## ОГЛАВЛЕНИЕ

Г <b>лава 1.</b> Арест	. 4
<b>Глава 2.</b> Сибирская ссылка хирурга	274
<b>Глава 3.</b> Руки хирурга, душа и сердце его	372
Вместо эпилога	460
Приложения 4	462
Приложение 1. Перечень научных работ С.С. Юдина	462
Приложение 2. Архивные материалы	462
Приложение 3. Воспоминания о С.С. Юдине	462
Приложение 4. Дополнительная литература	
и источники информации	462

## ГЛАВА 3

## Руки хирурга, душа и сердце его

Ходил по кладбищу я снова, Бродил, скорбя среди могил. Одним сказал: зачем ты умер! Других спросил: зачем ты жил?

С.С. Юдин

На аэродроме в Москве Сергея Сергеевича встречала целая группа врачей. Вечером все близкие собрались дома у врача Цуриповой и сразу же начали передавать все, что творилось в Институте во время его отсутствия. «Я возвращаюсь не для того, чтобы устраивать разгоны и сводить счеты, и тем более не для того чтобы реагировать на всякого рода сплетни и слухи, а возвращаюсь в свой родной Институт для того, чтобы работать», — ответил Юдин.

На следующий день его вызывали в Московский городской отдел здравоохранения и предложили получить приказ на занятие должности заведующего первой клиникой, то есть на место ушедшего профессора Розанова. Сергей Сергеевич наотрез отказался. Все были в страшном волнении.

Но через день Сергея Сергеевича вызвал председатель горисполкома Яснов и предложил Юдину указать район, где он бы желал получить квартиру. На что Юдин ответил: «Прежде всего — работа». Яснов удивленно спросил: «Разве вы не в Институте?» Юдин рассказал о вчерашнем своем визите. На что Яснов заметил: «Горздрав распоряжается врачами, а академиками до сегодняшнего дня распоряжался министр здравоохранения, и если он не получил еще в отношении вас директив вчера, то он получит их сегодня». Когда вернулся домой, его уже ждала записка о том, что просил позвонить министр Серов. На следующий день Юдина пригласили в главное здание МВД, где вручили диплом о Сталинской премии и вторую медаль лауреата. После чего Серов тут же позвонил министру здравоохранения Третьякову.

В результате все кончилось тем, что по линии министерства здравоохранения был отдан приказ, по которому Юдин полностью восстанавливался в должности главного хирурга Института, заместителя директора по научноисследовательской работе и директора первой клиники.

В самом Институте такое известие и само возвращение Юдина встретили по-разному. Некоторые сторонились. Но все же радостных встреч было больше! Неожиданно, через два дня, на своих машинах приехали все ленинградцы

во главе с профессором Мельниковым, чтобы лично поздравить Сергея Сергеевича и засвидетельствовать ему свое почтение. Московская профессура вела себя скромнее. «Они все еще думают, — отметил как-то в разговоре с Натальей Владимировной Юдин, - а вдруг что-то да не так».

И все же жизнь в Москве начала налаживаться. Юдины почти сразу получили новую квартиру в высотном доме у Красных ворот, и снова захватил Юдина круговорот самых разнообразных дел в Институте имени Н.В. Склифосовского. Хотя не все шло гладко. Да и не могло быть иначе. Не все его ждали там с нетерпением. Многие начали плести паутину интриг и клеветы. Закономерно, что явным и первым врагом Сергея Сергеевича стал Борис Александрович Петров.

Петров Борис Александрович (1898-1973) — выдающийся хирург, профессор, лауреат Сталинской премии, академик АМН СССР, заслуженный деятель науки СССР. В 1922 г. окончил медицинский факультет Московского государственного университета. В 1927 г. принят на работу выездным врачом скорой помощи при Институте имени Н.В. Склифосовского. С 1930 г. ординатор, а с 1935 г. заведующий одним из хирургических отделений. С 1942 по 1944 г. главный хирург Черноморского Военно-морского флота Союза ССР. После демобилизации вернулся в Институт имени Н.В. Склифосовского, где руководил 2-й хирургической, а затем травматологической клиникой. После ареста С.С. Юдина в 1948 г. назначен главным хирургом Института имени Н.В. Склифосовского. В 1948 г. опубликовывает монографию «Спино-мозговая анестезия». В 1952 г. удостоен Сталинской премии «За выдающиеся и коренные усовершенствования методов производственной работы». После возвращения С.С. Юдина из ссылки в 1953 г. и восстановления его



