повышенным содержанием эритроцитов (красных кровяных телец) в крови: развивающаяся опухоль стимулировала их дополнительное производство в костном мозге.

– Хотите взглянуть на снимок своего мозга? – спросил я у него, как спрашиваю у всех пациентов.

– Да... – ответил он неуверенно.

Опухоль выглядела так, словно была наполнена крошечными черными извивающимися змеями, – все дело в потоках крови, стремительно текущей по сосудам, что представляет серьезную потенциальную опасность. Я испытал прилив энтузиазма, увидев эти характерные признаки на снимке, ведь они означали перспективу проведения сложной и захватывающей операции. Пациент с опаской смотрел на монитор, пока я объяснял, что изображено на снимке. Кроме того, мы обсудили беспокоившие его симптомы.

– Я никогда раньше не болел ничем серьезным, – произнес он несчастным голосом. – И теперь вот это.

– Я практически уверен, что образование доброкачественное, – заверил я его.

Многие опухоли головного мозга относятся к числу злокачественных и неизлечимых, и в беседе с пациентами я зачастую вынужден бороться с инстинктивным желанием успокоить и обнадежить их: впоследствии мне порой не удавалось оправдать их надежды, и я горько сожалел о том, что был чересчур оптимистично настроен перед операцией.

Я заверил пациента, что, раз я считаю опухоль доброкачественной, скорее всего так и есть. Затем я произнес стандартную речь о связанном с операцией риске и о том, что он должен перевешивать риск, возникающий в случае отсутствия хирургического вмешательства. Я объяснил пациенту, что если опухоль оставить нетронутой, то он умрет в считанные месяцы.

В теории «информированное согласие» выглядит довольно просто: хирург объясняет больному риск и пользу операции, после чего пациент спокойно и рационально принимает оптимальное, с его точки зрения, решение, – не сложнее, чем пойти в супермаркет и выбрать из огромного ассортимента зубных щеток ту, что подойдет лучше всего. На деле все происходит совсем иначе. Мало того что пациенты напуганы, так они еще и совершенно не разбираются в вопросе. Как они могут быть уверены, что хирург достаточно компетентен? Они стараются преодолеть страх, наделяя врача сверхчеловеческими способностями.

Я рассказал пациенту о существовании небольшой вероятности (один-два процента) того, что операция пойдет не так и он либо умрет, либо перенесет инсульт. На самом деле я не владел точной статистикой, потому что сталкивался лишь с несколькими подобными случаями: такие крупные опухоли, как эта, попадают чрезвычайно редко. Но я ненавижу лишний раз запугивать пациентов, если знаю, что без операции все равно не обойтись. Одно я мог сказать наверняка: риск при проведении операции был гораздо ниже, чем риск, связанный с бездействием. Я был твердо уверен (настолько, насколько это вообще возможно), что решение о проведении операции – единственно верное и что ни один хирург на свете не справился бы с ней хоть сколько-нибудь лучше меня. Теперь, после многолетней практики, мне несложно было сделать выбор, когда вставал вопрос о том, должен ли я оперировать или нет. Однако молодой хирург может столкнуться с куда более серьезной дилеммой. Как совершенствовать навыки, если не браться за сложные случаи? Но что, если у кого-то из коллег намного больше опыта?

Если бы пациенты мыслили рационально, они обязательно спросили бы у своего хирурга, сколько подобных операций ему или ей довелось провести. Но, согласно моему опыту, таких вопросов практически никто не задает. Страшно даже представить, что хирург может оказаться не лучшим в своем деле, поэтому гораздо проще попросту довериться ему. Пациенту трудно критически относиться к хирургу, под чей нож он вот-вот ляжет. Когда мне самому делали операцию, я с удивлением обнаружил, что испытываю благоговейный трепет перед коллегами, в чьих руках я оказался. При этом я прекрасно понимал, что они были страшно напуганы: когда лечишь коллегу, от привычной защиты в виде профессиональной отчужденности не остается и следа. Неудивительно, что любой хирург ненавидит оперировать другого хирурга.

Пациент молча выслушал мои слова о том, что если прооперировать сотню людей с подобной проблемой, то в результате один или два либо умрут, либо останутся инвалидами до конца дней. Он кивнул и произнес то, что говорит практически каждый больной:

– Любая операция сопровождается определенным риском.

Отказался бы он от операции, если бы я сообщил, что риск составляет, например, пять, пятнадцать или же все пятьдесят процентов? Решил бы он подыскать другого хирурга, который обозначил бы более низкий риск? Принял бы он иное решение, если бы я ни разу не пошутил и не улыбнулся за время беседы?

Я спросил мужчину, есть ли у него вопросы, но он покачал головой. Взяв со стола ручку, я предложил ему подписать длинную и запутанную форму, напечатанную на нескольких желтых страницах и имеющую специальный раздел, который посвящен законному использованию внутренних органов пациентов. Он не стал ее читать – на моей памяти никто этого не делал. Я сказал, что операция будет назначена на следующий понедельник.

– Уже послали за пациентом? – спросил я, войдя в операционную утром понедельника.

– Нет, – ответила Ю-Нок, ассистентка анестезиолога. – Нет результатов анализа крови.

– Но ведь пациента положили в больницу еще два дня назад.

Ю-Нок, очаровательная кореянка, сконфуженно улыбнулась, но ничего не сказала в ответ.

– Кровь, судя по всему, послали на повторный анализ сегодня в шесть утра, – заявил вошедший анестезиолог. – Дело в том, что результаты первого анализа были внесены в устаревшую электронную систему истории болезни, которая сегодня почему-то перестала работать, и в больнице была запущена новая компьютерная система. У пациента, судя по всему, теперь другой номер, и нам не удалось найти результаты сделанного вчера анализа крови.

– Когда я смогу приступить? – Я был недоволен задержкой, тем более что операция предстояла сложная.

Чрезвычайно важно, чтобы операция начиналась в назначенный срок, чтобы все оказалось подготовлено должным образом, чтобы хирургические простыни лежали на своем месте, а инструменты были аккуратно разложены: это помогает преодолеть предоперационный страх.

– В лучшем случае через пару часов.

Я упомянул, что на первом этаже висит плакат, который гласит, что с iCLIP – новой компьютерной системой – пациентам придется ждать всего на несколько минут дольше.

Анестезиолог рассмеялся. Я вышел из операционной. Еще несколько лет назад я бы умчался в бешенстве, яростно требуя, чтобы ситуацию попытались разрешить. Однако позднее злость сменилась отчаянной обреченностью: мне пришлось признать свое полное бессилие – я был лишь очередным врачом, столкнувшимся с очередной новой компьютерной программой в большой современной больнице.

