

М.М. КИРИЛЛОВ



**ВРАЧЕБНЫЕ
УРОКИ**

РАССКАЗЫ

Михаил Кириллов

Врачебные уроки (сборник)

«Нордмедиздат»

2009

УДК 616.1./9: 614. 25(0)
ББК 51

Кириллов М. М.

Врачебные уроки (сборник) / М. М. Кириллов — «Нордмедиздат»,
2009

ISBN 978-5-457-90174-2

Сборник рассказов о врачебной деонтологии, о жизни и деятельности врача, о его месте среди людей. Рассказы – воспоминания основаны на реальных событиях в жизни автора. В основном они относятся к периоду его профессиональной врачебной молодости, к годам службы в войсках. Длительное время они использовались им как устный педагогический материал в преподавании терапии и военно-полевой терапии и хранились в виде коротких записей, не позволявших их забыть. В наше время врачебная нравственная культура, как и культура вообще, падает, во многом вытесняясь денежными отношениями. Видеть это, невыносимо тяжело. Поэтому среди рассказов нет рубрики – врач-делец, врач-бизнесмен, хотя таких примеров сейчас пруд пруди. Западнические влияния разрушают человеческий статус врача, превращая его в элемент рыночной структуры. Сборник рассказов – не только констатация прошлого опыта, но и протест против его современной деформации. Для терапевтов, врачей общей практики, особенно врачей войсковых

УДК 616.1./9: 614. 25(0)
ББК 51

ISBN 978-5-457-90174-2

© Кириллов М. М., 2009
© Нордмедиздат, 2009

Содержание

Предисловие	6
Первый больной	7
Врач и его соседи	9
Врач, его коллеги и учителя	11
Врач – труженик	14
Конец ознакомительного фрагмента.	16

Михаил Кириллов

Врачебные уроки (Рассказы)

Сведения об авторе: Кириллов Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, профессор Саратовского военно-медицинского института, Заслуженный врач России

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры терапии Саратовского военно-медицинского института В.К. Парфенюк;

Доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры психофизиологии Саратовского военно-медицинского института Д.А.Тимофеев;

Доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой терапии усовершенствования врачей ММА им. И.М.Сеченова Т.А.Федорова

Предисловие

Предлагаемый читателю сборник рассказов – воспоминаний автобиографичен. В его основе многолетние наблюдения и раздумья автора, более 55 лет врачебного труда. Здесь и опыт войскового врача, и опыт клинической школы, опыт работы в госпитальном звене военно-медицинской службы, в клиниках, в горячих точках. Наиболее важную часть воспоминаний автора составляют его наблюдения, относящиеся к врачебной молодости. Сборник рассказов – последовательное и целенаправленное изложение врачебных уроков, своеобразная врачебная деонтология. В силу этого материалы сборника невольно носят назидательный характер.

Содержание рассказов представляет собой протест против искажений, которые вносит в последние годы в нравственную структуру врачевания рыночная система отношений между людьми, когда служение превращается в обслуживание.

Автор является последовательным интернационалистом.

Воспоминания, положенные в основу рассказов, много лет использовались в устной педагогической деятельности автора и прошли испытание временем и восприятием учеников.

Шестнадцать рассказов это шестнадцать страничек опыта врача и педагога. Они вносят необходимую и полезную преемственность в процесс профессионального воспитания современных врачей.

Профессор М.М.Кириллов

Первый больной

«Главное – смотреть!».
(Гиппократ)

*«Врач – весь видение, весь – слух
и весь – мышление».*
(Ксенофан. Китай, 500 лет до н. э.)

«Только думающие глаза способны видеть»
(А.Микулин, 1960-е годы)

*«Видеть больного, а не учиться
по абстрактным моделям болезни».*
(Е.М.Тареев)

После окончания Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в 1956 г. я прибыл в г. Рязань младшим врачом парашютно-десантного полка. Это было в начале августа. В кабинете старшего врача собрались офицеры медицинской и парашютно-десантной службы. В жизни полка стояло затишье: отпускное время.