в должности главного хирурга Петров Б.А. назначается заместителем директора Института имени Н.В. Склифосовского по научной работе. Назначен заместителем, а затем и заведующим кафедрой хирургии Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова. С 1953 г. председатель Хирургического общества Москвы, заместитель главного редактора и редактор журнала «Хирургия». В 1961 г. избран член-корреспондентом, а в 1966 г. академиком АМН СССР. На протяжении нескольких лет главный редактор журнала «Хирургия»

Не прошло и месяца после возвращения Юдина, как неожиданно для всех на расширенном заседании партбюро Института начинается «разбирательство» Юдина — как беспартийного человека. Главный врач Института на очередном отчетном собрании выдвигает ни на чем не основанное обвинение в повышенной смертности пациентов клиники, взяв за основу даже те года, когда Сергея Сергеевича не было в Институте и вовсе. Из-за всего этого Юдин очень сильно переживал. Здоровье тоже не баловало, сердечный недуг все чаще давал о себе знать. Но он продолжал работать, работать неистово.











И вновь для Сергея Сергеевича Юдина в Институте имени Н.В. Склифосовского начались трудовые будни....

## В те дни Сергей Сергеевич писал:

«По поручению министра я бесконечно занят, помимо хирургической, педагогической и руководством всей научной работой, еще и очень важными делами общественными: подготовка сессии и перевыборов Президиума, подготовкой 26-го Всесоюзного съезда хирургов, намеченного на конец июля 1954 года, и полной реконструкцией Института по моим прошлым проектам, на что правительство отпустило 20 миллионов на один только 1954 год. Мне приходится заниматься этим самому, ибо во многих министерствах — строительных и индустриальных — со мной считаются больше и гораздо охотнее мне идут на уступки, чем при переговорах с административным директором. Это — моя главная беда!»







По 4-5-6 операций в день!

Из докладной записки Сергея Сергеевича Юдина о «Реконструкции Института имени Н.В. Склифосовского»:

«...І. Институт проектируется как крупнейшее хирургическое учреждение на 1150 кроватей со всеми видами специальной хирургической помощи: общей и неотложной хирургии, ортопедии, хирургической урологии и гинекологии, хирургии детской и пластической. Все эти отделения находятся под единым общим руководством главного хирурга Института, а все профессора и ассистенты должны служить делу подготовки для нашей страны не узких и односторонних «специалистов», а широко образованных, культурных поливалентных хирургов высшего класса.

Терапевтическая клиника сохраняется и даже расширяется до 250 коек. Но роль ее в Институте ограничивается двумя задачами: во-первых, быть стационаром для острых терапевтических случаев, доставляемых центральной станцией скорой помощи, находящейся при Институте, и, во-вторых, привлекать этим стационаром ценные терапевтические ученые кадры, совершенно необходимые для консультаций при столь мощной хирургической и научной работе Института.

- II. Центральное здание Института (бывшая Шереметевская больница) является ценнейшим и редким по красоте архитектурным памятником. Оно должно остаться в качестве основного ядра Института, образуя его фасад.
- В этом здании необходимы ремонтно-восстановительные работы для должного оформления внешнего вида и исправления различных разрушений. Необходимо восстановить лепные украшения, утраченные и обезображенные внутренние архитектурные формы. Необходимы внутренние отделочные работы для придания парадным помещениям Института нарядного вида, соответствующего европейскому культурно-научному центру. Это тем более соблазнительно, что главные залы актовый и зал совета и вся центральная часть дворца являются шедеврами архитектурного гения Кваренги, которые раскрыть и выявить можно без крупных перестроек. Но совершенно необходимы некоторые капитальные перестройки примыкающих палат для устройства аудиторий, студенческих фойе, парадных приемных, музея и специальных кабинетов, а также библиотеки и читальных залов.
  - III. Заново перестраивается центральная станция скорой помощи и выстраиваются новые гаражи и все подсобные помещения, как то было утверждено и начато в момент начала войны, летом 1941 г.
  - IV. Шереметевский парк приводится в порядок, пополняется новыми насаждениями и украшается фонтанами и скульптурой. Планировка скверов и аллей увязывается с разбивкой парка и скверов на будущей территории, прилегающей к северу в направлении Ботанического сада, уже приписанной к нашему Институту по плану Большой Москвы, где и намечена большая часть новых построек.
  - V. Эта территория четырех Грохольских переулков застроена ветхими строениями случайно уцелевшими остатками старой деревянной Москвы. Время разрушило все эти лачуги и сараи до степеней, давно уже требующих их полного сноса. Подавляющее количество этих построек не имеет никакой ценности в качестве жилого фонда.