Подчиненных я увидел у стойки регистратуры, за которой сидел, ковыряясь в компьютере, виновато улыбающийся молодой человек. На нем был белый жилет, на котором спереди и сзади красовалась синяя надпись «Администратор iCLIP», напечатанная приятным шрифтом.

Я вопросительно посмотрел на Фиону, старшего ординатора.

– Мы попросили его отыскать результаты анализа крови, но пока ничего не выходит, – объяснила она.

– Думаю, мне надо пойти извиниться перед бедным пациентом, – вздохнул я сокрушенно. Ненавижу разговаривать с пациентами утром перед операцией. Предпочитаю избегать напоминаний о том, что они живые люди, одолеваемые страхом, и, кроме того, не хочу, чтобы они начали подозревать, что я и сам волнуюсь не меньше их.

– Я уже ему обо всем рассказала, – к моему облегчению, ответила Фиона.

Оставив ординаторов, я вернулся к себе в кабинет, где, помимо секретарши Гейл, застал еще и Джулию – старшую медсестру, на чьи плечи была возложена неблагодарная задача подыскивать свободные койки для недавно поступивших больных. Коек постоянно не хватает, и весь рабочий день она вынуждена висеть на телефоне, пытаясь уговорить специалиста из какого-нибудь другого отделения забрать к себе одного из наших пациентов, чтобы мы могли положить нового.

– Смотрите! – Гейл указала пальцем на главную страницу iCLIP.

Я увидел странные заголовки, такие как «Посмертная выписка», «Отмена смерти» и «Поправка о рождении» (каждый с собственной цветной иконкой), быстро сменяющие друг друга, пока она прокручивала список вниз.

– И каждый раз, когда нужно что-то сделать, я должна выбирать из этого сумасшедшего списка! – возмутилась Гейл.

Оставив ее сражаться дальше с этими странными иконками, я принялся за бумажную работу. Но наконец мне все же позвонили и сказали, что с пациентом уже работают анестезиологи.

Я поднялся по лестнице, переоделся и присоединился к Фионе. Пациента, которому уже ввели общий наркоз, вкатили в операционную. Его сопровождали два анестезиолога, два санитары и Ю-Нок, которые катили стойку для капельницы и оборудование, позволяющее следить за состоянием больного; за каталкой тянулся клубок всевозможных трубок и проводов. Лицо пациента было заклеено широкими полосками липкого пластыря, защищающими глаза и удерживающими трубку с анестетиком, а также провода для контроля лицевых мышц. Такое превращение живого человека в оперируемый объект полностью соответствовало изменениям, произошедшим в моем восприятии. Страх как рукой сняло – на смену ему пришла непоколебимая и радостная сосредоточенность.

Поскольку опухоль была локализована в основании мозга и существовал риск серьезной кровопотери, я решил оперировать больного, находящегося, попросту говоря, в сидячем положении. Для этого голову пациента закрепляют в специальном черепном фиксаторе, который, в свою очередь, присоединен к металлической стойке, закрепленной на операционном столе. После этого операционный стол раскладывают пополам и одну из его половин поднимают так, чтобы туловище больного удерживалось в вертикальном положении. Это помогает уменьшить кровопотери в ходе операции, а также обеспечивает более удобный доступ к опухоли. Но вместе с тем возникает новая опасность: венозное давление в голове сидящего пациента ниже атмосферного давления в комнате, и если случайно повредить крупную вену, то сердце начнет всасывать воздух, что может привести к чудовищным последствиям. Как и при любой другой операции, все зависит от правильной оценки риска, от точной работы сложнейшего оборудования, от опыта и квалификации врачебного персонала и от банального везения. Мы с Фионой при помощи анестезиологов, санитаров и Ю-Нок усадили пациента – полчаса потребовалось для того, чтобы подобрать для бессознательного тела подходящее вертикальное положение, в котором голова наклонялась бы вперед, а на руках и ногах не было пережатых мест, где могут образоваться пролежни, а также для того, чтобы убедиться, что все присоединенные к больному трубки и провода свободны и нигде не сдавлены.

– Что ж, приступим, – сказал я.

Операция прошла идеально – мы не потеряли практически ни капли крови. Гемангиобластома – единственная в нейрохирургической практике опухоль, которую нужно удалять целиком, одним куском: при попытке разрезать ее пришлось бы столкнуться с сильным кровотечением. Любая другая опухоль «разбирается» постепенно. Сначала вырезается или высасывается ее центральная часть, после чего оставшиеся кусочки убираются «внутрь», подальше от тканей головного мозга, благодаря чему минимизируется наносимый ему ущерб. В случае же с цельной гемангиобластомой приходится создавать канал между мозгом и опухолью: мозг аккуратно отодвигается от ее поверхности на несколько миллиметров, чтобы образовалась узкая щель. Необходимо перекрыть множество кровеносных сосудов, ведущих от мозга к поверхности опухоли, стараясь при этом не повредить мозг. Все это делается под микроскопом, настроенным на относительно высокое увеличение: какими бы крошечными ни были эти кровеносные сосуды, при их разрыве может возникнуть самый настоящий потоп. В конце концов, не стоит забывать, что четверть всей перекачиваемой сердцем крови поступает в мозг. Мышление – весьма энергозатратный процесс.

Если все протекает без осложнений, то опухоль в конечном счете освобождается от окружающих тканей и хирург извлекает ее из головы пациента.

– Достал! – триумфально сообщил я анестезиологу, стоявшему по другую сторону операционного стола, после чего взмахнул над головой сморщенной окровавленной опухолью, зажатой в анатомическом пинцете. По размеру она была не больше моего ногтя и на вид явно не стоила всех вызванных переживаний и проделанной работы.

Когда рабочий день подошел к концу, я отправился в палату для восстанавливающихся после операции больных, чтобы повидаться с пациентом. Он выглядел на удивление хорошо, был бодр и полон сил. Его жена сидела у кровати, и они оба сердечно поблагодарили меня.

– Что ж, нам очень повезло, – сказал я, хотя они наверняка приняли мои слова за проявление ложной скромности. И должен признать, в какой-то мере так и было.

Когда я вышел, предварительно обработав руки спиртовым гелем, как и положено, то столкнулся с Джеймсом – дежурившим в тот день старшим ординатором.

