

УДК 616.8
ББК 56.13
М30

Henry Marsh

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

© Henry Marsh 2014. All rights reserved.

Под рецензией А. Звонкова

Марш, Генри.

М30 Не навреди: истории о жизни, смерти и нейрохирургии / Генри Марш ; [пер. с англ. И. Чорного]. – Москва : Эксмо, 2019. – 384 с. – (Книги, с которыми по пути. Бестселлер в кармане).

ISBN 978-5-04-100571-9

Совершая ошибки или сталкиваясь с чужими, мы успокаиваем себя фразой «Человеку свойственно ошибаться». Но утешает ли она того, кто стал жертвой чужой некомпетентности? И утешает ли она врача, который не смог помочь?

Нам хочется верить, что врач непогрешим на своем рабочем месте. В операционной всемогущ, никогда не устает и не чувствует себя плохо, не раздражается и не отвлекается на посторонние мысли. Но каково это на самом деле – быть нейрохирургом? Каково знать, что от твоих действий зависит не только жизнь пациента, но и его личность – способность мыслить и творить, грустить и радоваться?

Рано или поздно каждый нейрохирург неизбежно задается этими вопросами, ведь любая операция связана с огромным риском. Генри Марш, всемирно известный британский нейрохирург, раздумывал над ними на протяжении всей карьеры, и итогом его размышлений стала захватывающая, предельно откровенная и пронзительная книга, главную идею которой можно уложить в два коротких слова: «не навреди».

УДК 616.8
ББК 56.13

© Иван Чорный, перевод на русский язык, 2014

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	10
1 Пинеалома	12
2 Аневризма	27
3 Гемангиобластома	60
4 Мелодрама	77
5 Невралгия тройничного нерва	95
6 Angor Animi	111
7 Менингиома	128
8 Хориоидпапиллома	156
9 Лейкотомия	161
10 Травма	174
11 Эпендимома	190
12 Глиобластома	205
13 Инфаркт	218
14 Невротемезис	233
15 Медуллобластома	247
16 Аденома гипофиза	254
17 Эмпиема	261
18 Карцинома	270
19 Акинетический мутизм	280
20 Гибрис	288
21 Фотопсия	298
22 Астроцитомы	320
23 Тирозинкиназа	333
24 Олигодендроглиома	346
25 Гиперпатия	358
Благодарности	382

ISBN 978-5-04-100571-9

ГЕАНГИОБЛАСТОМА

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 мучили сильнейшие головные боли. Это был сорокалетний бухгалтер с курчавыми темными волосами и красноватым лицом, из-за чего он всегда выглядел чуточку смущенным. Разговаривая с ним, я почувствовал ответное смущение, поэтому испыты-

вал 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.

— Я никогда раньше не болел ничем серьезным, — произнес он несчастным голосом.

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 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 то, 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 останут-

ся 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 равно 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

историй 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.

ИНФАРКТ

омертвление небольшого ограниченного участка ткани вследствие острого недостатка кровоснабжения

Во время очередной поездки в Америку, где я преподаю на общественных началах в нейрохирургическом отделении одной из больниц, я прочел лекцию под названием «Все мои самые ужасные ошибки». Меня вдохновила на нее книга Дэниэля Канемана «Думай медленно, решай быстро», опубликованная в 2011 году, — потрясающий взгляд на то, насколько ограниченно человеческое мышление и как сильно все мы страдаем от так называемых когнитивных искажений. Когда я размышляю о некоторых ошибках, допущенных на протяжении моей долгой карьеры, мне приносит утешение осознание того, что склонность к ошибочным суждениям, да и вообще к совершению ошибок, изначально заложена, если можно так выразиться, в человеческом мозге. Я понял, что смогу получить прощение за некоторые ошибки, совершенные за все эти годы.

