

Бернард Лоун

УТЕРЯННОЕ ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ



Annotation

В настоящее время американская медицина считается одной из лучших в мире. Но все же... В увлекательной и доступной форме автор книги, известный врач — кардиолог, лауреат Нобелевской премии мира, пытается проанализировать "недуги", поразившие американскую систему здравоохранения. Может быть, многие из них имеют место и у нас в стране?

От автора

Великие учителя, давшие мне замечательное образование, позволили мне значительно продвинуться в медицине и развить философию врачевания. На страницах этой книги читатель не раз встретится с именем Самуэля А. Левайна, замечательного специалиста, который обучил меня искусству врачевания и привил любовь к медицине. Навыки преподавания, на приобретение которых у меня ушло несколько десятилетий, оттачивались в общении с двумя сотнями аспирантов, каждый из которых проработал со мной по два года. Общаясь с ними, я понял, что история, подогреваемая человеческим интересом, гораздо поучительнее, чем голые факты.

Моя клиническая практика проходила при тесной поддержке многочисленных коллег, однако самую большую роль сыграли мои помощники из группы сердечно-сосудистых заболеваний Лауна. Качественное медицинское обслуживание было не только их идеалом, но и повседневной работой. Я долго работал в тесном сотрудничестве с опытнейшим врачом Томасом Грэйбойзом, директором группы. Он считал, что защита интересов больного является миссией врача, выполнять которую следует без единого компромисса. Мои коллеги, среди которых можно назвать Чарльза Блэтта, Шмуэля Равида и Сьюзан Беннет, учили меня преодолевать трудности, в изобилии встречающиеся в работе врача. Но главными учителями были мои бесчисленные пациенты, многие из которых упомянуты в этой книге. Даже сейчас они вдохновляют и поддерживают меня.

Особого упоминания заслуживают три лечебных заведения — больница Бригема (Бригем Янг — американский лидер движения мормонов конца XIX века. В Бостоне его имя носит не только больница, но и университет) и Питера Бенга (ставшая позже больницей им. Бригема), Гарвардский институт общественного здоровья и Центр сердечно-сосудистых заболеваний Лауна. Когда я начал работать в больнице Питера Бенга, она функционировала около 40 лет, но уже успела стать настоящей медицинской Меккой. Такое признание убедило меня в том, что использование новейших

достижений в области медицины не умаляет способности обеспечивать превосходный уход за больными.

В процессе сотрудничества с больницей Питера Бенга мои взгляды на здоровье и его социальную значимость существенно расширились. Здесь мне были созданы самые благоприятные условия для проведения выдающихся исследований. Некоторые из них обсуждаются в данной книге. Но эти исследования были бы невозможны без постоянной поддержки доктора Фредерика Стара, ректора кафедры питания Гарвардского института общественного здоровья, так как именно эта кафедра утверждала программу моих исследований.

В то же время Центр сердечно-сосудистых заболеваний Лауна обеспечивал экспериментальную основу для внедрения результатов исследований, а также персонал, который обладал не только великолепной научной подготовкой, но и истинным состраданием к пациентам. Без этих людей, разделяющих одни и те же принципы, готовых идти до конца, выполнить работу было бы невозможно.

Дискуссии с друзьями вдохновили меня на написание этой книги, а также на публикацию нескольких научных трудов. Среди моих вдохновителей хочется упомянуть Уильяма Давенпорта, Элана Дершоуица, Даниэля и Аниту Файн, Джона Кеннета и Кэтрин Галбрайт, Дженифер Лининг, Прасаннан Партасарати, Джулию Шор, Джерома Рубина, Патрисию Фейген и моего литературного агента Хелен Рис.

Редакторы сделали очень многое по улучшению стиля и содержания книги. В самом начале работы мне помогли весьма ценные советы Луис Берни и Шарон Хоган, в дальнейшем моими помощниками стали редакторы «Houghton Mufflin», особенно Гарри Фостер. Он весьма тактично убедил меня не использовать в моем повествовании специфический медицинский жаргон. Его наводящие вопросы позволили мне более четко и веско аргументировать свои высказывания. Дальнейшая работа над рукописью была выполнена редактором Джерри Морсом. И ни один человек, кроме меня, не читал рукопись столько раз, сколько моя жена Луиза, каждый раз исправлявшая и улучшавшая ее.

Всем этим людям я хочу выразить мою самую глубокую признательность.

Предисловие

Американская медицина считается одной из лучших в мире. Чуть ли не ежедневно совершаются потрясающие научные открытия, многие неизлечимые и смертельные в прошлом заболевания теперь поддаются лечению, увеличилась продолжительность жизни, улучшилось состояние здоровья населения. Однако еще, пожалуй, никогда пациенты не были так недовольны врачами. Хотя современные врачи обладают возможностью успешно лечить многие заболевания и продлевать людям жизнь, американцы относятся к ним с подозрением, недоверием и, можно сказать, враждебно настроены к ним. Сами же врачи с трудом и недоумением вынуждены признать, что переживают настоящий кризис профессии. На медицину в США тратятся огромные средства, до 1 миллиарда долларов в год, однако не все эти деньги приносят реальную пользу. В своей книге я пытаюсь проанализировать «недуги», поразившие американскую систему здравоохранения.

Кризисное состояние медицины объясняется не только раздутыми ценами. Причины кризиса гораздо серьезнее. Мне кажется, что медицина утратила свой основной подход к пациенту, если не сказать, душу. Неуловимая, невыразимая словами связь между врачом и пациентом, которая культивировалась веками, оказалась разорванной.

За годы врачебной практики я наблюдал невероятный взлет авторитета медицины, за которым последовал быстрый спад, продолжающийся и сегодня. В середине нынешнего века профессия врача считалась самой выдающейся из всех, однако впоследствии, с каждым новым открытием в области медицины образ врача все больше тускнел и терял свою значимость. Сегодня у медиков столь же низкая репутация, как и во времена Экклезиаста, который говорил: «Согрешивший перед Создателем, да попадет в руки к врачу».

Оглядываясь на 45 лет своей медицинской практики, я замечаю, что исчезло нечто жизненно важное. Мне кажется, что медицина, подобно Фаусту, заключила своего рода сделку. Связь «врач — пациент», основанная на взаимной привязанности и доверии, выпестованная в течение трех тысячелетий, заменена совершенно другим типом отношений. Исцеление подменили лечением, уход —

бесстрастным выполнением обязанностей, а умение слушать — технологическими процедурами. Врач больше не занимается личностью больного, а лишь «ремонтирует» отдельные, неправильно работающие части биологической системы. При этом душевное состояние пациента чаще всего не учитывается.

Естественно, одной из причин является все возрастающее внедрение в медицину технологии. История болезни, составленная «по старинке», кажется расплывчатой, неоднозначной, субъективной и даже неправильной по сравнению с результатами ультразвукового исследования, ядерного магнитного резонанса, компьютерной томографии, эндоскопии или ангиографии. Кроме того, чтобы составить полную историю болезни, требуется немало времени. Некоторые медицинские работники считают, что приборы позволяют вообще не разговаривать с пациентами.

Врачи теряют уважение и из-за невероятного высокомерия, которое прививается еще студентам-медикам. Их учат рассматривать человека как систему сложных биологических факторов, а болезнь — как результат неправильной работы каких-либо органов или систем регуляции. Пользуясь этой моделью, врач с точностью ученого использует для лечения мудреные приборы и передовые методы.

Такое положение обусловлено не только современными философскими взглядами на болезнь, но и экономическими изменениями. Общество все больше полагается на технологию, чем на человеческое общение. Врач затрачивает в десять раз больше времени на проведение операции или инвазивной диагностической процедуры, чем на общение с пациентом или его семьей. В настоящее время медицина уделяет основное внимание острым заболеваниям и оказанию неотложной помощи, а не профилактике и сохранению здоровья. Так как превентивная медицина, требующая наименьших денежных затрат, отнимает слишком много времени, ее практически игнорируют. Но для поддержания здоровья необходимы тщательные и скрупулезные профилактические меры.

Я убежден, что лишь экономическими стимулами ситуацию не исправить. Состояние упадка будет продолжаться до тех пор, пока в медицине не возродятся традиции целительства. Эссеист Анатолий Бройярд незадолго до смерти от рака предстательной железы писал своему врачу: «Я не стал бы просить доктора уделить мне побольше

времени. Я просто хочу, чтобы он полностью посвятил мне себя хотя бы на пять минут, стал близким мне человеком, поддержал не только мою плоть, но и душу, ведь люди по-разному переживают болезнь... Я хотел бы, чтобы врач сделал анализ меня самого — так же, как он делает анализ моей крови или состояния костей, прощупал меня, как он прощупывает мою простату. Без такого внимания, пусть даже самого незначительного, я — это лишь моя болезнь».

Я хочу не только поделиться с читателем врачебным опытом, но и донести до него своего рода послание, некую идею, жизненно важную в наше тревожное время. В современную эпоху, когда личность вынуждена забиваться в черную дыру своего «я», медицина с человеческим лицом имеет право на существование более, чем когда-либо.

Я не могу категорически утверждать, что наука не должна брать на себя задачи по исцелению. Напротив, лучшие результаты достигаются в том случае, когда наука и искусство исцеления применяются совместно, когда тело и дух врачуются одновременно. Только задумавшись о судьбе отдельного человека, задавленного страхом и болью, врачи смогут выработать индивидуальный подход к каждому пациенту. Больной станет для врача личностью, а не просто записью о болезни в медицинской карте. Такой широкий подход поможет преодолеть заскорузлость клинических представлений, отточить точность суждений и преодолеть агонию принятия решений. Врач сможет мужественно преодолевать сомнения, которые не могут быть адекватно разрешены лишь с помощью технических средств. Пациент и врач станут равноправными партнерами. Если пациент ощущает поддержку, исцеление становится гораздо более эффективным. Более полувека назад врач из Бостона Фрэнсис Пибоди сказал, что весь секрет лечения состоит в том, что за пациентом надо ухаживать. Уже во время первого визита врач завоеует доверие пациента, если просто внимательно выслушает его. Чуткое отношение является самым мощным диагностическим «прибором» из всех, имеющихся в его арсенале. Врач, внимательно составляющий историю болезни, ставит правильный диагноз в 70 процентах случаев, а это гораздо более высокий показатель, чем у всех доступных в настоящее время тестов и приборов. Причина такой эффективности очевидна: большинство жалоб пациента, даже не связанных напрямую с

заболеванием, являются функциональными, т. е. происходящими из общего нарушения работы организма. Нарушения в работе сердца очень часто нельзя определить при помощи самых современных технологий, но они не укроются от чуткого уха, привыкшего улавливать самые затаенные признаки, или от внимательного взгляда, способного установить проявления возникших нарушений.

Хладнокровные реалисты могут счесть все вышеизложенное не более чем романтическим вздором, однако даже они не останутся равнодушными к серьезной экономической выгоде. Самый дешевый и эффективный способ правильно поставить диагноз — полностью посвятить свое внимание пациенту. Например, боль в груди у людей среднего возраста является довольно распространенной жалобой, которая ведет к назначению трудоемких и дорогостоящих анализов. Реакция врача на такую жалобу весьма типична. После беглого осмотра пациенту сообщают, что необходимо пройти тесты на выявление стенокардии, являющейся признаком серьезного коронарного заболевания или ишемической болезни сердца. Естественно, пациент стремится пройти эти тесты как можно скорее. По истечении нескольких беспокойных недель, во время которых проводятся многочисленные дорогостоящие исследования, пациент получает первичную ангиограмму, а затем узнает, что у него все в порядке и боль в груди не связана с заболеванием сердца. Пациент преисполнен благодарности к опыту и добросовестности: врача, глубоко потрясен магическим» возможностями современной технологии, способной заглянуть внутрь его сердца. Такая реакция лишней раз убеждает врача, что он идет по правильному пути. Более того, врач утверждает в том, что, примеряя на себя тунику Кассандры и предвидя самое худшее, он получит гораздо большее моральное и финансовое удовлетворение.

Однако основываясь на почти полувековом опыте лечения многих тысяч пациентов, я считаю, что все это пустозвонство абсолютно ни к чему. В 90 процентах подобных случаев отсутствие стенокардии можно определить просто при тщательном и неторопливом, осмотре. Именно так считал доктор Уильям Геберден, который первым дал исчерпывающее описание стенокардии более 200 лет назад, и до сих пор никакие технические новшества не смогли опровергнуть его точку зрения.

При внимательном осмотре в большинстве случаев обнаруживается, что боль в груди вызвана остеохондрозом, психологическим стрессом, несварением желудка или другими общими заболеваниями. Ишемическая болезнь сердца редко наблюдается в отсутствие расстройств липидного обмена, сахарного диабета или гипертензии, особенно если наследственность пациента в плане сердечных заболеваний не отягощена, он не курит и не подвергался психологическим стрессам. Вся эта информация может быть получена при составлении истории болезни и при проведении простейших лабораторных тестов. Внимательное отношение позволяет в таком случае избавить пациента от лишних волнений и сэкономить государственные деньги, так как первый путь примерно в 50 раз дороже второго. Только на ненужное диагностирование причин боли в груди мы ежегодно тратим миллиарды долларов. Кризис в медицине объясняется кризисным состоянием отношения врачей к своим пациентам, что я постараюсь детально рассмотреть в последующих главах.

Думаю, что здесь скептически настроенные читатели зададутся вопросом, почему они должны доверять моему мнению, столь отличному от той информации о здравоохранении, которая доступна в настоящее время. Из этой книги вы узнаете о том, кто я такой и можно ли мне доверять, однако мне хотелось бы прямо сейчас вкратце рассказать о том, как я пришел к своим убеждениям.

В течение многих лет я собирал медицинские данные. В конце рабочего дня я частенько делал записи о наблюдениях за своими пациентами. Записывая их жалобы, я постепенно понял, что наибольший интерес для меня представляет именно уникальность каждого пациента.

В 1942 году я поступил в медицинский институт Джона Хопкинса и был восхищен психиатрией как способом понимания поведения человека. Однако вскоре я забросил психиатрию из-за ее недостаточной научной точности и кажущегося средневекового догматизма. Я преклонялся перед упорядоченностью, идеальной симметрией и возможностью прогнозирования, которые допускались наукой. Естественно, психиатрия тогда была не для меня. В своем юношеском романтизме я считал, что скоро наука раскроет все тайны человеческого организма и выявит процессы, приводящие к

возникновению заболеваний. Я верил в современные научные и технологические открытия и страстно желал сделать свой вклад в развитие науки.

В те времена кардиология была на передовой линии быстро развивающейся медицины. Когда в 1945 году я закончил институт, нобелевские лауреаты Андре Ф. Коурнанд и Дикинсон У. Ричарде предложили использование сердечного катетера. Впервые реальной стала возможность без риска для жизни больного проникнуть в сердечные клапаны и в течение нескольких минут получить необходимые данные. Диагностика немедленно превратилась из квалифицированного «гадания», представляющего многовековой опыт клинических наблюдений, в точное научное исследование, основанное на прямых измерениях. Новые возможности хирургии позволили исправлять врожденные дефекты сердца, оперировать сердечные клапаны и восстанавливать проходимость коронарных артерий. Кардиология вобрала в себя все самое лучшее и замечательное.

Когда я приступил к врачебной практике, такие болезни, как туберкулез и полиомиелит, были почти побеждены и сердечные заболевания стали главной причиной смерти в индустриально развитых странах. В Соединенных Штатах каждые 90 секунд от заболеваний сердца умирал один человек. Предстояло решить огромное количество сложных и интересных проблем. Революционные научные изыскания приводили к разработке новых методов и приборов, а также точнейших способов диагностики. Многие смертельные в прошлом заболевания стали излечимы. В те дни все мы были исполнены оптимизма.

В 1950 году я приехал в Бостон, чтобы работать под руководством одного из величайших кардиологов нашего века доктора Самуэля А. Левайна, профессора Гарвардского медицинского института при больнице Питера Бента (ныне больница им. Бригема). Мое первое исследование было посвящено наперстянке — средству, которое в течение двух веков использовалось в качестве сырья для производства сердечных препаратов. Они весьма эффективны, но их употребление может повлечь за собой серьезные нарушения сердечного ритма и даже смерть. Моя исследовательская работа была посвящена роли калия в коррекции последствий применения препаратов наперстянки.

Открытия совершались одно за другим. В молодые годы я получил широкую известность благодаря предложению использовать постоянный ток для восстановления сердечной деятельности, а также кардиоверсию, или электроимпульсную терапию, применяемую при тахикардии, т. е. при неравномерном учащенном сердцебиении. Эти открытия спасли многие тысячи жизней, положили начало созданию отделений интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью и обеспечили глобальный прорыв в хирургии сердца, включая шунтирование закупоренных коронарных артерий. Наша работа также пролила свет на острейшую проблему — внезапную смерть от остановки сердца, поскольку появилась реальная возможность ее профилактики.

Другой важной фигурой в моей жизни стал профессор Фредерик Стар, основавший кафедру питания в Гарвардском институте общественного здоровья. Он вдохновил меня на первые исследования в области медицины. Будучи руководителем большой исследовательской лаборатории на его факультете, я не бросил медицинскую практику. Каждую неделю я принимал пациентов и участвовал в ежедневных больничных обходах. Таким образом, мои медицинские взгляды основаны не только на академических знаниях, но и на собственной клинической практике.

На формирование моих философских убеждений повлияло многое. Я родился за границей, унаследовал многие еврейские традиции, страстно люблю книги и — что самое главное — бесконечно предан медицине. Почти полувековая практика только увеличила мое восхищение магическим искусством исцеления. Я хочу привести здесь слова великого врача и философа XII века Маймонида, который говорил: «Я никогда не должен забывать о том, что мой пациент — это человек, испытывающий боль. Я никогда не должен считать его лишь инструментом в руках болезни».

Я считаю, что быть врачом — великая привилегия. Врач всегда в первых рядах несравненного театрального представления, которое называется жизнью. Искусство может имитировать жизнь, но никогда не подменит ее. Врач — это зритель, смотрящий на завораживающую панораму событий, отражающих социальные и культурные события эпохи. Я часто испытывал чувство вины перед пациентами, которым уже нельзя было помочь. Редко кому позволено так глубоко заглянуть в

жизнь другого человека. Но при этом нет большей радости, чем помочь ему сохранить и продлить жизнь. Эта книга — скромный дар моим пациентам, которые были моими главными учителями и помогли мне стать врачом.

Часть I
ИСКУССТВО ПОСТАНОВКИ
ДИАГНОЗА, ИЛИ КАК СЛУШАТЬ
ПАЦИЕНТА

Глава 1

История болезни как наука, или искусство быть слушателем

В век технического прогресса легко забыть, что главный элемент искусства врача зародился еще на заре человеческой цивилизации. Двадцать пять столетий назад Гиппократ писал: «Если существует любовь к человеку, то есть и любовь к искусству. Некоторые пациенты, знающие об опасности своего заболевания, могут восстановить здоровье только благодаря тому, что будут довольны своим врачом». Великий немецкий врач XVI века Парацельс считал одним из основных качеств врача «интуицию, которая необходима для того, чтобы понять пациента, его тело и его болезнь. Врач должен уметь чувствовать и владеть искусством прикосновения, что позволит ему завоевать симпатию пациента».

Все эти принципы не утратили своего значения и сегодня, когда на первое место в медицине вышла наука. В своей работе я всегда использовал древнее наследие, причем это было совсем несложно. Мои идеи относительно врачевания оттачивались великими учителями, и в первую очередь доктором Самуэлем А. Левайном. Он должен был стать моим наставником и образцом для подражания, но после двух лет работы под его руководством я понял, что этот пожилой человек может дать мне нечто большее, хотя вначале меня утомляли его бесконечные истории, каждую из которых я слышал по многу раз, а ежедневные несколько часов, которые я проводил с ним, делая обход в больнице, как мне казалось, было гораздо лучше потратить на исследовательскую работу.

Примерно через полгода я перестал участвовать в совместных обходах с доктором Левайном и только один раз в неделю работал в кардиологической клинике. Очень скоро стало ясно, что я не слишком подхожу для работы практикующего врача. Контраст между самочувствием пациентов моего наставника и моих был поразителен. Едва разбираясь в патопсихологии, он назначал какое-нибудь лекарство, свойства которого были весьма сомнительны, и его пациенты начинали поправляться и наконец полностью

выздоровливали. Я же применял новейшие достижения и методы, почерпнутые из последних номеров медицинских журналов, но до результатов доктора Левайна мне было далеко.

Чтобы разобраться в происходящем и в надежде перенять мастерство мэтра, я решил присутствовать на его обходах все шесть дней в неделю. Но, вероятно, я обучался очень медленно, так как только через 11 лет почувствовал уверенность в себе как во враче. Однако именно искусство доктора Левайна помогло мне понять уникальность каждого пациента и научиться выработать индивидуальный подход к лечению.

В течение всех этих лет мое восхищение врачебным опытом Левайна росло не переставая. Он и доктор Уильям Ослер однажды заметили, что «медицина — это наука о неопределенном и искусство невозможного». Доктор Левайн считал, что основной объем важнейшей информации может быть получен при тщательном составлении истории болезни и скрупулезном врачебном осмотре. Он учил, что многочисленные анализы не должны заменять пытливый ум, хотя при этом высоко оценивал научные достижения и считал, что настоящее врачебное искусство немислимо без их использования. Через его руки прошло более 30 тысяч кардиологических больных, и мне казалось, что история болезни каждого из них записана в его памяти. Основой его пронизательности было то, что он мог восстановить в памяти детальную информацию о каждом пациенте. Эта выдающаяся способность позволяла ему отличать главное от сопутствующего и делать правильные выводы.

Левайн раскрыл уникальность синдрома стенокардии целому поколению кардиологов. Возможно, это покажется невероятным, но я не помню случая, чтобы он ошибочно ставил этот диагноз. Он учил, что чаще всего несложно определить, является ли боль в груди следствием нарушения коронарной циркуляции, особенно если врач проведет с пациентом неторопливую беседу, во время которой обратит внимание на многочисленные детали, связанные с болью в груди. Очень немногие из современных врачей способны выявить начальные признаки стенокардии. В основном это объясняется тем, что они не обращают внимания на детали или не удосуживаются составить подробную историю болезни. В настоящее время в диагностике заболеваний коронарных артерий используют неинвазивные и

инвазивные методы исследования, в том числе коронарную ангиографию. Из миллиона ангиограмм, выполненных в 1993 году, 200 тысяч оказались нормальными, свидетельствующими о хорошем состоянии коронарных артерий. Если бы врачи следовали советам доктора Левайна, пациенты со здоровыми коронарными артериями не подверглись бы столь дорогостоящему инвазивному исследованию.

Метод Левайна позволяет правильно диагностировать стенокардию уже при первом осмотре. Особое внимание он уделял искусству отвлечения внимания, например, просил пациента «показать пальцем» место, где ощущается боль. Стенокардия не проявляется в локальных болевых ощущениях, и на болезненный участок нельзя указать пальцем. Если же пациент указывал на точку в области грудной клетки, диагноз стенокардии можно было смело ставить под сомнение. Но когда он сжимал руку в кулак или прижимал к груди раскрытую ладонь, то, скорее всего, у него была стенокардия. Этот диагноз тем более подтверждался, если пациент использовал такие определения, как: «Мне трудно описать свои ощущения, это не настоящая боль, а, скорее, теснение, тяжесть или сдавление». Вот тогда диагноз «стенокардия» можно было ставить наверняка. Левайн владел множеством других приемов, при помощи которых правильный диагноз можно было поставить еще до окончания первой беседы с пациентом.

Работая в начале 60-х годов консультантом в Лос-Анджелесе, я услышал, как бывший ученик Левайна, доктор М., рассказывал, что присутствовал однажды при осмотре молодого и внешне здорового мужчины, жаловавшегося на боль вверху живота. Левайн задал пациенту несколько вопросов, ответы на которые полностью соответствовали описанию симптомов стенокардии, и записал в карте только одно предложение: «У пациента Х. стенокардия». Однако мужчине было всего 34 года, и он не подвергался факторам риска коронарного заболевания. Дальнейшее обследование обнаружило у него большую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, что также весьма нехарактерно для столь молодого возраста. Симптомы грыжи очень напоминали симптомы стенокардии, описанные доктором Левайном. Доктор М. рассказывал: «Но даже в этом случае Левайн дал всем нам понять, насколько он отличается от заурядных врачей. На карте пациента он написал большими буквами: «Мой диагноз

ошибочен», хотя вполне мог не акцентировать чужое внимание на своей ошибке. Но старая гвардия не привыкла так поступать. Он не мог скрывать свои ошибки».

После того случает я совершал с доктором Левайном совместный обход. Переходя от койки к койке, с невинным видом я спросил, не совпадают ли признаки стенокардии с проявлениями грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Ответ доктора Левайна меня обескуражил:

— Конечно нет, — сказал он. — Я абсолютно убежден, что тот молодой человек страдал заболеванием коронарных артерий и все его жалобы были вызваны стенокардией.

— Тогда почему вы сделали такую надпись на медицинской карте?

— Я учитель, поэтому для меня особенно важно было подчеркнуть, что все без исключения могут совершать ошибки. — Затем он добавил:

— Даже великий Левайн может ошибиться. Я не хотел бы выглядеть в глазах молодых врачей неким идолом, каждое слово которого — закон.

У этой истории оказался весьма трагичный конец. Примерно через три года, в возрасте, 37 лет, этот пациент перенес обширный инфаркт. Несомненно, диагноз Левайна был верен, и сам доктор, безусловно, переживал из-за того, что не сумел предупредить пациента о его состоянии. Однако не следует упускать из виду то, что все это происходило более 40 лет назад, когда медицина не располагала возможностями изменить финал.

Левайн обучал своих студентов искусству клинического исследования, при котором самые, казалось бы, незначительные признаки позволяют найти путь к правильной постановке диагноза. Во-первых, историю болезни необходимо составить таким образом, чтобы важнейшие детали, необходимые для понимания диагноза, не смешивались с второстепенными. Затем следует провести врачебный осмотр, который должен подтвердить или опровергнуть ранее поставленный диагноз. При этом главным инструментом, по мнению Левайна, является стетоскоп, при помощи которого можно услышать самые глубинные тайны сердца. Это простое и дешевое приспособление неоценимо для прослушивания его звуков и шумов.

Левайн говорил, что после тщательнейшего исследования врач лишь в редких случаях продолжает сомневаться в диагнозе. Он отмечал, что упование на так называемое обследование с использованием современной медицинской «тяжелой артиллерии», т. е. рентгено- или кардиофлюороскопии, электро- и фонокардиографии, анализов крови и мочи свидетельствует лишь об отсутствии врачебного опыта.

Левайну было известно множество диагностических приемов, позволяющих выявить то или иное заболевание. Например, зная о том, что подострый бактериальный эндокардит, т. е. инфекционное поражение клапанов сердца, практически всегда сопровождается сердечными шумами и крайне редко наблюдается у пациентов с хронической мерцательной аритмией, врач сможет оградить пациента от дорогостоящих обследований, а также от весьма неприятных многочисленных анализов крови. Гений Левайна проявлялся в том, что он умел решать сложные задачи просто. В качестве примера можно привести его способ распознавания коарктации аорты — врожденного дефекта, характеризующегося сужением верхнего его отдела, основного пути прохождения крови от сердца ко всем системам организма. Этот дефект зачастую трудно диагностировать, но со временем он приводит к повышению кровяного давления в верхней части туловища. Левайн предположил, что если одновременно пережать большой палец руки и большой палец ноги, а затем ослабить давление, то при наличии коарктации кровообращение в большом пальце ноги будет восстанавливаться дольше, чем в большом пальце руки. Чтобы провести этот тест, требуется не более 10 секунд. Он бесплатный, а единственным необходимым прибором для его осуществления является секундомер.

Левайн также чрезвычайно точно умел выявлять сердечные заболевания, связанные с тиреотоксикозом — болезнью, вызванной гиперфункцией щитовидной железы. В те времена на эту болезнь часто не обращали должного внимания, а Левайн ставил правильный диагноз даже в тех случаях, когда остальные врачи и не подозревали о его наличии. У таких пациентов наблюдается множество классических признаков заболевания сердца, включая аритмию, однако вызваны они вовсе не болезнью сердца, а переизбытком тиреоидных гормонов. При этом тиреотоксикоз вполне излечим. Левайн обращал внимание на такие признаки, как дрожание кончиков пальцев вытянутых рук,

повышенный аппетит, не сопровождающийся прибавкой в весе, частый, но нормальный стул, склонность к повышенному потоотделению в прохладном помещении, непереносимость тепла у пациентов преклонного возраста, теплые руки в холодную погоду, ранняя седина, коралловый румянец на щеках. Если обнаруживался хотя бы один из перечисленных признаков, он начинал искать другие, менее заметные указания на заболевание щитовидной железы. Теплая и влажная кожа, легкое дрожание языка, рефлекторная гиперактивность, немного необычный блеск всегда настороженных глаз, едва уловимое увеличение щитовидной железы или повышенная резкость движений — все эти симптомы всегда помогали ему поставить точный диагноз.

Однажды эндокринолог из нашей больницы попросил Левайна проконсультировать женщину, у которой подозревали заболевание коронарных артерий. Не успели мы подойти к кровати пациентки, как Левайн начал пританцовывать от непонятого возбуждения, а едва прослушав сердце, поставил диагноз: «тиреотоксикоз». Он спросил меня, что я думаю о первом сердечном тоне, и я ответил, что он щелкающий.

— А как вы можете соотнести это с большим P-R-интервалом на электрокардиограмме? — поинтересовался он. — Вы же знаете, что он сопровождается усилением первого сердечного тона при беременности, стенозе митрального клапана, наличии артериовенозной фистулы, болезни Педжета или выраженной анемии. Как вы думаете, может ли эта 60-летняя женщина быть беременной или страдать одним из этих недугов?

Я отрицательно покачал головой, но все равно не мог смириться с тем, что диагноз был поставлен столь быстро, и опирался на весьма немногочисленные доказательства. Тогда доктор Левайн не преминул указать на мой небогатый клинический опыт.

— Берни, вы просто не видите очевидного, — сказал он.

— Что же здесь так уж очевидно? — спросил я раздраженно.

— Неужели вы не заметили, что ее левый глаз расположен асимметрично? — Я присмотрелся повнимательнее и увидел, что левое веко пациентки слегка втянуто, буквально на несколько миллиметров. Это был один из обычных признаков тиреотоксикоза. Левайн ликовал:

— У пациентки наверняка тиреотоксикоз, хотя увеличение щитовидной железы и не определяется пальпаторно.

К вящему смущению эндокринолога, который «собаку съел» на заболеваниях щитовидной железы, диагноз доктора Левайна позже был подтвержден.

На Левайна всегда производили большое впечатление худощавые и подвижные пациенты с гиперфункцией щитовидной железы. Он ими просто восхищался и искренне верил, что их недуг предохраняет от заболевания коронарных артерий. Позже, когда доктор Левайн стал моим пациентом, я узнал, что в течение 30 лет он ежедневно принимал по три грана (в системе английских мер аптекарский гран равен 64,8 мг) тиреоидных гормонов. Он отмечал, что у людей с гиперфункцией щитовидной железы яркие, блестящие глаза, а поскольку глаза — зеркало души, то такие люди всегда кажутся необычайно интересными и привлекательными. Левайн выдвинул предположение, что притягательность Моны Лизы можно объяснить тем, что она страдала тиреотоксикозом. Однажды он заметил: «Если вы внимательно посмотрите на ее шею, то заметите зоб — утолщение в области щитовидной железы».

Я несколько раз был в Лувре и тщательным образом изучал творение Леонардо да Винчи, но не обнаружил ни малейшего признака зоба. Однако это не значит, что Левайн ошибался, просто он умел видеть то, что ускользало от взгляда других. К тому же, почему великий врач не может испытывать такой же полет фантазии, как и великий художник?

Левайн обучал меня искусству слушать, что является основой врачевания. Внимательный слушатель должен задействовать не только слух, но все свои чувства. Овладение врачебным искусством включает не только полное изучение болезней, но и умение оценивать эфемерные изменения эмоционального состояния пациента, что, как правило, считается привилегией психиатров. Необходимость полной самоотдачи во время общения с пациентом никогда не упоминается в курсе обучения в медицинском институте, об этом вы не прочтаете ни в одном учебнике по медицине. Но чтобы стать настоящим целителем, врач прежде всего должен научиться слушать. Внимание, оказываемое при этом пациенту, уже само по себе обладает терапевтическим воздействием. И немного найдется учебников и справочников, где

заболевание описано так же подробно, как оно отражается в исполненных страдания глазах пациента.

За время, отведенное на составление истории болезни, необходимо не только отметить наиболее важные моменты состояния здоровья больного, но и заглянуть в его внутренний мир. На первый взгляд, это кажется нетрудным, однако в работе врача нет ничего более сложного, чем умение слушать. И надо быть очень опытным слушателем, чтобы услышать невысказанное.

Взгляд в потолок

Чанг Гоянг, ученый из Мэриленда, вошел в мой кабинет в сопровождении своей жены-китаянки, которая не отводила от меня казавшегося остановившимся взгляда. Она напомнила мне молчаливую статуэтку Будды. Гоянг страдал стенокардией, развившейся вследствие сужения коронарных сосудов, и был моим пациентом вот уже почти 10 лет. Первый раз он приехал в Бостон на консультацию, поскольку врачи его больницы предлагали выполнить ему аортокоронарное шунтирование, которого он очень боялся. После этого он каждый год приезжал на осмотр. Его сердце стабильно работало вот уже много лет.

На этот раз он вновь подтвердил свое стабильное состояние: приступы стенокардии не участились и не усилились, активность осталась прежней. Гоянг пять раз в неделю плавал в бассейне, а также занимался ходьбой, не испытывая боли за грудиной. Для профилактики возникновения болей он перед занятиями принимал таблетку нитроглицерина. Я был полностью удовлетворен его рассказом.