– Я полагаю, вы сегодня дежурный врач, – озадачил он меня.

– Разве? Ну да ладно, что у тебя?

– В одну из местных больниц доставили мужчину сорока шести лет с тромбом в правой височной доле и с вероятным продолжением внутри желудочка. Похоже на скрытую форму АВВП. ШКГ – пять. Когда его привезли, он еще разговаривал.

АВВП – артериовенозный врожденный порок. Внешне он проявляется в виде патологического скопления кровеносных сосудов и может привести к обширному кровотечению (зачастую так и происходит). ШКГ – шкала комы Глазго, которая используется, чтобы оценить, в какой степени нарушено сознание пациента. Пять баллов по данной шкале свидетельствовали о том, что пациент в коме и при этом близок к смерти.

Я поинтересовался, видел ли Джеймс снимки и подключен ли пациент к аппарату для искусственной вентиляции легких.

– Да, – ответил Джеймс.

Я спросил, что он собирается делать. Джеймс был одним из самых опытных ординаторов, и я знал, что ему под силу справиться с этим случаем.

– Нужно немедленно доставить его сюда, – сказал он. – У него незначительная гидроцефалия, так что я бы вставил широкую дренажную трубку, а затем удалил тромб, не трогая АВВП: это потребовало бы гораздо более серьезного вмешательства.

– Тогда за дело. Его еще можно спасти – позаботься, чтобы его поскорее доставили по автостраде. Объясни тамошним врачам, что нет смысла вообще посылать пациента к нам, если только они не сделают это быстро. Очевидно, им придется прибегнуть к волшебной фразе «Срочная перевозка пациента в критическом состоянии», и тогда «Скорая» точно не будет медлить.

– Все уже сделано, – довольно ответил Джеймс.

– Прекрасно! Продолжай в том же духе.

И я спустился по лестнице к себе в кабинет.

Домой я поехал на велосипеде, а по пути заглянул в супермаркет, чтобы прихватить кое-какие продукты. Кэтрин, младшая из двух моих дочерей, приехала погостить на несколько дней и решила приготовить что-нибудь вкусненькое на ужин. Я предложил купить все необходимое. Положив продукты в корзину, я встал в очередь к кассе.

«А вы-то чем сегодня занимались?» – хотелось мне спросить людей, стоявших передо мной. Я злился из-за того, что мне, выдающемуся нейрохирургу, приходится дожидаться своей очереди после триумфального завершения рабочего дня. Но затем я подумал: а ведь единственная причина, по которой моя работа так высоко ценится, – это важность человеческой жизни, в том числе жизней тех, кто стоял передо мной в очереди. Я отчитал себя за некрасивые мысли. Более того, мне пришлось признать, что вскоре я совсем состарюсь и выйду на пенсию, после чего со мной и вовсе перестанут считаться. Имеет смысл постепенно привыкать к этому уже сейчас.

Мои размышления прервал телефонный звонок. Я забеспокоился: а вдруг звонит один из ординаторов, чтобы сказать, что с пациентом, у которого я сегодня вырезал опухоль, проблемы. Но вместо этого я услышал (после того как с трудом ответил на звонок, одновременно пытаясь переложить покупки на транспортер перед кассой) незнакомый голос:

– Вы сегодня дежурный нейрохирург?

Все неотложные вызовы, как правило, принимает дежурный ординатор, так что я ответил с некоторой опаской:

– Да.

– Я один из младших врачей отделения неотложной помощи, – важно произнес голос. – Старший врач сказал позвонить вам по поводу одного пациента. Ваш дежурный ординатор не отвечает на пейджер.

Я разозлился. Если дело срочное, то почему старший врач из «неотложки» не позвонил мне напрямую? Если звонишь коллеге, то нужно же соблюдать хотя бы минимальный этикет!

– Что-то не верится, – буркнул я, подбирая упавшие булочки и мандарины. Они у себя в «неотложке», вероятно, просто хотят поскорее передать нам пациента, чтобы снизить среднее время ожидания. – Я говорил с ним только что, буквально десять минут назад.

Но меня будто не слышали.

– Это мужчина шестидесяти семи лет с обострением хронической... – начал он.

Я перебил его и сказал, чтобы он позвонил Фионе: хотя она и не дежурила сегодня, но, насколько я знал, еще не покинула здание больницы. После этого я выключил телефон, одарив озадаченную кассиршу виноватой улыбкой.

Из супермаркета я вышел встревоженным. Может быть, состояние пациента действительно тяжелое, а Джеймс по какой-то причине не ответил на пейджер. Я позвонил Фионе на мобильный, объяснил ситуацию и добавил, что переживаю: возможно, дело не в том, что персонал «неотложки», как обычно, пытается поскорее избавиться от очередного больного, – а вдруг на этот раз речь и правда идет о серьезном случае?

Фиона перезвонила через полчаса.

– Это просто что-то с чем-то. – Она с трудом сдерживала смех. – Джеймс действительно получил сообщение. Когда я до него дозвонилась, он уже шел в отделение неотложной помощи. Оказалось, что с пациентом все в порядке; ему не шестьдесят семь, а восемьдесят один, они что-то напутали со снимками, которые, как выяснилось, были в норме.

– Чертовы торопыги.

К тому времени как я добрался до дома, пошел дождь. Я переоделся в спортивный костюм и с некоторой неохотой побрел к парку, раскинувшемуся прямо за моим домом. Считается, что физкультура – хорошая профилактика болезни Альцгеймера. Не успел я сделать пару кругов вокруг парка, как телефон снова зазвонил.

– Чтоб тебя! – выругался я, уронив скользкий телефон, который достал из промокшего кармана.

– Это Джеймс. Я не могу остановить кровь, – раздался знакомый голос из трубки, лежащей на грязной земле.

– Что случилось? – спросил я, как только подобрал телефон.

– Я удалил тромб и поместил дренажную трубку, но в полости выделяется слишком много крови.

– Не переживай. Положи туда как можно больше кровоостанавливающей марли и устрой перерыв. Выпей чашечку чая. Ничто не останавливает кровотечение лучше, чем чай. Я загляну через полчаса.

Итак, я закончил пробежку, принял душ и опять поехал в больницу, в этот раз – на машине, потому что лил дождь. Стемнело, дул сильный ветер, а на севере даже выпал снег, хотя уже наступил апрель. Я припарковался на замызганной подземной стоянке для машин из службы доставки. Хотя посторонним здесь парковаться запрещено, ночью я вряд ли кому-нибудь помешал бы, да и до операционной отсюда рукой подать, тогда как официальная парковка куда дальше.