Ошибку может совершить каждый, и все мы прекрасно понимаем это. Проблема в том, что, когда ошибку совершают врачи вроде меня, последствия для пациента могут быть катастрофическими. Большинство хирургов (редкие исключения существуют и

они) испытывают глубочайшее чувство стыда, когда в результате операции пациенты страдают или умирают, и стыд становится еще острее, если за всем этим следует судебное разбирательство. Хирургу сложно признать — как перед собой, так и перед окружающими — что он совершил ошибку, поэтому он всеми возможными способами старается скрыть свои ошибки или переложить вину на кого-нибудь другого. Вместе с тем, приближаясь к закату карьеры, я все отчетливее понимаю, что должен делиться всеми совершенными в прошлом ошибками. Тогда, надеюсь, мои стажеры не повторят их.

Большинство хирургов испытывают глубочайшее чувство стыда, когда в результате операции пациенты страдают или умирают, и стыд становится еще острее, если за всем этим следует судебное разбирательство.

Вдохновленный книгой Канемана, я поставил перед собой цель вспомнить все свои серьезные ошибки. В течение нескольких месяцев каждое утро, перед тем как отправиться на ежедневную пробежку вокруг ближайшего парка, я лежал в постели, размышляя о своей карьере. Весьма неприятное занятие. Чем больше я думал о прошлом, тем больше ошибок всплывало в моей памяти подобно выбросам ядовитого метана со дна реки. Многие из них оказались надежно похоронены в ней на долгие годы. Я также пришел к выводу, что если сразу же не запишу эти случаи, то обязательно забуду о них снова. Хотя некоторые, конечно, я не смогу забыть никогда, так как они были связаны с особенно неприятными для меня последствиями.

Когда я прочел лекцию перед американскими коллегами, в аудитории воцарилась оглушающая тишина. Не было задано ни единого вопроса. Насколько я могу судить, их, вероятно, поразила не столько моя безразличная откровенность, сколько моя некомпетентность.

Предполагается, что хирурги должны рассказывать о своих ошибках на регулярных собраниях, посвященных вопросам «заболеваемости и смертности», на которых обсуждаются вполне предотвратимые ошибки и то, какой урок из них можно извлечь. Однако эти собрания, на которых я присутствовал как в Америке, так и в собственном отделении, являли собой довольно жалкое зрелище, а присутствовавшие врачи очень осторожно подходили к взаимной публичной критике. Несмотря на постоянные разговоры о том, что медики должны открыто осуждать кажущиеся им неправильными действия коллег, на практике добиться этого невероятно сложно. Только если врачи ненавидят друг друга или вынуждены ожесточенно соперничать между собой (обычно это касается частной практики, приносящей большие деньги), они начинают критиковать друг друга более открыто. Но чаще всего даже в таком случае они будут делать это за спиной друг у друга.

Одна из ошибок, о которых я рассказал на лекции и которые так никогда и не смог забыть, была связана с молодым человеком, поступившим в нашу старую больницу незадолго до того, как она закрылась. Мой тогдашний ординатор — американец, присланный год из Сиэтла в рамках стажировки, — разыскал меня и попросил взглянуть на снимок.

Из моего кабинета мы перешли в комнату для просмотра снимков. Дело было еще до цифровой рево-

люции, и все томограммы пациентов представляли собой большие листы фотопленки. Подобно постиранной одежде, развешанной на веревках, снимки мозга закреплялись в стальных хромированных рамках. На рамках имелись подшпунники, благодаря чему их можно было легко и аккуратно перемещать по одной. Вся система напоминала антикварный «Роллс-Ройс» — старомодный, но безупречный. При условии, что за снимки отвечал толковый помощник — а у нас работал именно такой, — на эту систему можно было полностью положиться в отличие от компьютеров, на которых теперь во многом зависит моя профессиональная жизнь. Ординатор продемонстрировал несколько снимков.

В больницу Сент-Ричардса поступил мужчина тридцати двух лет с парализованной левой частью тела, — объяснил он.

На снимках был виден большой затемненный участок в правой части мозга.

Воистину, если у человека в руках молоток, то ему везде мерещатся забытые гвозди. Когда нейрохирурги смотрят на снимок мозга, они видят проблему, но их мнению, требующую операции, и я, увы, не исключение.