Здесь и должны быть построены четыре корпуса клинических по 200 коек в каждом; большая поликлиника со всеми отделениями для радиотерапии и рентгенотерапии, физио- и механотерапии, бальнеотерапии и пр. Тут же поместится здание главных центральных лабораторий, экспериментальное отделение, центральная котельная и общеинститутская прачечная.

Все эти новые здания соединяются друг с другом подземными туннелями, равно как и с системой уже существующих туннелей.

VI. Жилые дома на территории Института, занятые посторонними лицами, подлежат освобождению. А в непосредственной близости (по Коптельскому пер.) прилегающие четыре жилых корпуса должны быть переданы Институту как необходимый жилищный фонд для служащих и для размещения приезжающих врачей-стажеров и временных ассистентов.

Все перечисленное охватывает проект реконструкции лишь в самых общих чертах.

В итоге такой реконструкции удачно решается ряд крупнейших задач, многие из коих имеют бесспорное государственное значение:

- 1. Создается образцовая московская больница, обеспечивающая скорую помощь для центральных районов Москвы и все виды дефицитной высококвалифицированной помощи в масштабах всесоюзного специализированного центра.
- 2. Существенно и быстро пополняется остро недостающий коечный фонд города.
- 3. Создается отсутствующая и совершенно необходимая клиническая база для Института хирургии Академии медицинских наук СССР.
- 4. Организуется несравнимая база для усовершенствования хирургов союзных республик и создания большого количества высших специализированных кадров хирургов. После полного развертывания Института в запроектированном виде он сможет давать стране ежегодно от 50 до 100 крупных хирургов-специалистов на роли самостоятельных руководителей больших областных и республиканских хирургических отделений и, кроме того, выпускать для университетских кафедр 5-10 профессоров-хирургов ежегодно.
- 5. Создается первоклассная дополнительная база для усовершенствования военных врачей по вопросам неотложной хирургии, лечению ран и переломов.
- 6. Создается методический центр для обучения и усовершенствования медицинских работников всех категорий.
- 7. Создается образцовый центр и пример для подражания и внедрения хирургической, строительной и общемедицинской культуры во всех республиках нашего Союза.
- 8. Организуется первоклассное медицинское учреждение для практического осуществления культурной связи с заграницей. Беспорядочный, но чрезвычайно интенсивный наплыв иностранных хирургов впредь может быть приурочен к ежегодным летним сессиям по специальным труднейшим разделам хирургии, которые будут читаться мною и 3-4 ассистентами-профессорами на английском и французском языках.

Все указанное создает предпосылки для превращения Института имени Н.В. Склифосовского в подлинный центр медицинской культуры, объединяющий лечебную, научную и педагогическую деятельность, в одну из главных баз Академии медицинских наук СССР и в несравнимую базу для усовершенствования хирургов. Он может стать подлинным притягательным центром высшей медицинской культуры, хирургического мастерства и украшением столицы...».

Прошел всего лишь год после возвращения Сергея Сергеевича Юдина из ссылки и полной реабилитации.

В июне 1954 г. он принял участие в работе 8-го Всеукраинского съезда хирургов в Киеве, где он был избран председателем, в связи с чем именно ему и было предоставлено слово для заключительного доклада.

Зал приветствовал его стоя.