Когда я просунул голову в операционную, Джеймс стоял у края операционного стола и перевязывал голову пациента. Халат Джеймса спереди был измазан кровью, а на полу, прямо под его ногами, образовалась солидная темно-красная лужа. Операция, очевидно, подошла к концу.

– Все в норме? – поинтересовался я.

– Да, все в порядке. Но времени понадобилось немало.

– А ты сходил выпить чаю, чтобы поскорее остановить кровь?

– Ну, не совсем чаю, – ответил он, показав на пластиковую бутылку кока-колы, стоявшую на одном из столов.

– Тогда не стоит удивляться тому, что кровотечение так долго не останавливалось! – пошутил я с наигранным неодобрением в голосе, и вся операционная бригада засмеялась. Люди были довольны: с операцией покончено и можно идти домой. Я же решил проверить пациента с опухолью, которого на ночь положили в реанимацию, – такова стандартная процедура.

В отделении интенсивной терапии неделька выдалась напряженная, и в помещении находилось десять пациентов – все, кроме одного, без сознания. Они лежали на спине, подсоединенные к веренице всевозможных аппаратов с мигающими лампочками и изумрудными дисплеями. За каждым пациентом присматривала своя медсестра, а посреди палаты расположился огромный стол, уставленный компьютерами, за которым устроился многочисленный персонал: кто-то разговаривал по телефону, кто-то работал за компьютером, а кто-то второпях пил кофе, устроив себе перерыв между различными заданиями, которые в отделении реанимации появляются непрерывно.

Мужчина, прооперированный утром, и был тем единственным пациентом, который оставался в сознании. Он сидел на кровати, его лицо по-прежнему было красноватым, однако сам он выглядел бодрым и оживленным.

– Как вы себя чувствуете? – спросил я.

– Прекрасно, – ответил он, устало улыбнувшись.

– Молодец! – По моему убеждению, не только хирургов нужно поздравлять с отлично проделанной работой, но и пациентов – с тем, что они пережили операцию.

– Боюсь, у нас тут почти как на войне, – сказал я, кивнув в сторону остальных пациентов, окруженных последними достижениями прогресса и заботами персонала. Мало кому из них удастся – если удастся хоть кому-нибудь вообще – выжить после перенесенных повреждений головного мозга, чем бы они ни были вызваны.

– Боюсь, сегодня ночью у вас вряд ли получится хорошо поспать.

Он кивнул, и я спустился на парковку в приподнятом расположении духа.

На лобовом стекле машины обнаружилось большое уведомление. «Вам поставили блокиратор», – было сказано в записке. Далее меня обвиняли в халатном отношении, в несоблюдении правил парковки на территории больницы и т. д., а в конце говорилось, что мне следует обратиться в службу безопасности и заплатить солидный штраф.

– Я так больше не могу!

Меня охватили гнев и отчаяние. Я разъяренно метался возле машины и орал на окружающие меня бетонные колонны до тех пор, пока, к собственному глубочайшему удивлению, не обнаружил, что никакого блокиратора ни на одном из колес нет. Перечитав злополучное уведомление, я увидел, что на нем от руки приписано «До следующего раза» с двумя большими восклицательными знаками.

Домой я ехал, разрываясь между злостью и чувством благодарности.

4. Мелодрама

драма с острой интригой и преувеличенной эмоциональностью, как правило, завершающаяся хеппи-эндом

Недавно меня попросили побеседовать со сценаристами, работавшими над телесериалом «Холби Сити». Я добрался до вокзала, расположенного на другом конце Лондона, и сел на поезд Уимблдон – Борхэм Вуд, сойдя с которого направился в хорошо обставленный загородный отель, где, собственно, и должна была состояться встреча. Вокруг огромного стола сидело по меньшей мере человек двадцать. Они спорили о том, нужно ли вымышленной больнице в Холби Сити отделение нейрохирургии, и хотели, чтобы я рассказал, как проводится рядовая операция на мозге. Я проговорил почти час без остановки – для меня это не такая уж и сложная задача. Однако, пожалуй, я слишком много внимания уделил мрачному, трагичному аспекту своей работы.

– Но ведь у вас в запасе обязательно должны быть истории со счастливым концом, которые понравились бы зрителю, – заметил кто-то, и я тут же вспомнил Мелани.

– Что ж, – начал я. – Много лет назад я оперировал женщину, которая должна была вот-вот родить...

В ту среду мне предстояло оперировать трех пациентов: двух женщин с опухолью мозга и молодого человека с грыжей поясничного отдела позвоночника. Первой по расписанию как раз и значилась Мелани – женщина двадцати восьми лет, чье зрение за последние три недели катастрофически ухудшилось. К нам ее перевели во вторник после обеда из акушерского отделения как неотложного пациента (Мелани была на тридцать седьмой неделе беременности). Томография выявила опухоль мозга. Во вторник дежурил я, так что ее направили ко мне. Когда я впервые увидел Мелани, муж вел ее по больничному коридору, положив одну руку ей на плечо (во второй он нес дипломат). Боясь врезаться во что-нибудь, женщина вытянула правую руку перед собой, в то время как левую опустила на живот, словно боялась потерять и ребенка точно так же, как теряла зрение. Я проводил их ко входу в отделение нейрохирургии и сказал, что позже зайду обсудить дальнейшие действия.

Томография выявила менингиому у самого основания мозга (если точнее, то менингиому бугорка турецкого седла, развивающуюся из мозговой оболочки – мембраны, окутывающей головной и спинной мозг человека). Она давила на зрительные нервы в месте, где те отходили от глаз к мозгу. Опухоли этого вида всегда являются доброкачественными и, как правило, растут довольно медленно. Но у некоторых из них имеются рецепторы эстрогена, и в крайне редких случаях во время беременности, когда уровень эстрогена в организме подскакивает, опухоль разрастается невероятно быстро. Случай Мелани, судя по всему, был как раз таким. Опухоль не представляла никакого риска для плода, но если бы мы не удалили ее в срочном порядке, то мать окончательно ослепла бы. Это могло произойти в считанные дни. Операция при подобном диагнозе – процедура относительно стандартная, но если зрение упадет слишком сильно, то не факт, что она поможет его восстановить. Более того, вследствие операции зрение может даже ухудшиться. Так, один из моих пациентов после подобной операции полностью ослеп. Конечно, он был практически слепым еще до нее – но с Мелани была похожая ситуация.