Однако во время осмотра я почувствовал некоторую тревогу, которая усиливалась с каждой минутой. В отличие от предыдущих десяти осмотров на этот раз что-то изменилось. Миссис Гоянг во время осмотра неотрывно смотрела в потолок, ни разу не взглянув ни на меня, ни на мужа. Раньше она никогда себя так не вела. Может быть, именно здесь таилась причина моей тревоги? Возможно, супруги

поссорились по дороге ко мне или она просто сильно волновалась. А возможно, миссис Гоянг таким образом хотела мне что-то сообщить. Но что именно?

«Чепуха. Не позволяй разыгрываться фантазии и перестань строить из себя Гамлета», — сказал я себе. Но тревожные мысли становились все более навязчивыми и отвлекали меня от осмотра. А собственно, зачем я пытаюсь делать выводы, опираясь на воображаемые доказательства, когда можно просто поговорить с миссис Гоянг.

Физический осмотр изменений не выявил. Я был готов подтвердить удовлетворительное состояние здоровья своего пациента и назначить ему следующую встречу еще через год. Но что-то все же останавливало. Я попросил миссис Гоянг поговорить со мной наедине, вышел с ней в соседнюю комнату и спросил, как дела у ее мужа. Женщина ответила, что он только что все рассказал сам. «Может быть, что-то изменилось?» — задал я следующий вопрос. На мгновение она оцепенела, а затем сказала, что лучше спросить у мужа. Наша практически безрезультатная беседа длилась почти пять минут. Я чувствовал, что она что-то скрывает, и понемногу начал раздражаться. Мой голос звучал довольно напряженно, когда я спросил миссис Гоянг:

— Неужели вам безразлично, что происходит с вашим мужем? Любящая жена никогда не откажется сообщить врачу, который лечит ее супруга, важную информацию.

И эта казавшаяся спокойной и невозмутимой женщина разрыдалась передо мной:

— Китайская жена не должна ни с кем говорить тайком от мужа.

Отключившись от главного, я попытался поговорить с ней о деталях.

— Скажите, мистер Гоянг принимает нитроглицерин?

— Да, он сосет его целый день, — ответила она в перерыве между рыданиями.

— Занимается ли он физическими упражнениями?

— Нет, у него сильная боль в груди. Он не занимается вот уже целый месяц.

— Ваш муж плавает?

— Нет, он боится.

— Тогда зачем же он обманывал меня? — удивился я.

— Он до смерти боится операции на сердце, — ответила она.

Я попросил мистера Гоянга пройти испытание на велотренажере. Во время своих предыдущих визитов он выдерживал на нем 11 минут, не жалуясь на загрудинные боли. Однако на этот раз спустя уже 5 минут боль в груди и обильное потоотделение заставили моего пациента прекратить испытание. Кровяное давление у него повысилось, он жаловался на головокружение. На электрокардиограмме обнаружилось выраженные изменения: у мистера Гоянга наблюдалась вентрикулярная, или желудочковая, тахикардия — смертельно опасное нарушение сердечного ритма. Мы отправили его в больницу. Ангиограмма коронарных сосудов показала критическое сужение левой главной коронарной артерии. Это самый опасный тип обструкции, так как данная артерия снабжает кровью две из трех главных коронарных артерий. В подобных случаях единственным спасением является немедленная операция. Гоянгу срочно было выполнено шунтирование, после которого он быстро пошел на поправку и до сих пор чувствует себя прекрасно.

Но если бы в то посещение с ним не было жены, если бы я не прислушался к себе, то наверняка не обратил бы внимания на существенные изменения, произошедшие с пациентом. Из-за такой ошибки мистер Гоянг почти наверняка мог погибнуть.

Нельзя слушать пассивно. Составляя историю болезни, врач должен систематически возвращаться к историям предыдущих заболеваний пациента, его семейным заболеваниям, а также осматривать больного с головы до кончиков пальцев на ногах. При первой встрече с пациентом врачу необходимо прежде всего выслушать основные жалобы, т. е. получить информацию о том, что же привело его на прием. Кстати, эти жалобы не всегда отражают основные источники недомогания и часто не имеют практически ничего общего с истинной причиной заболевания. Это я понял еще будучи студентом медицинского института Джона Хопкинса.

Я окончил этот институт 50 лет назад и почти забыл многих преподавателей, но память о детском психиатре Лео Каннере свежа до сих пор. Его влияние на меня с годами усилилось. Трудно поверить, но я встречался с ним всего два раза, в 1943 году, когда учился на втором курсе.

Основная жалоба

Я все время вспоминаю одну из его лекций. На ней доктор Каннер рассказал нам о своей пациентке, которая в основном жаловалась на то, что ее восьмилетний сын Дики плохо себя ведет. На третьем этаже своего дома родители Дики оборудовали для мальчика детскую, набитую всевозможными игрушками. Но каждое утро он спускался в гостиную и раскидывал по персидскому ковру комиксы и карикатуры из газет. Никакие увещевания, угрозы или наказания не могли изменить поведения Дики. Тогда мать, считая, что с мальчиком что-то неладно, обратилась к доктору Каннеру.

В тот же вечер Каннер был приглашен на благотворительный вечер, организованный для сбора средств, предназначенных участникам второй мировой войны. Рядом с доктором оказалась представительная женщина средних лет. За ужином она рассказала Каннеру о сыне, служившем в военно-морском флоте на Тихом океане. Она боялась, что он погиб во время атаки на острова, оккупированные японцами. Затем женщина совершенно неожиданно спросила:

— Доктор Каннер, не могли бы вы как психиатр дать объяснение странной психологической силе обычных, казалось бы, событий. Когда я думаю о своем сыне, то самые приятные воспоминания связаны с тем, как в детстве он разбрасывал карикатуры по ковру в гостиной.

Каннер объяснил, что его недавняя пациентка, жаловавшаяся на такое же поведение своего сына, была сильно обеспокоена. Ее брак находился под угрозой, муж изменял ей. Женщина чувствовала себя беспомощной, в ее голосе звучало отчаяние. То, с чем она обратилась к врачу, не имело отношения к ее проблемам. Ее основная жалоба была сродни билету на театральное представление.

— Если бы вы были театральными критиками, — спросил нас Каннер, — смогли бы вы написать критический очерк о спектакле, имея перед глазами лишь билет на него? В этом случае можно написать только о том, что там-то и тогда-то состоялся спектакль под таким-то названием. Возможно, вы знаете фамилию автора пьесы, но не более того. То же самое и с основной жалобой. Она свидетельствует лишь о том, что какое-то недомогание беспокоит пациента так сильно,

что он вынужден искать вашей помощи. Основная жалоба часто даже не даст вам указания на то, какой орган не в порядке.

Каннер призывал нас, своих студентов, не доверять основной жалобе до тех пор, пока мы достаточно хорошо не изучим пациента. Врач, желающий исцелить, не может и не должен все внимание сосредоточивать лишь на основной жалобе или только на больном органе. Больному можно помочь, лишь узнав о том, что тревожит его в этой жизни. К сожалению, говорил Каннер, некоторые врачи не обращают внимания ни на что, кроме основной жалобы, но это не пример для подражания.

Я часто выслушивал от пациентов жалобы на неблагоприятное состояние здоровья, однако после детальной беседы оказывалось, что причина неблагополучия кроется в семейных или социальных проблемах. «Доктор, пожалуй, не стоило вас беспокоить по этому поводу», — смущенно говорили они. Но любые семейные проблемы неизбежно сказываются на здоровье всех членов семьи. В подобных случаях доброе слово исцеляет намного лучше, чем лекарства. Может быть, именно поэтому так неэффективны многочисленные лекарственные препараты, которые врачи в изобилии прописывают пациентам. Ведь причина недомогания кроется совсем в другом. Пациент с нерешенными проблемами будет продолжать искать их решение и как один из вариантов — использует лекарства. Обилие же последних часто приводит к побочным эффектам, и пациент в конце концов может подвергнуться дорогостоящей инвазивной процедуре.

Врачи в первую очередь обращают внимание на основную жалобу потому, что в медицинских институтах не учат искусству слушать, как не учат и умению тщательно составлять историю болезни. Среди врачей весьма популярен афоризм: «Если ничто не срабатывает, поговори с пациентом». Кроме того, выявление других, не основных, жалоб требует времени, а время — деньги. В беседе с пациентом можно узнать лишь косвенные, на первый взгляд часто кажущиеся сомнительными сведения, а врачи привыкли опираться на твердые доказательства. Но даже самые передовые технические методы не дают полной гарантии, а современные врачи, по-моему, при помощи аппаратуры пытаются сократить время общения с пациентом.

Составление истории болезни на основе только ведущей жалобы довольно часто приводит к назначению лечения, прямо

противоположного необходимому. В самом начале карьеры я столкнулся с тем, что происходит в тех случаях, когда врач фокусирует внимание на основной жалобе, игнорируя истинные причины недомогания.

У папы больное сердце

— У моего папы больное сердце, — сказала женщина лет сорока, представляя мне своего отца. Она крутила в руках носовой платок и казалась сильно взволнованной. Весь облик пожилого человека, его отсутствующий взгляд свидетельствовали о том, что он не желает участвовать в разговоре. С головой у него было все в порядке, так как он точно и остроумно отвечал на мои вопросы. Но в нем ощущалась какая-то безнадежность.

Однако когда я спросил пациента, на что конкретно он жалуется, дочь ответила, что отец очень болен и не в состоянии отвечать на мои вопросы, а затем заявила, что он страдает стенокардией. При этом она говорила об отце, словно его не было рядом. Он же в свою очередь, казалось, не обращал внимания на ее слова. Женщина же утверждала, что дни отца сочтены. Я спросил, ощущает ли пациент боль или другие неприятные симптомы в груди. Тот отрицательно покачал головой, а затем вдруг сказал, что физически он вполне здоров.

— Папа, почему ты отрицаешь то, что очевидно всем и каждому? — расплакалась дочь.

Я был в растерянности. Что бы я ни предпринимал, дочь, как первоклассный футболист, отбивала любую атаку. А ее отец выглядел больным, безразличным и казался намного старше своих 75 лет. Результаты физического осмотра были таковы: здоровое сердце, нормальное кровяное давление и полное отсутствие признаков заболевания сердца.

Я поспешил сообщить радостную новость дочери пациента, но ее реакция ошеломила меня.

— О, нет, нет! — вздрогнула она и разразилась конвульсивными рыданиями. Мне с большим трудом удалось ее успокоить. — Почему

вы не верите, что у моего отца серьезное заболевание сердца? — спросила она с отчаянием.

Постепенно, шаг за шагом, я вытянул из нее факты. Наш разговор длился долго и постоянно прерывался рыданиями и словами: «Что же мне теперь делать?»

Отец женщины был преуспевающим владельцем аптеки, а муж — одним из фармацевтов этой аптеки. Несколько лет назад умерла ее мать. Вскоре супруги пригласили отца переехать к ним и переделали для него третий этаж дома в квартиру с отдельным входом. Примерно через год они убедили отца передать аптеку под управление зятя.

В последние несколько лет отношения между зятем и тестем становились все хуже и хуже. Сначала зять настоял на том, чтобы старик питался отдельно. А вскоре даже то, что он ходил по своему этажу, начало действовать молодому хозяину на нервы. Старик знал об этом и боялся даже встать с кресла, когда зять был дома. Питался он как придется, вследствие чего сильно похудел и в конце концов превратился в затворника. Дочь же, с одной стороны, испытывала чувство вины перед отцом, а с другой — боялась скандалиста-мужа. Несколько месяцев назад тот поставил ей условие — или отец переезжает, или он от нее уйдет. Именно с этого момента женщина начала убеждать себя в том, что отец умирает от болезни сердца.

Главная жалоба была лишь прикрытием человеческой трагедии. Воображаемая болезнь не имела ничего общего с реальной проблемой, стоявшей перед этой несчастной семьей.

Спрятанный ключик

Я абсолютно убежден, что, если обращать внимание не только на основные жалобы пациентов, можно гораздо эффективнее, быстрее и с меньшими затратами докопаться до истинных причин многих проблем. Исследование, проведенное в Англии, показало, что 75 процентов информации, необходимой для правильной постановки диагноза, можно получить из истории болезни, 10 — по результатам физического осмотра, 5 — по данным простейших анализов, 5 — по

результатам дорогостоящих инвазивных процедур, а оставшиеся 5 процентов информации поступают неизвестно каким образом. Это меня совершенно не удивляет. Ведь пациент сродни банку, в котором хранятся деньги. Чтобы их получить, надо заручиться доверием банка. Некоторые чрезвычайно сложные проблемы медицинского характера, с которыми я сталкивался на практике, разрешались лишь при помощи информации, полученной от пациента.

Время, потраченное на составление подробнейшей истории болезни, ни в коем случае нельзя считать бесполезным. Напротив, оно помогает сэкономить массу времени в дальнейшем. Без истории болезни врач может оказаться бессильным что-либо предпринять или рискует назначить неправильное лечение.

Однажды, еще до появления амбулаторных мониторов для электрокардиографии, я стоял возле кровати пациента, страдающего аритмией, которую никак не удавалось проследить. Мы не могли зафиксировать ее в течение недели, которую он провел в больнице. Я рассеянно пробормотал себе под нос:

— Если бы нам удалось ее прослушать...

Пациент озадаченно посмотрел на меня и сказал:

— Док, я знаю, как ее вызвать.

— И как же? — удивился я.

— Мне надо встать прямо, а потом нагнуться и завязать шнурок на левом ботинке.

Ответ был настолько необычным, что я рассмеялся и попросил пациента продемонстрировать это. Когда он наклонился вперед, я обнаружил у него аритмию, которую мы тщетно пытались «подловить» в течение недели.

Очень часто пациент не только может точно сообщить, что именно с ним происходит, но помогает объяснить эту проблему наилучшим образом. Директор одного колледжа в течение десяти лет консультировался у врачей по поводу желудочковой тахикардии, очень серьезного нарушения сердечного ритма. Он лежал в самых лучших медицинских центрах страны и испробовал около дюжины методов лечения. Однако все было бесполезно. Во время его первого визита ко мне я спросил, в какое время дня он чаще всего испытывает аритмию. Пациент ответил, что обычно это случается утром, перед уходом на

работу. Последующие расспросы помогли уточнить точное время: между 7:30 и 8:30 утра.

Поговорив с пациентом еще немного, я посоветовал ему перевести стрелки будильника на 5:30 утра, а проснувшись, принять двойную дозу лекарств от аритмии и снова лечь спать. Я не рекомендовал ему дополнительно принимать лекарства в течение дня. Он приходил ко мне на консультации в течение восьми лет и ни разу больше не жаловался на аритмию.

Просто поразительно, что до меня ни один врач не поинтересовался, в какое время суток у пациента появляется аритмия. Прием больших доз антиаритмических препаратов в течение дня вызывал у пациента различные побочные эффекты, но не влиял на аритмию. Причина такой неэффективности была очевидна: лекарства, которые он принимал вечером, к утру теряли силу, а утренние лекарства принимались практически непосредственно перед приступом, и в нужный момент их концентрация в крови оказывалась недостаточной. Поэтому ему требовались большие дозы препаратов для преодоления приступа. Никакие технические новшества не решили бы эту проблему, и пациент продолжал бы страдать, если бы его один раз внимательно не выслушали.

Мнение жены

История болезни получается более информативной, когда при ее составлении присутствует один из членов семьи пациента, особенно супруг или супруга. Большинство врачей предпочитают общаться с пациентом наедине, объясняя, что так им легче сфокусировать внимание на его проблемах. Кроме того, оставшись с врачом один на один, пациент якобы чувствует себя более раскованно, с ним можно обсуждать интимные проблемы, которые в присутствии члена семьи наверняка остались бы скрытыми.

Но я не могу с этим согласиться. Конечно, я всегда спрашиваю пациента, согласен ли он на присутствие родственника во время разговора. Ответ практически всегда положительный. Я убежден, что

это ускоряет процесс получения информации и помогает быстрее узнать пациента более близко. Приходя на прием в одиночестве, пациент часто забывает сообщить чрезвычайно важные сведения или поделиться своими тревогами. Но еще важнее другое: наблюдая супружескую пару, можно составить суждение о динамике семейных отношений, что не всегда можно выразить словами. Слушая ответы пациента и видя реакцию его «половины», можно мгновенно определить моменты, представляющие действительную опасность. Является ли этот брак счастливым или супруги готовы перегрызть друг другу горло? Что за скелет спрятан в их шкафу? Ладят ли они с детьми, родителями и другими родственниками? Не является ли работа пациента его истинным больным местом? Многие проблемы становятся очевидными, когда муж и жена приходят на прием вместе.

Я сталкивался со множеством случаев, когда именно жена обращала внимание на то, что у мужа не все в порядке со здоровьем, и заставляла его обратиться к врачу. Кроме того, жены часто гораздо откровеннее объясняют суть проблемы. Я говорю о женах, а не о мужьях по нескольким причинам. Во-первых, жены знают о здоровье мужей гораздо больше, чем другие члены семьи. А во-вторых, заболевания сердца, с которыми я обычно сталкиваюсь, чаще всего наблюдаются у мужчин. И наконец, мужья крайне редко могут или изъявляют желание сопровождать жен к врачу. А женщина всегда найдет для себя время.

Иногда во время совместного визита даже менее значительные признаки, чем, например, взгляд миссис Гоянг, устремленный в потолок, помогают выяснить суть проблемы. Как-то я спросил одного пациента о его сексуальной жизни.

— У меня с сексом никаких проблем, — без промедления ответил он.

Этот же ответ я слышал во время каждого ежегодного визита.

— Как с сексом? — спрашивал я.

— Никаких проблем, — неизменно отвечал пациент. Он наблюдался у меня уже пять лет, но однажды вместе с ним пришла жена. Задав обычный вопрос относительно сексуальной жизни и получив дежурный ответ, я заметил, что женщина изумленно и несколько испуганно посмотрела на мужа. Тогда я спросил:

— А что именно вы под этим подразумеваете?

Он взволнованно ответил:

— То, что я вообще не занимаюсь сексом, поэтому и проблем нет. Желая защитить себя, он добавил:

— Я говорю вам это на протяжении уже пяти лет, но вы ни разу не уточнили мой ответ.

Я знаю, что с годами слух у врача трансформируется, данные и факты начинают казаться все менее значимыми, но любая потеря обязательно компенсируется каким-то приобретением. Я все больше внимания обращаю на то, что скрыто между словами, таится в паузах, оговорках или в тех словах, которые случайно срываются с губ. Молчание иногда бывает очень информативным, поэтому надо уметь его понимать. Врачебный опыт оттачивает интуицию, помогая соединять разрозненное и почти мгновенно ухватывать суть проблемы. Жаль только, что на это уходят, годы.

Боль в груди и головная боль

Ко мне на повторный прием пришел один калифорниец. Ему было немногим за семьдесят, и он готовился к операции шунтирования коронарной артерии. Последние два месяца мистер А. страдал от ощущения стеснения в груди, которое проявлялось после полудня и продолжалось до самой ночи, иногда мешая заснуть. Врач из Лайоллы, откуда приехал этот человек, прекрасно владел современными методами обследования с помощью медицинской аппаратуры, но не удосужился составить подробную историю болезни. Таллиевый тест выявил несколько участков реперфузии, что являлось признаком угрожающей блокады коронарной артерии. Но хотя мистер А. страдал заболеванием коронарных артерий, стенокардия не являлась причиной болей в груди. Оказалось, что неприятные ощущения усиливаются во время отдыха, продолжаются в течение многих часов и не снимаются нитроглицерином. Все эти признаки свидетельствовали против стенокардии, но не являлись достаточным доказательством для постановки точного диагноза. Необходимо было найти точное

объяснение состояния пациента, полностью отвечающее перечисленным симптомам.

За два года до этих событий во время одного из визитов я встречался с миссис А. Она страдала серьезным заболеванием сердца и эмфиземой легких в последней стадии. Это была сильная, исполненная достоинства и шарма женщина. Она была прикована к инвалидному креслу, и каждый вдох давался ей с большим трудом, но все ее существо излучало радость жизни, отчего у меня просто перехватило дыхание. Я был восхищен и преисполнен уважения к ней.

— Каждый день, просыпаясь и видя солнце, я радуюсь. Я постоянно молюсь, чтобы исполнились мои желания, а их много. Но самое главное — я хочу до последнего дня оставаться рядом с мужем, которого люблю вот уже 50 лет. — Она посмотрела на меня с улыбкой, словно сделала такое признание впервые.

Всё это всплыло в памяти в тот момент, когда я выслушивал жалобы мистера А. на боль в груди. И вдруг совершенно отчетливо вспомнил, словно заново услышал, как миссис А. говорила, что смог и пыль Техаса усугубляют ее состояние, поэтому семья планирует перебраться в Калифорнию.

— Когда вы переехали в Калифорнию? — спросил я.

— Двадцать восьмого января, — ответил мистер А.

Значит, два месяца назад — как раз перед тем, как он начал испытывать боль в груди. Отметив про себя этот факт, я стал расспрашивать его о семье и друзьях. Их дети остались в Техасе, как и большинство друзей.

Я понемногу начал распознавать признаки депрессии. На вопрос о сне мистер А. ответил, что спит урывками, поскольку по ночам тревожится за жену. Ей часто приходится растирать спину, чтобы облегчить дыхание. Супруги практически превратились в пленников в собственном доме, но, по словам мистера А., его это совершенно не беспокоит, так как любой выход в свет связан со множеством проблем. С некоторых пор миссис А. могла находиться только в постели или в кресле-каталке, а в последнее время ей постоянно нужна кислородная подушка.

Тест на велотренажере не вызвал у мистера А. приступа болей в груди. Напротив, к моему удивлению, он провел на тренажере более десяти минут, прежде чем почувствовал усталость. Это было необычно

даже для мужчины моложе моего пациента на пару десятков лет. Такой результат был следствием ежедневных двухчасовых занятий на домашних тренажерах, которые мистер А. предпринимал, чтобы, по его выражению, «не свихнуться».

Спустя некоторое время мы перешли в комнату для консультаций, где нас ждал сын мистера А. Я начал с изложения фактов:

— Ваша сердечно-сосудистая система в превосходном состоянии. Заболевание коронарных артерий, которое наблюдалось у вас несколько лет назад, что подтверждалось ангиограммой, не прогрессирует. Ваше состояние стабильно, и стенокардии у вас нет. Боль в груди вызвана не заболеванием сердца, но странно, что она такая слабая. — Мистер А. удивленно взглянул на меня, а я продолжал:

— Я поражен, с каким терпением, спокойствием и смирением вы несете свой крест. Ради жены вы переехали в Калифорнию, лишив себя всяческой поддержки. Вы выполняете свой долг с раннего утра до поздней ночи, часто не отдыхая даже ночью. Вы превратились в круглосуточную сиделку. Немногие, даже молодые люди выдержат такую нагрузку. Боль в груди в середине дня отражает стресс, который накапливается в вашем организме к этому времени. Она усиливается по ночам, поскольку в это темное время суток вы ощущаете себя особенно беспомощным.

Мистер А. отвернулся в сторону, его плечи начали конвульсивно вздрагивать. Сын мистера А. также не мог сдержать слезы. Я дал им несколько советов, как снять с мистера А. избыточную ответственность и невыносимое напряжение. Перед уходом он попросил назначить ему следующий прием как можно раньше. Когда я увидел своего пациента снова, он совершенно не жаловался на боль в груди.

Внимательно составленная история болезни содержит не только важные детали. Это инструмент, необходимый для успешного лечения. На его разработку требуется время, но оно окупается сполна. И — что самое главное — это позволяет установить доверительные, основанные на взаимном уважении отношения между врачом и пациентом. Затраченное время — небольшая жертва, возлагаемая на алтарь исцеления.

Глава 2

Чуткое прикосновение

В книге «Самая молодая наука» Льюис Томас мудро заметил, что прикосновение есть самый древний и самый эффективный инструмент врача. Я полностью согласен с этими словами, так как твердо убежден, что прикосновение дает множество преимуществ специалисту по внутренним болезням в отличие от психиатра, который выслушивает пациента, не входя с ним в контакт. После физического осмотра взаимоотношения с пациентом иногда кардинально меняются: исчезает отчужденность, разговор становится более непринужденным, а проблемы, которые не были высказаны или о которых никто и не подозревал, становятся очевидными без дополнительных проверок. Пациент охотнее отвечает на вопросы и делится с врачом такими интимными деталями, которые обычно доверяют лишь близкому другу.

В средние века врач прижимался ухом к животу или груди пациента, чтобы прослушать брюшную полость или сердце. Более близкий контакт трудно вообразить. Ухо, прижатое к груди, было демонстрацией человеческой привязанности. «Невозможно представить более человечный жест, более интимное проявление заботы и нежности, чем склоненная голова, прижатая к груди», — писал Томас, указывая на то, что подобный подход является самым великим достижением в истории медицины.

Первым прикосновением при встрече врача с пациентом должно быть рукопожатие. Это знак приветствия, жест гостеприимства, символ того, что вы готовы принять другого человека как друга. А для врача это один из способов получения важнейшей информации. Во-первых, то, как человек пожимает руку, может многое рассказать о его характере и психологическом состоянии. Протягивает ли пациент руку с готовностью или неохотно, лишь в ответ на протянутую руку врача? Твердое рукопожатие уверенного в себе человека разительно отличается от легкого прикосновения кончиками пальцев, которое наблюдается у людей неуверенных или находящихся в беде.

О диагностической ценности рукопожатия следует написать целый трактат. Вот один пример. Однажды в середине зимы ко мне пришел мужчина 65 лет с жалобой на учащенное сердцебиение. Пожимая ему руку, я обратил внимание на то, что его ладонь была теплой и слегка влажной. На улице стоял мороз, и я предположил, что, вероятно, у этого мужчины очень теплые шерстяные перчатки. Однако он сказал, что очень редко надевает их. Я тут же заподозрил у него гиперфункцию щитовидной железы, что и было позже подтверждено анализами. Когда щитовидная железа вырабатывает слишком много гормонов, метаболизм каждого органа резко возрастает, к коже приливает больше крови, она становится более теплой, чем в норме, а сердце бьется учащенно, что вызывает аритмию.

Как отмечал Томас, самым старым врачебным приемом является мануальная («ручная») терапия. До XX века этот прием использовался практически во всех случаях, когда требовалась врачебная помощь. Со временем воздействие руками превратилось в настоящее искусство, его польза была подтверждена данными научных исследований и метод стал важным инструментом диагностики. Прощупывая пульс, врач определяет частоту сердцебиения и ритм сердечных сокращений. Впервые этот прием использовал самый известный врач времен Римской империи Гален. Пальпация грудной клетки позволяет определить размеры сердца, наличие аневризмы грудного отдела аорты, ощупывание шеи — увеличение щитовидной железы или патологию аортного клапана. Брюшная полость таит множество ценнейшей информации, доступной чутким пальцам: увеличение селезенки или печени, расширение брюшного отдела аорты, воспаление аппендикса или наличие опухоли.

Я никогда не пользовался методом прослушивания сердца, прикладывая ухо к груди, но пальпация грудной клетки помогала мне очень часто. Когда я говорю, что таким образом можно определить приближающийся инфаркт, большинство моих коллег относятся к подобному заявлению с недоверием. Однако примерно 35 лет назад жарким июльским днем я получил полное этому подтверждение. Ко мне на практику приехали два выпускника медицинского института, и первым пациентом, которого мы осматривали, был крепкий здоровяк-спортсмен средних лет. В тот день ему удалили желчный пузырь, и мы пришли к нему с дежурным осмотром. Все жизненные показатели

были в норме, но когда я положил ладонь на его грудь, то почувствовал парадоксальное уплотнение с левой внешней стороны грудной клетки. Обычно в этом месте не ощущается никакого движения. Я шепотом велел своим помощникам немедленно снять электрокардиограмму, так как предположил, что у пациента начинается инфаркт. Молодые врачи удивленно переглянулись. Весь их вид говорил о том, что они считают мою просьбу не более чем циничным розыгрышем.

Мы продолжили обход, а через 20 минут получили сообщение, что у пациента остановилось сердце. Реанимационные действия оказались тщетными, а на вскрытии обнаружилось, что он перенес обширный инфаркт. Оба молодых человека извинялись передо мной в течение двух последующих дней.

Еще одной разновидностью ручного обследования является перкуссия. Ее предложил в XVIII веке врач Леопольд Ауэнбруггер. Молодой Леопольд часто наблюдал за тем, как его отец, торговец вином, постукивал по бочкам, чтобы определить его уровень. Став врачом, он применил тот же способ для изучения пустот человеческого тела. Перкуссия позволяет определить уплотнение в легких, что происходит при пневмонии, а также наличие жидкости в плевральной полости и пустот — в брюшной полости. Кроме того, с помощью данного метода можно определить размеры сердца. Ну и конечно, это еще один из способов установления доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом.

Прикосновение к сокровенному

Я вспоминаю двух своих пациенток. Тщательно составленные истории болезни, казалось, не оставляли никаких сомнений в их диагнозах, однако, прикоснувшись к этим женщинам, я получил много жизненно важной информации.

Первой из них была 25-летняя женщина, которая жаловалась на распространенные боли. Ее история болезни была довольно типична, однако сама пациентка казалась погруженной в себя и сильно

опечаленной. Во время физического осмотра я осторожно погладил ее по руке и спросил:

— Если вы хотите, чтобы я помог вам, почему вы так замкнуты?

Не успели эти слова слететь с моих губ, как я пожалел о них — они показались мне бестактными.

Тело пациентки содрогнулось, она выглядела так, словно ее загнали в угол. Покачав головой, женщина произнесла чуть слышно, одними губами:

— Нет, о нет... — Затем, после непродолжительной паузы, добавила:

— Так, значит, вы знаете?

Я молчал, поскольку не имел представления о том, что должен был знать, как и о том, что последовало за ее словами. Глядя мне прямо в глаза, она поведала историю, которую таила в себе много лет.

Эта женщина выросла в Бостоне, в благополучной семье. В 19 лет влюбилась в мужчину, которому было около 35 лет. Родители не одобряли связи дочери и говорили, что она плохо кончит. Вскоре девушка поняла, что беременна, и отправилась в Вермонт, где устроилась работать на ферму. Там, скрывшись от всех, родила ребенка и выбросила его в старый колодец. Я был единственным человеком, которому эта тихая, печальная женщина призналась в том, что убила собственное дитя.

Другой пациенткой была жительница Рио-де-Жанейро. Невысокого роста, энергичная, необычайно привлекательная женщина в 61 год выглядела не старше 40. Она обратилась ко мне по поводу частых приступов пароксизмальной предсердной тахикардии. Дама принадлежала к высшему обществу и производила впечатление человека, который буквально с пеленок идет своим путем и не терпит возражений. Она сказала, что периодически проходит курс физиотерапии в Нью-Йорке. Я спросил, почему не в Рио, на что та ответила: «О, это такой маленький городок, а слухи и сплетни — основное занятие его обитателей».

Составляя историю болезни, я попытался разузнать о том, что ее мучило, однако безуспешно. Она сообщила, что является истинной католичкой, что у нее есть сын, уже женатый. Когда я начал задавать вопросы о ее семейной и половой жизни, дама решительно оборвала

меня, заметив, что это не имеет отношения к заболеванию сердца и, кроме того, должно заботить психиатра, а не кардиолога.

Я пустился в долгие объяснения по поводу того, какие исследования проводятся по выявлению связи между работой мозга и сердца, затем сказал, что лечение часто оказывается неэффективным, если эта связь игнорируется. Она внимательно выслушала меня, но промолчала. Однако после тщательного физического осмотра что-то изменилось в наших взаимоотношениях. Женщина перестала сторониться меня и на пути к кабинету флюорографии почувствовала потребность выговориться. В то время флюорографию делали в темной комнате, а чтобы больному было легче адаптироваться к темноте, на него надевали красные защитные очки. Она стояла, прижавшись к холодной стене, а я подвел рентгеновский аппарат к ее груди. Мы находились так близко друг от друга, что наши тела почти соприкасались. Я настраивал прибор, а она стояла, не шелохнувшись, словно живое распятие, и вдруг спросила:

— Доктор, а может ли мастурбация привести к изменению сердечного ритма?

Я выключил аппарат, но не стал зажигать свет. В полной темноте наши голоса, казалось, звучали слишком громко, поэтому я ответил шепотом:

— Очень интересный вопрос. Почему вас это интересует?

И тогда моя пациентка рассказала следующее.

Тридцать четыре года назад она вышла замуж по безумной любви. Свадьба в Бразилии необыкновенно живописна, однако сразу после церемонии ее муж исчез. В день свадьбы он ушел к любовнице! В первый раз голос пациентки выдал ее истинные чувства. Через неделю она узнала о предательстве мужа и поклялась никогда больше не спать с ним и начала часто мастурбировать. Будучи ревностной католичкой, она не стала требовать развода.

— Вы обсуждали это с психиатром? — поинтересовался я.

— Нет, я не говорила об этом ни с кем, кроме вас, — ответила она. — Этот крест должна нести я одна. Такова моя судьба.

В наши дни прикосновение используется все реже, а физический осмотр становится все более поверхностным. Все началось примерно 180 лет назад, когда французский врач Рене Лаэннек придумал использовать для прослушивания свернутый в трубочку лист картона,

который затем превратился в стетоскоп. Хотя таким образом прослушивание стало гораздо эффективнее, разрушился личный контакт «врач — пациент». Развитие медицины как науки сильно продвинулось вперед, и большинство достижений на этом пути просто замечательны. Было бы глупо ратовать за то, чтобы прижиматься ухом к телу пациента, желая прослушать его легкие или сердце. Однако за последние столетия не изобретено ни одного прибора, позволяющего усилить доверие пациента к врачу. «Медицина больше не пользуется наложением рук, похоже, она предпочитает считывать показания с экранов приборов», — писал Льюис Томас. Тем не менее связь между врачом и пациентом должна быть восстановлена.