Я, как положено, доложил старшему врачу о своем прибытии, ответил на вопросы, попросил дня три на устройство семьи, получил добро и уже собирался уходить, как меня спросили: «Водку пьешь?». Я немного растерялся, но ответил: «Не пью». Мне тихо, но уверенно было сказано: «Будешь пить». С этим напутствием я вышел из медпункта. Во дворе меня ждала моя 19-тилетняя жена с дочкой на руках.

Позже я понял, что перспектива с употреблением водки была вызвана необходимостью: многочасовые дежурства на прыжках в промокших валенках на аэродромном поле, открытом всем ветрам, требовали согревания. В этих случаях алюминиевая кружка с аптечным спиртом шла по кругу, и это позволяло сохранить здоровье. Алкоголиков среди врачей полка не было.

Полагалось представиться и командиру полка. Сел перед дверью его кабинета в штабе, ожидая своей очереди. Меня предупредили, что командир очень строг, даже суров. Якобы были случаи, когда в гневе он кулаком пробивал крышку письменного стола. Что мне было делать? Нельзя же было не идти. Постучал в дверь, вошел. Передо мной за столом, заваленном бумагами, сидел крепко сложенный полковник, в кителе, с волосами, подстриженными бобриком. Когда он поднял на меня глаза, я бодро, как учили, доложил, что такой-то прибыл для прохождения службы и т. д. Был я тогда 55-ти кг весом, не могучего телосложения. Лейтенантские погоны подчеркивали мою очевидную молодость. Командир хмуро посмотрел на меня и негромко, но требовательно спросил: «Прыгать хочешь?» (имелось в виду с парашютом). Дело в том, что врач, которого я сменял по должности, отказывался прыгать, ссылаясь на разные болезни. Это продолжалось долго, и для командования вопрос стоял весьма остро. Я, помедлив, ответил: «Нет». Брови у полковника поднялись, кулаки сжались, и он стал подниматься над столом. Я, выждав трехсекундную паузу (по Станиславскому), продолжил: «Не хочу, но буду, если надо». Командир грузно опустился на стул и облегченно сказал: «Ну, правильно: какой дурак хочет! А прыгать-то кому-то надо!» И, посмотрев на меня внимательно, он продолжил: «Молодец! Как это ты ловко завернул: не хочу, но буду. Это нам подходит! Иди, служи!» И я пошел в медпункт, как выяснилось, на 7 лет.

Так началась моя войсковая служба. А дней через десять я уже проводил свой первый самостоятельный амбулаторный прием.

В медпункте, размещенном в бараке, были большая и светлая амбулатория, покрашенная белилами, лазарет на 20 коек, небольшая перевязочная-операционная, зубоврачебный кабинет, аптека, комната для личного состава и кабинет старшего врача.

Для приема было отведено время с 17 до 19 часов (до ужина в столовой). Я пришел пораньше, надел халат, привел в порядок стол и медицинские книжки тех, кто записался на прием. Мне помогал санинструктор. Ровно в 17.00 я подошел к двери, чтобы пригласить первого больного на прием, но дверь в прихожую не открывалась. С большим трудом я вместе с моим помощником дверь открыли и увидели за ней шеренгу гренадеров, каждый из которых норовил пройти первым. Я сказал, что всех сразу принять не смогу, что им нужно подождать... Пока я говорил, между ними протиснулся щупленький солдатик и тут же уселся на кушетке. Вопрос решился сам собой, дверь захлопнулась.

Я сел за письменный стол и, глядя на больного, спросил: «Как вы себя чувствуете?» Эту фразу я заготовил заранее, полагая, что когда-то также принимал своего первого больного и С.П.Боткин.