Войдя в палату где-то через час, я увидел, что Мелани сидит на кровати, а рядом стоит медсестра, заполняющая документы, которые положено оформлять при переводе больного из одного отделения в другое. Муж Мелани с выражением безысходности на лице сидел на стуле. Я опустился на край койки, представился и спросил, как все началось.

– Это случилось три недели назад. Я поцарапала машину о ворота нашего гаража, когда возвращалась с курсов для будущих мам. Мне было непонятно, как такое вообще могло произойти, но через три дня я обнаружила, что стала гораздо хуже видеть левым глазом.

Пока она говорила, ее глаза беспокойно двигались, а взгляд оставался расфокусированным, как у всех людей, теряющих зрение.

– С тех пор становилось все хуже и хуже, – добавила она.

– Мне нужно проверить ваше зрение, – сказал я, а затем спросил, видит ли она мое лицо.

– Да. Но расплывчато.

Вытянув вперед руку с загнутыми пальцами, я спросил Мелани, сколько пальцев она видит.

– Не могу сказать наверняка. – В ее голосе сквозило отчаяние. – Я не вижу...

Я сходил к себе в кабинет за офтальмоскопом – специальным фонариком, которым врачи светят пациентам в глаза. Немного повозившись со шкалой офтальмоскопа, я сфокусировал его на сетчатке левого глаза Мелани.

– Смотрите прямо перед собой, – попросил я. – Не смотрите на свет, так как из-за этого ваш зрачок станет меньше.

Поэты говорят, что глаза – зеркало души, но с точки зрения медицины они являются зеркалом мозга: обследование сетчатки дает наглядное представление о состоянии мозга, связанного с ней напрямую. Крошечные кровеносные сосуды глаза довольно-таки точно отражают состояние кровеносных сосудов головного мозга. К моему облегчению, окончание зрительного нерва выглядело относительно здоровым и не было повреждено так же сильно, как кровеносные сосуды сетчатки. А значит, сохранялась вероятность того, что операция не только спасет Мелани от слепоты, но и, возможно, поможет улучшить зрение.

– Выглядит не так уж и плохо, – сказал я, проверив правый глаз.

– Мой ребенок! Что будет с моим ребенком? – спросила Мелани, которую судьба нерожденного малыша явно беспокоила больше, чем собственное зрение.

Я взял ее за руку и заверил, что с ребенком все будет в порядке. Я уже договорился с акушерами – они проведут кесарево сечение и примут роды сразу после того, как я разделюсь с опухолью. Можно будет обойтись без повторной анестезии. Я надеялся, что операция поможет вернуть зрение, однако предупредил, что не могу этого гарантировать. Также я упомянул о вероятности того, что после операции Мелани останется слепой до конца жизни. Все зависело от того, насколько тесно опухоль связана со зрительным нервом, что невозможно выяснить до операции. Одно можно было сказать наверняка (что я и сделал): без операции Мелани точно ослепнет окончательно. Я добавил, что мне не раз попадались пациенты из бедных стран, таких как Украина и Судан, ослепшие из-за подобной опухоли, поскольку лечение не было проведено своевременно. Я попросил пациентку подписать форму информированного согласия. Муж наклонился вперед и помог Мелани справиться с ручкой. Она накарябала что-то неразборчивое.

На следующее утро я провел операцию вместе с Патриком, старшим ординатором, который в то время работал со мной. Операция ожидаемо вызвала всеобщее волнение, и в коридоре перед операционной собралась небольшая армия акушеров, педиатров и медсестер с реанимационными наборами для новорожденных. Врачи и медсестры получают удовольствие от подобных драматических случаев, и утро было наполнено атмосферой праздника. Более того, сама мысль о том, что в мрачной нейрохирургической операционной на свет появится новая жизнь, казалась восхитительной, и вся наша бригада с нетерпением ждала этого события. Единствен-

ное, о чем следовало переживать – в основном только мне и Мелани с мужем, – так это о том, удастся ли сохранить ей зрение или же она навсегда останется слепой.

Мелани доставили в операционную на каталке, муж шел рядом, а ее живот гордо возвышался под больничной простыней, словно небольшая гора. Муж, с трудом сдерживая слезы, поцеловал Мелани перед входом в кабинет для анестезии, после чего одна из медсестер вывела его из операционной. Когда Джудит закончила с общей анестезией, Мелани перевернули набок, после чего Джудит сделала поясничную пункцию с помощью огромной иголки, на которую затем насадила тонкий белый катетер, предназначенный для того, чтобы откачать из головы пациентки всю спинномозговую жидкость. Это позволяет освободить в черепной коробке немного места – пространство шириной в несколько миллиметров, – в котором я мог бы провести операцию.

После того как голова была частично выбрита, мы с Патриком сделали длинный извилистый разрез, идущий на сантиметр ниже линии волос через весь лоб. Плотнo прижимая пальцами кожу с обеих сторон разреза, чтобы остановить кровотечение, мы поместили по краям пластиковые клипсы, пережав расположенные в коже головы кровеносные сосуды. После этого мы сняли скальп со лба Мелани и откинули вниз на лицо, которое уже было обмотано липкой лентой, удерживающей в нужном положении трубку для анестезии. В самом начале операции я сказал Патрику:

– Она молодая и красивая. Нужно позаботиться о том, чтобы шрамы были как можно менее заметны.

Я показал ему, как сделать в черепе одно-единственное трепанационное отверстие там, где его не будет видно, – прямо за орбитой глаза, а после, используя проволочную пилу, названную пилой Джильи в честь ее изобретателя (внешне она сильно напоминает струну для нарезки сыра, только гораздо более качественную; с ее помощью можно сделать куда более тонкий надраз в кости, чем стандартными механическими инструментами), расширить отверстие над правым глазом до нужного размера. Со стороны работа пилой Джильи выглядит зловеще: в процессе брызжет тончайшая струя крови вперемешку с измельченной костью, а сам инструмент издает весьма неприятный скрежет. Но, как я объяснил Патрику, это того стоит, так как позволяет добиться идеального тончайшего надреза.

Когда Патрик срезал небольшой костный лоскут – сантиметра три шириной, не больше, – я ненадолго подменил его и с помощью пневматической дрели отшлифовал внутреннюю часть черепа Мелани. Дно черепной коробки усеяно мелкими бугорками, напоминающими микроскопический горный хребет высотой два-три миллиметра. Подпиливая их, я освобождаю дополнительное пространство под головным мозгом, чтобы потом, когда буду пробираться к опухоли, мне не пришлось отодвигать его слишком далеко от стенок черепа. Я попросил Патрика вскрыть мозговую оболочку ножницами. Поясничный дренаж сделал свою работу: после удаления спинномозговой жидкости твердая серо-голубая мозговая оболочка сжалась и отошла от черепа. Патрик поддел ее хирургическими щипцами и начал прорезать в ней входное отверстие. Патрик был низкорослым, решительным и открытым американцем армянского происхождения.

