



**КНИГИ О ТЕХ, КТО СПАСАЕТ ЖИЗНИ**



**ГЕНРИ МАРШ**

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

# **НЕ НАВРЕДИ**

**ИСТОРИИ О ЖИЗНИ,  
СМЕРТИ И НЕЙРОХИРУРГИИ**

**БОМБОРА™**

Москва 2020

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.

**Марш, Генри.**

М30 Не навреди. Истории о жизни, смерти и нейрохирургии / Генри Марш ; [пер. с англ. И. Чорного]. — Москва : Эксмо, 2020. — 336 с. — (Медицина без границ. Книги о тех, кто спасает жизни).

ISBN 978-5-699-83020-6

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

ISBN 978-5-699-83020-6

© Иван Чорный, перевод на русский язык, 2014  
© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2020

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . . .	10
1 Пинеаломы . . . . .	11
2 Аневризма . . . . .	24
3 Гемангиобластома . . . . .	52
4 Мелодрама . . . . .	66
5 Невралгия тройничного нерва . . . . .	81
6 Angor Animi . . . . .	94
7 Менингиома . . . . .	108
8 Хориоидпапиллома . . . . .	131
9 Лейкотомия . . . . .	135
10 Травма . . . . .	146
11 Эпендимома . . . . .	160
12 Глиобластома . . . . .	172
13 Инфаркт . . . . .	183
14 Невротмезис . . . . .	195
15 Медуллобластома . . . . .	207
16 Аденома гипофиза . . . . .	212
17 Эмпиема . . . . .	218
18 Карцинома . . . . .	225
19 Акинетический мутизм . . . . .	234
20 Гибрис . . . . .	241
21 Фотопсия . . . . .	249
22 Астроцитомы . . . . .	267
23 Тирозинкиназа . . . . .	278
24 Олигодендроглиома . . . . .	288
25 Гиперпатия . . . . .	298
Благодарности . . . . .	318



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





Не навреди...

*Повсеместно приписывается Гиппократу  
с острова Кос, 460 г. 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 Леруш,  
«Философия хирургии», 1951 г.*

## 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. Многое 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.

## 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 тогда, 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 го-

лову 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 тело — 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

---

Нейрохирурги смотрят на снимки головного мозга, демонстрирующие опухоль шишковидного тела, одновременно и с трепетом, и со страхом — подобно альпинистам, глядящим на вершину горы, которую они надеются покорить.

---

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.

---

**Возможно, я слишком настойчиво пытался удалить как можно большую часть опухоли. Скорее всего я был чересчур уверен в себе. Я недостаточно боялся неудачи.**

---