Своим телосложением больной мой напоминал ребенка, одетого в гимнастерку не по размеру. Мне казалось, что когда я смотрел на него, он становился еще меньше ростом, приобретал жалобный, болезненный вид и как бы умирал... Фамилия его была Ребенок, он был украинец. Я повторил вопрос о его жалобах. Он, остренько взглянув на меня и тут же сникнув, быстро проговорил: «Голова, в грудях, колено». Я ахнул! Ничего себе, первый больной и по меньшей мере коллагеноз. Полисистемность поражения, похудание, астения были налицо.

Я внимательно осмотрел его, прощупал точки выхода тройничного нерва (патологии не было), прослушал сердце и легкие (чистейшие тоны и везикулярное, почти пуэрильное, детское, дыхание). Давление составило 115 на 70 мм рт. ст. Я измерил сантиметром оба коленных сустава. Суставы были худенькие и не отличались друг от друга ни на миллиметр.

Было очевидно абсолютное здоровье моего «больного». Я сел за стол и сказал ему, что в настоящее время он здоров, но что я готов, если ему станет хуже, вновь принять его. Он посмотрел на меня благодарно, перестал «умирать» и вышел за дверь.

Позже один за другим в кабинет врывались стеничные гренадеры, прося у меня или требуя каких-то справок, допусков или освобождений. Ясно было, что здоровью их ничто не угрожает... А уже потом пошли действительно больные: с ангиной, бронхитом, поносом. Часть из обратившихся пришлось положить в стационар. Постепенно я понял, что настоящие больные всегда сидят в тени, они ослаблены, астеничны, у них нет сил расталкивать других, чтобы первыми показаться врачу. А подлинная работа связана именно с ними. Среди массы пришедших на прием их нужно уметь видеть.

Месяца три спустя, где-то на дежурстве, ко мне подошел мой первый «больной» и, попросив прощения, признался, что приходил тогда на прием, просто желая познакомиться с новым доктором, приехавшим из Ленинграда. «В армейской жизни одни будни, скучно». Я сказал ему, что не в обиде, и если заболит, пусть приходит. Но когда он как-то действительно приболел, мне было с ним очень легко: ведь я знал его как собственного ребенка, от темечка до пяточек. И здесь я сделал важный вывод: никогда не жалеть времени при первом знакомстве с больным, даже если оказывается, что он здоров. При повторных обращениях всякий раз экономишь во времени и в объеме осмотра. Если цоколь здания надежен, этажам ничто не грозит.

Врач и его соседи

*«Никогда не отзывайся дурно о других врачах,
ибо каждый имеет свой счастливый
и несчастный час. Пусть прославляют
тебя дела твои, а не язык».*

(Исаак Эль Израили. 9 век н. э., Арабский Восток)

«Не болезнь принимает лекарства, а больной».
(Гиппократ. 460–377 гг. до н. э.)

*«Есть больные, которым нельзя помочь,
но нет таких, которым нельзя навредить».*
(Ламберт, 1978)

Рязанский полк. 1959 год. Жили мы тогда в двухэтажном кирпичном доме в Дашках – на окраине города, в 10-тиметровой комнате на первом этаже. Дом построили солдаты, как говорится, «хапспособом».

Медпункт был в 15-ти минутах ходьбы. Работы было много: парашютно-десантный полк насчитывал 2 тысячи человек личного состава. Это был тот самый полк, который участвовал в парадах в Москве, на Красной площади. Амбулаторные приемы по 50 больных за вечер, работа в лазарете, обеспечение парашютных прыжков и участие в них вместе с личным составом медпункта, дежурства, стрельбы, учения. С утра до позднего вечера на работе. Нужно было быть 25 лет отроду, чтобы справляться с такой нагрузкой. Вечером возвращался домой уже никакой.