«Передо мной стоит трудная задача резюмировать не только огромное количество выступлений, но, что самое главное, высказаться по трем совершенно различным вопросам: патоморфологии острых потерь независимо от причин и источника, заменителях крови и, наконец, о хирургическом лечении желудочных и дуоденальных кровотечений. Добавлю, что к последнему разделу была присоединена еще одна частная тема — это кровотечение при спленомегалиях.

Объединить все эти доклады невозможно, и поэтому придется высказаться по каждому вопросу в отдельности. Многие выступавшие в прениях сделали довольно существенные замечания к главному докладу профессора Федорова, который все мы слушали с огромным интересом и вниманием, поскольку в нем была чрезвычайно четко и стройно представлена вполне ясная концепция, подсказывающая хирургам тактику независимо от того, какой орган кровоточит и насколько велика кровопотеря.

Ну как же было не заинтересоваться указаниями на то, что глюкоза, вводимая внутрь артерии всего лишь в количестве 20 мл, способна дать яркий эффект даже при 60% кровопотери?

Вспомним указания докладчика, что проведение вагосимпатической блокады резко ухудшает последствия кровопотери, в то время когда даже полное переливание крови все-таки действует успешно.

Как же нам, хирургам, не задуматься над этим точно установленным фактом, например, при операциях на легких? Ведь высказывается вполне мотивированное суждение о том, что блокаду необходимо проводить всем в качестве противошоковой меры.

Может быть, следует задуматься и над тем, что новокаиновая почечная блокада также является неблагоприятным фактором в случаях кровопотери.

Вторым программным докладом является доклад И.Н. Ищенко. Он четко и ясно сформулировал суждения, которые я разделяю в течение многих десятков лет, а именно: нельзя смешивать торпидный шок с острым коллапсом вследствие кровопотери. Это разные вещи, а ведь из уст весьма компетентных хирургов приходится иногда слышать, что «шок — следствие желудочного кровотечения». Это неверно, это не шок, а коллапс вследствие острой кровопотери. Коллапс — это ведущий механизм человеческого организма, который так замечательно спасает людей от острой кровопотери. И.Н. Ищенко указал, что внутриспинальная блокада ухудшает состояние больного при коллапсе, и это надо всегда помнить. Как бы не получилось, что от применения противошоковых мероприятий мы не парализовали эффекта трансфузии крови. Мне кажется, об этом нужно подумать.

Что касается развития механизма коллапса, разрешите мне поделиться одним наблюдением, которое может быть источником многих экспериментов. Дело касается операции по поводу профузного желудочного кровотечения

из дуоденальной огромнейшей язвы в крайней степени у мужчины средних лет, доставленного после трех-четырех дней предшествующих профузных кровотечений. Не помню, какой был процент, но анемия была глубокая. Больной был в тяжелом состоянии. Запасы трупной крови позволили нам вмешаться довольно спокойно. Под местной анестезией я начал оперировать. Открыл дуоденум и увидел огромную язву в поджелудочной железе, закрытую плотным кровяным сгустком. После того как была обработана культя, надо было осторожно снять этот сгусток. В тот момент, когда сгусток был снят, струя крови фонтаном ударила в лампу. Находившийся в операционной гость, очень крупный хирург, заинтересовавшийся этой операцией, стоял вплотную около больного. Он отметил, что пульс у больного упал буквально через несколько мгновений после того, как началось артериальное кровотечение. Интерес заключается в том, что этот защитный механизм, спасительный коллапс действует не только безотказно, но и буквально моментально. Я бы не узнал об этом, так как был занят операцией, но это наблюдение было удачно выполнено компетентным гостем.

Обращаясь к дальнейшим докладам, отмечу доклад профессора Е.Д. Двужильной, ее чрезвычайно интересные экспериментальные данные об электроактивности коры головного мозга при острой потери крови. Нельзя не обратить внимание на ее выводы о том, что пентотоловый наркоз действует, по-видимому, легче, чем эфир, то есть меньше повреждает кортикальные механизмы.

Проблема механизма смерти при острой кровопотере чрезвычайно сложна, и сегодня мы слышали много интересного. Недостаток времени не позволяет задержаться на этом вопросе, тем более что есть еще и другие темы, о которых придется говорить.