Глава 3

Сердце и разум

Слушать пациента — очень важно, но что именно слышат врачи? Главное — понимание проблемы с медицинской точки зрения, а также понимание личности пациента. Последнее, как правило, нуждается в пояснении. Составляя историю болезни, врач начинает знакомиться с пациентом как с человеком. Это означает, что он узнает не только сведения о семье, образовании, работе, увлечениях, характере и жизненных устоях пациента, — основное внимание следует уделять эмоциональным стрессам и психологическим факторам, влияющим на его поведение.

Издавна врачи знали, что эмоциональное состояние воздействует как на состояние здоровья человека, так и на процесс выздоровления. Кардиологам известно, как психологические стрессы влияют на функцию сердечной мышцы. В состоянии стресса у человека нередко ускоряется сердцебиение, повышается кровяное давление, изменяются сократительные свойства миокарда — мышцы, качающей кровь. Фактически, возбужденный мозг способен влиять на сердечный ритм, что приводит к развитию стенокардии, может стать причиной инфаркта и даже привести к внезапной смерти.

Таким образом, записывая историю болезни, необходимо не просто выяснить детали заболевания, но и понять, что волнует пациента. Сегодня мы часто слышим об изучении мозга и сознания, словно эта область знаний является новой. Но подобные проблемы волновали врачей с незапамятных времен. Еще в конце XIX века полагали, что разум не связан с телом, однако с развитием науки медики стали больше склоняться к дуалистической теории. Разум чаще рассматривался с точки зрения духовности, а не науки. Главным объектом последней считалось тело. Его можно трогать, изучать, резать, расчленять. Жидкости и другие субстанции тела можно выделить и изучить их химический состав. Патологические процессы, происходящие в организме, можно идентифицировать, предсказать и воздействовать на них. С разумом все по-другому. Его проявления скорее можно ощутить или вообразить, чем измерить. В настоящее

время нет методики, позволяющей сделать осязаемыми такие проявления внутреннего негативного состояния человека, как беспокойство, напряжение или депрессия. А ведь эти эмоциональные состояния являются факторами риска возникновения или обострения заболевания. Они отрицательно воздействуют на скорость выздоровления.

Чаще всего именно психологические проблемы являются причиной заболевания. В подобных случаях врач ставит диагноз «психоневроз». За этим емким термином скрываются все состояния, которым невозможно дать научное объяснение. Но при этом пациент остается как бы обделенным. Невнимательное отношение к эмоциональным проблемам больного лишает врача возможности успешно лечить его, особенно в случае хронических заболеваний. Лекарства могут временно облегчить некоторые симптомы, но вызывающее их заболевание так и останется неизлеченным. Игнорирование психологических аспектов отчуждает искусство лечить от искусства исцелять, принижая образ врача и существенно нивелируя его социальный статус.

Увлечение психологией определило мой интерес к медицине. Во время учебы в институте я восхищался Фрейдом и по уши погрузился в психоанализ, который считал ключевым научным открытием XX столетия. Как я уже говорил, сначала мне хотелось стать психиатром, но когда я поступил в медицинский институт, психиатрия перестала казаться мне настолько привлекательной. Поначалу шокировала ее субъективность, и это своего рода разочарование толкнуло меня на другую стезю. После окончания института я потратил целый год на вскрытие трупов в качестве интерна-патологоанатома в благотворительной больнице. Увлечение психиатрией ослабло, но я не переставал восхищаться взаимоотношениями сознания и мозга, определяющими суть человеческого существа.

Утвердившись в кардиологии, я вновь вернулся к своим ранним научным увлечениям. Удивительно, как спираль жизни иногда возвращает нас к тому, с чего мы начинали в юности. Хотя психиатрия не была моей специальностью, работа кардиолога постоянно заставляла меня уделять все больше внимания именно психологическим аспектам заболеваний. Абсолютно произвольно получилось так, что 30 лет моей исследовательской работы посвящены

связи между сердцем и сознанием. Несомненно, род занятий определяется личностью, и я вернулся к тому, с чего начинал, так как это, видимо, было моей судьбой.

Интерес к психиатрии подогревался постоянным чтением литературы и клиническими наблюдениями. Еще в самом начале карьеры я был потрясен диагнозом, опубликованным в одном из журналов. Он был поставлен одним индийским медиком и гласил: «Убит собственным воображением».

Этого врача пригласили в одну из тюрем, где на одном из заключенных, приговоренных к смерти через повешение, проводился потрясающий эксперимент. Врач уговорил его выбрать другой вид казни — обескровливание, уверив, что такой вид смерти будет безболезненным, хотя и не мгновенным. Заключенный согласился, после чего его привязали к кровати и завязали ему глаза. К четырем углам кровати подвесили емкости с водой. Вода из них по каплям стекала в тазы, стоящие под емкостями. Кожу на руках и ногах приговоренного слегка оцарапали, после чего вода начала капать в тазы, сначала быстро, а потом все медленнее и медленнее. Заключенный слабел с каждой минутой, его голос звучал все тише и тише. Хотя это был здоровый молодой человек, в конце эксперимента, когда вода перестала капать, всем показалось, что он потерял сознание. Осмотр показал, что заключенный умер, не потеряв ни одной капли крови.

За многие века таких удивительных примеров накоплено предостаточно. Медики давно знают, что деятельность нервной системы влияет на каждый орган человеческого тела. Примерно 350 лет назад Уильям Гарвей, открывший циркуляцию крови, писал: «Любой всплеск сознания, вызванный болью или удовольствием, надеждой или страхом, является причиной возбуждения, действие которого простирается до самого сердца».

В ходе моей работы проблема внезапной остановки сердца постоянно занимала меня, так как это одна из важнейших причин смертности в Соединенных Штатах. Поэтому вполне естественно, что я соединил оба своих увлечения, исследуя, как психологический стресс может привести к внезапной смерти. Задолго до того как врачи обратили внимание на эту связь, в фольклоре многих народов мира существовали рассказы о том, как негативные эмоции приводили к

гибели. Разговорный язык изобилует такими выражениями, как: «умереть от разбитого сердца», «тяжесть на сердце» или «сердце разорвалось от горя». Каждое из них иллюстрирует состояние непереносимого эмоционального стресса. Время от времени в прессе также появляются сообщения о смертях, вызванных сильным эмоциональным потрясением. Однако представителей официальной медицины не привлекает перспектива описывать причину смерти фольклорными выражениями, они относятся к таким объяснениям весьма скептически, невзирая на огромное, прямо-таки эпидемическое количество смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, вызванных эмоциями.

В начале XX века Карл Пирсон, отец современной биостатистики, занялся изучением дат смерти супругов, обозначенных на могильных камнях кладбищ Англии, Голландии и Германии. Он обратил внимание на то, что мужья и жены чаще всего умирали через год после смерти своих супругов. Это кажущееся совпадение постоянно подтверждается новыми примерами. Тяжело переживающий потерю супруг или член семьи подвергается повышенному риску умереть от болезни сердца. Было также замечено, что социальные потрясения вызывают эпидемическую ситуацию по коронарным заболеваниям и смертям. В одном весьма скрупулезном исследовании отмечен рост смертности от заболеваний сердца среди японцев, переехавших на Гавайи и в Сан-Франциско. В Японии заболевания коронарных артерий наблюдаются нечасто. Однако среди японцев, осевших на Гавайях, число заболевших заметно выросло и значительно превысило количество случаев среди американцев японского происхождения, поселившихся на Западном побережье. Самым распространенным объяснением этому факту является то, что японцы перенимают вредные привычки жителей США, а именно: пристрастие к слишком жирной пище, курение, неправильный образ жизни. Поразительно, но японцы, живущие в Сан-Франциско, сопротивляются ассимиляции в культурном смысле, хотя так же, как американцы, едят жирную пищу и курят. Значит, именно сохранение японских традиций помогает им бороться с заболеваниями сердца, а психологические процессы, по-видимому, играют ключевую роль в иммунитете против них.

Похожие данные получены при изучении обслуживающего персонала в Англии. Преуспевающие служащие административного

звена отличаются высоким жизненным потенциалом, тогда как «синие воротнички», т. е. нижестоящие работники умирают от сердечно-сосудистых заболеваний в четыре раза чаще. Корректировка полученных данных с учетом более низкого уровня жизни работников низшего звена не слишком сильно меняет эту статистику. Главной причиной смертности являются психологические факторы, связанные с неудовлетворенностью людей низкооплачиваемой работой. Та же картина наблюдается в США.

Помимо работы немалое влияние на качество здоровья имеет образование. Выпускники высших учебных заведений живут дольше тех, кто закончил только среднюю школу. И если работа, связанная со стрессами, является фактором риска возникновения заболевания сердца, то отсутствие работы вообще также служит частой причиной болезней и смертей. В Соединенных Штатах ежегодное увеличение количества безработных на 1 процент оборачивается увеличением смертности от коронарных заболеваний на 6 тысяч случаев. Кстати, сердечно-сосудистые заболевания редки среди людей, живущих в счастливом браке, имеющих много друзей, дружную семью, хобби и разносторонние интересы. У одиноких людей риск развития сердечных заболеваний снижается, если они заводят домашних питомцев. После инфаркта быстрее выздоравливают те, кто обладает обширными социальными связями. Люди, имеющие семью, супруга или близкого друга, выздоравливают на шесть месяцев раньше, чем те, кто живет в одиночестве. Одинокие люди, страдающие сердечными заболеваниями, более подвержены риску развития застойной сердечной недостаточности, самому опасному осложнению инфаркта. Все приведенные факты довольно убедительно подтверждают степень влияния разума на работу сердца.

Аналогичные данные можно найти, изучая стихийные бедствия и войны. И то, и другое является мощным психологическим стрессом и приводит к резкому увеличению количества заболеваний сердца и смертей. Например, в течение ближайших двух дней после сильнейшего землетрясения в Греции в 1981 году в стране резко возросла смертность в результате внезапной остановки сердца. Такой же эффект оказала иракская бомбардировка городов Израиля. В первый же день военных действий количество смертей от сердечных

заболеваний увеличилось на 58 процентов, при этом женщины умирали в два раза чаще, чем мужчины.

Если негативные события провоцируют возникновение сердечных заболеваний и в результате увеличение смертности, то положительные, благоприятные события, наоборот, помогают отсрочить конец. Два психолога из Сан-Франциско — Филипс и Кинг — высказали предположение, что умирающий может «вымолить» себе у Бога отсрочку смерти, чтобы дождаться какого-то важного события, например рождения долгожданного ребенка, свадьбы, юбилея, годовщины, религиозного праздника и т. п. Филипс и Кинг изучили показатели смертности до и после еврейской Пасхи, весьма важного для евреев праздника. Оказалось, что евреи преклонного возраста крайне редко умирают за неделю до него. Эти наблюдения велись в течение 19 лет, и каждый год результаты оставались неизменными.

Для китайцев Праздник урожая так же важен, как Пасха для евреев. Наблюдения показали, что за неделю до этого события смертность среди пожилых китайцев резко снижается, однако существенно возрастает в последующую неделю.

Люди давно знают о фатальной связи между сердцем и разумом. Я интересовался, в какой день недели умирают чаще всего. Оказалось, что в понедельник. И действительно, большая часть неприятных хлопот и тяжелой работы приходится как раз на первый день недели, который и является самым стрессовым. В Канаде было проведено масштабное исследование, в ходе которого велось наблюдение за 15 тысячами мужчин в течение 40 лет. В течение недели смертность от рака оказалась приблизительно одинаковой, тогда как случаев смерти от внезапной остановки сердца было в два раза больше в понедельник, чем в любой другой день недели.

Установить степень влияния психологических факторов на смерть от внезапной остановки сердца оказалось довольно сложно. Даже чисто объективное определение стресса представляет собой несколько иллюзорное понятие. То, что является стрессом для одного человека, может быть источником удовольствия для другого. Психологи описывают стресс или личностные характеристики весьма субъективно и не особенно точно. Другим препятствием для определения взаимодействия сознания и мозга являлось то, что медицина всегда отдавала предпочтение механическим моделям, в

которых причинно-следственные связи являются пространственно-временными. Это справедливо с точки зрения макрофизики, средствами которой стресс и его последствия могут быть измерены. Но в случае сложных взаимодействий психики и мозга, которые я отношу к проявлению высшей нервной деятельности, любой стимул, отрицательный или положительный, нельзя полностью отделить от последствий, к которым он приводит. Поясню эту мысль на примере. Если мы волнуемся о ребенке, который задержался где-то допоздна, любой телефонный звонок воспринимается как предвестник несчастья. Услышав его, мы покрываемся потом, сердце начинает колотиться, давление подскакивает. Но в любом другом случае телефонный звонок не вызывает у нас такой реакции.

Каждое событие, провоцирующее эмоциональный всплеск, определяется массой факторов, к которым относятся наследственная предрасположенность, опыт из раннего детства, условия жизни, а также влияние социальных и культурных традиций. Все эти проявления уникальны по форме и имеют индивидуальный психологический профиль. Более того, отрицательные стимулы крайне редко бывают единичными, явными или, скажем, осязаемыми. Чаще всего они проявляются скрыто, кажутся несущественными и имеют тенденцию приобретать хронический характер. Психологическая реакция к тому же чаще всего проявляется не сразу, что мешает определению причинно-следственной связи.

В исследовании комплексной роли стресса как фактора внезапной смерти первым шагом было определение того, можно ли при помощи электростимуляции отдельных мозговых центров вызвать желудочковые фибрилляции у подопытных животных. Такие фибрилляции выражаются в изменении сердечного ритма, приводящего к внезапной остановке сердца. Экспериментируя с животными, мы подбирали специальные электроды, позволяющие возбуждать крохотные участки мозга, контролирующие частоту сердечных сокращений. Наше предположение состояло в том, что электростимуляция этих мозговых центров должна вызывать фибрилляции.

Выполнение этой задачи я доверил доктору Джонатану Сатински, только что закончившему ординатуру. Этот довольно жестокий эксперимент не напугал его в отличие от многих других, более

опытных ученых. На тщательное изучение мозга у него ушло более года напряженной работы, однако это время было потрачено не зря. Результаты оказались еще более поразительными, чем предполагалось.

У животного, находящегося под анестезией, желудочковые фибрилляции всегда возникают после внезапного спазма большой коронарной артерии. Мы выбрали малый коронарный сосуд, окклюзия которого вызывала фибрилляции крайне редко. У животных контрольной группы он перекрывался без стимуляции мозговых центров. Только у 6 процентов животных из этой группы были отмечены желудочковые фибрилляции в результате окклюзии коронарной артерии. Однако когда окклюзия и электростимуляция происходили одновременно, т. е. электрический импульс посылался в мозг в тот момент, когда проводилось сужение, а артерия полностью перекрывалась, фибрилляции возникали уже у 60 процентов животных.

Вскоре мы поняли, что совсем необязательно стимулировать центральные структуры мозга, чтобы вызвать фибрилляции сердечной мышцы. Из головного мозга сигналы поступают к симпатическим окончаниям автономной нервной системы через нервные отростки. Стимуляция нервов, идущих к сердцу, приводит к такому же эффекту, что и стимуляция мозговых центров.

В качестве объекта стимуляции мы выбрали шейно-грудной симпатический узел — ганглий. Это своего рода преобразователь нервных импульсов, идущих от мозга к сердцу, который располагается в области шеи. Исследование проводилось под руководством физиолога Ричарда Веррье. Когда приток крови к сердцу постепенно замедлялся в результате медленного пережимания коронарного сосуда, частота сердцебиений не менялась. Однако когда эта операция сопровождалась стимуляцией шейно-грудного ганглия, у животных возникали желудочковые фибрилляции. Желая убедиться в том, что это прямой результат активации симпатической нервной системы, мы должны были устранить другие последствия стимуляции, такие, как ускорение сердцебиения и повышение кровяного давления. Когда соответствующие меры были приняты, оказалось, что стимуляция шейно-грудного ганглия неизменно приводит к желудочковым фибрилляциям. Последующие эксперименты подтвердили тот факт, что злокачественная аритмия является прямым следствием

воздействия норадреналина на сердечную мышцу. Норадреналин является симпатическим медиатором — переносчиком нервных импульсов. Это химическое вещество вырабатывается нервными узлами, стимулирующими электрические пульсации.

Зловещая мощь симпатической нервной системы, ответственной за сообщение стрессовой информации всем органам, была подтверждена в эксперименте, в котором коронарная циркуляция полностью сохранялась, а стимуляция симпатических нервных окончаний, идущих к сердцу, вызывала желудочковые фибрилляции. Это происходило в тот период сердечного цикла, когда электрический импульс достаточной силы мог вызвать фибрилляции, т. е. в период наибольшей уязвимости желудочка (см. гл. 13). В ходе эксперимента мы выяснили, что очень слабый электрический импульс (неспособный спровоцировать изменения в работе сердца даже в период уязвимости желудочка) постоянно вызывал фибрилляции, если одновременно стимулировалась симпатическая нервная система через шейно-грудной ганглий. Каждый из способов стимуляции в отдельности был абсолютно безвреден, но их сочетание приводило к смертельному исходу вследствие аритмии.

Обнаружив, что высшая нервная деятельность способна вызывать потенциально смертельные нарушения в работе сердца, мы приступили к решению более сложной проблемы, а именно, могут ли психологические и поведенческие факторы приводить к подобным результатам, но столкнулись с двумя препятствиями методологического характера. Одно из них относилось к желудочковым фибрилляциям, т. е. цели нашего эксперимента, а другое — к выбору подходящего фактора стресса для собак, служивших в нашем исследовании моделью. Чтобы изучить психологические факторы, животные должны были находиться в состоянии бодрствования. Однако здесь перед нами встала, казалось, неразрешимая проблема. Логично было предположить, что для изучения желудочковых фибрилляций следует вызвать их появление. Однако эта процедура весьма болезненна, особенно в сочетании с реанимационными мероприятиями. Такой опыт был бы не только не гуманен, но и не точен, так как боль и возбуждение мешали бы изучению психологического воздействия на животное.

Каким же образом проследить восприимчивость животных к желудочковым фибрилляциям? Я решил немного изменить объект исследований, чтобы восприимчивость к фибрилляциям можно было определять, не вызывая их. Решение было найдено в ходе клинических разработок дефибриллятора постоянного тока (см. гл. 13). У пациентов, умерших от желудочковых фибрилляций, злокачественная аритмия возникала не внезапно. Ей предшествовали повторяющиеся приступы аритмии, выражающиеся в появлении близко расположенных экстрасистол (внеочередных сердечных сокращений). Может ли этот предшественник желудочковых фибрилляций «подменить» цель наших исследований? Если да, то мы сможем получить достаточную информацию, вызывая первичную аритмию, животные при этом не поймут, что с ними происходит, а все психологические и физиологические условия эксперимента будут выполнены.

В качестве фактора психологического стресса мы вначале выбрали классический условный рефлекс. Контрольное животное находилось в клетке, где его не беспокоили, а вторую собаку сажали в клетку, где при помощи специальных ремней удерживали над полом, как описывалось в опытах И.П. Павлова. Через три дня животное на ремнях получало слабый удар током, который больше не повторялся. Через несколько дней эти животные снова помещались в те же условия, и у них проверялось наличие аритмии, предшествующее возникновению желудочковых фибрилляций.

Животные, подвешенные на ремнях, были беспокойными, у них отмечались ускорение сердцебиения и повышение кровяного давления. Контрольные животные вели себя спокойно. Казалось удивительным, что простое изменение условий становилось причиной, вызывающей аритмию. Спустя несколько недель и даже месяцев в мозге животных оставалось воспоминание о полученной травме, что существенно влияло на сердечную деятельность. Впервые было показано, что психологический стресс может быть причиной усиления сократительной деятельности сердца, а это несло в себе потенциальную угрозу злокачественной аритмии.

Аритмия, включающая желудочковую фибрилляцию, вызывалась у животных с перекрытой коронарной артерией, когда их помещали в клетку, вызывавшую неприятные воспоминания. Такой тип

психологического стресса не критичен, хотя результаты совпадали с результатами эксперимента, в котором животных обучали отключать рубильник, чтобы не получить удар током. Последующие исследования подтвердили, что реакция на стресс передавалась через симпатическую нервную систему. Это доказывалось тем, что при фармакологической блокаде ее активности желудочковые фибрилляции, вызванные психологическим стрессом, у животных не наблюдались.

Другим слагаемым головоломки была роль парасимпатической нервной системы. Эти нервные окончания обуславливают симпатическую нервную активность во время физиологических и психических стрессов. Как говорилось ранее, симпатическая нервная система возбуждает сердце и кровеносные сосуды, подготавливая организм к сопротивлению опасности. Великий физиолог, профессор Гарвардского университета Уолтер Б. Кеннон назвал такой тип реакции «сражайся или беги». Парасимпатическая нервная система оказывает противоположный эффект: частота сердцебиений замедляется, кровяное давление падает, раздражимость сердечной мышцы уменьшается.

Основная связь между мозгом и сердцем осуществляется в парасимпатической системе через блуждающий нерв. Усиление вагусной активности, благотворно влияющей на сердце, достигается посредством тренировок. Здоровая сердечно-сосудистая система при нормальной вагусной активности характеризуется более низким пульсом и кровяным давлением и более эффективной работой сердца, для которой требуется меньше кислорода. Таким образом, было важно определить вклад блуждающего нерва в борьбу с психологическим стрессом. Выяснение этого взаимодействия заняло у нас целых пять лет, но результат работы можно выразить одним предложением: активность блуждающего нерва уменьшает или полностью нивелирует эмоциональный подъем, что является своего рода защитой от внезапной остановки сердца.

В ходе экспериментов над животными и клинических испытаний мы пришли к выводу, что внезапная остановка сердца есть не что иное, как удар тока в сердце, которому не хватает кислорода, что и наблюдается в тяжелых случаях заболеваний коронарных артерий. В качестве катализатора этого процесса, или фактора риска, могут

выступать как психологические, так и обусловленные поведением стрессы. Они действуют недолго и существенно отличаются от таких хронических факторов риска, как повышенный уровень холестерина, гипертензия, ожирение, недостаток физической активности или сахарный диабет. Эти факторы действуют постоянно, на протяжении длительного периода и обуславливают предрасположенность к коронарным заболеваниям. Действие же психологических факторов в основном связано с высшей нервной активностью и приводит к тому, что человек может умереть мгновенно, без проявления признаков непроходимости главной коронарной артерии.

Ценность наших изысканий была подтверждена во время одного необычного случая в моей клинической практике. Мистер Джонс, 39-летний преподаватель, казался воплощением здоровья. Он был в прекрасной физической форме и ни разу в жизни не болел. Шел 1974 год, моя клиника превратилась в центр для больных с опасной для жизни аритмией. Джонса прислали в центр из Коннектикута с диагнозом «внезапная остановка сердца», что было вызвано сердечным приступом, являющимся следствием непроходимости коронарной артерии. Диагноз, свидетельствующий о заболевании коронарной артерии, удивил меня, так как уровень холестерина у пациента был всего лишь 160 мг/дл, он никогда не курил, давление было в норме, а оба его родителя живы и никогда не страдали заболеваниями сердца.

День, когда произошел сердечный приступ, был весьма обычным. По непонятным причинам мистер Джонс вернулся домой с работы вскоре после полудня. Играя с дочерью, он неожиданно потерял сознание, кожа приобрела синюшный оттенок, он начал задыхаться, а затем перестал дышать. Домашние сделали ему искусственное дыхание и массаж сердца и отправили в больницу. В больнице он пришел в себя через 12 часов. Электрокардиограмма не выявила признаков сердечного приступа. Ферменты сердца также оказались в норме. Не наблюдались и многочисленные желудочковые экстрасистолы, против которых большинство антиаритмических препаратов оказываются неэффективными. Проведя в местной больнице 12 дней, мистер Джонс был переправлен в больницу Питера Бенета.

После тщательной проверки, включающей катетеризацию сердца и коронарную ангиографию, выяснилось, что у пациента совершенно нормальное сердце, а просвет коронарных артерий не изменен. Однако мониторинг сердечных ритмов показал наличие частых экстрасистол и коротких пароксизмов желудочковой тахикардии, т. е. быстрых всплесков патологических сердцебиений, считающихся предвестниками желудочковых фибрилляций.

Остановка сердца у мистера Джонса казалась полной загадкой. В беседе с психиатром выяснилось, что эмоциональная жизнь пациента не вызывала опасений, хотя он перенес один серьезный стресс. Джонс вырос в рабочей среде и был единственным членом семьи, окончившим колледж. К своей работе он относился с большим энтузиазмом, отдаваясь любому проекту целиком и полностью, однако тяжело переживал неудачи коллег, часто злился на жестокую действительность, боялся предательства. В приступе гнева он снимал напряжение физическими упражнениями. По ночам ему часто снились эротические сны, которые он не отождествлял с собой, так как полагал, что на подобное не способен. Семья его была очень религиозна, он воспитывался в строгости, считал секс великим грехом и отрицал возможность любых сексуальных привязанностей, кроме как к жене, хотя многие сотрудницы пытались флиртовать с ним. Джонс пугался этих сексуальных проявлений, боялся потерять над собой контроль. Самым болезненным делом его жизни стало подавление агрессии.

За шесть месяцев до сердечного приступа в результате общего спада в экономике работа мистера Джонса оказалась под угрозой. Он очень переживал, но жена не оказала ему достаточной поддержки, так как была обеспокоена здоровьем престарелых родителей, а также поведением детей, которые все больше времени стали проводить вне дома с друзьями. Непосредственно перед приступом фибрилляции Джонс, по его словам, «бесился» с девятилетней дочерью. Игра, носившая легкую сексуальную окраску, была внезапно прервана звонком в дверь. В тот момент, когда девочка открыла дверь соседу, Джонс упал на пол со словами: «Извините меня».

Во время бесед с психиатром он казался спокойным, но когда в комнату для бесед входил врач, у пациента начиналась аритмия. Изменение сердечного ритма было весьма заметным: во время беседы с психиатром число экстрасистол увеличивалось в четыре раза по

сравнению с показателями в другое время дня. Пациенту давали антиаритмические препараты, однако при каждом разговоре с психиатром частота сердечных сокращений выходила из-под контроля.

Результаты мониторинга сердечных ритмов в течение нескольких дней оказались довольно интересными. Увеличение количества экстрасистол отмечалось в утренние часы, когда Джонс, казалось, спокойно спад. Показания в дальнейшем подтвердились в ходе изучения сна, когда у пациента фиксировались волновое излучение мозга, движения глаз и тонус мышц, что позволяло идентифицировать фазу быстрого сна. В это время у Джонса отмечались более частые и более сложные экстрасистолы, чем во время бодрствования. Обычно число желудочковых экстрасистол уменьшается во время сна. То, что они являются предвестниками опасной для жизни аритмии, получило подтверждение, когда у Джонса случился второй сердечный приступ — в фазе быстрого сна.

Джонса удалось спасти, но он был страшно напуган и умолял меня сделать все, чтобы это не повторилось. Впервые он согласился рассказать содержание своих снов, особенно того, который видел непосредственно перед вторым приступом. Ему снилось, что он едет в машине с обнаженной женщиной. На большой скорости они въезжают на вершину холма. Джонса обуревают страсть, он начинает терять контроль над собой, но вдруг замечает в зеркале заднего вида приближающегося полицейского. В ужасе от того, что он делает, Джонс жмет на тормоз, машина останавливается, и все вокруг погружается во тьму.

Критическая роль активности высшей нервной системы в возникновении аритмии была подтверждена эффективностью мер по ее преодолению. При помощи медитации Джонсу удалось уменьшить частоту экстрасистол, а комплексное использование трех лекарственных препаратов позволило нейтрализовать нервные импульсы, возбуждающие сердце. Первый из них воздействовал непосредственно на мозг, предотвращая взрывы ярости, второй — блокировал активность симпатической нервной системы, а третий — усиливал действие парасимпатической нервной системы. Когда эти три препарата действовали одновременно, аритмии не возникало даже в присутствии психиатра. Чтобы избежать повторения сердечных приступов, Джонсу было рекомендовано медитировать каждый раз,

когда он почувствует сильное напряжение. Кроме того, для него разработали специальный комплекс упражнений. Прошло более 20 лет, но он продолжает вести полноценный образ жизни и, несмотря на то, что за эти годы пережил немало стрессовых ситуаций, сердце больше не подводит своего хозяина.

Уникальный случай с мистером Джонсом иллюстрирует важнейшую взаимосвязь сознания и сердца, которая может спровоцировать смерть. Удивительно, но, проводя множество тщательных исследований, мы не смогли обнаружить никакой сердечной патологии у этого пациента. Никогда еще в своей практике я не сталкивался с тем, чтобы психоэмоциональные проблемы оказывали такое действие на сердцебиение. Джонс постоянно боролся с собой, пытаясь обуздать эротические видения и агрессивное поведение. Оба сердечных приступа были спровоцированы спонтанным проявлением ярости и сексуальности. Сердечный ритм отличался сложным профилем желудочковой экстрасистолы, являющейся предвестником желудочковых фибрилляций.

Аритмия вызывалась психологическим стрессом, усиливалась в быстрой фазе сна, уменьшалась посредством медитации и полностью снималась при помощи лекарственных препаратов, блокирующих поступление нервных сигналов от мозга к сердцу. Думаю, мало у кого в практике встречался пациент, объяснение состояния которого потребовало такого количества научных знаний. Но является ли Джонс редким исключением из числа пациентов с заболеваниями сердца? Вряд ли. По-видимому, его ситуация — своеобразная гиперболическая карикатура на довлеющую над всеми нами реальность.

Случай с Джонсом ускорил ход наших исследований. Мы изучили большую группу пациентов, обращая особое внимание на психологические факторы стресса, вызвавшие сердечный приступ или желудочковую аритмию. Мы считали, что если психологические факторы действительно могут спровоцировать внезапную смерть, то этому должно предшествовать сильное эмоциональное возбуждение, вызывающее злокачественную аритмию, которая должна наблюдаться в течение суток, предшествующих приступу.

Мы работали вместе с доктором Питером Ричем, который впоследствии стал заведующим отделением психиатрии больницы имени Бригема. В ходе обследования 117 пациентов выяснилось, что

каждый пятый из группы пережил сильное психологическое потрясение в течение 24 часов, предшествовавших сердечному приступу, обычно это случалось за час до приступа. Наиболее частыми причинами стресса были ссоры, публичные обвинения, угроза распада семьи или сам распад, смерть близкого человека, крах в бизнесе или (в редких случаях) ночной кошмар. В качестве главного проявления возбуждения практически все пациенты называли состояние бессильного гнева, глубокую депрессию, страх, неприятное возбуждение и чувство горечи.

То, что мы не смогли выявить психологические «катализаторы» других пациентов, не означает, что их не существовало. Мы применяли слишком субъективный и довольно поверхностный подход, не позволявший во многих случаях докопаться до скрытых эмоциональных проблем. Однако нам впервые удалось показать, что отрицательные психологические воздействия наблюдались в 21 проценте случаев внезапной остановки сердца. — Многие люди страдают от стрессов, похороненных в самых глубинных уголках души. Такие стрессы не подвластны психиатрам, их не замечают члены семьи, но они постепенно, словно раковая опухоль, разъедают психологическое благополучие человека. Со временем отрицательные эмоции начинают проявляться на биологическом уровне, вызывая болезни и раннюю смерть. Как объективно оценить состояние хронического стресса? Эта проблема не так сложна, как те, что возникают, когда подобные состояния начинают проявляться. Поэтому лучше сразу пытаться предотвращать разрушительные стрессы, но, к сожалению, жизнь редко предоставляет нам такую возможность.

Произвольно подобные психологические тенденции можно разделить на две категории. К первой относятся те, что вызваны объективными причинами, а ко второй — спровоцированные внутренним миром пациента и зачастую обусловленные наследственными привычками и поведением. По мере расширения моего клинического опыта я стал все больше интересоваться, каким образом можно улучшить положение людей, у которых отмечалась тенденция к саморазрушению, выражающаяся в алкоголизме, курении, пристрастии к наркотикам, ожирении, неуверенности в себе или просто в неумении радоваться жизни.

Поставив перед собой такую цель, я вовсе не желал показаться высокомерным. На этой стадии неадекватного знания психологии вполне можно было удовлетвориться тем, чтобы, образно говоря, уменьшить страдания Прометея, не пытаясь освободить его от оков. А если говорить языком кардиологии, мне хотелось узнать, как уменьшить поступление потенциально губительных нервных импульсов из мозга в сердце во время стресса. Новые возможности были открыты профессором Ричардом Вёртманом из Массачусетского института нейротехнологии. Он и его коллеги обнаружили, что синтез нейромедиаторов, или передатчиков нервных импульсов, — серотонина и других — можно смоделировать при помощи определенной диеты. Нейромедиаторами называют химические вещества, осуществляющие передачу информации между нервами. Они вырабатываются в нервных окончаниях из аминокислот, растворенных в крови, которые в свою очередь попадают в наш организм из продуктов питания. Таким образом, концентрация нейромедиаторов в мозге зависит от того, что мы едим.

Вначале мы сосредоточили все внимание на серотонине, который «гасит» проявление активности симпатической нервной системы. Но было неизвестно, сможет ли увеличение концентрации серотонина в мозге снизить ее активность. опыты показали, что, когда животным давали аминокислоту, из которой синтезируется серотонин, количество нервных импульсов, идущих от мозга к сердцу, значительно уменьшалось. Например, прием аминокислоты предотвращал появление летальной аритмии, которая обычно возникала после окклюзии большой коронарной артерии. Полученные результаты открыли новые возможности воздействия на центральную нервную систему и активность сердца, и теперь остается ждать, когда подобные опыты будут проведены на человеке.