А в городке жили семьи военнослужащих: детишки, жены, бабушки. Бывало так: только вернешься со службы, сапоги стащишь с ног, как в дверь звонят. Вваливается командир роты, вернувшийся из казармы. Пришел домой, а там больная жена: температура под 40, горло болит, дети брошены. Просит подойти посмотреть. Проклиная его, надеваешь сапоги и тащишься к нему через двор. Действительно: жена проглотить слюну не может, горит вся, в горле у нее – словно красный бархат, пробитый белыми звездочками. Фолликулярная ангина. Ну что можно сделать, когда уже 11 вечера? Не торопясь, осмотрев больную, успокоишь ее. Чем острее начало и ярче клиника, тем лучше прогноз. Назначишь таблетки оксиметилпенициллина (тогда это было все равно, что нынче какой-нибудь цефалоспорин), заставишь проглотить, раздавив, полграмма аспирина, соорудишь компресс на горло, организуешь теплое полоскание с марганцовкой, и даже эта, не ахти какая, но деятельная забота устраняет панику и успокаивает семью. Все это время маленькие ребятишки из своих кроваток как котята внимательно смотрят на происходящее. А как же: мама заболела! В 12 ночи ты уже дома, можно и поесть чего-нибудь. И спать. А утром нужно обязательно забежать к ротному, и убедившись, что жене его стало несомненно лучше, так как жар прошел и горло стало помягче, посоветовать вызвать участкового врача для дальнейшего, планового, лечения. И только потом можно топтать в медпункт. Подобные случаи происходили часто и оттого все жители городка, старенькие и маленькие, знали, что я – доктор.

Вспоминается и другой случай. Как-то летом ко мне обратилась бабушка из нашего подъезда. Она была обеспокоена тем, что ее двухлетняя внучка уже двое суток спит. Девочка, по словам бабушки, кашляла, и врач батальона, осмотрев ребенка, назначил, наряду с другими лекарствами, таблетки кодеина – по одной три раза в день. Бабушка эти таблетки добросовестно давала своей внучке два дня подряд. К концу второго дня ребенок действительно перестал кашлять, но стал сонливым и, наконец, заснул совсем.

Я осмотрел малышку. Она выглядела здоровенькой, в легких выслушивалось везикулярное дыхание совершенно без хрипов. Животик был мягкий, температуры не было. Спящий ангел! Мне стало ясно, что сон – результат передозировки кодеина, обладающего, как известно, наркотическим действием. Врачом была назначена взрослая доза препарата. Так батальонный врач лечил кашель у солдат-десантников. Он не знал или забыл детские дозы лекарств. В сущности, произошла врачебная терапевтическая ошибка, хотя и неумышленная. Батальонный врач в обычной жизни был хороший парень, смелый парашютист, но вот так ошибся. Бабушке я всего этого, конечно, не рассказал. Правильнее было бы, конечно, вызвать бригаду скорой медицинской помощи, но я поступил иначе – велел больше это лекарство ребенку не давать и заверил, что к вечеру девочка начнет просыпаться и кашлять больше не будет. Заглянув к ним вечером, убедился, что девочка проснулась и чувствует себя хорошо. Михаилу (так звали доктора) я конечно «врезал».

Этими примерами я хотел подчеркнуть нестандартность врачебных обязанностей врача вообще и войскового, в частности, и, прежде всего, безотказность.

Вспомнились слова В.Гюго из романа «Отверженные»: «Если у священника двери дома должны быть всегда открыты, то у врача они никогда не должны запираются».

Врач, его коллеги и учителя

*«Мы знаем, что возможности
наши ограничены, но не знаем,
где эта граница, и не замечаем,
как наше высокомерие берет
верх над скромностью, а это
самое ужасное».*

(Lipp, 1986)

*«Интеллигентный человек —
это такой человек, который
ощущает потребность
воздать Учителю, когда тот ему
уже ничем не может помочь».*

(А.Я. Губергриц о Н.Д. Стражеско)

*«Наша мысль сбивается с верного пути,
потому что соскальзывается в колею,
накатанную одним-двумя известными
нам случаями.»*

(Ослер)

Это очень объемная тема. Практически равная всей жизни. Профессиональная среда. Врачебный «цех». Наши учителя. Здесь о многом можно рассказать.