– Они тупые. Они не режут, а жуют, – сказал он, пытаясь разделаться с мозговой оболочкой. – Дайте другие.

Мария, операционная медсестра, повернулась к тележке и подала другие ножницы, с помощью которых Патрик наконец-то обнажил правую лобную долю мозга, разрезав твердую мозговую оболочку и отогнув ее вверх.

Ученые и сейчас не до конца понимают, какую роль играет правая лобная доля мозга в жизни человека. И действительно, при ее умеренном повреждении люди порой ничуть не страдают, хотя значительное повреждение приводит к ряду нарушений поведения, объединяемых под общим названием «изменение личности». Нечто подобное могло произойти и с Мелани,

но вероятность этого была невелика – с гораздо большей вероятностью мы наградили бы пациентку неизлечимой эпилепсией, если бы повредили поверхность мозга, приподнимая правую лобную долю на несколько миллиметров, чтобы добраться до опухоли. Хорошим знаком было то, что мозг Мелани после поясничного дренажа и шлифования дна черепной коробки выглядел, как говорят нейрохирурги, «провисшим», – и для дальнейшей работы у нас с Патриком имелось предостаточно свободного пространства под поверхностью мозга.

– Условия для операции выглядят прекрасными! – крикнул я Джудит, сидевшей по другую сторону операционного стола перед рядом мониторов, приборов, а также переплетением трубок и проводов, подсоединенных к Мелани. Все, что видят анестезиологи во время операции, – это ступни пациента. Джудит, однако, в данном случае отвечала за жизнь не только Мелани, но и нерожденного малыша, который был под тем же общим наркозом, что и его мать.

– Отлично, – ответила она.

– Принесите микроскоп и дайте Патрику ретрактор, – сказал я.

После того как тяжелый микроскоп был установлен возле головы пациентки, а Патрик уселся в операционное кресло, Мария протянула целую горсть нейрохирургических ретракторов, выставив их веером, словно игральные карты, и он выбрал один из них. Я стоял сбоку, нервно наблюдая через дублирующее плечо микроскопа.

Я сказал Патрику, чтобы он аккуратно разместил ретрактор под лобной долей, одновременно убирая с помощью вакуумного отсоса излишки спинномозговой жидкости. Он медленно приподнял мозг на несколько миллиметров.

Затем я сказал, чтобы он нашел малое крыло клиновидной кости, после чего двигался вдоль него, пока не доберется до переднего клиновидного отростка – это очень важные костные элементы, которые помогают хирургам ориентироваться при выполнении операции под головным мозгом. Патрик осторожно потянул мозг Мелани вверх.

– Это тот самый нерв? – спросил Патрик.

Определенно это был он, причем выглядел нерв ужасно растянутым. Была отчетливо видна массивная зернистая красная опухоль, над которой проходил сильно перекошенный зрительный нерв – бледно-белая полоска шириной в несколько миллиметров.

– Думаю, теперь за дело лучше взяться мне, – произнес я. – Прости, но из-за ребенка и серьезных проблем со зрением эта пациентка явно не годится для тренировок.

– Разумеется, – покорно ответил Патрик и поднялся с операционного кресла, а я сел на его место.

Я быстро разрезал опухоль слева от зрительного нерва. Она оказалась мягкой и легко удалялась отсосом, впрочем, это характерно для большинства опухолей в области турецкого седла. Мне не понадобилось много времени, чтобы изрядно сократить опухоль в объеме с помощью вакуумного отсоса в правой руке и диатермических щипцов в левой. Я постепенно ослаблял давление выщербленной опухоли на зрительный нерв. К счастью, она не была прикреплена к зрительному нерву, и примерно через час кропотливой работы нашему взору предстал потрясающий вид обоих – левого и правого – зрительных нервов, а также места их соединения, называемого хиазмом, или перекрестом. Они выглядели как пара миниатюрных белых брук, истонченных и растянутых из-за теперь уже удаленной опухоли. По обе стороны от нервов можно было увидеть сонные артерии, которые обеспечивают головной мозг большей частью поступающей в него крови, а еще дальше – воронку гипоталамуса, соединяющую гипофиз – важнейшую железу размером с горошину, которая координирует работу всей гормональной системы организма, – с мозгом. Гипофиз расположен в маленькой полости, именуемой турецким седлом, прямо под зрительным нервом, из-за чего опухоль Мелани и получила название менингиомы бугорка турецкого седла.

– Все! Давайте быстренько все зашьем, чтобы акушеры могли сделать кесарево сечение, – объявил я наблюдавшей за процессом аудитории, а Патрику на ухо шепнул, что очень надеюсь на улучшение зрения у пациентки.

Итак, мы с Патриком зашили голову Мелани и предоставили коллегам возможность принять роды. Когда мы покидали операционную, мимо нас прошли педиатры, катившие аппарат искусственной вентиляции легких для новорожденных и другое реанимационное оборудование.

Я отлучился, чтобы выпить чашечку кофе и разобраться у себя в кабинете кое с какими бумагами. Патрик остался в операционной следить за ходом кесарева сечения.

Он позвонил мне приблизительно час спустя. Я сидел за столом, диктуя секретарше письма.

– Все прошло хорошо. Она в реанимации, и ребенок вместе с ней.

– Она видит?

– Еще рано о чем-то говорить. Ее зрачки немного медлительны...

В животе возникло знакомое тянущее чувство страха. То, что зрачки не реагируют должным образом на свет, могло быть лишь временным следствием анестезии. Но точно так же это могло означать, что нервам был нанесен непоправимый ущерб и Мелани окончательно ослепла, пусть даже операция на первый взгляд и прошла хорошо.

– Нам ничего не остается, кроме как надеяться и ждать, – ответил я.

– Следующий пациент уже в операционной, – добавил Патрик. – Приступим?

Я вышел из кабинета и присоединился к нему.

Вторым пациентом в тот день была женщина за пятьдесят со злокачественной глиомой в верхней височной доле – раковой опухолью тканей самого мозга. Я принимал ее неделей ранее в амбулаторном отделении. Пациентка пришла вместе с мужем, и он держал ее за руку, пока она рассказывала, что за последние недели стала рассеянной и забывчивой. Я объяснил, что томография мозга однозначно показала злокачественную опухоль.