Почему же воздействие мозга и разума на сердечно-сосудистую систему так долго оставалось неизученным? Во-первых, из-за трудностей подбора подходящих методик, позволяющих изучить столь сложную связь. Человеческий мозг состоит из более чем 20 миллиардов нервных клеток. Каждый нейрон способен взаимодействовать примерно с 10 тысячами соседних нейронов. В результате такого взаимодействия посылаются до 100 импульсов в

секунду, а поскольку подобных контактов может быть до 10^{12} , этот «разговор» превращается в настоящую какофонию.

Более того, мозг функционирует не изолированно, он взаимодействует со всем телом. Добавим, что он не всегда является инструментом, определяющим нашу природу. Парадокс состоит в том, что, если бы мозг был организован достаточно просто для того, чтобы мы могли понять принцип его действия, мы были бы слишком несовершенны для этого.

На пути понимания деятельности мозга и разума мы встречаем массу препятствий. Великий еврейский философ средневековья Бенедикт Спиноза заметил, что «все в жизни обусловлено причинами, из которых вытекают определенные следствия». Поэты, описывая эту взаимосвязь, говорили, что падающий лист заставляет мерцать далекую звезду. Кстати, это не противоречит современной теории хаоса. То, что я называю эффектом Спинозы, делает довольно проблематичной интерпретацию научных данных. Мозг и сознание с научной точки зрения представляют собой пучину неизведанного. Сообщение Сигварта Ульриха в журнале «Science» утвердило меня в этом еще больше. Его статья была посвящена влиянию на процесс восстановления после операции на желчном пузыре вида из окна в палате, где находятся пациенты. На первый взгляд, объект внимания Ульриха вызывает улыбку, однако полученные им результаты ошеломляют. Он доказал, что пациенты выздоравливали гораздо скорее, если из окон палаты было видно дерево. Им требовались меньшие дозы обезболивающих, у них быстрее рассасывались швы, и они выписывались из больницы раньше тех пациентов, окна палат которых выходили на автомобильную стоянку.

Из-за всех сложностей путь к истине становится намного длиннее, чем я мог предположить в юные годы. Но я твердо убежден, что любой труд, даже сизифов, обязательно будет вознагражден. Древний раввин Тарфон предупреждал в Талмуде: «Не отказывайтесь от задачи, природа которой говорит о том, что она невыполнима». Я убежден, что выяснение связи мозга и разума является самой сложной задачей, стоящей перед медициной.

Глава 4

Синдром Мюнхгаузена

Умение слушать является определяющим первым шагом на пути установления контакта с пациентом и постановки правильного диагноза, но, как выяснилось, слушать необходимо не только ушами. Нужно уметь понимать невысказанное, читать по лицу, улавливать мимолетные изменения, происходящие с человеком во время беседы, следить за тем, как он сжимает руки, наблюдать язык его тела. Внимание всегда вознаграждается, особенно если пациент намеренно хочет что-то скрыть от вас. Причинами такого поведения могут быть пристрастие к наркотикам, алкоголизм, а иногда люди придумывают себе болезни, чтобы им посочувствовали. Самыми тяжелыми и скрытными являются пациенты с нарушениями психики. Они сводят все усилия врача к нулю. Чтобы правильно разгадать смысл их жалоб, требуются специальные анализы и весь накопленный врачебный опыт.

Эти пациенты являются убедительным доказательством того, насколько плохо медики разбираются в состоянии человека. После многолетней практики они обычно полагают, что умеют понимать самое эксцентричное и необычное поведение людей, однако такая уверенность меркнет при столкновении с пациентами с синдромом Мюнхгаузена. Этот синдром назван так по имени немецкого солдата удачи, героя серии рассказов-небылиц, написанных в XVIII веке Р.Э.Распэ. Люди, страдающие этим синдромом, в течение долгого времени симулируют наличие у них какого-нибудь серьезного заболевания. Их поведение кажется вполне естественным, хотя симптомы и признаки заболевания вызваны намеренно. Многие годы эти люди живут в атмосфере обмана. Иногда к ним относятся наркоманы, ищущие временного облегчения, иногда — истерические натуры, социопаты или люди, попавшие в сложную жизненную ситуацию, из которой они не видят другого выхода, кроме как притвориться больным.

Врачи так же доверчивы, как и все люди, поэтому они часто попадаются на уловки подобных пациентов. Судя по тому, как страдающие синдромом Мюнхгаузена успешно вводят в заблуждение

врачей, можно предположить, что медицинские работники весьма восприимчивы к актерскому искусству. Возможно, это объясняется врачебной этикой, которая не допускает недоверия к страждущему. Выявить обманщика довольно трудно, но порой врачи не могут распознать синдром Мюнхгаузена из-за того, что проявляют недостаточно пытливости, слишком поверхностно относятся к пациенту или обладают неглубокими знаниями. Поведение таких пациентов зачастую довольно гротескно и труднообъяснимо. Столкнувшись с синдромом Мюнхгаузена, врачи долго испытывают чувство вины и недоумения, страдают оттого, что порой не в силах объяснить ход человеческих мыслей.

Первый раз я столкнулся с синдромом Мюнхгаузена еще будучи интерном. Моей пациенткой была молодая женщина 20 лет, которая только что родила третьего ребенка. Ее муж работал в торговом флоте и в тот момент находился в плавании, а мать занималась старшими детьми, поэтому мне не у кого было узнать об обстановке в семье пациентки. Женщину положили в больницу по поводу послеродовой горячки. Мы предположили, что у нее возникло воспалительное поражение матки, но не смогли обнаружить никаких подтверждающих признаков. Как мы ни старались, причины повышения температуры у нее оставались невыясненными.

Пациентка выглядела как подросток — худенькая, бледная и глаза постоянно на мокром месте. Она отличалась добрым нравом и вскоре стала любимицей врачей и всего персонала больницы. Ежедневно в полдень температура у нее поднималась до 39 °С, и никакие исследования не могли объяснить это явление.

Наконец было высказано предположение, что повышение температуры вызывается искусственно, возможно, пациентка что-то делает с термометром. Однако никто не мог поверить, что эта милая женщина обманывает нас. Но на всякий случай мы отодвинули ее кровать от радиатора, назначили ректальное измерение температуры и приказали медсестре не отходить от пациентки во время процедуры. Но в полдень температура по-прежнему повышалась.

Мы ничего не понимали. Чаще всего в аналогичных ситуациях врачи записывают в истории болезни ничего не значащий диагноз, чтобы сохранить свое доброе имя. И мы назвали этот случай ЛНЭ — лихорадка неизвестной этиологии.

Раз в месяц мы сообщали о сложных случаях доктору Л., очень опытному врачу. Он внимательно выслушал нас и очень удивился, что мы в течение целого месяца не смогли разобраться в ситуации. Доктор Л. пришел к пациентке, задал ей несколько вопросов и вдруг, состроив страшную гримасу, грозно произнес:

— Немедленно расскажите врачам, как вы поднимаете температуру!

Пациентка задрожала и натянула одеяло до самого носа, глядя на нас испуганными зелеными глазами. Содрогаясь от рыданий, она взмолилась:

— Только, пожалуйста, не выписывайте меня. Я не хочу домой. Я убью и детей и себя.

Горе женщины было таким искренним, что на нее тяжело было смотреть, и мы вышли из палаты. В коридоре я спросил доктора Л., как он узнал, что пациентка сама поднимала температуру. Он объяснил, что такая высокая температура никогда не наблюдается в отсутствие других признаков инфекционного заболевания, а именно: учащенного сердцебиения, повышенного количества белых кровяных телец в крови и общего недомогания. У этой женщины подобных проявлений не было. Более того, температура держалась уже больше месяца, а у нее по-прежнему был отменный аппетит и она не теряла в весе. То есть, как заключил доктор Л., это была симулянтка. По его мнению, единственным способом, которым она могла поднять температуру в присутствии медсестры, было массажирование кончика термометра при помощи ректального сфинктера. Это показалось мне невероятным, но спустя некоторое время женщина призналась, что поднимала температуру именно так. Ее перевели в психиатрическое отделение, и вскоре она пошла на поправку.

Второго пациента звали Сэм. Этот 27-летний мужчина страдал тяжелым тромбофлебитом, следствием которого были незаживающие язвы на ногах. Часть тромботических сгустков попала в легкие, создав опасную для жизни ситуацию. Я встретился с ним, будучи практикантом в больнице Монтефиор в Нью-Йорке. Сэм был молод, обходителен, располагал к себе и так мучился, что я испытывал к нему сильное сострадание. Его левая нога выглядела так, словно он наступил на противопехотную мину. А после недельного курса антибиотиков и примочек даже здоровые на вид участки кожи

покрылись язвами. Стоило им немного зарубцеваться, как ткани конечности таинственным образом воспалялись снова, истекая зловонным гноем. В эти периоды у Сэма резко поднималась температура, ухудшался анализ крови и начинались приступы сильного озноба. Он громко кричал от боли и успокаивался только тогда, когда ему вводили большие дозы морфия, к которому он уже привык. Так продолжалось несколько месяцев.

В свободное время я разговаривал с Сэмом, старался подбодрить его, и вскоре мы стали друзьями. Примерно в середине февраля дела у него пошли на поправку, нога впервые выглядела абсолютно здоровой. Мы поздравляли друг друга и даже планировали устроить небольшой праздник по поводу выписки Сэма, назначенной на следующий день. В ту ночь я не дежурил в больнице, а когда утром пришел на работу, Сэму снова стало хуже. Он лежал, накрытый несколькими одеялами, дрожал от сильного озноба и укоризненно смотрел на меня, словно я был предателем. Нога воспалилась еще сильнее, чем обычно.

Неожиданно одна из медсестер вызвала меня из палаты. В коридоре она сказала, что, прежде чем я займусь этим пациентом, она хочет сообщить мне нечто важное. Медсестра еле сдерживала гнев.

— Делая обход прошлой ночью, я не застала Сэма в палате. В уборной его тоже не оказалось. Я заметила, что занавеска на входной двери отдернута, но когда открыла дверь и взглянула на улицу, то в темноте ничего не увидела. Шел снег. Я выключила в коридоре свет и в этот момент заметила во дворе тень какого-то человека в белом. Я накинула пальто и выбежала на улицу. Подойдя поближе, я услышала стоны и узнала Сэма, который что-то делал в снегу. Он стонал так, словно его пытаются, и не слышал, как я подошла совсем близко. Это было самое ужасное зрелище в моей жизни. Сэм бил по ноге большой доской с длинными, острыми зазубринами. Я закричала, а он бросил доску и побежал назад в палату.

— Просто не верится, — пробормотал я.

— Пойдемте со мной, — ответила медсестра.

На тропинке, идущей от больничного корпуса, были видны пятна крови, а неподалеку валялась доска, чуть присыпанная снегом. В тот же день Сэма перевели в психиатрическое отделение.

Спустя много лет я столкнулся с третьим пациентом с синдромом Мюнхгаузена. Это произошло в Бостоне, в больнице Питера Бента.

Мужчину в возрасте чуть больше 40 лет, бывшего торгового моряка, руки которого покрывали сплошные наколки, доставили в отделение скорой помощи с жалобой на невыносимую боль в груди. Он сильно потел, но не производил впечатления очень больного человека. Кровяное давление, частота сердцебиений и анализ крови были в норме. Через некоторое время он попросил ввести ему морфий, чтобы снять боль. Никто не увидел в этом ничего подозрительного, так как, судя по электрокардиограмме, он находился в прединфарктном состоянии.

Когда я вошел в палату, мужчина лежал на кровати с закрытыми глазами и стонал невзирая на то, что ему уже ввели наркотик. Увидев меня, он сел, и мы поговорили с ним, о морских рассказах Джека Лондона, которые его очень интересовали. Примерно через десять минут я почувствовал, что происходит нечто странное. Этот пациент вовсе не страдал от боли. По мере того как наш разговор становился все оживленнее, его лицо разглаживалось, и вскоре он уже улыбался. Передо мной сидел совсем другой человек, не похожий на того, которого я увидел, войдя в палату. По-видимому, в этот момент он догадался, о чем я думаю, потому что немедленно откинулся назад на подушку и принялся усердно стонать.

Я велел медсестрам давать ему плацебо, т. е. вводить внутримышечно вместо морфия физиологический раствор. Через некоторое время анализ крови «больного» стал нормальным. Я заподозрил, что он — наркоман, и решил прямо спросить его об этом. Когда я вошел в палату, он быстро соскочил с кровати и схватил мешок со своими скудными пожитками.

— Куда вы так спешите? — спросил я. — Давайте поговорим. Мы хотим помочь вам.

Он улыбнулся и сел на кровать.

— Я восхищен вами. Вы гораздо умнее всех других врачей.

— Что вы имеете в виду?

— Боль в груди была прекрасным поводом побывать в различных больницах три тысячи раз. Но порфирия еще лучше.

— Я вас не понимаю... — растерялся я.

— Все началось в Сиэтле 15 лет назад. Я пристрастился к наркотикам и однажды попал в больницу Вашингтонского университета с жалобой на судорожные боли в животе. Интерн

внимательно осмотрел меня и прописал лошадиную дозу обезболивающего. На следующее утро он вбежал ко мне в палату с радостным криком: «Я установил диагноз! У вас порфирия. Мы это доказали. У вас темная моча и анализ положительный».

Пациент немного помолчал и продолжил:

— До того момента я и слыхом не слыхивал о такой болезни. И как вы думаете, что он сделал потом? Этот идиот принес мне учебник по медицине и несколько статей о порфирии. Через день я был уже настоящим специалистом по этой чудной болезни. Вся больница ликовала от радости. Они еще ни разу не видели больного порфирией, и на меня ходили смотреть как на диковину. Две недели, что я провел у них, были настоящим праздником. Интерн все таскал мне статьи из научных журналов. Почерпнутых знаний мне хватило для того, чтобы быть госпитализированным две тысячи раз.

Его рассказ показался мне совершенно невыносимым, но я не собирался спорить с пациентом. Меня гораздо больше интересовало другое.

— А как же анализ мочи? Как вам удавалось делать так, что он давал положительную реакцию на порфириновый пигмент?

— Для меня это тоже было загадкой. Но потом я вспомнил, что за несколько дней до обращения в больницу пил самогон. С тех пор, отправляясь немного отдохнуть, я каждый раз накачивался им. Поэтому анализ мочи всегда оказывался положительным.

В конце концов этот человек побывал практически во всех больницах северо-западной и западной части страны. Он с гордостью рассказал мне, что его случай описан в нескольких научных статьях. Однако спустя пять или шесть лет его разоблачили, и порфирия перестала служить ему спасительным диагнозом. Тогда он выбрал боль в груди.

Примерно восемь лет спустя, когда я подменял коллегу в отделении неотложной кардиологической помощи, ко мне обратился дежурный врач с просьбой осмотреть пациента средних лет, у которого случился сердечный приступ. Ему дали большую дозу наркотика, однако боль не отступала, поэтому врач хотел отправить его в стационар, предварительно заручившись моим мнением.

На кровати лежал мужчина примерно 50 лет, который показался мне знакомым, но я никак не мог припомнить, где видел его раньше.

Он показал мне документы, свидетельствующие о том, что его недавно выписали из одной из больниц Бруклина. В выписке был указан диагноз: «стенокардия вследствие сужения коронарной артерии с угрозой инфаркта». Судя по записям, кроме жалоб на боли в груди и небольших изменений в кардиограмме, ничто больше не указывало на стенокардию. Читая историю болезни, я испытал странное ощущение «дежа вю». Когда я откинул одеяло, чтобы произвести физический осмотр, накладки на руках быстро вернули мне память.

— Барон Мюнхгаузен собственной персоной! — воскликнул я.

Он вскочил с кровати и начал одеваться.

— Все равно я уверен, что все кардиологи тупы как пробки, — пробормотал он со злостью. — Но в любой корзине обязательно найдется одно гнилое яблоко. Ничего не скажешь, повезло мне повстречаться с вами!

— Что вы делали после нашей последней встречи? — спросил я.

— Боль в груди куда лучше порфирии. Это выигрышный билет, тем более что нет нужды пить всякую дрянь.

— Что вы хотите этим сказать?

— Со стенокардией меня госпитализировали чаще, чем с любой другой болезнью. Мне надо было только продемонстрировать признак Левайна. — Он прижал к груди сжатый кулак. — Хватает на то, чтобы пролежать в больнице несколько недель. Правда, приходится опасаться катетеризации.

— Но в больнице вам сделали ангиограмму. Разве вы не рисковали?

— Я читал много медицинской литературы и был уверен, что выиграю. У такого мужчины, как я, среднего возраста, с повышенным уровнем холестерина, одна из артерий будет заблокирована с вероятностью 80 процентов. Я решил, что, если ангиограмма окажется хорошей, больше не вернусь в эту больницу. Даю 100-процентную гарантию, что меня положат в любую больницу старого доброго дядюшки Сэма.

Мое любопытство, похоже, начинало его раздражать.

— Один, последний вопрос, — не унимался я. — Как вам удастся переключить Т-волны на кардиограмме?

— Это секрет фирмы, — ответил он, а потом, прищелкнув языком, добавил:

— Да ладно, поделюсь уж. Я глубоко дышу. — (Врачам давно известно, что при гипервентиляции, или глубоком дыхании, на нормальной электрокардиограмме появляются волны, похожие на те, что наблюдаются при недостаточной коронарной циркуляции,) И он быстрым шагом вышел из приемной отделения скорой помощи, чем удивил весь персонал, считавший его тяжело больным человеком.

Мой четвертый ж последний пациент с синдромом Мюнхгаузена был, пожалуй, самым занятным из всех. В больницу Питера Бента его перевели из клиники Род-Айленда, куда он поступил из-за частых обмороков. Во время утреннего, обхода я поинтересовался, почему он попал к нам. Его ответ обескуражил меня.

— У меня в сердце ртуть.

— А как она туда попала?

— Я ел пончики.

— Пончики? — воскликнул я удивленно.

— Да, пончики, а в них — ртуть, — спокойно подтвердил он.

— Расскажите поподробнее.

— Ну, купили мы немного пончиков. Жена с сыном их тоже ели, а один пончик упал на пол, и из него вылилась ртуть.

— Как вы узнали, что это ртуть?

— Я с ней работаю. Я лаборант в больнице, обслуживаю аппарат для измерения содержания кислорода в крови. Во всех исследованиях мы используем ртуть. Жена с сыном теперь серьезно болеют, у них почки отказали. Мы подали в суд на пекарню.

Мягко говоря, я был сильно удивлен и подумал, не шизофреник ли передо мной. Словно прочитав мои мысли, он сказал:

— Если вы мне не верите, сделайте рентгенограмму сердца и убедитесь в моей правоте.

Я решил подыграть ему и назначил флюороскопию сердца. Когда аппарат был наведен, к своему огромному изумлению я увидел, что в левом желудочке двигается большое темное пятно, подпрыгивающее, как бусинки в калейдоскопе.

Однако ртуть — тяжелый и нерастворимый металл, она не могла проникнуть в сердце. При попадании в пищевод она прошла бы по кишечнику и вышла с калом. Конечно, ртуть могла оказаться в сердце при введении внутривенно, но это было полным безумием. А его жена и сын ведь тоже пострадали... Я позвонил в больницу Провидения,

где, по словам пациента, находилась его семья. Действительно, там лечились люди с такими именами. Ситуация становилась еще загадочнее.

Я велел медсестрам не спускать с пациента глаз, и на следующий день они сообщили мне, что он несколько раз поднимал тревогу из-за якобы случившегося сердечного приступа. На электрокардиограмме неожиданно появлялась прямая линия, что свидетельствовало об остановке сердца. Однако медсестры обнаружили, что пациент несколько раз подряд отсоединял один из проводов прибора. Когда ему объяснили, что так делать нельзя, сигналы тревоги поступать перестали.

Мы сочли этого человека психопатом и попросили психиатра побеседовать с ним. Однако, как ни странно, психиатр полностью поверил его рассказу, а после беседы со мной заметил, что пациент пожаловался на наше недоверие. Более того, психиатр обвинил меня в непрофессионализме. «В конце концов, вы же обнаружили ртуть в его сердце», — сказал он.

Во время следующего обхода я попросил медсестру взять у пациента анализ мочи. При этом я пустился в пространные объяснения, суть которых сводилась к тому, что ртуть из организма выводится через почки. Пациент с огромным вниманием слушал эту нелепицу. Когда же мы вышли из палаты, я объяснил медсестрам, что ртуть никоим образом не может выводиться через почки, и велел им следить за количеством термометров. На следующий день в анализе мочи пациента был обнаружен шарик ртути, а одна бдительная медсестра нашла в корзине для мусора разбитый термометр, завернутый в газету.

Служебные обязанности моего пациента заключались в том, что он измерял содержание кислорода в крови, уравнивая столбик крови столбиком ртути. Таким образом, он имел доступ не только к ртути, но также к шприцам и иглам, т. е. у него была возможность ввести ртуть себе в вену. После этого оставалось только дожидаться, когда она достигает правой стороны сердца, где мы ее и обнаружили. Вероятно, то же самое он проделал с женой и сыном. Поняв это, я попытался поговорить с пациентом, но он полностью замкнулся в себе, казался шокированным и обиженным. Мои вопросы так и остались без ответов.

На следующий день его кровать опустела. Мне сообщили, что он покинул больницу, на прощание сказав, что потрясен таким непрофессионализмом врачей. Я позвонил его лечащему врачу из больницы Провидения и поделился с ним своими подозрениями. Изумлению доктора не было предела. Он сказал, что хорошо знает этого пациента и что дело о ртути в пончиках действительно рассматривается судом. Я пытался узнать больше об этом загадочном случае, но получил резкий отпор и оставил свои попытки. Мне до сих пор очень интересно, чем закончилась эта история.

Все описанные случаи подтолкнули меня к поиску подобного в медицинской литературе. Весьма быстро я нашел массу еще более удивительных рассказов. Национальный институт здоровья сообщал о пациентке, которая делала себе инъекции адреналина, после чего у нее развилась злокачественная гипертензия и участилось сердцебиение, что полностью симулировало симптомы раковой опухоли надпочечников. В отчаянной попытке спасти ее жизнь ей удалили оба надпочечника. Вскоре в столе пациентки обнаружили шприцы, иглы и ампулы с адреналином, но ничего исправить уже было нельзя.

Гораздо страшнее случаи, когда родители преднамеренно калечат детей, чтобы симулировать у них болезнь. Вот один из примеров. Мать принесла в больницу грудного ребенка с жалобой на то, что у него повышенная сонливость и кал в рвотных массах. Тщательное обследование показало, что ребенок абсолютно здоров, а когда было проведено полицейское расследование, обнаружилось, что мать давала ребенку успокоительные и кормила его собственным калом.

Возможно, в том, что врачи так часто попадают на удочку пациентов с синдромом Мюнхгаузена, есть что-то положительное. Ведь врач должен доверять пациенту, а закон не считает человека виновным до тех пор, пока его вина не доказана. Естественно, даже очень опытный, но не подозревающий подвоха врач может оказаться в сетях обмана. Искусство быть слушателем умирает, и медицина все больше полагается на данные приборов, которые не в состоянии разгадать тайны человеческого мышления и психики, поэтому в наши дни пациенты с синдромом Мюнхгаузена будут более удачливыми, чем раньше.

Часть II
ИСКУССТВО БЫТЬ ВРАЧОМ, ИЛИ
КАК ИСЦЕЛЯТЬ ПАЦИЕНТА

Глава 5

Слова, которые ранят

Составление истории болезни — самая главная часть работы врача. Потраченное на это время является существенным вкладом в процесс лечения, так как внимание целительно само по себе. Слово — самый мощный инструмент в руках врача. Но слова, подобно обоюдоострому кинжалу, могут как исцелять, так и ранить.

Впервые я стал свидетелем катастрофической силы слов в самом начале карьеры. Я только что начал работать кардиологом в больнице Питера Бента под руководством доктора Самуэля Левайна, который раз в неделю совершал обход амбулаторных больных, чтобы помочь лечащим врачам разобраться в сложных случаях, уточнить диагнозы и скоординировать методы лечения. Он терпеть не мог длинных дискуссий и требовал краткого и четкого изложения проблемы. При помощи одного-двух точно поставленных вопросов Левайн выяснял самую суть проблемы. Ответы пациентов тоже всегда отличались краткостью и были вполне исчерпывающими, в то время как в беседе со мной они были словоохотливы и далеко не всегда точны. То, как доктор Левайн производил физический осмотр, заслуживает отдельного описания. Он делал это поразительно быстро — краткая пальпация верхушки сердца, перкуссия нижней части грудной клетки, кратковременная аускультация при помощи стетоскопа, а затем лаконичный диалог с пациентом. Венцом всех этих действий был точный диагноз. Затем, сказав пациенту несколько ободряющих слов, Левайн переходил к другой кровати. Его осмотры редко длились более пяти минут, однако я всегда успевал научиться чему-то важному.

* * *

Стоял жаркий июльский день, один из тех, за которыми обычно наступает похолодание. В то утро мы осматривали пациентку,

женщину в возрасте немногим более 40 лет, которая наблюдалась в больнице уже более 30 лет. Левайн лечил ее, когда она была еще ребенком, — в детстве у нее случилась ревматическая атака — приступ ревматизма, приведший к сужению трехстворчатого клапана. Этот клапан расположен в правой половине сердца, и при его сужении кровь поступает обратно к печени, брюшной полости и конечностям, не попадая в легкие. Пациенты со стенозом трехстворчатого клапана не страдают одышкой, но у них часто наблюдается вздутие живота, что симулирует начальную стадию беременности.

Миссис С. быстро уставала от физического напряжения, но ее легкие работали исправно, поэтому она спала без дополнительных подушек. Хотя ноги и живот у нее отекали, она работала библиотекарем. Левайн с симпатией относился к этой пациентке, восхищался ее мужеством и стоическим отношением к жизненным трудностям и однажды сказал мне: «Это очень порядочная и смелая женщина». Для Левайна такое выражение чувств было больше, чем просто комплимент. Миссис С., которая тоже не отличалась многословностью, однажды призналась, что держится в основном благодаря своему врачу.

В тот день, когда случилась трагедия, у миссис С. наблюдался застой мочи. Это свидетельствовало о сопротивлении организма диуретической инфекции и о том, что почки уже вывели всю лишнюю жидкость. Вес ее был стабильным, что казалось весьма обнадеживающим, так как она постоянно худела из-за плохого аппетита.

Как обычно, она была полна оптимизма и ждала, что доктор Левайн совершит очередное чудо. В то утро у него было очень много работы, и он очень торопился. У кровати миссис С. доктор провел необычно мало времени, а осмотр был весьма формальным. Кроме того, вокруг него толпилось много врачей, старающихся уловить каждое слово учителя, что делало эмоциональную атмосферу в палате еще более неприятной. Левайн быстро выпалил, что у этой пациентки СТ — на медицинском жаргоне это означает «стеноз трехстворчатого клапана». Когда почти все врачи покинули палату, эта всегда спокойная женщина сильно разволновалась и, оставшись наедине со мной, сказала:

— Все, это конец. — Я попытался было успокоить ее, но она в ужасе произнесла:

— Доктор Левайн сказал, что у меня СТ.

— Да, конечно, у вас СТ, — подтвердил я. Услышав эти слова, она залилась слезами.

— А что, по-вашему, означает СТ? — спросил я.

Услышав ответ, я едва сдержался, чтобы не расхохотаться.

— Это означает «смертельный токсикоз».

Я объяснил, что доктор Левайн использовал эту аббревиатуру, имея в виду стеноз клапана, однако пациентка не слушала меня. Все мои попытки переубедить ее были безуспешны. Неожиданно ее дыхание стало частым и тяжелым. Впервые она не смогла лечь на спину, так как ей не хватало воздуха.

Осмотрев миссис С., я услышал сильные хрипы, свидетельствующие о застое в легких. Но ведь всего минуту назад они были абсолютно чистыми! Рентгенологическое исследование подтвердило наличие в легких большого количества жидкости. Пациентку срочно перевели в отделение интенсивной терапии, однако ни дополнительный кислород, ни уколы морфия, ни диуретические препараты не помогли. Я набрался храбрости и позвонил Левайну. Он выслушал меня, но, судя по голосу, не слишком поверил моему рассказу. Ни у одного из его пациентов со стенозом трехстворчатого клапана подобных симптомов не наблюдалось. Однако Левайн пообещал проведать миссис С. в семь часов вечера, закончив прием частных пациентов. Но доктор не успел — незадолго до его прихода она скончалась от отека легких. Пациенты со стенозом трехстворчатого клапана никогда не умирают так быстро. Они угасают постепенно, и у них не бывает застойных явлений в легких, характерных для стеноза левого клапана. Но у миссис С. левый клапан был совершенно здоров. Узнав о ее смерти, я долго не мог прийти в себя, сраженный собственным бессилием.

Позже я не раз сталкивался с подобной, хотя менее трагичной, реакцией на слова врача. Работая практикантом в отделении кардиологии, я совершал обход с врачом, лечившим пациента после недавнего сердечного приступа. Было начало ноября, и пациент спросил у врача, выпишут ли его до Дня Благодарения (День Благодарения, последний четверг ноября, официальный праздник в

США в честь первых колонистов Массачусетса). Врач ответил, что пациенту повезет, если его выпишут к Рождеству. Он не успел договорить эту фразу — пациент внезапно потерял сознание от резко усилившегося сердцебиения. Его с трудом удалось привести в чувство, и, как выяснилось, у него едва не остановилось сердце.

В большой больнице практически невозможно уберечь пациента от того, чтобы он ни разу не услышал бездумных или ошибочных заключений. Думаю, что слова могут ранить так же, как физические действия. Помню, как однажды я осматривал пациента, очень медленно выздоравливавшего после сердечного приступа. Он показался мне совершенно упавшим духом, и, по-видимому, у него развивались застойные явления. Поскольку для такого ухудшения не было никаких оснований, я решил, что над ним довлеют какие-то домашние проблемы.

— Мистер Джексон, почему вы так подавлены? — спросил я.

— Любой на моем месте был бы подавлен, услышав то, что я услышал сегодня утром, — ответил он.

— Что же вы слышали?

— Интерн сказал мне, что я перенес сердечный приступ, младший ассистент говорил об инфаркте миокарда, старший врач назвал это тромбозом коронарных сосудов, а лечащий врач определил, что я перенес острый приступ ишемии. Господи, неужели человек с таким больным сердцем, как у меня, имеет шансы выжить? Но хуже всего другое: когда я спросил медсестру, что же со мной, она ответила, что мне лучше этого не знать, — заключил он.

Все перечисленные термины на самом деле просто отражают одно и то же заболевание, но пациенту этого не разъяснили, и он вообразил самое худшее.

Врач не должен оставлять пациента в страхе и неведении, однако, к сожалению, это происходит почти всегда. Работая консультантом по сердечно-сосудистым заболеваниям, я встречался со многими пациентами, которым требовалось узнать мнение другого врача по поводу операции на сердечных клапанах или шунтирования. Они почти всегда сильно волновались и были напуганы. Но, как я понял, главной причиной беспокойства было непонимание слов, которые употреблял их лечащий врач. За последние годы я собрал множество фраз, которые, будучи услышанными из уст врачей, очень пугают

пациентов. На сегодняшний день их у меня уже несколько сотен. Вот самые распространенные:

«Вы живете в кредит».

«Ваша жизнь катится под гору, как снежный ком».

«Следующий удар сердца может быть для вас последним».

«Каждую минуту у вас может случиться сердечный приступ или что-нибудь похуже».

«Ангел смерти накрыл вас своим крылом».

Я слышал множество вариантов фраз типа: «У вас в груди бомба с часовым механизмом» или: «Вы — ходячая бомба с часовым механизмом». Консультант из отделения кардиологии указал на закупоренную артерию на ангиограмме и сказал жене пациента: «Этот суженный кровеносный сосуд называют вдовьей артерией». Другой пациент рассказывал, как его врач однажды заявил: «Мне даже страшно подумать о вашей анатомии».

Пациент, перенесший сердечный приступ и отказавшийся от шунтирования, сказал: «Врач не гарантирует, что мой следующий приступ не будет последним». Другого пациента убеждали лечь на операционный стол словами: «Операцию необходимо сделать немедленно, лучше всего вчера».

В отделение скорой помощи привезли пациента с сердечным приступом. У него была выраженная желудочковая тахикардия — серьезное нарушение сердцебиения. Самым страшным его воспоминанием был крик дежурного врача: «Мы теряем его! Мы его сейчас потеряем!».

И это лишь малая часть примеров. Мне страшно от того, что я слышу подобные слова и фразы все чаще и чаще. Иногда пациенты могут не обратить на них внимания, но бывают случаи, когда такие слова приносят бесконечное горе.

Двух мнений быть не может

Мистеру Глимпу было немногим за 70. Он жил во Флориде. Его лысеющая голова в обрамлении белых волос диссонировала с гладким,

без единой морщины моложавым лицом и улыбающимися голубыми глазами. Но когда он после тщетной попытки подобрать нужные слова обратился к своей весьма представительной супруге со словами: «Ты сама ему скажи», — в голосе его прозвучала безысходная грусть. Его правая рука была неподвижна и согнута в локте после недавно перенесенного удара. Я не видел в этом случае никаких сложностей. Но почему мистер Глимгт решил приехать в Бостон, чтобы услышать мое мнение? Он уже перенес шунтирование.

— Я не болел ни разу в жизни... — начал он.

— Но у вас была грудная жаба, не так ли? Разве вам не по этому поводу делали операцию? — Именно этот симптом обычно является причиной для операции на коронарной артерии.

— А что это такое? — спросил он.