Труд врача почти всегда индивидуален, но врач — не индивидуалист. Он вынужден и должен приобщаться к опыту других и предлагать другим свой опыт. Но при этом он не должен навязывать себя коллегам, не должен вставать в позу судьи, если его об этом не просят.

Здесь ценны разные стороны взаимоотношений. Это солидарность, которую нужно пронести через всю жизнь. Это память и ответственность перед Школой, перед своими учителями, следование их советам и тогда, когда их уже нет. Это корпоративность в хорошем смысле слова, врачебная поддержка, умение принять совет коллеги, признать свои ошибки (цена ошибки врача очень велика!). И, вместе с тем, принципиальность в отстаивании своих суждений (но не во вред больному).

Это и проблема врачебного цинизма, борьбы с черствостью и непогрешимостью, неприятия профессионального апломба. Хрестоматийно это история чеховского Ионыча. Когда появляется апломб, исчезает интеллигентность. Всякий искусственный пьедестал отвратителен. В среде врачей не должно быть место кляузникам, пьяницам, развратникам и ворам.

В полку у нас служил врачом батальона Олег К. Все шло нормально, только стали мы замечать, что наркотики, которые брались им на дежурства по обеспечению прыжков, обязательно расходовались, тогда как травм на площадке приземления не было. Возникли подозрения.

Однажды он был дежурным врачом по части. Принял больного с высокой температурой и тяжелой одышкой. Обследование выявило пневмонию. Было уже очень поздно, и врач оставил его в медпункте до утра. Глубокой ночью у больного развился бред, он стал метаться, а затем вдруг с криком, что за ним гонятся, в нижнем белье вскочил и, пробежав по спящим в палате, «рыбкой» нырнул в окно и, разбив стекла в рамах, окровавленный, выскочил в глубокий сугроб. Врач был неадекватен, долго не мог проснуться. Санинструктор,

видя это, самостоятельно доложил о случившемся дежурному по части и, подняв на ноги личный состав медпункта, организовал погоню за беглецом. А тот, гонимый бредом преследования, выбежал босиком на проходившее рядом с частью железнодорожное полотно и с невероятной энергией без остановки пробежал 15 километров по заснеженным шпалам и только тогда, обессиленный, свалился в кювет. Там его и нашли посланные за ним санитары, догонявшие его, ориентируясь по кровавым следам на снегу. Больного на руках, завернутого в одеяло, принесли в часть и отправили в госпиталь. Как ни странно, все обошлось.

А мы, врачи части, на следующий день собрались у старшего врача и пригласили Олега, не предупредив его о целях совещания. Деликатно, стараясь не обидеть, прямо сказали ему, что мы знаем и можем доказать, что он наркоман и что отказываться бессмысленно. Он весь побелел, но признался в этой своей беде. Его отстранили от всего, что могло быть связано с наркотиками, от дежурств и через какое-то время он был уволен из Вооруженных Сил.

Жаль, но такое бывает, тем более сейчас, когда проблема наркомании стала еще более актуальной, в том числе и в армии..

Во врачебных коллективах, особенно на кафедрах, где формируются Школы, возникают лидеры, Учителя. Это происходит не часто, но всегда уникально. Мне повезло в жизни на учителей. Я написал и опубликовал целые книги о них. Это относится, прежде всего, к профессору Евгению Владиславовичу Гембицкому.

Привожу отрывок из одной из них¹.