Я окинул снимок беглым взглядом (к тому времени я уже опаздывал на амбулаторный прием) и согласился с ординатором в том, что это опухоль, но из тех, которые невозможно удалить. Все, что можно было сделать, — это операция-биопсия, когда отщипывается небольшой кусочек опухоли и отправляется на анализ в лабораторию.

Я сказал, чтобы пациента привезли к нам в больницу для ее проведения. Оглядываясь назад, я понимаю,

что вел себя беспечно: мне следовало задать больше вопросов о пациенте, и если бы мне предоставили достоверную информацию (которая, стоит признать, могла таковой и не являться, так как была бы получена из третьих рук), то я, вероятно, внимательнее изучил бы снимки либо же спросил мнение нашего неврорадиолога.

Итак, мужчину перевели в отделение нейрохирургии. Мой ординатор должным образом выполнил биопсию — относительно безопасную операцию, требующую минимального хирургического вмешательства, для которой в черепе пациента просверлили сантиметровое отверстие и которая заняла меньше часа. Из лаборатории пришли анализы, и оказалось, что это никакая не опухоль, а инфаркт мозга: мужчина перенес инсульт — довольно редкое явление для человека его возраста, однако небезвестное. Сегодня мне ясно, что именно инфаркт и был виден на снимке, просто я неправильно его истолковал. Мне стало стыдно, но я не особенно переживал: ошибка выглядела не такой уж чудовищной, да и инфаркт мозга казался куда более предпочтительным вариантом, чем злокачественная опухоль. Пациента перевели назад в местную больницу, чтобы установить причины болезни. Я думал, что больше о нем не услышу.

Два года спустя я получил копию длинного письма, написанного дрожащим старческим почерком. Оно пришло в больницу, после чего копию отправил мне для ознакомления из отдела по рассмотрению жалоб — новый директор недавно переименовал его в «отдел по рассмотрению жалоб и повышению качества работы персонала». В письме отец пациента об-

винял меня в смерти сына, который скончался через несколько месяцев после операции. Мужчина был уверен, что именно она стала причиной смерти.

В письме отец пациента обвинял меня в смерти сына, который скончался через несколько месяцев после операции. Мужчина был уверен, что именно она стала причиной смерти.

Получая письма с жалобами, я всегда сильно переживаю. Каждый день я принимаю несколько десятков решений, которые в случае ошибки могут привести к чудовищным последствиям. Моим пациентам отчаянно нужна вера в меня, а значит, я и сам должен в себя верить. Проводить и без того сложные, тончайшие операции на головном мозге, которые можно сравнить с хождением по краю пропасти, становится еще труднее из-за постоянного давления обстоятельств, вынуждающих меня как можно скорее принимать новых пациентов и выписывать старых. Когда я получаю подобное письмо или же оповещение от юриста о намерении пациента подать на меня в суд, то неизбежно осознаю, насколько глубока пропасть, по краю которой ежедневно хожу. Возникает ощущение, будто я вот-вот провалюсь в пугающий мир, в котором привычные роли меняются на противоположные, — мир, где я беспомощен и беззащитен перед пациентом, действующим по наущению учтивых и невозмутимых юристов, которые (и это еще больше сбивает меня с толку) так же, как и я, одеты в приличные костюмы и говорят в такой же уверенной манере. Я словно теряю всю свою убедительность и авторитет, которые

ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМА

опухоль центральной нервной системы

Был вечер воскресенья, и на следующий день мне предстояло оперировать трех пациентов с опухолью мозга: женщину моего возраста с медленно растущей менингиомой; более молодого врача с олигодендроглиомой (я оперировал его несколькими годами ранее, но опухоль снова дала о себе знать, и мы оба прекрасно понимали, что в конце концов она убьет его); а также пациента, доставленного на «Скорой помощи», которого я еще не видел. Я подкатил велосипед к двери в больничный подвал, расположенной возле мусорных контейнеров, к которым периодически выбегали покурить медсестры. Замок, судя по всему, все-таки сломан, так что я могу войти в здание, на грузовой лифте подняться вместе с велосипедом, оставить его в подсобке при операционной и отправиться на обход. Первым делом я пошел в женскую часть отделения, чтобы повидать пациентку с менингиомой. В коридоре я встретил одну из старших медсестер, с которой мы дружили уже многие годы. На ней было пальто — должно быть, дежурство закончилось и она собиралась домой. Она шла, еле сдерживая слезы.