Не могу умолчать о наблюдениях А.А. Багдасарова, установившего, что при кровопотере наступает быстрое поражение миокарда.

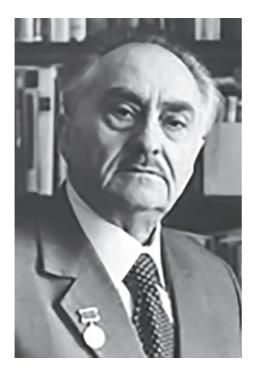
Чрезвычайно интересны данные доцента Бялика об изменениях в печени при кровопотере, поскольку эти изменения наступают сразу после кровотечения и, по-видимому, не без посредства центральной нервной системы.

Вспомним экстравазаты, которые он нам показал, и его указания, что экспериментальное кровотечение у животных под наркозом предотвращает подобного рода экстравазаты, что доказывает центральное его происхождение.

Переходя к проблеме заменителей крови, следует сказать, что мы не можем не приветствовать докладчиков, сообщивших нам о замечательных успехах в этом деле. Мы с большим нетерпением будем ждать не только отдельных экспериментов по проверке этих препаратов, но и изготовления и получения их в России.

Могу сообщить, что на только что закончившемся пленуме Центрального института переливания крови в Москве было заслушано много интересных докладов о сравнительной оценке сыворотки Беленького с новым киевским препаратом, причем большинство докладчиков высказывались в пользу украинского препарата.

Мне пришлось в последние месяцы присутствовать при нескольких очень продолжительных и очень горячих дискуссиях по поводу препарата Беленького на пленуме ученого совета в Министерстве здравоохранения СССР. Мы слышали подготовленные и очень хорошо аргументированные выступления по этому вопросу и в президиуме Академии медицинских наук. Горячие прения по этому вопросу не привели к окончательной договоренности.



Беленький Нео Гдальевич (1908-1997) советский физиолог и биохимик в области изучения сельскохозяйственных животных и птиц, доктор биологических наук (1943), профессор (1944), академик Всесоюзной академии сельскохозяйственных наук имени Ленина (ВАСХНИЛ) (1948). С 1943 по 1970 г. заведующий кафедрой физиологии, токсикологии и радиологии Всероссийского Научно-исследовательского института (ВНИИ) мясной промышленности, руководитель отдела органопрепаратов и кровезаменителей, директор Московского химико-технологического института мясной и молочной промышленности (ныне — Московский государственный университет пищевых производств). Автор медицинских препаратов аллохол, гонадостимулин, антисклеротин. Под руководством Беленького созданы препараты: химопсин, химотрипсин, рибонуклеаза, инсулин, дезоксирибонуклеаза, маммотоцин и гепарин. Создатель первого кровезаменителя «Лечебная сыворотка Беленького»

За последнее время и на протяжении последних пяти лет в Институте имени Склифосовского производились сотни переливаний сыворотки. Достаточно сказать, что в одном случае, когда у больного разошлась культя желудка и пищевода, мы в течение месяца поддерживали его силы исключительно питанием специальной сывороткой. После переливания 20 л сыворотки этот больной не только остался жить, но и прибавил в весе 4 кг.

Специальная сыворотка Беленького сыграла огромную положительную роль и в значительной мере играет эту роль до сих пор.

Я не сомневаюсь, что сообщение на последнем пленуме Центрального института переливания крови справедливо и что киевский препарат имеет преимущество. Будем ждать его в большом количестве.

Разрешите мне кое-что рассказать о своей работе.

Всякий заменитель не есть полноценный заменитель крови, и да будет мне позволено совсем кратко напомнить вам о следующем.

На III Всеукраинском съезде хирургов профессор Шамов доложил о своих выдающихся опытах по переливанию трупной крови на собаках. Это было 11 сентября 1928 г. Тогда же мы решили попробовать это в Институте Склифосовского. И уже через год на IV Всеукраинском съезде хирургов в Харькове Сакоян докладывал о наших первых семи переливаниях трупной крови.