— Теснение в груди или сдавливание в груди на выдохе. — Я дотронулся ладонью до своей груди, чтобы показать, где обычно ощущается стенокардия, или грудная жаба.

— Нет, у меня этого никогда не было, — медленно произнес он. После удара у него нарушилась речь.

— Тогда какие симптомы привели вас на операционный стол?

— Док, позвольте мне объяснить. Всю свою жизнь я был здоровым человеком, даже аспирин принимал крайне редко. Однажды я решил пройти ежегодную проверку в весьма знаменитой и уважаемой клинике, которая расположена неподалеку от моего дома. Утром в пятницу я пришел туда. Врач решил, что мне нужно пройти тест с физической нагрузкой. Изучив результаты, он заподозрил что-то неладное и послал меня на радиоизотопную диагностику. В этой клинике все работают очень быстро, отправляют из лаборатории в лабораторию без малейшего промедления. После обследования врач сказал, что у меня серьезные неприятности, велел мне немедленно сделать катетеризацию и объяснил, что таким образом можно получить картину моих коронарных сосудов. Я ему доверял, потому что он был очень симпатичным человеком. Короче говоря, врач считал, что выбор у меня невелик, а катетеризация является самым лучшим диагностическим тестом. Он настаивал на немедленном обследовании, так как, по его словам, у меня в любой момент мог случиться смертельный сердечный приступ. Разве у меня вообще был выбор?

Старик говорил очень медленно, часто делал паузы, на губах выступила слюна.

Рассказ продолжила его жена:

— После полудня я начала волноваться. Почему Гарольд так долго не возвращается? Он ведь просто пошел провериться. Но я по-настоящему испугалась, когда мне позвонил доктор П. и попросил приехать в клинику, так как, по его словам, Гарольд попал в большую беду. В клинику я приехала ни жива ни мертва. Доктор показал мне снимок коронарных сосудов Гарольда. А что я в них понимаю? Мне они показались похожими на белых червяков. Врач сказал, что у Гарольда заблокированы все главные артерии. Со мной едва не случился удар, когда он назвал мужа ходячим мертвецом и сказал, что ждать больше нельзя, потому что он может умереть в любую минуту. — Она помолчала, затем продолжила свой печальный рассказ:

— Я спросила: «Где мне расписаться?». «Вам не нужно расписываться. Ваш муж уже дал согласие», — ответил доктор. Мне казалось, что сам Господь охраняет нас. Как вовремя мы попали сюда! Теперь Гарольд в надежных руках. Врач сказал, что нам повезло — на следующий день, то есть в субботу, у них было «окно» в расписании операций. Когда Гарольд находился на операционном столе, у него произошел обширный инфаркт. Врачи не смогли предотвратить его. Но на этом несчастья не кончились. Через два дня, в понедельник, Гарольд перенес удар. Не знаю, следовало ли делать ему операцию? Но доктор П. был в этом абсолютно убежден. После случившегося он очень расстроился. Он такой приятный человек и показался мне хорошим врачом. Я верила ему и действительно чувствовала, что каждая минута промедления может стоить Гарольду жизни.

Миссис Глимп явно сердилась, рассказывая об атом. До операции ее муж был спокойным, жизнерадостным пожилым мужчиной. Теперь он превратился в слезливого старика.

Но что эти люди хотят от меня? Урон уже нанесен. Я ничего не мог сделать, чтобы восстановить его поврежденный мозг или вернуть здоровье сердцу. Я спросил, почему супруги не посоветовались до операции с другим врачом. Они посмотрели на меня очень удивленно, словно мой вопрос был нелепой шуткой.

— Промедление было смерти подобно. И потом, к кому мы могли обратиться? Зачем нам это было нужно? У него заблокированы три

артерии, сказал доктор, — и положение может ухудшиться. — Жена мистера Глимпа была крайне разгневана. — Когда горит ваш дом, разве вы спрашиваете чьего-то совета? Вы просто звоните в пожарную часть. Именно так мы и поступили. Доктор сказал, что сердце у Гарольда работает нормально и он легко перенесет операцию.

У мистера Глимпа сердце работало нормально и не наблюдалось никакихстораживающих симптомов. Таким пациентам операция не требуется практически никогда. Обычно шунтирование рекомендуют в том случае, когда необходимо предотвратить внезапную смерть или инфаркт. Но когда затронута сердечная мышца, шунтирование не предотвратит приступ, как и не продлит жизнь. Муж и жена были напуганы словами врача и поэтому согласились на все, что им предложили. Когда врач описывает пациенту ситуацию как опасную для жизни, большинство людей, за редким исключением, вряд ли пойдут за: советом к другому врачу. И это не зависит от того, насколько они доверяют врачам вообще.

Хочу привести несколько самых простых рекомендаций. Во-первых, если у пациента не наблюдается тревожных симптомов или приступы стенокардии случаются крайне редко, чаще всего в подобных случаях в срочной операции на сердце нет нужды. По крайней мере, у больного есть время на то, чтобы узнать мнение другого специалиста. Во-вторых, если врач использует тактику запугивания и торопит с принятием решения, то относиться к его советам следует с большой осторожностью. Врач, твердящий вам о скором конце, либо шарлатан, либо инфантильный человек, не переборавший в себе желание хоть на минуту побыть Господом Богом. Если вы обращаетесь за консультацией к другому врачу, обязательно подчеркните, что операцию будут делать в другой больнице, чтобы ваш консультант не испытывал гнета финансовой заинтересованности.

Даже сами врачи и их близкие не застрахованы от урона, наносимого непродуманными или жестокими словами. У доктора С.Н., психиатра со Среднего Запада, наблюдались повторяющиеся приступы аритмии, известной как желудочковая тахикардия. Лечащий врач сказал ему, что это смертельно опасно, и посоветовал имплантировать электрическое устройство, которое будет поддерживать нормальный сердечный ритм. Операция была весьма дорогостоящей и чревата серьезными осложнениями, поэтому жена доктора, много читавшая о

подобных устройствах, возражала против нее. Их брак длился уже много лет, и доктор Н. не мог не прислушаться к мнению супруги. Но у него также не было поводов не доверять своему врачу. Поэтому он приехал в Бостон, чтобы узнать другую точку зрения.

Изучив его историю болезни, я узнал, что приступы аритмии были весьма непродолжительными и не сопровождались ни обмороками, ни головокружением. Более того, их было всего три, и они происходили с интервалом примерно в четыре года. Я счел все эти факторы успокаивающими и посоветовал не проводить имплантацию. Доктор Н., услышав мои слова, был явно обрадован, но его жена никак не могла успокоиться.

Тогда я решил поговорить с ней с глазу на глаз. И она поведала мне следующее. Кардиолог ее мужа, узнав о том, что она противится операции, сказал: «Сможете ли вы спокойно жить, если однажды проснетесь и обнаружите, что ваш муж лежит рядом с вами мертвый? И при этом вы знаете, что это устройство может спасти его жизнь». У нее не укладывалось в голове, что врач может сказать такое без всяких на то оснований. Могла ли она доверять моему мнению или чьему-то еще? Я не сумел утешить ее, и она покинула мой кабинет, по-прежнему мучаясь страхом.

Мнение других врачей

Медицина превратилась в серьезный бизнес, в котором сильна конкуренция, поэтому сегодня редко можно услышать о том, что врачи или клиники обращаются к коллегам за помощью. Критиковать врача, лечащего пациента, недопустимо. Врачи должны поддерживать друг друга. Даже самый опытный врач не застрахован от ошибок. Более того, когда пациент жалуется на то, что его неправильно лечат, это мнение лишь одной стороны. Многие люди весьма справедливо полагают, что врачи в большинстве случаев скрывают ошибки друг друга и предпочитают не высказываться по поводу неправильных действий или коррупции в среде своих коллег. Подобное поведение

явно не заслуживает одобрения, однако не следует торопиться с обвинениями, не выслушав обе версии случившегося.

Я слишком часто слышал неодобрительные отзывы врачей о работе коллег, которые объяснялись лишь разными подходами к одной и той же проблеме. Если пациент становится свидетелем критики врача, это его сильно деморализует. Он может отказать в доверии не только врачу, который позволяет себе критиковать коллегу, но и всем медикам, всей системе здравоохранения. А она не может эффективно работать, если ей не доверяют. В итоге страдает способность врача исцелять своих пациентов.

Некоторые мои пациенты рассказывали, что их лечащие врачи резко возражали против посторонних консультаций. Один кардиолог из Нью-Йорка говорил: «Вам не требуется никакое другое мнение. Я могу направить вас к другому врачу, но лучше потратьте деньги с гораздо большей пользой. Отдайте их на благотворительные нужды».

Однажды мне позвонил охваченный паникой пациент из Филадельфии, которого я консультировал тремя месяцами раньше. Он страдал серьезной болезнью сердца и долго не поправлялся. Я изменил ему курс лечения и назначил одно новое лекарство, которое должно было поставить его на ноги и вернуть к нормальной жизни.

— Что случилось? — спросил я, подозревая неладное,

— Пока ничего. До сегодняшнего дня я чувствовал себя очень хорошо. Но сегодня я встретился со своим кардиологом, и он сказал следующее: «Я крайне удивлен, что Лаун назначил вам это лекарство. Оно является для вас ядом. Очень скоро у вас возникнут серьезные осложнения».

Хотя новая программа лечения была весьма эффективна, доверие пациента ко мне было подорвано, и потребовалось много времени, чтобы восстановить его.

Нескончаемая боль

Врачи в целом не осознают, что неприятные слова обладают огромной силой, могут причинять физическую боль и даже

становиться причиной болезни. Когда я учился в медицинском институте Джона Хопкинса, там существовал факультет, руководимый прекрасным психофизиологом доктором Хорсли Гэнтон, который был единственным американским студентом великого русского физиолога И.П. Павлова. Гэнтон проводил эксперименты на собаках. Подопытное животное получало слабый удар током, что предварялось звонком. Это приводило к учащению пульса и повышению кровяного давления. После нескольких повторов лишь звонок вызывал учащение пульса и повышение давления, хотя удара током за ним не следовало. Такая реакция сердечно-сосудистой системы сохранялась долго: при звуке звонка пульс и давление у собак подскакивали даже через много месяцев.

Реакция на безболевого условный стимул, естественно, со временем уменьшается, хотя последствия остаются практически навсегда. Согласно теории Гэнтон, такие реакции сердца способны периодически «просыпаться». Он высказал предположение, что сердце обладает памятью, которая не стирается со временем. Это явление было названо шизокинезом, и я наблюдал его у многих пациентов.

Подобные рефлекторные реакции фиксируются нервной системой. В отличие от большинства нейтральных событий, со временем исчезающих из памяти, боль, угроза или страх, похоже, застревают в мозге подобно генетической программе. К сожалению, приятные воспоминания с легкостью вытесняются неприятными. На протяжении миллионов лет боль была сигналом, предупреждающим об опасности. Нейрофизиологические реакции на боль сохраняются потому, что они важны для выживания. У человека боль не является главной функцией адаптации, поэтому она утратила свои «обучающие» свойства. Однако память о ней может нарушить нормальную физиологическую реакцию и стать источником фиксированного стресса, приводящего к болезни.

Миссис З. вернулась в клинику после долгого отсутствия, чтобы пройти очередное обследование. Ее простое, милое лицо в обрамлении темно-русых волос украшали блестящие голубые глаза. Кожа обладала той прозрачной бледностью, которую можно видеть на средневековых портретах Мадонны. Ей было 46 лет, но она сохранила живость и жизнерадостность юной девушки. Возможно, это объяснялось тем, что миссис З. работала школьной учительницей. Несколькими годами

раньше лечащий врач обнаружил у нее частые желудочковые экстрасистолы, заподозрил пролапс митрального клапана и сказал, что она может умереть в любой момент. Миссис З. перепугалась и начала принимать различные лекарства, но ни одно из них она не переносила.

Когда я увидел миссис З. впервые, она была полностью погружена в себя и отвечала на вопросы, словно с трудом приходя в себя после глубокого сна. Женщину сотрясала сильная дрожь, и временами ее ответы звучали невпопад. Это было следствием того, что она принимала два препарата, вызывающих сонливость, слабость, головокружение, боли и бессонницу. Оба этих препарата она не переносила, как и все остальные, но была так напугана, что продолжала принимать их.

Тщательное обследование обнаружило, что сердце пациентки здорово и имеет место лишь незначительный пролапс митрального клапана, что совершенно не опасно. О том, что у миссис З. временами наблюдается скачкообразное сердцебиение, было давно забыто. Я отменил все препараты и порекомендовал вернуться к нормальной жизни и работе. Она словно очнулась после кошмара. За несколько часов она совершенно изменилась, к ней вернулась радость жизни.

Прошло пять лет. Сначала миссис З. осмотрел мой помощник, который считал ее абсолютно здоровой. Когда мы вместе с ним пришли осмотреть ее «еще раз, она читала книгу о преподавании английского языка в высших учебных заведениях. Мы немного поговорили о том, как трудно работать преподавателем в наши дни, когда молодежь считает чтение устаревшим и немодным занятием. Думая об этом, я сказал:

— У вас действительно серьезные проблемы.

Миссис З. внезапно выпрямилась, ее красивое лицо исказил страх, она задрожала, как в тот раз, когда я впервые увидел ее.

— Что вы имеете в виду? Доктор, что вы хотите этим сказать? — В ее словах звучал не столько вопрос, сколько мольба. Эта спокойная женщина в течение секунды превратилась в охваченное ужасом, дрожащее существо.

По опыту я знаю, что в таких ситуациях более убедительно звучат слова, обращенные к коллеге-врачу. Я повернулся к помощнику и, словно игнорируя пациентку, прокомментировал свои слова:

— Бедная женщина, она приняла мое замечание о состоянии преподавания английского языка в нашей стране на свой счет и решила, что я говорю о ее сердце...

Она не дала мне договорить:

— О Господи! У меня словно камень с души упал. Я действительно подумала, что вы говорите о моем сердце.

Почему врачи употребляют эти слова

Почему многие врачи рисуют столь страшные картины своим пациентам? Элементарная психология учит, что страх не может мотивировать конструктивное поведение. Вместо того чтобы мобилизовать внутренние ресурсы человека, подобные разговоры лишают его надежды. Когда страх берет верх над здравым смыслом, принятие разумных решений сильно затрудняется. Кроме того, отрицательные эмоции усиливают проявление симптомов заболевания, замедляют процесс выздоровления и подавляют настроение больного. Недуг разъедает не только его тело, но и самосознание. Пациент особенно остро воспринимает слова врача, от которого зависит не только его выздоровление, но и жизнь.

Трудно сразу ответить на вопрос, почему врачи так разговаривают с пациентами. Похоже, страсть к предсказанию мрачного будущего уходит корнями в нашу культуру. Если, даже слушая прогноз погоды, мы ощущаем, как нагнетается напряжение, то нечего удивляться тому, что медицинские прогнозы вызывают у нас бурю эмоций. Разговор о поставленном диагнозе, как правило, должен быть максимально откровенным и не содержать двусмысленностей. Однако врачи, по словам Рейнольда Нейбера, думают хорошо, делают плохо и оправдывают свои неправильные действия хорошими намерениями.

Другим объяснением может быть то, что врачи чувствуют себя обязанными говорить пациенту неприкрытую правду. Боясь обвинения в неправильном лечении, они предпочитают сообщать больным самое худшее, чтобы застраховать себя от неприятностей в будущем. Но такое хладнокровие в большей степени таит в себе угрозу судебных

разбирательств (см. гл. 10). Врач, не считающий нужным смягчить неприятный прогноз ободряющими словами, разрушает добрые отношения с пациентом, которые должны основываться на уважении и доверии. Именно отсутствие доверия часто приводит стороны в зал суда.

Но каким же образом врачу убедить пациента пройти курс лечения, связанный с риском и другими неприятными последствиями? Любая проблема, как подчеркивал Норман Казенс, может быть представлена в виде разрешимого сомнения или угрозы. Так зачем же выбирать последний вариант?

Дискредитация человеческих ценностей начинается еще в медицинском институте. По моему мнению, самая большая ошибка обучения состоит в том, что оно начинается с препарирования трупов в анатомическом театре. Чтобы преодолеть вполне естественный ужас, студенты предпочитают рассматривать этот процесс как работу с неодушевленным объектом, забывая о том, что не так давно он был живым человеком. Отсюда начинается четырехлетний процесс интенсивной наработки профессионализма, в то время как культивированию навыков человеческого общения и обучению заботливому отношению к пациенту уделяется весьма мало времени и усилий. В результате молодой врач не заинтересован в том, чтобы выслушать больного, и не обучен этому. Впоследствии готовность слушать подрывается и экономическими факторами. А мрачные предсказания и предостережения существенно ускоряют процесс общения с пациентом и избавляют врача от затяжных объяснений.

Кроме того, есть еще один важный фактор. Врачи крайне редко бывают до конца уверены в себе. Когда пациент оказывается перед перспективой глобального вмешательства в свой организм, он, естественно, пытается найти другие варианты решения этой проблемы. Многочисленные и конкретные вопросы могут обнаружить тот факт, что медицинский прогноз весьма приблизительно основывается на точных знаниях. Хорошо обученный врач обычно исходит из данных эпидемиологических исследований, которые определяют вероятность того или иного исхода для большой группы людей. Поэтому, исходя из определенных симптомов, он может с достаточной долей точности дать тот или иной прогноз. Однако каждый отдельный пациент не является статистической единицей, и

ему нет дела до того, что происходит в большинстве случаев. Его интересует только свой, конкретный случай. Врач быстро понимает, что догматическое изложение самых мрачных перспектив резко ограничивает сомнения больного, а иногда вообще отменяет все вопросы.

Кроме того, подобный подход может быть своего рода уловкой продавца. Применение новейших достижений, иногда не вполне проверенных, требует наличия потребителя. Когда пациент чувствует, что его жизнь под угрозой, а ему обещают пусть сомнительные, но гарантии, он очень быстро превращается в доверчивого покупателя.

Мои слова наверняка вызовут гнев у врачей, которые не делают операций, не выколачивают из пациентов деньги и не проводят дорогостоящих инвазивных процедур. Они абсолютно правы. Беспокойство вызывает другое. Многие врачи превращаются в торговцев здоровьем, часто не подозревая об этом. Со студенческой скамьи врачи учат трепетать перед техническими методиками. На исторических примерах им внушают, что самую эффективную помощь пациенту можно оказать, лишь используя достижения технического прогресса. Соответственно, и пациент рассматривается только как приставка к многочисленным приборам. Подобная медицинская практика почти повсеместно считается отвечающей самым высоким научным и моральным стандартам.

Большую часть практических знаний врач получает в больнице, но и там основной упор делается на технологии и анализы. Я неоднократно вступал в борьбу с администрацией моей больницы, настаивавшей на том, чтобы раньше времени выписать того или иного пациента. Однако реакция на мои протесты всегда была стандартной — зачем занимать столь дефицитное койко-место, когда все анализы проведены, а в хирургическом вмешательстве нет необходимости? А то, что клиническое состояние больного не определено до конца, детали программы лечения не отработаны или то, что одинокий пациент не в силах о себе позаботиться, не имело значения.

Другим фактором, влияющим на форму медицинской практики, является убежденность и врача и пациента в необходимости лечить все, что не отвечает стандарту здорового человека. Пожилые пациенты очень часто предъявляют многочисленные жалобы, которые не заслуживали бы внимания, если бы врачи убедили своих больных в их

абсолютной безопасности. Боли, утомляемость, забывчивость, периодическая бессонница — все это, как правило, лишь возрастные проявления. Желание диагностировать неизлечимую болезнь, лечить то, что не поддается лечению, прогнозировать непредсказуемое не только является мошенничеством, но открывает ящик Пандоры, полный опасных последствий. Разве можно игнорировать признак или симптом, который может быть самым ранним проявлением заболевания? Кто-то возразит, сказав, что диагностические процедуры — это лишь малая плата за обнаружение излечимой, но потенциально опасной для жизни болезни. Ответ на это весьма прост. В подавляющем большинстве случаев тщательное составление истории болезни, внимательный физический осмотр и несколько простых лабораторных тестов убеждают врача в том, что ничего страшного с пациентом не происходит. Большинство болезней вовсе не смертельны, а время само показывает, требует ли то или иное заболевание дополнительных исследований.

Есть и еще одно соображение. Врачи, как и все люди, являются продуктом современной технической эпохи. Для них упование на технические достижения является ничем иным, как охотой на необычное и диковинное. В этом состязании выигрывает тот, кто при помощи новейших тестов и процедур обнаружит у пациента нечто из ряда вон выходящее. Медицинские институты и больницы охотятся за врачами, которые могут поднять их научную репутацию, являясь авторами публикаций. Но чтобы серьезный журнал опубликовал медицинскую статью, необходимо провести научные исследования и накопить соответствующие данные. А как иначе собрать эти данные, если не превратить пациентов в подопытных кроликов и не подвергнуть их многочисленным проверкам? В процессе обучения врачи приходят к убеждению, что именно такой подход единственно правильный и определяет медицину как науку.

Однако вернемся к главной мысли этой главы. Резкие выражения помогают убедить пациента последовать совету врача независимо от причины, побуждающей его давать подобный совет. Это может быть желание заработать на дорогостоящей процедуре, страсть к экспериментированию или нечто иное. Даже если польза пациенту от того или иного вмешательства сводится к минимуму, убеждение должно достигнуть цели. А в данном случае нет ничего более

эффективного, чем сказать пациенту, что его жизнь полностью зависит от предстоящих исследований или процедур. Против такой аргументации редко устоит даже самый умный и скептически настроенный человек.

Пациенты очень часто являются добровольными помощниками врачей в стремлении превратить медицину в крупный индустриальный комплекс. Терзаемый неведением и сомнениями пациент с готовностью отдает себя в руки специалистов и подвергается многочисленным анализам. Мне часто приходилось убеждать родственников своих пациентов в том, что проделанная мною работа позволяет точно поставить диагноз и определить наиболее эффективный метод лечения. Хотя пациенты жалуются на то, что врачи пугают их своими словами, похоже, бесчеловечность считается неизбежной платой за научные достижения в медицине.

Я тоже иногда теряю терпение. Так происходит, когда я ставлю диагноз, основываясь на истории болезни, но на пациента это не производит ни малейшего впечатления. В подобных случаях я веду его в лабораторию, где в углу стоит старый, жуткого вида прибор для флюороскопии. Панель управления этого устройства больше похожа на приборную доску реактивного самолета. Это всегда производит потрясающий эффект, и я буквально читаю мысли пациента, который думает: «Какое счастье, что здесь есть самое новейшее оборудование» или: «Неужели вы обследуете меня с помощью этого замечательного прибора?». Такая детская вера в чудеса техники частично объясняет относительно спокойное отношение американцев к негуманности врачей.

Но каким бы ни было объяснение этой негуманности, запугивание пациентов не имеет права на существование. Страх не должен влиять на принятие решения, особенно в сложных ситуациях. Если медицина должна основываться на принципах партнерства, то старшим партнером обязан быть пациент, и именно ему должно принадлежать решающее слово.

Глава 6

Слова, которые исцеляют

Слова врача могут ранить, но они также обладают несравненной силой исцеления. Процесс лечения требует не только научных знаний. Чтобы побороть недуг, пациент должен мобилизовать все свои позитивные устремления и проникнуться верой во врача. Лишь немногие лекарства могут сравниться по силе с правильно подобранными словами. Пациентам крайне необходимо, чтобы о них заботились, а забота в основном выражается в словах. Но терапевтическое воздействие беседы далеко не всегда оценивается по достоинству, хотя врачебный опыт изобилует примерами исцеляющего воздействия слова.

Постараюсь пояснить мои мысли, которые многим могут показаться туманными. Речь не идет о правде или лжи. Слова, с которыми врач обращается к больному, исходят из самого понятия врачевания и должны помочь пациенту совладать с собой, когда ситуация безнадежна, и поправиться, когда болезнь излечима.

Сам я использую два подхода — один для страдающих сердечными заболеваниями, а второй — для здоровых людей. После обследования пациента с серьезным сердечным заболеванием я приглашаю его (ее) вместе с супругой (супругом) в кабинет для консультации и детального изложения обнаруженных фактов. Я всегда рассказываю о возможных осложнениях заболеваний коронарных артерий, включая вероятность внезапной смерти. Для многих врачей разговор об этом является настоящим табу, но мне кажется недопустимым, если пациент не будет знать о такой перспективе.

Даже если врач промолчит, пациент наверняка догадается об этой страшной угрозе. Каждый из нас не раз просыпался в холодном поту при мысли о раке или другой смертельной болезни. А для человека, страдающего заболеванием коронарных артерий, любой, даже самый тривиальный симптом может показаться предвестником скорой смерти, особенно если он проявляется ночью. Страх и беспомощность усугубляются тем, что их нельзя разделить с друзьями или близкими.

Когда я говорю о возможности внезапной смерти, пациенты всегда слушают меня, сохраняя напряженное молчание. Им хочется скрыться, спрятаться, оказаться в другом месте. Они редко прерывают меня. Свою речь я обычно заканчиваю примерно так: «Я коснулся этого вопроса потому, что не вижу абсолютно никаких признаков того, что вы можете умереть в ближайшие несколько лет. Такой вывод можно сделать, основываясь на результатах осмотра. Ни один мой пациент с такими же показателями, как у вас, не умер внезапно. Я имею в виду отсутствие нарушений в работе сердца, что выявлено при мониторинге в течение 24 часов, нормальную работу левого желудочка, а также результаты проверки на тренажере. Все это дает мне основание для благоприятного прогноза».

Если же прогноз не столь оптимистичен и я не могу дать соответствующих гарантий, то вопрос о возможности внезапной смерти с пациентом не обсуждается.

После подобного разговора можно физически ощутить, как у людей снимается напряжение. Несколько лет назад у меня работала молоденькая секретарша, которая однажды не выдержала и спросила меня о том, что мучило ее на протяжении долгого времени.

— Доктор Лаун, вы даете своим пациентам травку?

— Что?! — воскликнул я в полном изумлении.

— Марихуану, травку? — повторила она.

Я недоуменно поинтересовался, что побудило ее задать этот более чем странный вопрос.

— Люди выходят из вашего кабинета в таком приподнятом настроении, словно парят по воздуху. Если они не из нашего города, то почти всегда спрашивают, какой ресторан Бостона считается самым лучшим, так как хотят отпраздновать свой визит к вам.

Я часто задумывался над тем, что же является источником моего врачебного оптимизма. Несомненно, я многое взял от моего великого учителя доктора Самуэля Левайна, который на всю жизнь остался для меня примером. Он был не только блестящим диагностом, но и обладал умением общаться с самыми тяжелыми больными. Левайн заряжал их жизнерадостностью и оптимизмом, но при этом всегда стоял на твердых, реалистических позициях. Он подчеркивал важность сохранения спокойствия пациента. «Если врач прогнозирует отсутствие улучшений или скорую смерть, но при этом не может

утешить больного, страдает сама суть профессии врача. Всегда лучше оставлять дверь немного приоткрытой, даже при самых мрачных обстоятельствах».

Некоторые теории, выдвинутые моим учителем, оказались ошибочными, многие препараты, которые он выписывал, действовали не слишком эффективно, но его подход к пациенту выдержал все испытания временем и приобрел особое значение в наши дни, когда в медицине властвует техника. Несколько раз я слышал, как Левайн говорил о том, что «золотой век» медицины проходит, так как забота о пациенте подменяется чисто научным интересом к болезни.

Когда Левайн разговаривал с пациентом, каждое его слово было пронизано оптимизмом. Закончив осмотр, он всегда клал руку на плечо своего подопечного и тихо говорил: «У вас все будет в порядке».

Однажды Левайн заболел, и я принял часть его практики. Среди пациентов был некто А.Б., которого я лечил в течение 30 лет. Недавно он снова побывал у меня и вспомнил о том, как в 1960 году впервые оказался в больнице Питера Бента. Его привезли туда в критическом состоянии и с высокой температурой, Левайн поставил диагноз: подострый бактериальный эндокардит. Это потенциально смертельное инфекционное заболевание, поражающее сердечный клапан. До открытия антибиотиков от него умирали все заболевшие, но и в наши дни оно представляет серьезную, опасность.

Вспоминая о тех давних событиях, А.Б. произнес: «Левайн сказал мне: «Вы серьезно больны. Но не волнуйтесь, я знаю, что с вами и как вас лечить, Я поставлю вас на ноги. Вы скоро поправитесь». И хотя мне было очень плохо, я совершенно не волновался и, как видите, до сих пор жив».

Но при всем моем уважении к доктору Левайну главными учителями были мои пациенты. Именно они стали неотъемлемой частью моего клинического опыта. Именно они доказали мне, что слова врача имеют огромное значение, что иногда одно слово может стать источником надежды. Впервые столкнувшись с силой воздействия слова, я долго не осознавал, что произошло, — до тех пор, пока пациент не объяснил мне. Хотя сказанное мною имело совершение другой смысл» пациент понял это по-своему, как позитивную установку. Речь шла о сердечном ритме, называемом «ритмом галопа».

Полноценный галоп

Моим пациентом оказался 60-летний мужчина, который выглядел очень больным. В течение двух недель после сердечного приступа он находился в отделении интенсивной терапии. Это был очень тяжелый случай. Мы обнаружили у него все возможные осложнения, перечисленные в учебниках медицины. Пострадала примерно половина сердечной мышцы, у него наблюдалась застойная сердечная недостаточность. Так как левый желудочек сокращался плохо, кровь отливала обратно и застаивалась в легких, поэтому каждый вдох давался моему пациенту с большим трудом. Все это происходило на фоне недостаточности циркуляции, сопровождалось низким давлением, головокружением и состоянием, близким к обморочному. Больной был слаб, с трудом дышал и не мог принимать пищу. Хуже всего было то, что он совершенно потерял аппетит и даже запах еды вызывал у него тошноту. Из-за недостатка кислорода постоянно прерывался сон. Казалось, что конец уже совсем близок. Губы его посинели, периодически он хватал ртом воздух, словно задыхался.

Каждое утро во время осмотра мы входили в его палату с мрачным и угрюмым настроением. Были исчерпаны все возможные методы ободрения, и мы считали, что чрезмерные утешения только подорвут доверие к нам этого умного человека. Мы старались как можно быстрее закончить обход, чтобы не смотреть в его усталые, вопрошающие глаза. С каждым днем положение ухудшалось. После разговора с родственниками я записал в его карте: «Безнадежен».

Однажды утром во время обхода мы обратили внимание на то, что пациент выглядит лучше. Он и сам сказал, что чувствует себя бодрее. И действительно, его жизненные показатели улучшились. Я не понимал, почему произошли эти изменения, и по-прежнему был уверен, что он не выживет. Прогноз был весьма мрачен, несмотря на временное улучшение. Считая, что перемена обстановки пойдет больному на пользу и, по крайней мере, поможет ему заснуть, я велел

перевести его в общее отделение. Через неделю он выписался, и я потерял с ним связь.

Спустя шесть месяцев он пришел в мой кабинет. Судя по внешнему виду, он был в отличной форме. Хотя его сердце сильно пострадало, застойные явления отсутствовали и угрожающих симптомов не наблюдалось. Я не мог поверить своим глазам.

— Чудо, чудо! — воскликнул я.

— Да нет тут никакого чуда, черт побери, — произнес он.

Эти слова вернули меня к реальности. Действительно, вряд ли нечистая сила имела отношение к его выздоровлению.

— Что вы имеете в виду? — спросил я с подозрением.

— Я-то знаю, когда произошло это так называемое чудо, — ответил пациент без малейшего колебания.

Он рассказал мне, что, взглянув тогда на наши лица, сразу все понял. Он видел, как мы растеряны, понимал, что мы с минуту на минуту ждем его смерти и не знаем, что делать. Все наши действия сводились к тому, что мы старались утешить умирающего человека, а так как он действительно чувствовал себя очень плохо, то смирился с мыслью о скорой кончине. Он решил, что мы уже ни на что не надеемся, и утратил остатки оптимизма. Помолчав, он продолжил с большим чувством:

— Двадцать четвертого апреля вы со своей командой пришли ко мне утром, встали вокруг кровати и уставились на меня так, словно на мне уже были надеты белые тапочки. Потом вы приложили стетоскоп к моей груди и велели всем послушать ритм «полноценного галопа». Я подумал, что если мое сердце может выдать здоровый галоп, то я вовсе не умираю, а начинаю поправляться. Так что, док, сами видите, чуда здесь никакого нет. Все дело в сознании.

Этот пациент не знал, что ритм галопа является плохим прогностическим признаком. Он наблюдается тогда, когда растянутый и перенапряженный левый клапан безуспешно пытается качать кровь.

Самый примечательный эпизод из моей практики, когда мне удалось продлить человеку жизнь, тоже произошел по чистой случайности.

Тони был итальянцем. Его смуглое лицо обрамляли неожиданно белые волосы. Он лежал в кровати и был похож на усмиренного льва, готового зарычать в любой момент. Однако Тони был спокоен и говорил односложно. Глубокие, выразительные глаза и темные веки выдавали затаенную страсть, но сейчас он пребывал в ожидании смерти. В результате тяжелого коронарного заболевания его сердце оказалось сильно подорвано. Оживление в нем вызывали только голуби. Тони их выращивал и тренировал, они были его настоящей любовью. Как-то он рассказал мне, что одна из его птиц пролетела 800 миль.

В мою больницу он попал с диагнозом «терминальная стадия кардиомиопатии» — очень серьезного заболевания сердечной мышцы, перешедшего в застойную сердечную недостаточность, охватившую оба сердечных клапана. Поднять его настроение было невозможно. Тони много спал, что само по себе было неплохо, но сон не приносил отдыха, и он просыпался более усталым, чем засыпал. Долгие приступы одышки периодически прерывались конвульсивными дыхательными движениями, сопровождающимися хрипами. Эти периоды временной остановки дыхания были невыносимы. Казалось, что вот-вот наступит конец.