«1964 г. Я клинический ординатор кафедры в Академии. Клиника – такое место, где взаимное обогащение опытом обычно неизбежно. Я вел больного, 32-х лет, очень тяжелого, с выраженной сердечной недостаточностью, с плотными белыми отеками – такими, что по ногам его из пор сочилась жидкость, так, что ее можно было собирать в пробирку. Считалось, что он болен ревматизмом с комбинированным поражением митрального клапана. Его не раз смотрел со мной и Евгений Владиславович. Дело шло к развязке: нарастали явления сердечной астмы, и применяемые препараты эффекта не давали. В один из обходов Евгений Владиславович высказал предположение, что на фоне ревматизма у больного, по-видимому, развился амилоидоз, что и объясняло крайнюю выраженность отечного синдрома.

Больной умер. Когда я направился на секцию, Е.В. попросил меня специально напомнить прозектору о необходимости исследования на амилоидоз. На вскрытии был выявлен жесточайший стеноз митрального клапана, расширение левого предсердия и правых отделов сердца, большая печень, асцит, отеки... Диагноз порока сердца был подтвержден, и я поднялся в отделение. Прислонившись к стене в коридоре, стоял Е.В., окруженный слушателями. Я бодро доложил ему о результатах вскрытия. Он внимательно выслушал и очень серьезно и тихо спросил: «А для исследования на амилоидоз взяты ткани?». К моему ужасу я должен был сознаться, что забыл сказать об этом прозектору, тем более, что у нее и сомнений в диагнозе не было. Он как-то по – особому, как бы изучая, огорченно посмотрел на меня и, отодвинувшись от стены, медленно пошел прочь, не сказав ни слова.

Опомнившись, я быстро вернулся в прозекторскую. Труп еще лежал на столе. Я упрямился патологоанатома вернуться к исследованию и взять соответствующие образцы тканей.

Последующие 2–3 дня я избегал встреч с Гембицким. Вскоре стало известно, что гистология подтвердила признаки амилоидного перерождения не только в обычных для этого органах, но и в необычных, в том числе в створках митрального клапана. Нафаршированные амилоидными глыбками створки клапана симулировали порок сердца, создавая условия для развития сердечной недостаточности. А данных за ревматизм не было.

¹ М.М.Кириллов. Учитель и его время. Саратов, 2000, 2005.

Я рассказал об этом Е.В. Он, как будто между нами ничего не произошло, тут же поделился своим предположением о первичном характере амилоидоза – редкой разновидности этого заболевания.

Он поручил мне доложить об этом редчайшем наблюдении на заседании Ленинградского терапевтического общества, а позже направить его описание в журнал «Кардиология». Все это было выполнено, но на мои просьбы к нему выступить соавтором этих сообщений следовал неизменный отказ. Лишь с годами мне стало ясно: он был Учителем, а для настоящего Учителя интересы ученика всегда выше собственных, и он учил меня этой щедрости впрок.»

Я думаю, мало помнить Учителя, нужно следовать ему.

Врач – труженик

*«Прежде было распространено мнение,
что дисциплина нужна для того,
чтобы заставить человека работать.
Это мнение неправильно. Если это так,
то такого человека надо гнать. Дисциплина нужна, чтобы люди
согласованно работали».*

(А.П.Капица)

Профессиональная выносливость вырабатывается постепенно, это дается временем. Поначалу нет концентрации и умения доводить начатое дело до конца. Конкретных примеров много и ими не удивишь, но все-таки воспоминания напрашиваются.

1958 год, все тот же рязанский парашютно-десантный полк. Вся моя врачебная молодость связана с этим военным коллективом. А на этот год пришлась тяжелейшая эпидемия гриппа. Личный состав воинской части заболел позже населения города, но от контактов не убежишь. Быстро возросла плотность амбулаторных приемов, в том числе и в батальонных медицинских пунктах. В основном шли гриппозные. Как будто языки пламени охватывали подразделения. Через 3–5 дней роты просто выкосило.