А сейчас, на VIII съезде украинских хирургов в Киеве, я счастлив рапортовать, что в Институте Склифосовского перелито более 20 т трупной крови и что в течение многих лет проблема трупной крови в значительной мере избавляла нас от трудностей подбора донора. В последние годы 75% переливаний крови, производимых при всяких операциях, осуществляется именно посредством

трупной крови. Может быть, пора еще раз привлечь интерес к этому делу, поскольку новые наши исследования показали, что кровь внезапно умерших от случайных смертей травматиков, эпилептиков не только стерильна много часов, но и обладает поразительным свойством фибринолиза.

Далее оказалось, что при смерти с длительной агонией путем дозы дикумарина можно надежно предотвратить образование сгустков, а кровь в огромном большинстве случаев остается стерильной даже у больных, умерших от гнойных и септических заболеваний.

Перехожу к последнему вопросу — к проблеме профузного желудочного и дуоденального кровотечения. Эта тема привлекла наибольшее количество выступавших и вызвала, кажется, наиболее горячие споры.

Глубокоуважаемому профессору Березову отвечу, что я с ним, безусловно, согласен в том, что оперировать предельно обескровленного больного приходится с оглядкой, ибо не только сам больной плох, но и операция технически трудна. Наиболее тяжелые кровотечения дают прекардиальные, технически трудные для резекции язвы или низкие дуоденальные, где также простым мероприятием не каждый раз отделаешься. Трудности усугубляются еще тем, что желудок переполнен кровяными сгустками, и эти сгустки трудно удалить электрическим аспиратором.

Березов Ефим Львович (1895-1958) известный отечественный хирург, профессор. Учился в Цюрихском и Петроградском университетах. После революции 1917 г. уехал в Саратов. В 1919 г. окончил медицинский факультет Саратовского университета. После работал в клиниках Петра Александровича Герцена в Москве и Сергея Ивановича Спасокукоцкого в Саратове. В 1927 г. Березов изучал хирургию в австрийских клиниках. С 1930 г. стал работать профессором хирургической клиники Астраханского медицинского института. В 1937–1958 гг. возглавлял факультетскую хирургическую клинику Горьковского медицинского института



Для того чтобы не затягивать наше заседание, постараюсь быть предельно лаконичным в ответах на многочисленные записки, которые поступили к нам в президиум.

К сожалению, я не могу задержаться на всех проблемах. Постараюсь сформулировать то, что для меня представляется спорным.

Если профессор Березов говорит, что в Горьком мало больных умирает от желудочных кровотечений вообще, а в его клинике в частности, то я могу его только с этим поздравить. В Москве дело обстоит гораздо хуже. В Институте

имени Н.В. Склифосовского за 20 лет было зарегистрировано 500 смертельных случаев от острых кровопотерь при язвенной болезни. Значит, за 20 лет 500 человек попало на секцию в Институт Склифосовского. Часть из них не была оперирована, а доставлялась просто как трупы милицейскими машинами. Небольшая часть была оперирована. Часть оперированных числилась по нашей клинике и часть по клинике покойного профессора Крюкова. В общем эти 500 случаев смерти за 20 лет заставляют подумать о том, что все обстоит не так уж благополучно, что есть над чем призадуматься.

Не скрою, что из четверти века моего пребывания в Институте ни одна проблема так трудно не давалась, как проблема хирургического лечения желудочных и дуоденальных кровотечений, и мы, теряя при операциях в первые годы много больных, неоднократно пробовали перейти на чисто консервативное лечение. Только после того, как был проведен ряд исследований с целью установить, вполне ли операбельна язва, мы вновь брались за это дело.

Отмечу, что и сама идея использования трупной крови в первые годы была императивно подсказана нам в отношении больных с профузным желудочным кровотечением, когда оперировать их можно было лишь в случае наличия больших запасов крови для операции.

Как же обстоит дело теперь? Мы оперируем тех больных, у которых язвенный характер кровотечения не вызывает никаких сомнений, и этих больных лучше оперировать как можно раньше. Я ни в коем случае не могу согласиться с тем, что надо пробовать промыть желудок. Да как же вы будете вынимать сгустки? Они ведь поминутно будут забивать зонд. Промыть желудок, заполненный кровяными сгустками, очень трудно, и иногда приходится после промывания и после повторного переливания крови оперировать в гораздо худшем состоянии.