Возле него день и ночь дежурила красивая девушка. Я решил, что это его дочь. Она сидела у кровати уже в начале обхода, то есть в восемь часов утра. Уходя вечером, я увидел, что она все еще хлопчет возле Тони. Ей было немногим больше 20 лет. Как и Тони, девушка была молчаливой и печальной. Она внимательно следила за всем происходящим, но не задавала врачам или медсестрам никаких вопросов. Вся ее энергия была направлена на удовлетворение малейших желаний Тони — от глотка воды до опорожнения мочевого пузыря.

Она была из тех женщин, которые так красивы, что кажутся нереальными. Я сам порой искоса поглядывал на нее, желая убедиться, что она мне не пригрезилась. Рядом с таким воплощением прекрасной молодости было весьма трудно сосредоточиться на болезни и ожидании смерти. Девушка всегда была рядом с Тони, очень тихая и ненавязчивая. Иногда она украдкой плакала, и тогда я понимал, что она очень привязана к умирающему.

Однажды я сказал Тони:

— Вам повезло, что у вас такая преданная дочь. Она не отходит от вас ни на минуту.

— Это не дочь, док. Лиза моя любовница. — Ответ прозвучал как нечто само собой разумеющееся.

Несколькими днями позже я, желая поддразнить Токи, сказал:

— Вам следует жениться на ней.

Он озадаченно посмотрел на меня и ответил:

— Нет, док, я не хочу, чтобы она стала вдовой сразу после свадьбы.

— А кто сказал, что вы умираете?

— Ну хорошо, док, я согласен заключить сделку. Лиза очень хочет выйти за меня, поэтому, если вы гарантируете, что я проживу еще, по крайней мере, пять лет, мы поженимся.

Я не имел на это никаких оснований, но все равно пообещал ему, что он проживет еще пять лет. В считанные дни здоровье Тони пошло на поправку, и вскоре он выписался из больницы. Через несколько дней после выписки новобрачные прислали мне открытку. Я не видел Тони несколько лет, в течение которых иногда сожалел о своем импульсивном и не слишком оправданном поступке. Было ли честно с моей стороны провоцировать брак между молодой, цветущей женщиной и умирающим, обессиленным мужчиной?

Однажды Тони появился в моем кабинете. Прошедшие годы не оставили на нем ни малейшего следа.

«Док, пять лет прошли. Мне нужен новый контракт».

Я и не ожидал, что пять лет пройдут так быстро. Но заглянув в его карту, я убедился, что Тони прав. Через месяц истекали пять лет жизни, которые я ему гарантировал. И я снова заключил с ним такую же сделку. Лиза стала еще красивее, чем раньше. Она еще больше расцвела и буквально светилась от любви. Прошло еще пять лет, и я стал поглядывать на календарь в ожидании новой встречи. Когда привезли Тони, было то же самое число. Он был в тяжелом состоянии, задыхался и страдал отеками, от которых его живот вздулся, словно подушка. Однако был спокоен и ни на что не жаловался, сохраняя достоинство. Я ждал, что Тони попросит у меня новых гарантий, но он не стал этого делать. То, что произошло с ним десять лет назад, было

практически невозможно, и он был достаточно мудрым человеком, чтобы просить меня еще раз совершить чудо.

Я принял его в больнице Питера Бента, где ему помогли избавиться от отеков, провели курс лечения и уменьшили одышку. После этого он прожил еще два года.

Вскоре после его смерти в моем кабинете появилась Лиза. Ей было уже за тридцать, и она находилась в той поре, когда женщина достигает истинного совершенства. Ей явно хотелось выговориться. Слова ее, окрашенные печалью, звучали с большим чувством:

— Доктор, вы подарили мне самые счастливые дни в моей жизни. Никогда мне не было так хорошо. — Ее речь была грамотной и плавной.

— Что вы будете делать дальше? Вы еще очень молоды, — сказал я.

— Я очень хочу учиться, мечтаю поступить в колледж. Понимаете, Тони встретил меня, когда мне было 14 лет. Я была проституткой. Родом я с Юга, родители выгнали меня из дома. Когда я встретила Тони, у меня не было никаких надежд на будущее. Он взял меня официанткой в свой бар. У Тони было много темных делишек и Бог знает чего еще. Он бывал жесток и коварен с другими, но со мною всегда был лишь нежным любовником. Тони научил меня большому, чем можно узнать из книг, — он научил меня быть человеком. Муж попросил меня отдать вам этот конверт. Он надеялся, что это поможет в ваших исследованиях сердечных заболеваний.

Она резко встала и вышла из кабинета. В конверте лежали сто новеньких стодолларовых купюр. Это было 25 лет назад. С тех пор я больше ничего не слышал о Лизе.

Не являются исключением случаи, когда люди «откладывают» смерть в ожидании какого-нибудь события, например, евреи или китайцы перед религиозными праздниками. Хотя подобные отсрочки невелики, всего несколько дней, я считаю такое явление весьма важным. Несомненно, смерть можно отложить и на более долгий срок. Многие пациенты рассказывали мне, как им ставили смертельные диагнозы и пророчили, что жить им осталось не больше месяца, однако они выздоравливали и жили еще много лет. Эти кажущиеся чудесными выздоровления наблюдаются во всем мире и часто бывают связаны с религией.

Вера и оптимизм обладают свойством продлевать жизнь. Родоначалник медицины Гиппократ говорил: «Некоторые пациенты, даже зная о своем безнадежном положении, могут выздороветь, если надеются на врача». И это правда, особенно если врач является источником оптимизма. Такое качество является определяющим для хорошего врача и составляет важнейшую часть искусства исцеления. Я никогда не пытался запугать пациента или нарисовать ему мрачную перспективу. Даже если положение было действительно серьезным, я старался сосредоточиться на обнадеживающих аспектах.

В самом начале своей карьеры я, делая флюороскопию сердца, ставил перед экраном небольшое зеркало. Жена сшила и повесила на него занавеску, которую по желанию можно было отодвигать. С помощью зеркала пациенты могли посмотреть на собственное сердце. Если оно выглядело хорошо и изображение было четким, я отдергивал занавеску и показывал пациенту его нормально бьющееся сердце. Если же изображение было слабым, сердцебиение неровным и о состоянии сердца нельзя было сказать ничего хорошего, то я не открывал зеркало.

Я обнаружил, что оптимистическое настроение играет очень важную роль при общении с молодыми или среднего возраста пациентами с нормальным сердцем, которые попали в цепкие лапы индустриального медицинского комплекса. Одни пользуются сомнительными удовольствиями, приносимыми болезнью, например новым взрывом чувств охладевшего супруга или передышкой в надоевшей работе. В этом случае болезнь может затянуться. Другие же до умопомрачения боятся смерти. Никакие ободряющие слова на них не действуют. Все попытки врача поговорить с ними разбиваются о категоричное требование сказать, что у них все в порядке.

Я придумал способ отучить настойчивых пациентов без признаков сердечного заболевания от частых посещений больницы. В конце визита, когда пациент спрашивает, когда ему приходиться в следующий раз, я говорю:

— М-да, мне хотелось бы увидеть вас примерно лет через десять.

Обычно пациенты нервно вздрагивают:

— Доктор, что вы имеете в виду? Вы хотите сказать, что я проживу так долго?

На этот вопрос я отвечаю по-разному: «Думаю, что еще дольше. Все зависит от вашей воли к жизни» или: «Меня больше беспокоит,

буду ли я сам жив. В вас я не сомневаюсь». Ответом обычно служит радостный смех. Те, у кого есть чувство юмора, спрашивают, а не могли бы они записаться на прием прямо сейчас. Но самое главное в том, что пациент уходит от меня счастливым и воодушевленным.

Пациентам с легким заболеванием сердца, которые месяцами лечатся у своих врачей, проходят изнурительные процедуры, принимают лекарства с нежелательными побочными эффектами, я предлагаю прийти ко мне через несколько лет, обычно от двух до пяти. Несомненную ценность подобного подхода прекрасно иллюстрирует история об одном мужчине, который позвонил моему секретарю и напомнил, что я назначил ему прием на среду следующей недели. Я же не мог вспомнить ни о назначенном приеме, ни даже самого пациента.

Секретарь попытался задать ему вопросы, но мужчина уклонился от объяснений, хотя настаивал на том, что случай срочный. К счастью, у нас в этот день было «окно» в расписании. Когда он вошел в мой кабинет, что-то забрезжило у меня в голове, но я так устал, что никак не мог его вспомнить. Он спросил, знаю ли я, какой сегодня день. Я ответил отрицательно. Он явно опечалился.

— Неужели вы не помните? Сегодня ровно 20 лет с того дня, когда вы видели меня в последний раз.

Мужчина объяснил, что его отец 20 лет назад лежал в больнице Питера Бента с сердечным приступом. В то время ему самому было всего 23 года, но у него появилась сильная боль в груди. Он был убежден в том, что его симптомы такие же, как и у отца, и что у него самого скоро случится сердечный приступ. Молодой человек был так испуган, что, казалось, в любую секунду свалится замертво. Он попросил меня осмотреть его. Оказалось, что у него совершенно здоровая сердечно-сосудистая система. Однако юноша поинтересовался, можно ли посетить меня через месяц. Я отказал, сказав, что лучше прийти через 20 лет.

— Вы сказали: «ровно через 20 лет», — напомнил он мне.

До последнего месяца он ни разу не испытывал угрожающих симптомов, но в настоящий момент страдал от учащенного сердцебиения, сопровождающегося головокружением. Охваченный страхом перед мрачными перспективами, он понял, что близится срок второго визита ко мне.

Тщательное обследование вновь не выявило никакой патологии. Скорее всего, симптомы были вызваны застарелыми страхами. После долгих увещаний я назначил ему следующую встречу через 10 лет, заметив, что он останется таким же здоровым, а вот я постарею.

Несколько лет назад я спросил одного врача из Сибири, в чем суть профессии врача. Ответ был очень прост: «Пациент должен чувствовать себя лучше после каждой встречи с врачом». Это очень мудрые слова. Мой опыт показывает, что улучшение состояния пациента всегда связано с добрым словом. Сегодня модно быть пессимистом, претендуя на некую философскую глубину. Человеческая жизнь рассматривается как форма животного существования, как некий биологический механизм. Однако если отвлечься от интеллектуальных претензий, я не вижу серьезных поводов для пессимизма, который способствует только отчуждению. Он мешает человеку раскрыться, заставляет уйти в себя, тем самым загоняя его в тесные рамки безрадостного существования. У пессимиста даже вера в завтрашний день сходит на нет.

Томас Манн предупреждал, что мы должны вести себя так, словно весь мир создан для человека. Оптимизм — субъективная эмоция, но он превращается в объективный фактор, когда способствует чьему-то выздоровлению. По Канту, оптимизм определяет мораль, а для врача, чья задача — поддерживать жизнь, определяет само понятие медицины. Даже в сомнительных случаях ободряющие слова не только облегчают состояние больного, но часто помогают ему выздороветь.

Глава 7

Душа во мраке

Врач, призванный исцелять, не может сосредоточить все внимание лишь на жалобах пациента и его больных органах. Он должен также иметь представление о стрессовых факторах жизни больного. Это убеждает пациента в том, что он интересуется врача как человек, а не только как пациент. В этом случае он с большей готовностью рассказывает о своих болях и других симптомах, а врач может выбрать лучший метод лечения. Составляя историю болезни, необходимо не просто выяснить детали заболевания, но и понять, что волнует пациента (см. гл. 3).

Стрессы многообразны, как сама жизнь. Обычно большая их часть уходит корнями в работу или семью. Если не обращать на них внимания, ни одно хроническое заболевание вне зависимости от его локализации, невозможно эффективно вылечить. Прием лекарственных препаратов может принести временное облегчение, но недуг, прогрессируя, часто поражает другие системы и органы. В этом случае процесс лечения затягивается до бесконечности и доводит до отчаяния как пациента, так и врача.

Хочу представить вашему вниманию четыре коротких рассказа о пациентах, причина болезней которых была одной и той же, несмотря на культурные различия между ними. Это были два выходца из Индии, один — христианин из Мадраса, другой — индус из Бомбея, а также два еврея-ортодокса, один со Среднего Запада, другой из Нью-Джерси. Хотя они происходили из совершенно разных миров, болезнь в каждом случае развилась вследствие серьезных семейных конфликтов. Исцеление становилось эффективным только после разрешения непонимания в семье.

Как стать гуру

По прошествии 20 лет миссис В. вновь пришла встретиться со мной. Она обладала стройной фигурой, смуглой кожей и огромными карими глазами, излучающими ум и покорность. Ее движения зачаровывали. Она вплыла в кабинет так плавно, что, казалось, вовсе не прикасалась к полу, презрев законы гравитации. Темно-коричневое сари струилось по ее великолепному телу. Миссис В., как и ее муж, страдала заболеванием сердца, развившимся вследствие перенесенного в детстве ревматизма. Присутствие этой женщины всколыхнуло во мне давние воспоминания.

Раджив В., ее муж, работал научным сотрудником в университете Бостона. Он говорил на великолепном английском, отточенном в Кембридже и Оксфорде, но сохранившем плавность и текучесть индийского произношения. Ему было всего 38 лет, но он попал в мое отделение в больнице Питера Бента с острым инфарктом миокарда. Я был озадачен. Почему столь серьезная патология возникла у молодого еще человека, у которого напрочь отсутствовали какие-либо факторы риска развития сердечного заболевания? И в самом деле, уровень холестерина у него был необычно низким, кровяное давление также было невысоким. Раджив никогда не курил, а последние три года ежедневно занимался бегом трусцой. Но не меньше меня поразило его почти фатальное смирение со случившимся. В отличие от большинства моих американских пациентов он никогда не спрашивал меня о причинах произошедшего с ним, хотя обладал неплохими знаниями в области медицины.

Раджив лежал в больнице уже десять дней, и я познакомился с ним довольно близко, однако никак не мог определить, что именно вызвало заболевание, угрожающее его жизни. Его родители отличались завидным долголетием. Этот человек казался напряженным, как сжатая пружина. Много раз я пытался узнать причину такого напряжения, но его ответ всегда звучал стандартно: «Доктор, в моей жизни нет места стрессам».

Однажды я спросил миссис В. в присутствии мужа, что, по ее мнению, стало причиной сердечного приступа. Она сразу же ответила, что это был стресс. Раджив тут же отмел такое предположение, но потом, после долгих колебаний, сказал: «Я не переживал никаких стрессов, кроме тех, что связаны с моим проклятым шурином».

Сказав это, Раджив сник, словно сожалея о вырвавшихся словах. Но когда мы несколько минут спокойно поговорили, он ожил, голос его окреп, и слова потекли более легко. Оказалось, что его шурина, муж сестры, очень хотел приехать в Соединенные Штаты, но для этого ему требовалась материальная поддержка. Он был небогат и мог иммигрировать в эту страну, только одолжив деньги у родственников. В течение нескольких лет Раджив много работал, чтобы помочь семье сестры. Он взял в банке ссуду в размере 5 тысяч долларов и отдал эти деньги шурина, не запросив никаких процентов. Когда семья сестры переехала в Америку, Раджив нашел для них квартиру, а также устроил шурина на престижную работу инженера. «Для сестры я не жалел сил», — объяснил он. Раджив говорил о сестре с большей гордостью, чем о жене. Две семьи жили рядом, их дети дружили, однако отношения между двумя мужчинами резко начали портиться.

В течение длительной беседы Раджив ни разу не назвал шурина по имени, а упоминая о нем обязательно добавлял определение «проклятый». Оказалось, что тот не только отказался вернуть Радживу долг, но и отрицал тот факт, что занимал у него деньги? Хуже всего было то, что шурина начал распространять о Радживе порочащие слухи, которые дошли до его матери, живущей в Индии. За несколько недель до инфаркта Раджив узнал, что мать лишила его наследства. Брат и сестра полностью разорвали отношения с ним. С болью в голосе рассказывал он о том, как много горя пришлось пережить его сестре. «Что может изменить эта несчастная женщина, ведь этот подонок — отец ее троих детей», — с тяжелым вздохом вымолвил он.

Теперь я понял, что именно эти обстоятельства спровоцировали инфаркт и что если положение в семье моего пациента не изменится, новый, возможно смертельный, сердечный приступ не заставит себя ждать. Раджив постоянно повторял, что тяжелее всего для него была потеря любви матери. Тихим, измученным голосом он снова и снова повторял: «Доктор, как могло случиться, что моя мать отказалась от меня?».

Я сидел рядом с ним, почти физически ощущал его боль и не знал, что делать. Я не мог помочь ему как кардиолог, но было ли его горе неподвластно мне как врачу? Какое лекарство я мог ему посоветовать? Какой совет поможет разрубить этот гордиев узел? Неожиданно я почувствовал прилив жара, лоб покрылся испариной, а галстук в одну

секунду показался слишком тесным. Я сжал кулаки и согнулся под тяжестью непомерного эмоционального груза. Эта проблема была мне не по зубам.

Неожиданно решение пришло ко мне с легкостью откровения. Я был удивлен тому, как легко и складно зазвучала моя речь:

— Вы должны пригласить шурина и его семью на ужин, словно ничего не произошло, — предложил я.

Не успел я закончить фразу, как Раджив гневно воскликнул:

— Никогда! Ни за что! — Его лицо исказила злоба. — Да лучше я умру, чем позволю этому негодяю еще раз переступить порог моего дома. Прости меня Господи, но я не разрешу ему даже посмотреть на моих детей. Я не Махатма, готовый подставлять другую щеку. Пусть я христианин, но не собираюсь прощать и забывать. — Слова звучали подобно проклятьям.

Я не считал себя судьей в этом сложном вопросе, я был врачом, поэтому спокойно продолжил:

— Ваши гнев и обида из-за предательства шурина совершенно оправданы. Но прощение — не религиозный акт. Вы пригласите шурина не для того, чтобы принести себя в жертву. Напротив, это будет акт отмщения, а также урок для ваших детей, проверка вашего личного достоинства. Она покажет, кто из вас человек, а кто — дикарь. Кроме того, это поможет спасти вашу возлюбленную сестру от адских мук. Вы ведь сами только что сказали, что она лишь невинная жертва.

Раджив внимательно прислушивался к моим словам. Его жена сохраняла невозмутимость и была похожа на замершую статую Будды. Я с воодушевлением продолжал, чувствуя, что возбуждение моего пациента нарастает с каждой секундой:

— Вы только представьте, насколько виноватым почувствует себя ваш шурина, когда вы пригласите его с семьей на дружеский ужин! Он будет в полной растерянности и не сможет скрыть ваше приглашение от жены. Его начнут терзать предчувствия, что вы придумали какую-то новую коварную стратегию. Однако он не сможет разгадать эту головоломку. Ваша сестра будет постоянно напоминать ему о вашем великодушии. Вы только вообразите, сколько бессонных ночей ему предстоит пережить! Не назначайте встречу слишком рано, дайте ему помучиться недели три. Он весь изведется от неведения и сомнений.

Раджив явно был заинтересован, но я чувствовал, что убедил его не до конца, и продолжил с еще большим пылом:

— Его дети будут озадачены тем, что вы приглашаете их в свой дом, желая продемонстрировать свою любовь и привязанность. Ваш шурин, несомненно, рассказал им, какой вы злобный человек, разорвавший отношения между двумя семьями из-за такого тривиального предмета, как деньги. Я уверен: чем более явным будет ваше дружелюбие, тем труднее будет шурина отрицать свой долг. Рано или поздно, но он отдаст вам деньги.

Слушая мою речь, Раджив вытирал пот со лба, хотя в кабинете было не слишком жарко. Однако его все еще мучили сомнения. И тогда я вынул свою козырную карту:

— Если вы последуете этому совету, я напишу вашей матушке в Индию о том, что вы перенесли сердечный приступ, едва не стоивший вам жизни. Вы ведь не писали ей об этом, чтобы не причинять лишнего беспокойства. В письме я особо отмечу, что ни разу в жизни не встречал более преданного сына, чем вы, и постараюсь убедить ее поддержать вас в это трудное время. Я также расскажу о вашем замечательном характере и о том, как вы помирились с шурином ради спокойствия вашей сестры, ее дочери.

Сомнения улетучились без следа. Раджив подался вперед и напрягся, готовый к немедленным действиям. В эту минуту он напомнил мне одного из героев Киплинга. «Я так и сделаю! Я обязательно сделаю это!» — закричал он.

Его жена неожиданно вышла из транса и тихо заговорила. Я напрягся, стараясь не пропустить ни слова.

— Вы не доктор, вы великий гуру, — мягко произнесла она.

Лет за 15 до этого случая я работал в отделении кардиологии вместе с молодым врачом из Эфиопии. Однажды он заметил: «Доктор Лаун, вы похожи на древнего эфиопского шамана». Сотрудники, слышавшие эти слова, неодобрительно зашептались, и спустя некоторое время молодой врач пришел извиниться передо мной. Однако я успокоил его, сказав, что это самый лучший комплимент, который мне говорили в жизни. Получить признание как гуру было не менее почетно. Прошло шесть месяцев, и я с нетерпением ждал визита Раджива. Осуществил ли он предложенный мною план? Принял ли его

шурин приглашение? Помирились ли они? Я выполнил обещание и написал письмо матери Раджива, но связалась ли она с ним?

Придя на прием, Раджив ни словом не обмолвился о результатах нашего последнего разговора.

Наконец я не выдержал.

— Как ваш шурин?

— У него все в порядке. Не такой уж он мерзавец, прекрасно относится к моей возлюбленной сестре.

— Значит, вы помирились?

— Мы никогда всерьез не ссорились.

— А ваша мать?

— У нее тоже все хорошо. Скоро я поеду к ней в Индию.

Мне следовало обрадоваться, но равнодушный тон пациента и отсутствие хотя бы малейшего намека на благодарность весьма расстроили меня. Однако я все равно испытывал удовлетворение от того, что я называю успешным целительством. Но трагедии избежать не удалось. Раджив согласился на весьма престижную работу в Индии. Вместо того чтобы вести спокойную, размеренную жизнь ученого в Бостоне, ему предстояло окунуться в бурю политических и этнических конфликтов, раздиравших его страну. Я напомнил Радживу, что его сердечный приступ был вызван психологическим стрессом, и постарался отговорить его от возвращения в Индию. Однако он и слушать ничего не хотел, лишь сказал, что эта работа — дело всей его жизни. Проработав в Индии всего год, Раджив скончался от внезапной остановки сердца.

Его жена и сын вернулись в Соединенные Штаты. Раз в год миссис В. приезжает в Бостон для медицинского обследования. Каждый раз мы с ней вспоминаем Раджива и тот судьбоносный разговор, в котором она назвала меня гуру.

Патопсихология семейных отношений часто бывает настолько запущенной, что практически не поддается лечению. Тем не менее исцеление возможно. Даже в неразрешимых случаях участие врача помогает пациенту справиться со своим горем и сделать жизнь более приемлемой.

Профессор К. работал в одном из медицинских институтов Бостона. В возрасте 35 лет он приехал в США из Индии, а спустя шесть месяцев оказался в больнице с острым инфарктом миокарда. Он лежал в общем кардиологическом отделении, и мы старались определить, действительно ли у него был инфаркт. Прочитав карту больного, я был удивлен тому, что его приняли в наше отделение, так как покалывание в области плеч и груди не является признаком заболевания сердца, тем более стенокардии. Количество коек в отделении было ограничено, и сотрудники, оформлявшие его поступление, прекрасно об этом знали. Тайна была раскрыта, когда я лично встретился с профессором К. Мне редко приходилось встречать людей, до такой степени страдаемых беспокойством. Он выглядел так, словно хотел выпрыгнуть из собственной кожи. Несомненно, именно его паническое состояние натолкнуло врачей на мысль об инфаркте.

После непродолжительной беседы, в ходе которой выяснилось, что все симптомы не имеют отношения к заболеванию сердца, я спросил профессора К., хорошо ли он спит. Оказалось, что последние десять месяцев после успешной операции по шунтированию коронарной артерии его сон оставляет желать лучшего. Он не спит по ночам, долго смотрит телевизор, пока, сраженный усталостью, не забывается коротким сном в два-три часа ночи. Просыпается он в 6:30 утра, чтобы отвести детей в школу. Иногда он вообще не спит ночи напролет. Кроме того, после операции у него не было ни одного сексуального контакта с женой. Он принимал много препаратов, которые чуть не превратили его в наркомана. Жена профессора потеряла покой и не знала, что ей делать.

Я заговорил с ним тем категоричным и уверенным тоном, каким родители успокаивают испуганного ребенка:

— Ваша боль не имеет отношения к стенокардии! Вам не грозит смерть, ни медленная, ни внезапная. Если вы хотите за что-то себя наказать, не используйте для этого бессонницу. Найдите другой способ.

Профессор испуганно взглянул на меня, словно я прочел его мысли, и сказал:

— Да, доктор, я вам верю.

Остаток дня я провел в мучительных размышлениях о том, что же могло так взволновать его после успешной операции шунтирования.

Спустя несколько месяцев я вновь встретил профессора К. в больнице. На этот раз он попал сюда по поводу уплотнения в левом нижнем квадранте брюшной полости. Перед госпитализацией у него повышалась температура и держалась в течение нескольких дней. Увидев меня, он явно обрадовался.

— Как ваша боль в груди?

— Давно прошла.

— А спите как?

— Я снова сплю нормально, в своей постели. — Я поздравил его с таким благоприятным исходом и хотел было идти дальше, но он не отпускал меня:

— Несомненно, это вы меня вылечили.

— Каким образом? Я видел вас всего десять минут, а до этого вы мучались целых десять месяцев.

— Доктор Лаун, надеюсь, мои слова не покажутся вам оскорблением, но вы напоминаете мне старых индийских врачей прошлого столетия. Они никогда не допускали двусмысленностей, никогда не говорили: делай так или иначе. Они знали своих пациентов. Я не хотел бы продемонстрировать неуважение к науке вообще и к ученым в частности, но неопределенность является их профессиональным стилем. Они постоянно говорят то так, то эдак. А врач должен быть выше науки. Если врач хочет помочь пациентам, он должен говорить с ними без тени сомнения в голосе.

Испытывая благодарность за комплимент, я почувствовал себя обязанным докопаться до истинных причин, приведших к возникновению у этого человека сердечного заболевания. Я спросил, как он сам может объяснить этот приступ, ведь у него отсутствовали все классические факторы риска: он никогда не курил, уровень холестерина был низким, он не страдал диабетом и гипертензией и происходил из семьи долгожителей. Пациент нетерпеливо перебил меня:

— Я знаю точную причину. Все дело в моей матери. Она настоящий тиран, полностью подавивший мою жизнь. Когда у меня появилась уникальная возможность поехать в Америку и поработать в медицинском институте Бостона, она категорически запретила мне

делать это. Но я не мог отказаться от исполнения своей самой заветной мечты и покинул Индию. В тот же день она прокляла меня. — По мере того как он продолжал свой монолог, плавный, тягучий индийский акцент начал накладываться на более грубый английский язык. — Как только я приехал сюда, меня стали преследовать ночные кошмары. Мне снилась мать, которая пугала меня до смерти. Так было каждую ночь, без единой передышки. Я стал бояться спать, чтобы вновь не увидеть разгневанную мать. В течение дня я ничего не мог есть, кроме нескольких яиц, не в состоянии был заниматься физическими упражнениями, но все равно много работал, чтобы показать себя с лучшей стороны. Когда у меня случился сердечный приступ, ночные кошмары тут же прекратились. — И он добавил с чувством раскаяния:

— Теперь я расплатился со своими долгами.

Но, похоже, профессор расплатился не со всеми долгами. Спустя шесть месяцев я вновь встретился с ним. Угрожающих симптомов у него не наблюдалось, жу самочувствие было неважным. Он со страхом говорил о скором возвращении в Индию, делая упор на то, что в этой стране плохое медицинское обслуживание. Однако в разговоре открылась другая, глубинная щажо-чива — он боялся, что мать опять начнет вмешиваться в его жизнь.

Когда я видел профессора в последний раз, он сообщил мне, что позвонил матери и сказал: «Мама, я падаю яиц и целую твои ноги. Я много страдал: перенес инфаркт и перенес операцию на сердце. Затем мне сделали еще одну операцию, на брюшной шалости. Я наказан больше, чем заслуживает сдан человек. Пожалуйста, прости меня». И она ответила: «Да, теперь я тебя прощаю. Я искренне обрадовался за него.

— Вы довольны?

— На самом деле она не простила меня, — вздохнул профессор.

— Почему вы так решили?

— По ее тону. Я прекрасно разбираюсь в ее интонациях. Теперь любимчиком матери стал мой младший брат.

Скорее всего, в Индии его сердечное заболевание начало прогрессировать. Я не мог помочь этому человеку, оказавшемуся в такой большой беде. Слишком велика была пропасть, лежавшая между нашими культурами.

Лечение и исцеление — разные вещи. Первое имеет дело с неправильно функционирующим органом или системой организма, второе — с душевными проблемами человека. Эту разницу хорошо иллюстрирует одна история, произошедшая более 20 лет назад. Она произвела на меня неизгладимое впечатление и до сих пор волнует.

Мистер В. был крепким и грузным мужчиной со Среднего Запада. Этот человек самостоятельно добился всего в жизни, с ним было приятно общаться, он казался добрым и открытым. Помимо основной деятельности его интересовали гольф и работа в синагоге. Он приехал ко мне, чтобы проконсультироваться по поводу мерцательной аритмии — нарушения сердцебиения, при котором пульс становится учащенным и нерегулярным. Хотя само по себе учащенное сердцебиение не является зловещим признаком, мерцательная аритмия в целом считается опасным заболеванием. У мистера Д. приступы случались все чаще и чаще.

С ним постоянно приходила его жена Рахиль, ни разу не проронившая ни слова. Вероятно, в молодости она была красавицей. Ее волосы цвета воронова крыла уже тронула седина, но время пощадило тонкой лепки лицо с высокими скулами и темными миндалевидными глазами, которые, казалось, могли заглянуть в самую глубь вашей души. Она не выпускала сигареты из накрашенного рта и сидела в напряженной позе, словно сжатая пружина. При знакомстве Рахиль протянула мне холодную, влажную ладонь, которая не располагала к крепкому рукопожатию. Она всегда молчала, но ни на минуту не оставляла мужа. Мистер В. весил не менее 115 килограммов, она же была очень худенькой и хрупкой. Супруги жили вместе уже 35 лет и вырастили троих детей. В их отношениях без труда угадывались теплота и привязанность.

Судя по результатам тщательного обследования, у мистера В. не было физических отклонений. Однако как только он упоминал о своей семье, у него начиналась аритмия. Лекарства приносили лишь временное облегчение. Я наблюдал эту пару в течение нескольких лет, и после каждого визита у меня оставалось неприятное ощущение того,

что их терзает какая-то скрытая боль. Однако все попытки выяснить причину терзаний были тщетными.

Однажды я в очередной раз попросил миссис В. перестать курить, на что она ответила, что это невозможно, а затем бесстрастно добавила:

— Вы должны знать, что у нас не трое, а четверо детей.

Я резко выпрямился в кресле и дрожащим от удивления и возбуждения голосом попросил:

— Расскажите мне об этом. Почему вы так долго молчали?

— Муж заставил меня поклясться, что я никогда больше не упомяну имени дочери. Для него она умерла. Я провела много ночей, обливаясь слезами.

— Я не понимаю, ваша дочь действительно умерла?

— Нет, она жива и здорова.

— Вы видите с ней?

— Нет. Даже ее письма я прячу от мужа.

Не могу сказать, что это был простой разговор. Каждое слово давалось ей с большим трудом.

Когда мистер В. вернулся после электрокардиограммы, Рахиль тут же замолчала, и весь ее вид был воплощением вины. Я не решился заговорить с мистером В. о его потерянной дочери до следующего визита.

Когда спустя шесть месяцев супруги вновь появились в моем кабинете, я решил поговорить с миссис В. с глазу на глаз. Она вновь заклинала меня не упоминать о дочери в присутствии мужа, боясь, что его хватит удар, если их семейная тайна раскроется. Правда, это не было особой тайной, поскольку в их городе все об этом знали. В детстве дочь была любимицей мужа. Яркая, быстрая, темпераментная, она обладала над отцом неограниченной властью. В выпускном классе девушка начала встречаться с одним юношей, и когда оба они закончили школу, сбежала вместе с ним из дома. Молодая семья поселилась в Кливленде. Узнав об этом, мистер В. объявил недельный траур. У евреев он называется «шива» и объявляется только по умершим. После этого у него произошел нервный срыв. Когда мистер В. поправился, то велел убрать из дома все, что могло напомнить ему о дочери. Находя письма от нее, он впадал в неистовую ярость. Я даже

подозреваю, что он поколачивал Рахиль, однако она ни разу не обмолвилась об этом.

Однажды, набравшись храбрости, я решил прямо и открыто поговорить с мистером В.

— Я не смогу помочь вам до тех пор, пока вы не будете искренни со мной. Я чувствую, что вас что-то гнетет, но вы стыдитесь говорить со мной об этом. Если врач не располагает всеми фактами, он не может эффективно помочь пациенту.

Мистер В. поведал мне ту же историю, что и его жена, но гораздо эмоциональнее. Дочь вышла замуж вопреки его воле и тем самым добровольно отреклась от еврейской веры. Как он мог допустить это? Если она не захотела быть еврейкой, то не будет и его дочерью. Мы обсуждали эту проблему во время каждого его визита, но прогресса не достигли.

Состояние его здоровья ухудшалось раз от разу. Антикоагулянты не помогали ему, и это закончилось микроинсультом. Ситуация становилась кризисной. Я чувствовал, что жизнь мистера В. становится невыносимой: он как безропотная жертва добровольно отдавал себя на заклятие.