Я взял ее за руку.

— Это безнадежно! — воскликнула она. — У нас страшная нехватка персонала, а единственные, кого

удалось заполучить, — медсестры из агентства, от которых больше вреда, чем пользы. А потом в новостях показывают сюжеты про ужасный больничный уход... Но мы-то что можем сделать?

Я взглянул на белую доску, висевшую на стене рядом с сестринским постом: на ней был список всех пациентов отделения. Поскольку мест не хватает, пациентов постоянно переводят из одной палаты в другую, так что доска редко отражает актуальную информацию и найти конкретного человека зачастую непросто. Фамилию своей пациентки я в списке не увидел. Стоявшие возле меня медсестры громко болтали и смеялись — насколько я мог слышать, тема их разговора не была связана с пациентами.

— Где миссис Коудрей, пациентка, у которой завтра операция? — спросил я.

Одна из временных медсестер окинула меня беглым взглядом и достала из кармана листок, на котором был напечатан список пациентов. Неуверенно посмотрев на него, она пожала плечами и что-то промямлила.

— Кто за старшего? — спросил я.

— Крис.

— Где она?

— У нее перерыв.

— У вас есть какие-нибудь догадки, где может быть миссис Коудрей?

— Нет. — Она снова пожала плечами.

Тогда я пошел в мужскую часть отделения: там есть несколько боковых комнат, куда изредка помещают пациенток.

Я увидел медсестру, которую, к своему облегчению, узнал. Как и у многих сестер филиппинского происхождения (а для нашей больницы это не редкость), ее

дружелюбная и мягкая манера обращения с больными была выше всяких похвал.

— А, Гильберт! — сказал я, радуясь тому, что наконец-то заметил знакомое лицо. — Случайно, не здесь моя пациентка с менингиомой? Ее еще завтра должны оперировать.

— Простите, мистер Марш, но нет. Только двое мужчин. Может быть, стоит поискать в отделении неврологии?

— У вас, случайно, нет кого-нибудь из моих пациентов, которым назавтра назначена операция? — с надеждой спросил я медбрата, оказавшегося на сестринском посту. Он глянул на меня с подозрением.

Я воспользовался ее советом и двинулся к отделению неврологии. Недавно больничное руководство по известной лишь ему одному причине превратило половину женской части нейрохирургического отделения в отделение для пациентов с инсультом, в связи с чем наших пациенток перевели в отделение неврологии, размещавшееся этажом выше. Я поднялся по лестнице; дверь была закрыта, а свой магнитный пропуск, как выяснилось, я оставил дома, так что пришлось позвонить. Я прождал довольно долго, прежде чем замок зажужжал и дверь открылась. За ней начинался коридор, по одну сторону которого располагались больничные палаты — в каждой по шесть коек, плотно прижатых друг к другу, словно стойла в коровнике.

— У вас, случайно, нет кого-нибудь из моих пациентов, которым назавтра назначена операция? — с надеждой спросил я высокого медбрата, оказавшегося на сестринском посту.

Он глянул на меня с подозрением.

— Я мистер Марш, старший нейрохирург, — сказал я, раздраженный тем, что меня не узнают в собственной больнице.

— Бернадетт, старшая медсестра, должна знать. Она сейчас с пациентом в душевой, — ответил он скужающим голосом.

Итак, я ждал до тех пор, пока Бернадетт в огромных белых резиновых сапогах и полиэтиленовом фартуке не появилась из душевой, поддерживая старую скрюченную женщину, передвигающуюся с помощью ходунков.