Детализации и уточнения требует еще один важный вопрос — возраст больного. Тут мы сталкиваемся с досадными расхождениями.

Существует мнение, что чем старше больной, тем более атероматозны его сосуды, тем медленнее останавливается кровотечение и тем настоятельнее показания к операции.

Зарубежные авторы, в частности английские, рассматривают этот вопрос так: до 50 лет не следует ставить вопрос об операции. Никто, мол, не должен умирать моложе 50 лет.

Мы проанализировали возраст 500 больных. Среди этих больных оказалось большинство мужчин 50 лет, а умирали от кровотечения и мужчины 28-30-35 лет. Таким образом, видно, что ходовое суждение неправдоподобно: у стариков операция показана более настоятельно.

Язвенный характер кровотечения — очень трудная проблема. К сожалению, я не имею возможности подробно остановиться на этом вопросе. У нас есть первый отчет — большая работа 1938 г., которая суммировала несколько сотен наблюдений над неязвенными больными, страдающими хроническими кровотечениями. По материалам профессора Крюкова, 52% случаев составляют язвенные кровотечения, а 48% кровотечений имело неязвенный характер.

Остановлюсь на вопросе о причинах смертности.

К сожалению, при тяжелой кровопотере бывает, что больной умирает сразу при небольшом кровотечении.

Я был очень заинтересован и встревожен последним выступлением Тельновой, которая назвала большую цифру смертности в родильных домах и не сказала, за какой срок получилась такая смертность.

Надо думать, что это по целой республике за долгие годы.

Умирают молодые роженицы при умеренных кровопотерях. Бывают кровотечения настолько сильные, что не успеваешь приступить к экстренной операции. И если ничего нельзя посоветовать тем, которые оперируют больных с кровотечением в первые сутки, то можно сказать, что нужно чрезвычайно внимательно относиться ко всякого рода кровотечениям.

Бывает так, что больные умирают раньше, чем вы успеваете приступить к операции.

Профессор Березов прав, говоря, что для того, чтобы оперировать таких больных, нужно иметь хорошо организованную бригаду и обладать большим опытом.

Больных с желудочным острым кровотечением могут оперировать только те хирурги, которые уже вполне овладели техникой желудочной резекции, и только там, где для этого создана надлежащая обстановка.

Спасибо всем за внимание и блестяще сделанные выступления».

Говорил Сергей Сергеевич негромко, внятно и очень проникновенно. По форме это выступление можно было считать безупречным, ощущалась непосредственная связь с теми идеями, которые ранее им высказывались и публиковались неоднократно. И все же это была тень прежнего Юдина. Глубокие морщины, тонкая шея с дряблой кожей, безресничные веки.

Пережитое и передуманное оставило неизгладимый след, но дух его не был сломлен.

Присутствовавшие в зале слушали внимательно, тишина была необыкновенная. По окончании речи — гром аплодисментов. А он их как будто не слышал. Прошел на свое место и незаметным жестом отправил в рот сахар с валидолом.

\* \* \*

После окончания работы съезда Сергей Сергеевич отправился с Натальей Владимировной в прогулку по Киеву. Он давно мечтал увидеть последнее произведение Врубеля. Оказалось, что эта забытая фреска — «Скрежет зубовный» — находилась на стене церкви в психиатрической больнице Киева, и он отыскал эту фреску и долго смотрел на тронутое временем и неоконченное произведение великого русского художника.

В 60-е гг. XIX в. в центре внимания киевской общественности оказалась Кирилловская церковь — собор монастыря св. Кирилла, а в те времена (и сейчас тоже) — церковь при богоугодном заведении для душевнобольных. Под штукатуркой XVIII в. на ее стенах были обнаружены древнерусские фрески. Кирилловская церковь располагалась на территории психиатрической больницы. По сути, тот, кто будет работать в этой церкви, на самом деле будет работать в психбольнице. Когда Врубель впервые зашел на территорию больницы, его поразили глаза пациентов. Много лет он не сможет забыть их выражение и будет вновь и вновь воспроизводить на полотнах. Но сначала Врубель не будет обращать внимания на предрассудки. Для него это феноменальная возмож-