Однажды он пришел ко мне в холодный и мрачный осенний день. Я стоял перед огромным окном кабинета и смотрел на унылый осенний пейзаж. Я ощущал свое бессилие, и это не давало мне покоя. Обуреваемый гневом, я принялся расхаживать из угла в угол и неожиданно, без какого-либо повода заорал на него:

— Не понимаю, зачем я трачу свое драгоценное время на такого ничтожного человека! Я болен от вашего эгоизма, но еще больше от того, что вы сделали с дочерью, ее семьей, своей женой и остальными детьми. Вы испортили им всем жизнь! Ваш эгоизм не знает границ. По вашей религии» Господь простил все грехи, от которых пострадал сам, не говоря о грехах, от которых страдали простые люди.

Меня трясло. Мистер В. подался вперед, словно бык перед решающим боем с матадором. Глаза его налились кровью, дыхание сделалось прерывистым, вены на шее вздулись, как канаты. Я живо представил себе, как он бросается на меня и выбрасывает из окна прямо на площадку для парковки. Но вместо этого он зарыдал, дрожа и всхлипывая, словно после порки. Стыд и сострадание захлестнули меня, и я горько пожалел о своей идиотской выходке.

Но пружина внутри меня сжималась так долго, что я был не в силах больше сдерживаться:

— Если у вас осталась еще хоть капля рассудка, немедленно отправляйтесь в Кливленд. Постучитесь в заднюю дверь дома вашей дочери — вы не заслуживаете, чтобы вас принимали с парадного входа. Встаньте перед ней на колени и молитесь о прощении. Только она сможет снять с вас бремя греха. Она, а не Господь!

Неужели я возомнил себя Иеремией, древним пророком? Что я наделал? Я услышал долгий стон и увидел, как тело мистера В. сотрясают конвульсивные рыдания. Он медленно встал, придавленный горем и неожиданно ставшим заметным возрастом, и вышел из кабинета. Жена последовала за ним. Меня мучило чувство вины, но оно перекрывалось иными мыслями. «Все в порядке. Именно в этом и заключалось исцеление — использовать меньшую боль, чтобы снять большую».

Когда мистер В. пришел на следующий прием, я был потрясен произошедшими в нем переменами. Мой пациент постарел, но казался гораздо более расслабленным. Он все сделал точно так, как я ему велел: поехал в Кливленд и попросил прощения у дочери. Радость его не знала предела. Теперь обе семьи были вместе, и он без устали рассказывал о маленьком внуке. Прошедшие несколько лет теперь казались ему настоящим безумием, и он изо всех сил старался забыть об этом. Препараты, которые раньше ему практически не помогали, оказались вполне эффективными.

Сейчас, вспоминая этот случай, я не могу сказать, что горжусь собой. Все закончилось хорошо, но это не оправдывает моих методов. Для достижения позитивного результата далеко не все средства приемлемы. Был ли это единственный способ помирить мистера В. с дочерью? Может быть, спокойные увещевания в течение длительного времени дали бы тот же эффект? Эмоциональный взрыв мог нанести мистеру В. непоправимый вред, не только физический, но и душевный. На самом деле я всего лишь потерял контроль над собой, что абсолютно недопустимо, особенно для врача. Пациенты — не бессловесные подопытные кролики. Я больше никогда не позволял себе подобного в общении с пациентами и спустя несколько лет, оказавшись в похожей ситуации, вел себя совершенно по-другому.

Когда запретное становится допустимым

Мистер Г., 60-летний бизнесмен из Нью-Джерси, был владельцем преуспевающего автомобильного магазина. Его брак казался весьма счастливым. Но тогда что стало причиной сердечного заболевания? Уровень холестерина и кровяное давление у него были в норме, он никогда не курил. Хотя мистер Г. показался мне напряженным и беспокойным человеком, его работа явно не была связана с сильными стрессами. Однако его заболевание прогрессировало и не поддавалось лечению. Он перенес уже три операции — два шунтирования коронарной артерии и ангиопластику сосудов, но приступы стенокардии случались у него довольно регулярно.

Я наблюдал его в течение многих лет и постепенно пришел к выводу, что все мои усилия вылечить его напрасны, а многочисленные препараты не действуют. В тот самый раз он показался мне особенно напряженным. Осмотр и анализы не выявили ничего необычного, но когда он вместе с женой вошел в мой кабинет для беседы, я почувствовал, что упускаю нечто важное. Мне показалось, что его супруга еле сдерживается, чтобы не заговорить со мной.

Я завел разговор о детях, подозревая, что именно они являются причиной каких-то неприятностей. У мистера и миссис Г. было трое детей — две дочери и сын. У ортодоксальных евреев сын является центральной фигурой в семейной иерархии, поэтому я решил, что именно с ним связаны тревоги мистера Г.

— У вас все в порядке с детьми? — спросился как бы вскользь.

В этот момент в разговор вмешалась миссис Г.:

— Ради всего святого, расскажи ему о Ричарде!

— Ричард не имеет отношения к моей стенокардии, — оборвал ее муж.

— Вы ладите с сыном? — спросил я.

— Нет, — резко ответил он.

— Почему?

— Потому, что Ричард — гомосексуалист. По мне, лучше бы он умер от рака, — ответил мистер Г., явно сердясь на себя за откровенность.

Стараясь говорить как можно мягче, я сказал:

— Вы меня удивляете. Вы разумный человек, успели заслужить мое уважение, но ваше поведение кажется мне нерациональным и даже, простите, непорядочным. Разумно ли сокращать жизнь жене, разрушать жизнь сына, убивать себя самого только потому, что у вас настолько узкое миропонимание?

Я рассказал ему о гомосексуализме как о биологической и генетической проблеме и постарался объяснить, что такая сексуальная ориентация не должна вызывать ни у кого чувства вины, что она никак не связана с поведением. Говоря о том, что отец не должен обрекать сына на дополнительные душевные муки, я особо подчеркнул, что понимаю его и сочувствую ему. Разговор был очень долгим и сложным, во время него было пролито немало слез. Когда супруги Г. ушли, я не был до конца уверен, что мои слова возымеют какое-либо действие.

То, что кажется таким простым и замечательным в кабинете для консультаций, может исчезнуть в один миг, как только пациент уходит от врача и возвращается домой, вновь оказываясь под гнетом семейных обстоятельств. Я совершенно не был убежден в том, что в этом году увижу мистера Г. еще раз, и очень сомневался, что он постарается решить свои проблемы с сыном.

Но он вернулся. Я сразу заметил, что этот человек стал другим. Он расслабился и больше не прятал взгляда. Впервые за все годы знакомства его лицо озаряла широкая улыбка.

— Что у вас случилось хорошего? — спросил я.

— Мы только что отметили Пасху вместе с Ричардом и Гилбертом. Гилберт — это друг моего сына, самый приятный мужчина из всех, с кем мне приходилось общаться. Они уже давно живут вместе. Оба преуспевают и зарабатывают более ста тысяч долларов в год. Праздник удался на славу. Ричард даже немного приревновал меня к Гилберту, которому я оказывал много внимания. Мы с женой теперь активно участвуем в движении за легализацию геев, а недавно даже ходили на демонстрацию. — Мистер Г. говорил легко и непринужденно, ему хотелось как можно подробнее поделиться со мной той невероятной переменой, которая произошла с ним за последний год. Теперь мистер и миссис Г. стали борцами за права гомосексуалистов, а стенокардия явно отошла на второй план.

Глава 8

Сила определенности

После случая с профессором К., отчаявшимся индийским ученым, охваченным паникой, я отчитал персонал, поместивший его в отделение для больных с острой коронарной недостаточностью, хотя проблема этого пациента была связана с чрезмерным волнением. Покалывание в ладонях — обычный клинический признак гипервентиляции, а учащенное поверхностное дыхание всегда сопровождает приступ повышенного беспокойства. Врачи в приемном отделении уверяли меня, будто несколько раз пытались объяснить профессору, что его симптомы не связаны с сердечным приступом. Но почему он им не поверил? И почему мои слова воспринял как абсолютную истину? Пытаясь докопаться до сути этого вопроса, я выяснил, что интерн и врач приемного покоя были весьма убедительны в доводах, однако все же подключили профессора К. к монитору, тем самым обнаружив свои сомнения. В результате пациент истолковал их неуверенность в свою пользу. Я же решительно заявил, что его симптомы не имеют никакого отношения к работе сердца. Профессору именно это и требовалось — определенность и убежденность.

Врач быстро начинает понимать, что пациенту нужна твердая рука, которая поможет ему справиться с вызывающими беспокойство сомнениями, неизбежно возникающими во время болезни. Слова врача должны иметь вес и авторитет, но не являться догмой. Именно поэтому так важно тщательно подбирать слова для каждого пациента.

Главной причиной того, что слова врачей в большинстве случаев двусмысленны, является то, что им преподают медицину как научную дисциплину. А научный подход подразумевает следующее: любой симптом может быть вызван огромным разнообразием причин. Студент медицинского института заучивает наизусть более 50 причин увеличения селезенки, однако конкретному пациенту нет никакой пользы от такой академической эрудированности. Напротив, сомнения порождают неуверенность, что еще более негативно воздействует на состояние больного. Индийский профессор попал в самую точку,

сказав, что неопределенность — профессиональный стиль науки вообще и ученых в частности.

Разговаривая с пациентом, врач обязан быть точным и убедительным. Это нетрудно, когда клиническая картина ясна и симптомы тривиальны. Гораздо сложнее ситуации, когда врач действительно не вполне уверен в себе, например при сложных и трудно диагностируемых заболеваниях. Временами приходится мобилизовать все силы, чтобы собрать остатки уверенности, ведя себя подобно шарлатану или шаману. Но врач, знающий о силе слова и убеждения, понимает, что иногда именно они помогают сдвинуть дело с мертвой точки и добиться начала выздоровления, когда, кажется, ничто уже не может помочь.

Этично ли убеждать пациента в том, что, говоря с позиций точной науки, невозможно? Этики от медицины постоянно убеждают нас в том, что врачи должны быть честны со своими пациентами. Однако более 55 лет назад великий ученый-медик Л.Дж. Хендерсон говорил: «Мысль о том, что правда, только правда и ничего, кроме правды, может быть убедительной для пациента, является примером ложной абстракции, ошибочного суждения, названного Уайтхедом «ошибкой ошибочной конкретики».

Иногда я заходил настолько далеко, что гарантировал больному выздоровление, хотя научные основания для этого либо были весьма шаткими, либо вовсе отсутствовали. Чем рискует врач, обещая выздоровление, которое может не наступить? Он рискует потерять доверие пациента или прослыть халтурщиком (см. гл. 10). Однако моя многолетняя практика убедила меня в том, что если пациент чувствует истинную заботу и участие, то его доверие к врачу не утрачивается, даже если оказывается, что последний был не прав. Иногда, когда я обещал, что больной выздоровеет, но чуда не происходило, пациенты едва не просили у меня за это прощения, так как считали, что не оправдали моих ожиданий. Когда однажды я вышел, сломленный горем, к семье пациента, умершего на операционном столе, эти люди утешали меня. Я часто слышу слова: «Мы знаем, что вы сделали все возможное». Я прожил в медицине долгую жизнь, но ни разу никто не назвал меня халтурщиком.

Если я ошибаюсь, а это случается довольно часто, то никогда не скрываю этого. Напротив, я всегда рассказываю о таких случаях

коллегам и особенно студентам.

Как говорят, на ошибках учатся. Главное — уметь признавать свои ошибки, и тогда вероятность того, что они повторятся, намного уменьшается. То, что врач совершает ошибки, помогает ему не спутать свою миссию с миссией Бога. Мы не обладаем сверхъестественной властью. Наше оружие — интуиция, опыт и знания. И это оружие наиболее эффективно тогда, когда применяется человеком, действительно заинтересованным в оказании помощи другим людям.

Как лечить боль в спине

Я совершал утренний обход пациентов вместе с Джимом, молодым практикантом, только что закончившим институт. У него были великолепные задатки ученого, но напрочь отсутствовал здравый смысл. Он обладал огромным самомнением, был надменен и лишен чувства юмора.

Мы подошли к пациентке, которой назначили электроимпульсную терапию (см. гл. 12) для лечения мерцательной аритмии, развившейся в результате недавней операции на митральном клапане. При электроимпульсной терапии, или кардиоверсии, на грудную клетку подается электрический разряд, при помощи которого восстанавливается нормальный сердечный ритм. Миссис Х., крепкая женщина чуть старше 40 лет из штата Мэн, совершенно не интересовалась нашими планами и даже не волновалась по поводу нарушения своего сердцебиения. Последние несколько дней она мучилась от болей в спине и в момент обхода вертелась на кровати, безуспешно пытаясь принять удобную позу. Женщина стонала, лицо ее искажала мученическая гримаса. Прописанные ей наркотики только усугубили ситуацию, так как вызывали тошноту, головокружение и запор. Она была доведена до предела.

— Я не пойду на эту вашу, как там ее, процедуру, если она не поможет мне избавиться от боли в спине. Мне нужен точный ответ. Электричество вылечит мою спину? — довольно агрессивно спросила она.

— Конечно, вылечит! — ответил я без малейшего колебания.

Джим, стоявший прямо напротив миссис Х., возбужденно стукнул себя по бедру и воскликнул:

— Что за чушь! Прошу вас, объясните, как кардиоверсия может вылечить ишиалгию?

Я отшатнулся, словно от искры, вылетевшей из костра, и возмущенно фыркнул. Миссис Х. была явно озадачена и разгневана:

— Это что за тип?

— Это новичок, которому надо еще многому учиться, — ответил я.

Когда мы вышли из палаты, от гнева я лишился голоса и не проронил ни слова. На следующее утро миссис Х. была проведена кардиоверсия, которая полностью восстановила нормальный сердечный ритм. Позже я навестил ее и поинтересовался, как спина. Она ответила, что лечение оказалось настоящим чудом, боль исчезла — и попросила позвать Джима. Это была весьма прямолинейная женщина, и я видел, что она готова расквасить моему подопечному нос. Я отговорил ее от подобного проявления ярости, посоветовав просто высказать Джиму все, что она о нем думает.

На следующее утро, в восемь часов в ординаторской толпилось много народу — медсестры, врачи, амбулаторные пациенты, студенты-практиканты. Мы с Джимом изучали медицинские карты, и вдруг в комнату внезапно ворвалась раскрасневшаяся миссис Х. Она вышла на середину помещения и громко приказала всем замолчать. Когда все утихло, прогремел ее голос:

— Я хочу кое-что сказать вам всем. Здесь находится знакомый доктора Лауна — не знаю, как его зовут, и знать не хочу. Он претендует на то, чтобы его считали врачом. Но при этом он глупее курицы, и вам должно быть стыдно даже находиться рядом с ним. — Она вкратце рассказала, что произошло, закончив свою речь длинной гневной тирадой.

Вначале Джим покраснел, потом побелел, затем стал похож на человека, которого хватил апоплексический удар. Не знаю, подействовал ли на него этот случай, так как он не отработал в нашей больнице положенных двух лет.

Если бы студент-медик спросил меня, может ли кардиоверсия снять боль в спине, я бы категорически ответил: нет. Джим мог

спорить со мной с глазу на глаз, но не у постели человека, мучающегося от боли, Я считаю страшным грехом лишать человека надежды на то, что процедура поможет ему уменьшить боль.

В связи с этим случаем возникает сразу несколько вопросов. Во-первых, этично ли обещать пациенту то, что, возможно, не произойдет? Несомненно, нет никакой анатомической связи между спиной и сердцем, и, с моей стороны, было чистым авантюризмом обещать, что кардиоверсия поможет избавиться от боли в спине. Но такое предположение выдвинул не я, а моя пациентка. Она хотела верить, что эта или любая другая процедура уменьшит ее страдания. Зачем же доктору отнимать у пациента соломинку, за которую тот хватается в полном отчаянии? Какие высшие законы против этого?

Но, с другой стороны, кто может быть абсолютно уверен, что кардиоверсия действительно не помогает при боли в спине? Электрический шок может заблокировать нервную систему и разорвать замкнутый круг, в котором один мышечный спазм вызывает новые спазмы. Китайцы в течение тысячелетий использовали для лечения различных болей акупунктуру, т. е. втыкание иглол в точки тела, удаленные от больного места. Через них также пропускался слабый электрический ток. Не исключена и вероятность того, что электрические импульсы, использовавшиеся при кардиоверсии, подействовали как временная анестезия. Если пациент действительно излечился после процедуры, должен ли врач не верить в это? Ведь благополучие пациента — самая главная цель врача.

Врач должен излучать уверенность. Только в этом случае и пациенты будут уверены в нем. Это прежде всего означает, что врач не должен бояться проявлять излишний оптимизм. Профессиональная уверенность может спасти пациента от бесконечного лечения, возрастающего недовольства собой и другими и даже от инвалидности.

Следующий рассказ послужит иллюстрацией того, как недвусмысленное убеждение способно разорвать замкнутый круг болезней, словно скальпель хирурга, вскрывающий нарыв.

Женщина с потными руками

В маленьком, коридоре, рассчитанном едва ли на двоих, сидели четыре пациента. Среди них была худенькая и хрупкая женщина, почти ребенок. Она напомнила мне крошечную птичку, притулившуюся на заснеженной ветке в зимнем лесу. Ее тихий голос постоянно прерывался всхлипываниями, а тонкие пальцы с выступающими белыми суставами обхватили колени и притянули их почти к подбородку. Когда я подал ей руку для приветствия, она заколебалась и смутилась. Ее рукопожатие было быстрым, поверхностным. Едва коснувшись моей ладони влажными, холодными пальцами, она отдернула их назад.

Она была замужем уже два года и растила очаровательного годовалого сынишку. С ее здоровьем все было в порядке до тех пор, пока она не испытала приступ учащенного сердцебиения. Женщина немного забеспокоилась, набралась храбрости, отложила немного денег и обратилась к врачу. Последующие за первым визитом несколько месяцев превратились в кошмар.

Врач вначале поставил ей диагноз: «опасное для жизни нарушение сердечного ритма» и сказал, что ее экстрасистолы могут быть предвестниками мгновенной смерти. Запуганная до предела, она стала посещать врача каждую неделю, хотя для нее это было довольно накладно. Помимо оплаты дорогостоящих электрокардиограмм и консультаций приходилось платить приходящей няне. Врачи сказали, что окончательным диагнозом можно считать пролапс митрального клапана. Эти загадочные слова прозвучали для нее как смертный приговор. Хуже всего было то, что врач не рекомендовал ей оставаться один ни один с ребенком. Антиаритмические препараты вызывали тошноту и головокружение, и женщина была не способна ухаживать за сыном. Врач предупредил, что ей требуется круглосуточная сиделка на случай внезапной потери сознания.

Так как молодая семья не могла позволить себе таких трат, к ним переехала свекровь, которая не слишком ладила с невесткой и вскоре полностью взяла власть в доме в свои руки. Молодая женщина почувствовала себя чужой в собственном доме. Ей было всего 24 года, но казалось, что жизнь закончилась. Оставалось только плакать в бессильном гневе.

В результате обследования я обнаружил, что за исключением небольших шумов, не представляющих никакой опасности, ее сердце абсолютно здорово. Как можно тактичнее я объяснил молодой женщине, что сердце работает нормально, свекровь может возвращаться домой, и она сама вполне может ухаживать за ребенком. Я попросил ее не забывать этот печальный опыт и не превращаться в старуху раньше времени.

— Но я бы хотел поговорить о более серьезной проблеме, — сказал я подчеркнуто серьезно.

— О какой? — спросила она, озабоченно посмотрев на меня широко раскрытыми глазами.

— Вашей единственной настоящей проблемой являются потные руки.

Она облегченно вздохнула и нервно рассмеялась. Да, призналась она, руки всегда доставляли ей много неприятностей. Подростком она не решалась пойти на танцы, боясь оставить влажный след на рубашке мальчика, с которым будет танцевать. В юности ее больше всего волновали ее руки, чем что-либо другое.

Я сказал, что ока еще больше подчеркивает свою проблему, пожимая руку.

— Если вы будете пожимать руку крепко, всей ладонью, то никто ничего не заметит. Но если дотронуться до чужой ладони быстро, кончиками пальцев, то любой обратит внимание на то, что у вас потные руки. Таким рукопожатием вы словно нарочно заявляете об этом. Давайте попробуем пожать друг другу руки. — В течение нескольких минут мы пробовали различные виды рукопожатий. Наконец она совершенно расслабилась и даже развеселилась. Ее выписали домой в тот же день, и она больше ни разу не испытывала проблем с сердцем.

Но как ее врач мог допустить такую ошибку? Проплап митрального клапана, особенно в сопровождении дополнительных сердцебиений, возникающих в желудочке (так называемые желудочковые экстрасистолы), большинство врачей считают потенциально смертельно опасным заболеванием. Но такая концепция ошибочна. В Соединенных Штатах насчитывается около 25 миллионов таких больных, т. е. пролапс митрального клапана наблюдается у одного человека из пяти тысяч. По-моему, это такое же

распространенное состояние, как веснушки на лице. Чаще всего оно наблюдается у молодых женщин (примерно 15 процентов), но в этой группе населения внезапная смерть встречается настолько редко, что о ней можно практически забыть. Однако тысячи женщин живут в постоянном страхе, как та, о которой только что шла речь. Некоторые из них действительно умирают, но причиной смерти становятся ненужные и опасные лекарственные препараты от аритмии.

Подходы к пониманию болезни, постановке диагноза и лечению определяются высшими научными инстанциями. Медики, работающие в научных организациях, не сталкиваются с обычными, каждодневными проблемами, они наблюдают лишь тяжелые случаи с множественными осложнениями. Пациента с пролапсом митрального клапана никогда не направят на лечение в институт, если у него нет выраженной аритмии или бактериального эндокардита, крайне редкого осложнения при этом заболевании. Врач, публикуя статьи о пролапсе митрального клапана, может точно указать, что осложнения наблюдаются в 10 процентах случаев. За все годы работы я видел примерно 20 пациентов с этим заболеванием, у которых случалась остановка сердца. Но я был директором клиники, куда поступают пациенты не только из Соединенных Штатов, но и из-за границы. Когда же проводятся исследования распространения того или иного заболевания, то учитываются все группы населения, включая обитателей домов престарелых и военнослужащих. Но это неправильно, так как в первом случае мы имеем дело с больными и пожилыми людьми, а во втором — с молодыми и здоровыми.

Чем бы ни страдал пациент, он прежде всего ждет от врача спасения, уверенности в том, что получит облегчение. Это лучше всего достигается в том случае, если врач исполнен оптимизма и умеет убеждать. Уверенность культивируется в пациенте при помощи не только слов, но и отмены излишних ограничений. Множественные запреты подрывают настроение пациента и лишают его жизнь смысла.

Иногда врачи ведут себя как религиозные фанатики. В старину приверженцы учения Экклезиаста лишали себя всех телесных удовольствий, страшась мук ада. Врач, стараясь на какое-то время отсрочить смерть, также лишает своих пациентов радостей жизни. Особенно угнетающе это действует на пожилых больных.

Мне вспомнилась одна медицинская шутка. Пациент спрашивает врача, как ему себя вести, чтобы дольше жить. Врач зачитывает ему длинный список запретов, куда входит почти все, что любит пациент. Тогда тот, обескураженный, спрашивает: «Если я откажусь от всего того, ради чего, собственно, и стоит жить, проживу ли я дольше?». На что врач мгновенно отвечает: «Нет, но у вас создастся такое впечатление».

Я стараюсь ни в чем особо не ограничивать своих пациентов, за исключением редких случаев. Даже если определенная пища или род занятий явно противопоказаны больному, гибкость и умеренность всегда лучше, чем строгий запрет. Пациент, который не съел ни одного яйца в течение десяти лет, вряд ли будет чувствовать себя лучше, чем тот, кто иногда позволял себе такую маленькую слабость. Скорее, наоборот, и причина этого очевидна. Все дело в страхе. Если человек думает о том, что яйца для него — смертельный яд, он все время будет настороже. Такое напряжение, согласно мнению американского физиолога Уолтера Кеннона, истощает нервную и физическую сферу пациента. Когда организм напряжен, усиливается выработка адреналина, обостряются симпатические рефлексы, усиливается сердцебиение, резко возрастает кровяное давление. Ученые доказали, что животные, хронически находящиеся в возбужденном состоянии, гораздо чаще страдают от различных сердечных заболеваний.

Вне зависимости от заболевания шансы выжить больше в том случае, если больной культивирует в себе спокойное, философское отношение к жизни, особенно если оно поддерживается чувством юмора. Триста лет назад великий английский врач Томас Сиденгэм размышлял о том, что «прибытие в город клоуна оказывает более благотворное влияние на здоровье людей, чем прибытие двадцати ослов, груженных лекарствами».

Врач должен источать оптимизм. По моему убеждению, настоящий целитель всегда сможет отыскать лучик света даже в самой мрачной ситуации. Когда же ситуация спорна, уверенность в благополучном исходе способствует не только улучшению, но и, возможно, выздоровлению. Моим девизом долгое время были слова: «Врач не должен ограничивать пациента. Пусть он сам поставит себе ограничения». Я старался не «нагружать» своих пациентов страхами и запретами и в результате стал свидетелем многих поразительных

случаев выживания вопреки всем медицинским показаниям. Некоторые из этих случаев можно назвать настоящим чудом. Следующая история иллюстрирует то, как врач был удивлен результатом собственного оптимизма.

Прощальная гастроль

Я всегда был рад видеть профессора. Этот худой, долговязый мужчина с мальчишеским лицом, большими серыми глазами и копной седых волос восхищал меня тем, что был великим специалистом в области юриспруденции, и — в основном — достоинством, которое он проявил, будучи моим пациентом.

Двадцатью годами раньше он перенес обширный инфаркт миокарда, превративший его сердце в аморфную массу. Размеры повреждений открылись мне во время флюороскопического исследования. Я не видел на экране никакого движения в центре грудной клетки, лишь большое, неподвижное пятно. Не было заметно даже легкого дрожания. Испугавшись, не умер ли мой пациент, я закричал:

— Профессор!

— Да, доктор. Вы хотите, чтобы я сделал глубокий вдох?

— Да, именно, — ответил я и сам глубоко вздохнул.

После инфаркта у него возникло много опасных осложнений, но при выписке домой профессор настоял на том, чтобы в его жизнь было внесено как можно меньше изменений. Он спросил меня, как долго ему осталось жить. Прогнозы, ответил я, дело Господа Бога.

— Древние греки были куда мудрее нас, но даже их боги могли предсказывать весьма немногое. Они понимали, что для этого требуется знать обо всем, что происходит во Вселенной. Мы не можем точно предсказать, какая погода будет через неделю, а вы хотите, чтобы я определил срок вашей жизни, — пояснил я уклончиво.

Профессор внимательно выслушал меня, но все-таки потребовал назвать точную цифру. Он сказал, что я обязан сообщить ему эти сведения, чтобы он мог спланировать свою жизнь на ближайшие

несколько лет. Надеюсь, что я ошибусь не более чем на 50 процентов, я пообещал: «Не менее пяти лет». Больше профессор никогда не задавал мне подобных вопросов. Он жил полной жизнью: преподавая в Гарвардской школе права, летом ходил вод парусом в северные воды Ньюфаундленда и Лабрадора, путешествовал по Египту и Дальнему Востоку. Перевалив за магическую цифру, он ни разу не упрекнул меня за неправильный прогноз.

Спустя 20 лет он все еще был бодр, но начал страдать от застойной сердечной недостаточности, опасного для жизни нарушения сердечного ритма — мерцательной аритмии — и отека легких.

Один из его друзей рассказал мне, что во время симпозиума в Филадельфии профессор, словно заснув, уронил голову на стол, а спустя десять секунд очнулся, будто вынырнув из-под воды. Он тяжело дышал, глаза закатились, как при обмороке. Описание было очень точным. После госпитализации мне открылась вся мрачная действительность. У профессора были короткие приступы желудочковой тахикардии, при этом скорость сердцебиения возрастала до 300 ударов в минуту. Даже для здорового сердца скорость сердцебиения выше 250 ударов в минуту считается опасной, а для больного это просто смертельно. Поврежденный клапан сердца профессора не мог больше качать кровь. Это состояние также называют кратковременной остановкой сердца. Если оно остановится надолго, жизнь профессора оборвется.

Прогресс в состоянии моего пациента уменьшался, а госпитализации учащались, особенно по поводу отека легких, из-за которого он несколько раз чуть не задохнулся. Аритмия становилась все опаснее, лекарственные препараты сменяли друг друга. Поэтому я был более чем удивлен, когда в начале лета он спросил моего разрешения отправиться в плавание к берегам Исландии в компании своих более молодых друзей. Профессор все еще был очень слаб, губы его были синюшными, но просьба прозвучала весьма настойчиво.

В какой-то момент я растерялся. Вместо того чтобы сказать решительное «нет», я задумался над более мягким вариантом отказа, зная, как много значит для него эта поездка. Я начал расспрашивать о размерах судна, об условиях плавания, о возможности придерживаться низкосолевой диеты, о его компаньонах, о физических нагрузках и т. п. Было очевидно, что профессор понимал: это путешествие —

последнее приключение в его долгой и плодотворной жизни. У меня не хватило духу отказать ему.

Решив дать свое согласие на это плавание, я занялся практической стороной вопроса. Во-первых, специально для профессора я разработал методику снятия отека легких, обязав его взять на борт баллоны с кислородом, ампулы с морфием и диуретические препараты. Я объяснил, что появление хрипов и свиста в легких является признаком отека, т. е. того, что в них скопилось избыточное количество жидкости. При появлении этих симптомов необходимо безотлагательно принимать соответствующие меры. Меня сильно заботило то, что вместе с морским воздухом в его организм могло попасть слишком много соли. И наконец я настоял на заключении договора с вертолетной компанией, чтобы в случае развития застойной сердечной недостаточности его могли срочно эвакуировать.

Профессор отправился в плавание довольно слабым физически, но в прекрасном настроении. После этого мне пришлось пережить много тревожных минут. С каждым днем я все больше корил себя за безответственность. Как я мог отправить в плавание по Атлантике старого человека с последней стадией сердечной недостаточности и неработающим клапаном? Это еще можно было объяснить, если бы плавание проходило в южном направлении, но они плыли на север, к промерзшей насквозь Исландии! Я начал просматривать некрологи в газетах, чего никогда не делал ни до этого случая, ни после. Лето тянулось бесконечно.

С наступлением осени мое беспокойство усилилось. Мне не хватило смелости позвонить профессору домой, но однажды я обнаружил его фамилию в списке пациентов, назначенных на прием. Значит, он жив, и я рисковал не напрасно! Когда мы наконец увиделись, он выглядел лучше, чем в последние несколько лет. Отсутствующий взгляд и нездоровая бледность сменились блеском в глазах и темным загаром. Он просто светился от счастья.

— Профессор, вы вызывали вертолет? — спросил я.

— Да, так оно и было, — последовал незамедлительный ответ.

— О Господи! С моей стороны было ошибкой отпустить вас. —

Не давая ему вставить слово, я продолжал:

— У вас развился отек легких?

Профессор выглядел озадаченным.

— Мы действительно воспользовались вертолетом, но дело было не только во мне, — пояснил он.

— У вас произошел несчастный случай или на борту были еще люди с больным сердцем?

— Ни то, ни другое. Наше судно крепко засело во льдах. Мы не могли выбраться. Проторчав в таком положении неделю, команда принялась умолять меня вызвать вертолет, так как всем пора было возвращаться на работу. Они так благодарили меня за мою предусмотрительность!

Это был его последний визит. Спустя несколько месяцев профессор скончался. После инфаркта он прожил ровно 20 лет. Эксперимент оказался очень интересным. Он доказал, что врачебные прогнозы меркнут перед силой человеческой воли.

Я привожу эти рассказы не только для того, чтобы подчеркнуть значение оптимизма и уверенности. Я пытаюсь объяснить, что медицина все еще подобна кораблю, который плывет, по большей части, в неизведанных водах. Многие думают, что раз мы живем в век науки, то в медицине не может быть места догадкам. Мы выбираем нужный метод анализа, вводим в компьютер результаты, и он выдает нам распечатку с изложением оптимального способа лечения. Если бы все было именно так! Я сомневаюсь, что так вообще когда-нибудь будет. Так называемые медицинские факты — не более чем биологические приближения, полученные из статистических данных. При применении их к конкретному человеку неизбежно возникает необходимость выбора среди многих возможностей. Опытный врач знает, что наука слишком часто не может решить большинство клинических проблем.

Эффективное лечение подразумевает владение искусством исцеления, способность анализировать накопленный опыт и наличие здравого смысла. Не менее важна гуманность, так как любое назначение является в той или иной степени вторжением в организм. Значительная часть медицинской статистики основана на анализе больших групп населения, а врач имеет дело с конкретными людьми. Никогда нельзя быть уверенным в том, что конкретный человек будет соответствовать среднестатистическим данным.

Истинный врач всегда ищет определенности, блуждая при этом в сомнениях. Но сомнения не должны мешать оказывать неотложную

помощь или исцелять. Суть настоящего профессионализма — в способности действовать немедленно, несмотря ни на что. Лечение нельзя откладывать. Боль не может ждать несколько лет, пока будут получены экспериментальные данные. Многие клинические случаи уникальны, нигде не описаны и не попали в статистические сводки. Врачу может не хватать информации, но пациенту необходима помощь, даже если подобное состояние не описано в учебнике. Точные цифры, приводимые в медицинской статистике, по большому счету не имеют отношения к живым людям. При столкновении с неопределенностью врач всегда должен стоять на защите пациента. Но защита подразумевает заботу. Только в этом случае врач сможет преодолеть панику и подняться над абсурдностью человеческих решений.