— А, мистер Марш! — улыбнулась она. — Вы снова вышли на охоту за своими пациентами? Сегодня у нас никого нет.

— Безумие какое-то. И зачем я вообще этим занимаюсь. Я убил двадцать минут — и все ради чего? Чтобы в итоге не найти одну-единственную пациентку. Может, она просто не появилась сегодня, вот и все.

Бернадетт одарила меня сочувственной улыбкой.

Второй пациент — тот, что был врачом по профессии, — сидел за одним из столов на балконе между мужским и женским отделением и работал за ноутбуком.

Изначально это крыло здания, построенное десять лет назад, должно было быть больше, чем вышло в конечном счете. Его возвели на деньги частной финансовой инициативы¹, в свое время поддержанной правительством, и, как часто бывает в таких случаях,

¹ Государственная программа, действующая в Великобритании с 1992 года. В ее рамках частные предприятия могут строить и эксплуатировать объекты общественно-го пользования, такие как дороги и т. п., а правительство платит за предоставленные услуги.

планировка здания оказалась скучной и неоригинальной. Кроме того, строительство влетело в копеечку, как показала практика, это весьма дорогостоящий способ возведения общественных зданий средней руки. Некоторые даже считают, что частная финансовая инициатива — экономическое преступление, за которое, однако, некому отвечать. Теперь-то понятно, что она стала таким же порождением помешанной на займах культуры, как и обеспеченные долговыми обязательствами облигации, кредитный дефолтный своп и прочие финансовые махинации, из-за которых мы оказались на грани разорения.

От многих частей здания, предусмотренных архитектурным проектом, в итоге пришлось отказаться, благодаря чему в отделениях появились большие необычные балконы. Они могли бы скрасить пребывание пациентов в больнице, но руководство испугалось, что возрастет число самоубийств. Пациентам и персоналу запретили выходить на балконы, а ведущие туда стеклянные двери были заперты. Пришлось потратить несколько лет на агитационную кампанию и на сбор благотворительных средств (они затем перекочевали на счет частной фирмы, построившей здание и владевшей им), чтобы с помощью стеклянных балюстрад сделать хотя бы некоторые балконы «защищенными от самоубийц». После этого мне удалось разбить на огороженной территории небольшой садик. Он оказался чрезвычайно популярным и среди больных, и среди персонала: в погожий летний денек практически все койки в отделении пустовали, и пациенты вместе с родственниками высypали на балкон, где проводили весь день, укрытые пляжными зонтами и окруженные зеленью.

Пациент, которому недавно перевалило за сорок, работал хирургом-офтальмологом. Этот добрый и кроткий мужчина — а хирурги-офтальмологи чаще всего именно такими и бывают — выглядел моложе своих лет. Я знал, что у него трое маленьких детей. Работал он на севере, но решил лечиться подальше от родной больницы. Пятью годами ранее он перенес одиночный эпилептический припадок, и томография мозга обнаружила опухоль справа в затылочной области. Я удалил большую часть опухоли, но лабораторный анализ показал, что она относится к тому типу, который всегда дает рецидив, превращаясь в злокачественное новообразование. Пациент неплохо восстанавливался после операции, но понадобилось время, прежде чем он набрался достаточно уверенности, чтобы вернуться к работе. Он знал, что опухоль когда-нибудь напомнит о себе, но мы оба надеялись, что это случится очень не скоро. После первой операции мужчина прошел курс лучевой терапии, и его состояние было хорошим, однако очередная томография, сделанная в рамках диспансерного наблюдения, показала, что опухоль опять разрастается и теперь выглядит похожей на злокачественную. Хирургическое вмешательство теоретически могло продлить ему жизнь, но вряд ли больше чем на пять лет.

Я присел рядом с пациентом. Он оторвался от ноутбука и посмотрел на меня.

— Вот мы и снова встретились, — сказал он с печальной улыбкой.

— Ну, это лишь небольшой рецидив, — возразил я.

— Я знаю, что опухоль нельзя вылечить, — произнес он с горечью. — Но вы ведь вырежете ее по максимуму.