– Мой отец умер от злокачественной опухоли мозга, – поделилась она со мной. – Было ужасно наблюдать за тем, как его состояние ухудшается и он постепенно умирает. И я решила, что если это произойдет со мной, то я откажусь от лечения.

– Проблема в том, – сказал я скрепя сердце, – что это произойдет с вами в любом случае. Если мы проведем операцию, то при удачном стечении обстоятельств вы, возможно, получите еще несколько лет полноценной жизни. Но если не делать ничего, то вам останется жить не более нескольких месяцев.

Мой прогноз был скорее всего излишне оптимистичным. Томография показала скверную злокачественную, активно развивающуюся опухоль в доминирующей височной доле головного мозга (доминирующим называют полушарие мозга, которое отвечает за речь). Независимо от моих действий пациентка вряд ли прожила бы дольше нескольких месяцев, однако надежда остается всегда и всегда встречаются люди – к несчастью, незначительное меньшинство, – которые бросают вызов сухой статистике и которым удается прожить еще несколько лет.

Мы сошлись на том, что операцию стоит провести. Основную работу выполнил Патрик, а я выступил в роли ассистента. Операция прошла довольно неплохо, хотя, едва Патрик вскрыл черепную коробку, мы обнаружили, что опухоль существенно разрослась – гораздо сильнее, чем было видно на снимках, сделанных двумя неделями ранее. Мы удалили опухоль настолько, насколько смогли; ситуация осложнялась тем, что ответвления средней мозговой артерии оплетали опухоль. На мой взгляд, мы не нанесли пациентке серьезного вреда, однако особой пользы от нашей работы тоже не было.

– Каков прогноз, босс? – спросил Патрик, зашивая твердую оболочку мозга, пока я срезал свободные концы нити на шве.

– Несколько месяцев, не более. – Я рассказал об отце пациентки, о мыслях, которыми она со мной поделилась, и добавил: – Очень сложно сидеть сложа руки. Однако смерть, знаешь ли, не всегда худший исход, и быстрая смерть может быть куда желательнее, чем медленная.

Патрик ничего не ответил и продолжил молча зашивать мозговую оболочку. Иногда мы с коллегами обсуждаем, что бы мы предприняли, если бы у нас – нейрохирургов, прекрасно отдающих себе отчет в том, насколько мало толку может быть от операции, – обнаружили злокачественную опухоль мозга. Я, как правило, говорю, что надеюсь отыскать в себе достаточно смелости для того, чтобы совершить самоубийство. Но никогда не знаешь наверняка, какое решение примешь, пока не столкнешься с такой ситуацией в реальности.

Когда мы зашивали голову, ничто не предвещало беды. Джудит увезла пациентку в отделение интенсивной терапии, а я уселся писать отчет об операции. Несколько минут спустя Джудит заглянула в операционную.

– Генри, она не приходит в себя, а ее левый зрачок заметно больше правого. Что делать?

Я выругался себе под нос и помчался в реанимацию. В углу палаты я увидел Мелани (у ее кровати стояла детская люлька), но в спешке прошел мимо, чтобы посмотреть на вторую сегодняшнюю пациентку. Одной рукой я аккуратно приподнял ее веки. Левый зрачок был большим и черным – огромным, словно блюдце.

– Лучше бы нам сделать томографию, – бросил я Патрику, который тоже прибежал, услышав новости.

Джудит принялась повторно делать пациентке наркоз и вводить в трахею трубку, чтобы снова подключить к аппарату искусственной вентиляции легких. Я попросил Патрика сообщить рентгенологам, что мы немедленно принесем женщину на томографию, и не обращать внимания на то, чем они там сейчас заняты. Я не собирался ждать санитаров. Патрик подошел к столу и взялся за телефон, а Джудит с медсестрами отсоединила пациентку от контрольной аппаратуры, после чего мы спешно выкатили ее из реанимации и повезли в кабинет с компьютерным томографом. С помощью радиолога мы быстро положили пациентку в томограф. Я вернулся в операторскую, защищенную от рентгеновского излучения свинцовым стеклом.

Снедаемый нетерпением и волнением, я наблюдал, как на мониторе компьютера один за другим мелькают снимки поперечного сечения мозга, постепенно приближаясь к тому месту, где была опухоль. В итоге я увидел сильное кровоизлияние глубоко в тканях мозга – сбоку от прооперированной зоны, хотя и на некотором расстоянии от нее. Стало очевидно, что повторная операция невозможна и женщина обречена на скорую смерть: произошло послеоперационное кровоизлияние в мозг – «редкое, но ожидаемое» осложнение при подобной операции. Я поднял трубку телефона и набрал номер ее мужа:

– Боюсь, у меня для вас плохие новости...

Я ушел в комнату отдыха для хирургов, прилег на диван и уставился в голубое небо за окном. Я ждал, пока придут муж и дочь пациентки.

Спустя час я разговаривал с ними в небольшой приемной отделения интенсивной терапии. Обнявшись, они горько плакали, а я – все еще в операционном халате – печально смотрел на эту картину.

Поскольку женщина вот-вот должна была умереть, медсестры перевезли ее в смежную палату, где она и лежала в одиночестве. Я привел мужа и дочь попрощаться с ней. Они присели возле кровати. Пациентка – в повязке через голову, из-под которой виднелись окровавленные волосы, – была без сознания. Рядом медленно вздыхал прибор искусственной вентиляции легких, поддерживающий в ней жизнь.

– Вы уверены, что она нас не слышит? – спросила меня ее дочь.

Я объяснил, что пациентка в глубокой коме, но даже если бы она и могла что-нибудь услышать, то все равно ничего бы не поняла: кровоизлияние затронуло как раз ту часть мозга, которая отвечала за речь.

– А она должна оставаться в больнице? Нельзя ли нам забрать ее домой?

Я сказал, что вряд ли она переживет следующие двадцать четыре часа. Ее мозг умрет, после чего аппарат искусственной вентиляции легких отключат.

– Ее у нас отняли! Это произошло так внезапно. Мы собирались столько всего сделать за то время, что у нас оставалось, помнишь? – воскликнул в отчаянии муж пациентки, повернувшись к дочери. – Мы не были к такому готовы...

Произнося эти слова, он не отпускал руку дочери.