Вначале лазарет развернули на 40 коек (вместо 20), и койки стояли в холлах и проходах. Позже клуб превратили в лечебницу и больных размещали в зале и на сцене. Это не спасало, пришлось класть в казармах на двухъярусных койках, отгораживая еще здоровых. Одновременно в полку лежало до 600 человек из 2000. Болели и офицеры, лечась дома. Боевой полк стал практически небоеспособным. Личный состав медицинской службы был распределен по «отделениям» таким образом возникшего нештатного инфекционного госпиталя. Руководили им старший врач В.М.Головин и начальник медпункта Г.А.Гвоздев.

Из 600 госпитализированных до 100 одновременно были тяжелыми или крайне-тяжелыми. Крайнюю тяжесть состояния определяли интоксикационный синдром, температура тела устойчиво более высокая, чем 39,0 – 40,0 градусов. Среди них встречались и больные с подозрением на пневмонию. Особенно важно было среди всей массы людей не пропустить этих больных. Они нуждались в антибиотикотерапии, были наиболее тяжелы и их отправляли в госпиталь, который тоже был переполнен.

Одна термометрия чего стояла (градусники из НЗ приходилось доставать). Осмотр требовал много времени. Работали одновременно 7 врачей. В помещениях было душно, на дворе стояли ноябрьские холода, и проветривать было непросто. Больные метались в жару, лица их были красными, потными, донимали тяжелые головные боли, боли в глазных яблоках, жажда. Поразительно, но врачи не заболели. Больных нужно было кормить. С этой целью из столовой солдаты приносили ведрами щи, каши и чай. К раздаче и уходу привлекались те из больных, кто чувствовал себя полегче. Тоже относилось и к раздаче таблеток. Инъекции делали санинструктора, Особенно тяжелыми были дежурства, и окончив их, врачи оставались на месте до вечера следующего дня. Все валились с ног.

К 10–12 дню массовость поступления больных ослабела, и постепенно стали освобождаться койки в казармах, позже опустел клуб, но еще довольно долго оставался переполненным лазарет. К концу эпидемии стали чаще выявляться осложнения гриппа: пневмонии, бронхиты, синуситы, астенические состояния. Это требовало дополнительных исследований, привлечения консультантов и даже госпитализации. Летальных исходов не было.

Несмотря на массовость и тяжесть течения эпидемия длительного и существенного ущерба боевой части не нанесла. Сыграла роль не только хорошая организация работы мед-

персонала и всего командного состава полка, но и состояние здоровья людей до вспышки гриппа, хорошее питание личного состава, характерное для советской армии того времени.

Гриппозные эпидемии, также как изнурительные амбулаторные приемы, были школой профессиональной выносливости, когда учишься работать ровно, спокойно, в бригаде, скрывая усталость, все время держа в фокусе тяжелых больных. Я тогда усвоил: если больной в фокусе внимания, значит все в порядке.

Приведу и иного рода воспоминание

Как-то в медпункт (дело было летом) зашли старший врач, бывший командир дивизии отставной генерал, который любил заходить в полк, и командир полка. Он заметно прихрамывал. Старший врач прошептал мне: «У командира вросший ноготь, мучается, нужно удалить, приготовь все». Я пытался сказать, что я – терапевт и никогда раньше не удалял вросший ноготь, но объяснения не принимались. Пришлось идти в перевязочную. Ее светлая половина располагалась за занавеской. Там стоял и «операционный» стол походного образца. Пока мы с санинструктором кипятили шприцы, готовили перевязочный материал, в темной половине перевязочной за столом собрались пришедшие гости и фельдшер – зав. аптекой. На столе стоял большой граненый флакон с аптечным спиртом, графин с водой, тарелка соленых огурцов и нарезанный хлеб. Время было до обеда и больше ничего раздобыть не смогли. Гости шумели в ожидании операции.

Я пригласил больного в операционную, наступила тишина, прерванная тостом: «Выпьем за удаление ногтя!» Все выпили. Принял дозу и командир и уж потом лег на операционный стол. Ноги его свисали: стол был короткий. Вся конструкция скрипела, и я больше всего боялся, что она рухнет под тяжестью оперируемого.

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.