– Я доверился вам, – обратился он ко мне, – и по-прежнему вам доверяю. Вы уверены, что она не очнется? Что, если она придет в себя, а нас не будет рядом? Она испугается, хотя и твердила всю последнюю неделю, что не хочет стать для нас непосильной ношей.

– Но ведь человека продолжаешь любить, что бы ни случилось, – ответил я, и он снова разразился рыданиями.

Мы побеседовали еще какое-то время. В конце концов я повернулся к двери, сказав, что мне придется уйти, иначе я и сам расплачусь. Муж и дочь пациентки улыбнулись сквозь слезы. Уходя, я думал о том, что исполнил, пусть и неумышленно, желание этой женщины, которая стремилась избежать ужасной, мучительной смерти, постигшей ее отца.

Вернувшись в операционную, я обнаружил, что Патрик не может остановить кровотечение, после того как была удалена межпозвоночная грыжа у нашего третьего, и последнего на тот день, пациента. Я полусуто обругал его, а затем вымыл руки и быстро справился с кровотечением. Мы зашили разрез, и я пошел в отделение интенсивной терапии, чтобы проведать Мелани. Она мирно спала, а ее новорожденный сын спал в люльке рядом с ней.

Карта наблюдения за пациентом гласила, что зрачки Мелани стали реагировать на свет, а ухаживавшая за ней медсестра сообщила, что с пациенткой все в порядке. Возле люльки стояло несколько радостных медсестер, с умилением рассматривавших малыша.

Ко мне подбежал муж Мелани, почти обезумевший от счастья.

– Она снова видит! Вы сотворили чудо, доктор Марш! Она проснулась после операции и смогла разглядеть малыша! Она сказала, что видит почти нормально. И с нашим сынишкой все в порядке! Мы безмерно вам благодарны!

«Ну и денек, – думал я по дороге домой. – Ну и денек».

Когда я рассказывал об этом случае – о котором к тому времени почти позабыл – сценаристам «Холби Сити», собравшимся вокруг стола в гостинице, они то и дело охали от восхищения и изумления. Впрочем, я так и не узнал, использовали они историю Мелани в сериале или нет.

5. Невралгия тройничного нерва

заболевание, характеризующееся сильными болями, которые обычно возникают с одной стороны лица в зонах иннервации тройничного нерва

Однажды, вскрыв черепную коробку пациентки и разрезав мозговую оболочку, я, к собственному ужасу, обнаружил, что ее мозг покрыт темно-красной кровавой пленкой, которой здесь быть не должно. Это с высокой долей вероятности свидетельствовало о том, что во время операции что-то пошло не так. Свет от утратившей прежнее яркость старой операционной лампы казался слишком тусклым, и я с трудом мог разглядеть, что делаю. Возможные последствия были настолько ужасными, что ни мне, ни моему коллеге даже думать о них не хотелось. Я отчаянно боролся с нарастающей паникой.

Я оперировал женщину, которая страдала от болей в лице, вызванных невралгией тройничного нерва (она также известна как тригеминальная невралгия), хотя ее лечащий врач и считал это заболевание неоперабельным. Телевизионщики снимали ход операции на камеру, чтобы подготовить сюжет для выпуска национальных новостей. Кроме того, присутствовало множество врачей и медсестер, которые, словно боги с небес, наблюдали за моими действиями через прозрачные панели большого стеклянного купола, возведенного прямо над операционным столом. Многие панели сводчатого потолка разбились или потрескались, а из окон операционной, выходящих на улицу, можно было увидеть снег, падающий на сломанную технику и заброшенные здания. Во время моих операций часто присутствуют зрители, и я терпеть не могу, когда что-то идет не по плану. Однако на этот раз все было во много раз хуже. Я был вынужден излучать холодное спокойствие уверенного в своих действиях нейрохирурга, что сильно расходилось с моими истинными ощущениями.

Дело было в 1995 году на Украине. Находясь в двух тысячах миль от дома, я без какого-либо официального разрешения – а возможно, и вовсе нелегально – проводил на мозге бедной женщины операцию, которую никогда прежде не проводили в этой стране, с помощью подержанного оборудования, которое я сам же и привез из Лондона несколькими днями ранее. Мне ассистировал малоизвестный молодой врач, якобы больной шизофренией, о чем главный специалист по нейрохирургии, работавший в данной больнице, сообщил в интервью Всемирной службе Би-би-си. Мало того что я не получил за операцию ни копейки, так мне еще и самому пришлось изрядно раскошелиться.

Пытаясь унять дрожь в руках, я бормотал себе под нос: «Да какого черта я вообще тут делаю? Неужели это было так необходимо?»

В первый раз я побывал в Киеве за четыре года до того, зимой 1992-го, причем получилось это почти случайно. Я работал консультирующим врачом уже пять лет, и в пациентах у меня недостатка не было. После распада Советского Союза прошло несколько месяцев. И вот один английский предприниматель, рассчитывавший продать на Украине кое-какое медицинское оборудование, позвонил в больницу, в которой я числился, чтобы найти нейрохирурга, согласившегося бы сопровождать его во время поездки в Киев. В Киеве располагалась известная нейрохирургическая больница, и он планировал взять с собой нескольких британских нейрохирургов, чтобы те прочли серию лекций о современных операциях на головном мозге и о необходимом для их проведения оборудовании. Телефонистку слегка озадачил подобный запрос, и она переключила звонок на Гейл, мою секретаршу, которая имела заслуженную репу-

тацию человека, способного разобраться практически с любой проблемой. Я сидел у себя в кабинете, когда ее голова показалась в дверном проеме.

– Хотите поехать на Украину в следующий четверг?

– Конечно, нет. У меня слишком много дел, а в четверг еще и клиника.

– Да ладно вам, поезжайте. Вы всегда говорили, что интересуетесь Россией, а сами никогда там не были.

Обычно Гейл больше всех злилась, если я отменял прием амбулаторных больных, ведь это ей потом приходилось отвечать на многочисленные звонки от огорченных, а порой и обозленных пациентов, и назначать им новую дату приема. Так что мне следовало отнестись к ее совету внимательно.

Итак, вместе с двумя коллегами я отправился на независимую отныне Украину. До развала Советского Союза она никогда не являлась отдельным государством, поэтому сложно было понять, что в данном случае подразумевалось под независимостью. Очевидно было одно: страна пребывала в полнейшем хаосе, а ее экономика оказалась на грани коллапса. Заводы позакрывались, многие люди остались без работы. Условия в больницах, которые я посетил, напоминали кошмарный сон.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.