Глава 9

Необычные способы исцеления

В медицине есть еще одна область, не входящая в научную инфраструктуру. Моя жизнь пришлась на революционный период в медицине, причем перемены происходили с молниеносной скоростью. Фундаментальные и экстраординарные научные открытия кардинально изменили ее лицо. Когда я поступил в институт, пневмония считалась смертельным заболеванием, полиомиелит — страшной карой, а мастит — неразрешимой проблемой, приводившей в отчаяние молодых матерей. Не существовало методов лечения бактериального эндокардита. Жертвы ревматических и сифилитических сердечных заболеваний переполняли приемное отделение больницы Джона Хопкинса. Кардиохирургия находилась на стадии зарождения. Не существовало решения многих распространенных проблем — от перелома бедра до отслоения сетчатки. Гемодиализ стал применяться в лечении болезней почек только через несколько лет. Ухаживать за больными с почечной недостаточностью было настоящим кошмаром — они не переставая чесались, пытаясь унять мучивший их зуд. Как и во многих других случаях, мы, врачи, не могли предложить им ничего, кроме пустых слов утешения. У меня перед глазами до сих пор стоит один такой пациент с последней стадией почечной болезни. Я работал интерном в больнице, где он лежал. Не обнаружив его в кровати, я отправился на поиски и увидел, что он повесился в мужском туалете. Когда я вынул его из петли, он был жив. Я счел это настоящим чудом, но он оттолкнул меня, содрогаясь от конвульсивных рыданий. До сих пор помню его слова: «Вы не врач! Вы — фашист!».

Теперь заболевания, приносившие так много страданий, например сифилитическая болезнь сердца, полиомиелит и оталгия, почти исчезли. Другие — такие, как оспа, — побеждены полностью. Мы живем в новую, беспрецедентную эру медицины, повлиявшую не только на деятельность врачей, но и на самих пациентов. Уникальные, почти чудодейственные методы лечения попадают точно в цель благодаря безукоризненной диагностике. Субъективный подход

больше не имеет значения для выявления патологии. Успех лечения все меньше зависит от характера или личности врача. Ключами к успеху считаются профессиональная компетентность и владение техническими навыками. В отличие от предыдущей эпохи пациенту необязательно верить в силу лекарства, выписываемого доктором. Антибиотики справляются с воспалением легких вне зависимости от отношений между пациентом и врачом, прописавшим их, а также от того, верит ли пациент в исцеление.

Медицина и наука сближаются все сильнее, создавая иллюзию, что они — одно целое. Это приводит к тому, что врачи утрачивают навыки общения с пациентом, не придают значения тщательному составлению истории болезни, недооценивают воздействие личности на процесс выздоровления. Акцент смещается от исцеления к лечению.

С точки зрения пациентов, научная революция подразумевает мгновенное излечение от любой болезни. У людей возросла озабоченность состоянием здоровья. Для многих здоровье стало главной темой разговоров, а его сохранение — основной заботой. Средства массовой информации пестрят новостями от медицины. Существуют даже специальные репортеры, которые занимаются только вопросами охраны здоровья. Медицина превратилась в одну из самых развитых отраслей индустрии. В то время как люди стали меньше болеть и дольше жить, они все хуже переносят любой дискомфорт и все больше боятся болезней. В настоящее время самые обычные симптомы принимаются за проявления смертельного заболевания. Лучшее всего это выразил Норман Казенс: «Большинство людей полагают, что будут жить вечно, пока у них не начинается банальная простуда. Тогда они начинают думать, что умрут через несколько часов».

Еще одним отражением современной эпохи является усиливающееся разочарование в научной медицине. Согласно результатам опроса, проведенного Гарвардским институтом общественного здоровья в 1994 году, лишь 18 процентов опрошенных были удовлетворены американской системой здравоохранения. Все большую популярность завоевывают альтернативные методы лечения. Во время опроса, результаты которого были опубликованы в «New England Journal of Medicine», исследователи собрали сведения от 1539

англоговорящих представителей демографических слоев населения США. Оказалось, что 34 процента людей хотя бы раз в год пользовались услугами нетрадиционной медицины. К ним относились релаксация, хиропрактика, массаж, лечение витаминами и диетотерапия, например макробиотическая. Альтернативные методы терапии в основном использовались для лечения хронических, не опасных для жизни заболеваний и недомоганий, например боли в спине, головной боли, аллергии и т. п. К нетрадиционным методам лечения прибегали представители всех групп населения, но наиболее часто ими пользовались белые люди с высшим образованием моложе 50 лет. Авторы статьи определили, что американцы обращаются за медицинской помощью 813 миллионов раз в год, причем к представителям нетрадиционной медицины — более чем в 50 процентах случаев.

Почему же люди выбирают альтернативные методы лечения? Возможно, потому, что ортодоксальная медицина не в силах помочь им избавиться от того, что их тревожит. Сегодня успешно вылечиваются лишь 25 процентов людей, обратившихся к врачу. У остальных 75 процентов остаются проблемы, которые научная медицина решить не может. Весь масштаб этого явления открылся во время исследования методов альтернативной медицины, проведенного Национальным институтом здоровья по поручению Конгресса. Исследование охватывало целый спектр методов, включая гомеопатию, акупунктуру, траволечение и т. д.

Основываясь на своем практическом опыте кардиолога, могу с уверенностью сказать, что лишь у 50 процентов всех моих пациентов заболевание действительно было вызвано патологией сердечной мышцы, а остальные страдали болезнями, вызванными стрессами. Я также понял, что пациент редко станет искать альтернативные методы лечения, если врач старается исцелить его, применяя не только личный подход, но и имеющиеся научные достижения. Чтобы исцелять, нередко требуется воображение, помогающее определить наиболее приемлемый метод снятия ощущения дискомфорта и проявлений болезни. Этому не учат в медицинских институтах. Это приходит с клиническим опытом и подкрепляется здравым смыслом.

Работая с доктором Самуэлем Левайном, я обратил внимание на то, что он старался не запугивать пациентов, побуждая их изменить

образ жизни. Чтобы облегчить дыхание пациента, страдающего от недостатка кислорода, вокруг его кровати соорудилась кислородная палатка. В ней создавалась прохладная, влажная, обогащенная кислородом атмосфера. Левайн забирался в эту тесную палатку, приближал лицо практически вплотную к лицу пациента, дотрагивался до кончика его носа указательным пальцем и тихо, но отчетливо, словно произнося заклинание, говорил: «Если вы будете курить после этого сердечного приступа, то умрете». Затем он молча вылезал из палатки. Сила «заклинания» была столь велика, что я не слышал ни об одном пациенте, закурившем после этого. Более того, эти пациенты даже старались избегать компании курильщиков.

Я снова и снова вспоминаю слова женщины-врача из Сибири: «Пациент должен чувствовать себя лучше после каждой встречи с врачом». Каждый раз, навещая умирающего больного, которому уже ничем нельзя помочь, я вспоминаю их. Тогда я просто переворачиваю подушку под его головой нижней гладкой и сухой стороной вверх, чтобы он не лежал на смятой и влажной поверхности. Когда я выхожу из палаты, пациенты иногда спрашивают медсестру: «Кто этот милый доктор?». Как мало иногда нужно сделать, чтобы человек почувствовал себя лучше! Бывает, что самое тривиальное вмешательство кажется пациенту чем-то невероятным и меняет его жизнь.

Мечты об омлете

Мистер Х. был школьным учителем. Ему было немного за 50. Этот интеллигентный, вдумчивый, располагающий к себе человек страшно беспокоился о своем здоровье, что было вполне понятно, так как за свою жизнь он много раз был вынужден обращаться к врачам. В детстве он перенес ревматизм, в результате чего у него были поражены клапаны сердца, особенно митральный (левый). Когда митральный клапан сужен, кровь отливает обратно и застаивается в легких. В довольно раннем возрасте мистер Х. перенес удачную операцию на митральном клапане, после которой его жизнь вошла в нормальное русло. Но затем у него развился бактериальный эндокардит — опасное

для жизни воспаление внутренней оболочки сердца и клапанов, требующее шестинедельного курса внутривенного введения антибиотиков. Инфекция разрушила его клапан, и потребовалась еще одна операция. На этот раз все было гораздо сложнее, но мистер Х. все же встал на ноги.

У него было множество забот. Главным пунктом в программе сохранения здоровья он считал уровень холестерина. При этом у него не наблюдалось никаких факторов риска заболевания коронарных артерий, они были в полном порядке. Однако мистер Х. придерживался очень жесткой диеты с низким содержанием животных жиров. «Моя жена очень строга со мной. Она внимательно следит за тем, чтобы мне в рот не попало ни капли холестерина».

Мы встретились с ним перед Рождеством, и я спросил, какой подарок он хотел бы получить больше всего. Мистер Х. ответил без малейшего колебания. Эта мысль явно не давала ему покоя.

— Я мечтаю об омлете. Я не ел его уже десять лет. Жена говорит, что для меня это блюдо — настоящий яд.

Я объяснил мистеру Х., что его заболевание вовсе не требует столь жесткого ограничения в потреблении холестерина.

— Я, пожалуй, даже пропишу вам омлет раз в неделю. По воскресеньям.

Чтобы быть уверенным в том, что его жена поверит такому назначению врача-кардиолога — а это было просто невероятно — я написал ей письмо, в котором подтверждал необходимость готовить мистеру Х. омлет из двух яиц раз в неделю. Во время следующего визита он просто светился от счастья.

— Никогда раньше я так не ждал воскресенья. — Его глаза сверкали. — Доктор, я давно не получал такого драгоценного подарка.

Альтернативная медицина и акупунктура

Акупунктура является одним из альтернативных методов терапии, которому часто приписывают возможность исцеления от самых разнообразных заболеваний. Этим словом называют чудесное

искусство Китая, способное снять любую боль. Акупунктура зародилась в далекой древности, но письменные источники впервые упоминают о ней в период правления Желтого Императора Хуана-ди, жившего в 2650 году до нашей эры. Она описывается в одном из самых ранних трудов по медицине, который называется «Хуан-ди Ней цзин», или «Классический труд по лечению внутренних болезней». Его авторами были многие ученые, жившие во II и III веках до нашей эры. Это сочинение впервые попало на Запад в XVII веке, когда в Пекине побывали миссионеры-христиане. Однако метод не получил широкой известности в течение еще 50 лет, пока французский ученый и дипломат Сулье де Моран не опубликовал результаты применения акупунктуры на практике.

Акупунктура базируется на философском воззрении древнего учения даоизма, основным принципом которого является понятие о борьбе двух противоположностей — инь и янь, составляющих основу Вселенной. Болезнь представляется как нарушение баланса этих противоположных, но взаимосвязанных сил. Единение этих противоположностей называется «ци» (ки), оно дает жизнь всему существу. Здоровье каждого живого существа зависит от баланса «ци». Болезнь — проявление недостатка или избытка «ци». Акупунктура направлена на восстановление гармоничного потока этой субстанции.

На теле человека находится примерно тысяча активных точек, образующих неповторимый рисунок. Линии, соединяющие отдельные точки, относящиеся к определенным органам, называются меридианами. Они проходят через все тело — от макушки до кончиков пальцев ног — и являются каналами, по которым течет загадочная ци.

Хотя акупунктура известна уже более пяти тысячелетий и применяется для лечения примерно одной пятой всего человечества, я не раз не слышал о ней во время обучения в медицинском институте. Однако, начав работать врачом, я узнал об этом искусстве от своих пациентов, которые рассказали, что при помощи установленных в определенные точки иглолок якобы можно вылечиться от многих болезней. Я прочитал об акупунктуре все, что было опубликовано на английском языке, но меня это не убедило. Меня смутило то, что этому методу приписывали способность исцеления практически от всех болезней, начиная от ангины и кончая язвой желудка. Считалось, что при помощи акупунктуры можно вылечить бронхит, сахарный диабет,

эпилепсию, гипертензию, импотенцию, бесплодие, мигрень, нефрит, ишиалгию и многое другое. Но, как известно, панацеи не существует.

Меня также насторожило отсутствие каких-либо анатомических или физиологических обоснований. Например, активной точкой для желчного пузыря является точка в основании черепа, а точки на запястьях отвечают за легкие. Депрессия считается следствием болезни печени, а страх — болезни почек. Я не мог поверить, что, если установить иглу в определенную точку на стопе, это наладит работу печени и тем самым избавит от депрессии. Мне показалось невероятным, что за пять тысяч лет существования этого метода не собрано никаких объективных доказательств его эффективности, при том, что медицина с огромным трудом преодолела свой субъективизм и некоторые ее представители уже готовы изучать с научной точки зрения такие источники, как народные предания.

Однако после личного знакомства с акупунктурой мой скептицизм был развеян. В юности я занимался санным спортом и поранил спину. Спустя много лет, в середине 60-х годов, у меня начались приступы сильной боли в спине и ишиалгия. В качестве лечения использовался постельный режим, и периодически мне приходилось проводить в кровати до шести месяцев. После подобных случаев временной инвалидности у меня начали пошаливать нервы, и я решил сделать операцию на позвоночном диске. Операция прошла успешно, и лет пять я прожил спокойно. Хотя приступы боли в спине периодически повторялись, мне больше не приходилось проводить много времени в постели.

В 1973 году я отправился в Китайскую Народную Республику в составе первой делегации американских кардиологов. Группа состояла из восьми самых выдающихся специалистов в области кардиологии, и возглавлял ее доктор Грей Даймонд из Канзаса. Самолет из Бостона летел прямо в Кантон, сделав две посадки для дозаправки в Сиэтле и Токио. После долгого перелета я почувствовал такую сильную боль в спине, что едва мог держать себя в руках. Даже очень мягкий матрас в гостинице казался мне средневековой дыбой. Временное облегчение я получал, только немного полежав на полу. Мои американские коллеги, настоящие светила в медицине, совершенно не знали, как облегчить эту боль. Самое лучшее, что они могли мне предложить, это тайленол и кодеин, которые кто-то захватил на случай зубной боли.

В полном отчаянии я обратился к нашим гостеприимным китайским хозяевам с просьбой помочь мне. Меня отвезли в институт традиционной китайской медицины. Там мне задали несколько вопросов по поводу моего недомогания, попросили раздеться, после чего в комнату вошли двое здоровяков, живо напомнивших мне борцов сумо. Они схватили меня за ноги и принялись тянуть в разные стороны. Боль была невыносимой: и мне показалось, что я теряю сознание. Когда «борцы» на минуту отпустили меня, я соскочил со стола и сказал, что мне уже гораздо легче. Вернувшись в гостиницу, я испытал еще большие муки, чем раньше. Обезболивающие, которые мне принесли китайцы, совершенно не помогли. Стеная от боли, я попросил найти мне специалиста по акупунктуре.

Через некоторое время в мой номер вошел невысокий, худощавый, совершенно не располагающий к себе мужчина. Он попросил меня лечь на живот, воткнул в мою ягодицу длинную тонкую иглу и начал вращать ее, но я ничего не почувствовал. Это его расстроило, и он снова воткнул иглу, как мне показалось, в ту же самую точку. Я сказал, что ощущаю покалывание и неприятную тяжесть. Мои мышцы, похоже, сопротивлялись вращению иглы. Доктор обрадовался и пробормотал что-то вроде «деци». Позже я узнал, что это означает «получать ци», т. е. заставить поток жизненной энергии перемещаться. Через несколько минут он велел мне встать и пройтись. Я категорически отказался. К моему удивлению, боль начала отступать, и мне не хотелось вновь вызывать ее перенапряжением от ходьбы. Я мечтал продлить эту временную передышку от нестерпимой боли.

Однако доктор продолжал настаивать на своем, и мне пришлось подняться. Я встал без посторонней помощи, затем сделал несколько шагов, не испытывая острой боли. Всего несколькими минутами раньше мне казалось, что седалищный нерв жгут каленым железом, теперь же я испытывал только небольшое онемение в этой области. Физически я ощущал себя вполне здоровым, но психически был в шоке. Доктор пришел через несколько дней и, кроме иглоукалывания, сделал мне мокса, т. е. прижигание тлеющей палочкой из китайской полыни. После этого я почувствовал себя еще лучше. Раньше при острой боли в спине мне приходилось неподвижно лежать в течение месяца или больше, а теперь всего через три дня я мог нормально

ходить. Через неделю я вместе с коллегами забирался на Великую Китайскую стену и спокойно перенес перелет из Гонконга в Бостон. В течение года я практически не вспоминал о своей спине.

Если бы об этом чудесном исцелении мне рассказал кто-то другой, я отнесся бы к этому скептически, но теперь не мог отрицать того, что произошло с моей собственной плотью. Было ли это психологическим трюком или акупунктура имеет под собой объективные основания? Как и следовало ожидать, я склонился ко второму. Вспомнив слова святого Августина: «Чудес не существует, есть только неоткрытые законы», — я больше не относился к акупунктуре как к шарлатанству и начал искать научные обоснования этого метода.

В Китае нам посчастливилось увидеть анестезию при помощи акупунктуры, которая применялась как в традиционных, так и в обычных клиниках. Великий кормчий Мао сказал: «Китайская медицина и фармакология являются великим народным достоянием. Необходимо приложить усилия, чтобы поднять их на более высокий уровень». На практике это означало развитие акупунктуры, траволечения и искусства массажа. Наш визит в эту страну пришелся на самый разгар «великой культурной революции». Каждое слово Мао считалось руководством к действию. Отсутствие должного энтузиазма при выполнении приказов считалось достаточным основанием для заключения в тюрьму, ссылки или другого, более страшного наказания. Но тем не менее это был период настоящего расцвета акупунктуры. Эффективность данного метода постоянно поддерживалась экстравагантными заявлениями о его целительной силе.

Но даже идеологическая шумиха не могла ослабить впечатление, которое производила хирургическая операция, выполняемая под анестезией при помощи иглоукалывания. Мы стали свидетелями операций на щитовидной железе, на сердце, а также удаления опухоли мозга. Самое сильное впечатление на меня произвела операция на сердце. Пациентом был молодой человек не старше 20 лет с дефектом сердечного клапана. Он вошел в операционную одной из ведущих больниц Шанхая, пожал руки всем присутствующим и лег на операционный стол. В операционной не было никакого оборудования, кроме баллона с кислородом, сфигмоманометра и выглядевшего довольно примитивно оксигенатора. Пациента обложили салфетками, ввели внутривенный катетер и вставили в ноздрю тоненькую трубочку,

через которую поступал кислород. Затем ему установили несколько игл в ушную раковину и левое запястье. Через 15 минут он задремал. После этого его подсоединили к очень старому аппарату искусственного кровообращения, чтобы обеспечить дополнительную циркуляцию крови.

Хирург был настоящим виртуозом. В одно мгновение он вскрыл грудную клетку и при помощи электрофибриллятора остановил сердцебиение. Желудочковые фибрилляции — это очень быстрый, хаотичный ритм, не дающий сердцу прокачивать кровь что позволяет хирургу работать с неподвижным органом. В отсутствие прибора, обеспечивающего кровообращение, пациент был бы мертв через несколько минут.

Я стоял у изголовья операционного стола и мог внимательно рассмотреть лицо пациента. Все происходящее казалось совершенно немислимым и ирреальным для человека, воспитанного в традициях западной медицины. Во время операции пациент несколько раз открывал глаза и разговаривал, хотя сердце не работало. Один выдающийся американский хирург, стоявший рядом со мной, никак не мог поверить своим глазам и постоянно спрашивал меня: «Вы видите то же самое, что и я?» Он прошептал мне на ухо, что с нами проделали какой-то особый китайский трюк, состоявший в массовом гипнозе.

Пациент застонал только дважды, когда хирург не смог быстро справиться с обильным кровотечением. Туловище пациента было накрыто хирургическим бельем, и он не видел, что делали в его грудной клетке. Так как хирург работал молча, я мог только догадываться, о чем в этот момент думал пациент. Когда ситуация была взята под контроль, пациент мгновенно успокоился.

Операция подходила к концу, уже начали накладывать швы, и я подумал: как же они будут восстанавливать сердцебиение, ведь в операционной нет дефибриллятора. В этот момент в операционную вкатили кардиодефибриллятор, который я разработал лет десять назад (см. гл. 13). Электродные пластины наложили на грудь пациента и подали на них электрический разряд. В ту же секунду сердце начало нормально сокращаться.

Врачи и медсестры выстроились передо мной в шеренгу, поклонились и сказали: «Спасибо за служение народу». Пациент сел,

еще раз пожал всем руки, самостоятельно перебрался в кресло-каталку и покинул операционную.

Спустя несколько лет китайцы признали, что акупунктура не всегда является эффективной заменой традиционной анестезии, и перестали применять ее для операций на брюшной полости и для гинекологических операций.

Далеко не все люди восприимчивы к анестезии при помощи акупунктуры. Но тем не менее это великолепный метод снижения восприимчивости к боли. До сих пор остается невыясненной природа этого явления. Пытаясь разгадать загадку, я посетил Шанхайский институт традиционной китайской медицины, основной центр исследования акупунктуры. Там я нашел доказательства ее высокого потенциала как средства анестезии. Я был свидетелем эксперимента, который способен вызвать шок у многих людей.

Кролик был помещен в специальную люльку и мог двигать только головой. Перед его носом поместили спираль накаливания. При включении электрического реостата спираль нагревалась докрасна, и кролик тут же отдергивал нос. Это повторялось несколько раз, а затем в ноги кролика ввели несколько игл, подсоединенных к электростимулятору. Когда спираль перед носом кролика в очередной раз начала раскаляться, он не пошевелил головой. Не веря своим глазам, я со смешанным чувством удивления и ужаса смотрел на то, как нос животного почернел и обуглился. В лаборатории запахло паленым. Этот жестокий эксперимент развеял все мои сомнения относительно способности акупунктуры отключать болевые ощущения.

Но каким образом иглы могут блокировать боль? Китайские ученые предлагают несколько объяснений.

Одно из них состоит в том, что спинной мозг обладает способностью «отключаться» под влиянием некоторых стимулов. Согласно этой теории акупунктура стимулирует нервные окончания таким образом, что они перестают передавать в мозг сигналы боли. По другой теории, при воздействии на определенные точки в кровь поступает большое количество нейропептидов, которые гасят восприимчивость к боли. В поддержку этой теории говорит тот факт, что при переливании крови животного, подвергнутого

иглоукалыванию, контрольному животному, которому иглоукалывание не делалось, у последнего снижалось восприятие боли.

Доктор Давид Эйзенберг, долгое время изучавший традиционную китайскую медицину, сделал следующий вывод: «Существует достаточное количество научных доказательств того, что акупунктура может воздействовать на восприятие боли животными и людьми». Он высказал предположение, что это происходит из-за выброса в кровь эндорфинов — соединений, действие которых сходно действию опиума. И в самом деле, китайские ученые сообщали о случаях возникновения акупунктурной зависимости. У таких людей во время иглоукалывания появлялась эйфория. Когда же иглоукалывание прекращалось, у них возникали тошнота, головная боль, апатия, боль в животе. Все эти симптомы исчезали сразу же после сеанса акупунктуры. Следовательно, можно предположить, что акупунктура стимулирует мозг таким образом, что он начинает вырабатывать нейромедиаторы, такие, как эндорфины или энкефалины, вызывающие привыкание.

Мой собственный опыт и наблюдения, сделанные во время нескольких поездок в Китай, вызвали у меня ряд вопросов из области нейрофизиологии и психологии. Если стимуляция нервной системы может настолько блокировать прохождение болевых сигналов, что позволяет делать операции на головном мозге и органах грудной клетки без анестезии, значит, на поверхности тела расположены мощные механизмы, способные влиять на восприимчивость мозга и интерпретацию физических ощущений. Можно ли добиться этого другим способом, без иглоукалывания? Возможно, точечный массаж и акупрессура, или надавливание на определенные точки, также окажутся эффективными.

Не является ли нейропсихологическое воздействие акупунктуры сходно эффекту плацебо? Плацебо — важный аспект терапии. Почему инертная пилюля, покрытая сахарной глазурью, способна изменять функции организма? Пожалуй, никто не может быть абсолютно уверен в том, что свойства, приписываемые тому или иному лекарственному препарату, частично или полностью не определяются эффектом плацебо. Плацебо, как и настоящие препараты, может провоцировать самые разнообразные реакции организма. По мнению доктора Герберта Бенсона, его эффективность определяется тремя важнейшими

элементами: верой и надеждой пациента, верой и надеждой врача, а также взаимоотношениями между ними. Эти же элементы являются основой и ряда методов альтернативной медицины.

Я часто использовал многие из этих методов для решения проблем, которым не мог найти научного объяснения. Далекое не все из того, что встречается в реальной жизни, можно найти в книгах. Уникальность каждого человека выражается в следующем: то, что хорошо для одного, может совершенно не подходить другому. Иногда успех достигается при помощи совершенно невероятных приемов. Сегодня врач не станет заниматься гипнозом сам, а пошлет пациента к опытному психологу. Врачи боятся судебных исков и потому стараются не применять новые или недостаточно проверенные методы. Страх делает врачей нерешительными, осторожными. В результате их работа далеко не всегда бывает эффективной.

Икота и гипноз

Это случилось в конце 50-х годов. Меня пригласили осмотреть одного пациента из отделения легочных больных. Это был врач из Западной Виргинии, пожилой афроамериканец, худой и морщинистый, выглядевший старше своих 53 лет. Ему требовалась обычная консультация кардиолога перед предстоящей операцией на легком. Доктор У. был в состоянии сильной депрессии. Ему собирались делать торакотомию, т. е. вскрытие плевральной полости через грудную клетку. Врачи подозревали рак, так как в течение последних 30 лет он выкуривал по три пачки сигарет в день, в те годы еще не существовало иных методов определения рака, кроме как хирургическое вмешательство. Однако самые большие страдания доктору приносила частая непрекращающаяся икота, сотрясавшая его длинное, худое тело. Спазмы появлялись только во время бодрствования и были такими сильными, что мешали пациенту есть.

Доктор У. икал каждый день на протяжении последних двух лет. Он обращался за помощью во многие медицинские центры, однако ни одно лекарство, ни одна процедура не облегчили его состояние. Он

даже перенес операцию на левом диафрагмальном нерве, в результате которой диафрагма оказалась частично парализованной. Но даже после этой неприятной операции икота не прекратилась. Он совершил попытку самоубийства и попал в психиатрическую больницу Массачусетса. При поступлении в клинику ему сделали рентгеновский снимок грудной клетки и обнаружили затемнение в легких. Когда доктора У. перевели в больницу Питера Бента, состояние его было плачевным, Он похудел более чем на 30 кг, так как страдал от жестокой анорексии. Было высказано предположение, что икота является следствием раковой интоксикации.

Я никогда раньше не видел такого грустного человека. Больше всего меня огорчало и возмущало то, что в наш прогрессивный век медицина не может справиться с элементарной икотой. В его карте я записал, что опухоль, скорее всего, доброкачественная и появилась вследствие неподвижности левой части диафрагмы, а также пометил, что икоту вполне можно вылечить.

После этого я на несколько дней уехал, а когда вернулся, помощник сообщил, что доктор У. теперь мой пациент. Его перевели в мое отделение хирурги, которые не хотели иметь дело с таким непонятным случаем, тем более что я объявил себя великим знатоком икоты. Прочитав увесистую историю болезни доктора У., я весьма расстроился. Оказалось, что он перепробовал на себе все возможные способы лечения икоты, известные в медицине: клал сахар под язык, вдыхал закись азота, нюхал чеснок, использовал самые экзотические методы, но все оказалось безрезультатно.

Мое отчаяние достигло предела, когда я понял, что не только не являюсь специалистом по икоте, но не могу придумать ни одного нового способа ее лечения. Что же мне делать с этим несчастным человеком? Сам доктор У. сказал, что — если мы не избавим его от икоты, он сведет счеты с жизнью, так как не может больше терпеть этот ад. Икота разрушила его брак, из-за нее он потерял медицинскую практику и превратился в нищего инвалида.

Следующие несколько дней я не мог думать ни о чем другом, кроме этой проклятой икоты. Чтение научной литературы ничего не дало. Одна мысль постоянно вертелась в голове, не давая покоя. Если икота — следствие того, что опухоль раздражает нервное сплетение, то почему тогда она прекращается по ночам? Если икота исчезает во

время сна, то, скорее всего, является следствием функционального расстройства, а не физического воздействия. Это соображение вселяло в меня оптимизм. Возможно, причину икоты установить не удастся, но можно ли днем вызвать у пациента такое же расслабленное состояние, какое бывает во время сна? И вдруг меня осенило. Эврика! Ведь для этого можно использовать гипноз? Такое решение было не случайным. Годом раньше я работал с группой специалистов над изучением последствий хронического стресса для сердечно-сосудистой системы, индуцированных методами постгипнотического воздействия.

Воодушевленный тем, что гипноз для лечения этого случая хронической икоты не применялся, я решил обратиться за помощью к великолепному психологу доктору Мартину Орну из Массачусетса. Он был очень молод, но уже завоевал широкое признание как специалист по гипнозу. Мы вместе участвовали в упомянутом исследовании, поэтому я хорошо его знал. Я позвонил доктору Орну, и он подтвердил, что в данном случае гипноз действительно является вполне обоснованным терапевтическим методом.

— Вы сможете посмотреть его завтра? — спросил я.

— К сожалению, не смогу. Вы буквально вернули меня от двери. Я еду в аэропорт.

— Ничего страшного. Этот человек мучается икотой уже два года. Так что еще пара дней погоды не сделает. Мы будем ждать вас сразу после возвращения, — сказал я, пытаясь скрыть огорчение. Но когда доктор Орн сообщил, что улетает в Калифорнию на шесть недель, огорчение переросло в отчаяние.

— Что же мне делать? — взволнованно спросил я.

Орн произнес со своим надменным немецким акцентом, что я смогу справиться и без его помощи.

— Все очень просто. Вы загипнотизируете доктора У. сами. Делайте все так же, как делал я в прошлом году. У вас все получится. — Он дал мне несколько простых советов по поводу гипноза и предупредил ни в коем случае не упоминать слово «икота», когда пациент будет находиться в трансе. Затем пожелал мне успехов и положил трубку.

На следующий день я повесил на дверях палаты доктора У. табличку: «Не входить. Идет сеанс лечения». Мне трудно было припомнить случаи, когда я так волновался. Но я увяз по уши,

отступать было некуда. Доктор У. поддался гипнозу очень легко. Он был готов и хотел принять любое средство, которое принесло бы ему облегчение. Так как мне было запрещено говорить об икоте, я забормотал: «Вы спокойны, совершенно спокойны, вы очень-очень спокойны». От этого похожего на заунывную молитву бормотания меня самого начало клонить в сон, но на икоту оно не возымело никакого действия. Не произошло абсолютно ничего. Сеансы гипноза длились 20 минут, и я стал проводить их каждое утро. День ото дня мое отчаяние усиливалось, так как в состоянии пациента не наблюдалось ни малейших изменений. Тем временем я стал замечать, что персонал больницы странно перешептывается за моей спиной. На меня бросали любопытные взгляды, медсестры при моем появлении необычно оживлялись. Не вызывало сомнений, что все были крайне заинтригованы и хотели узнать, чем же я занимаюсь за закрытыми дверями.

Однажды во время осмотра доктора У. мне пришла в голову мысль попросить его подсчитать, сколько раз в день он икает. Это задание прозвучало довольно глупо, но у меня созрел неожиданный план. Я дал ему тетрадь и предложил способ подсчета спазмов. Перед началом очередного сеанса гипноза я спросил, сколько раз за прошедший день он икнул. Оказалось, что 43657 раз. Введя его в транс, я сказал, что на следующий день число «иков» не будет превышать 40 тысяч. При этом я ни разу не употребил слово «икота». Время до следующего визита тянулось бесконечно.

На следующий день, едва завидев доктора У., я выпалил вопрос, мучивший меня последние 24 часа: «Сколько вы насчитали сегодня?». Мой пациент довольно равнодушно назвал цифру — 38632. Я едва сдержал возбуждение. Так как он икнул примерно на 5 тысяч раз меньше, я решил уменьшить число «иков» на столько же. Праздновать победу было еще рано, но я наконец-то увидел лучик света в конце длинного тоннеля. На этом сеансе гипноза я сказал: «Завтра число будет меньше 34500». На следующий день оно составило 34289. Каждый день я сокращал число на 5 тысяч, и каждый раз результат был превосходным.

Когда мы дошли до 15 тысяч, улучшение стало заметным. Доктор У. начал выходить из депрессии. Впервые у него появилась надежда, он стал улыбаться.

Мы вели конструктивные беседы о его возвращении домой и восстановлении разбитой вдребезги жизни.

Когда мы дошли до числа 5 тысяч, я снизил темп. Однажды доктор сказал, что в автомобиле икота становится непереносимой. В тот момент он совсем перестал икать, и во время одного из последних сеансов я внушил ему, что, когда он сядет за руль автомобиля, число будет равно нулю. Мы с ним даже прокатились на моем автомобиле, и он ни разу при этом не икнул. Доктор У. поблагодарил меня за успешное лечение и вернулся домой.

Все описанное происходило в течение почти трех недель, и я ни минуты не был спокоен. Я постоянно спрашивал себя, зачем я втянулся в эту затею? Зачем выставил себя посмешищем перед коллегами, подверг риску свою карьеру? Хотя мою методику нельзя было назвать откровенной халтурой, некий элемент халтуры в ней все же присутствовал. Я обратился к гипнозу в первый и, надеюсь, в последний раз в жизни, потому что больше не сталкивался с подобной проблемой. Но если бы она передо мной возникла? Я наверняка воспользовался бы гипнозом снова.

Врач должен владеть двумя искусствами — искусством лечить, которое немислимо без обладания научными знаниями, и искусством исцелять. Наука никогда не сможет полностью подменить человеческие отношения, как не сможет подменить искусство. В медицине всегда найдется место для альтернативных методов, развивающихся параллельно с наукой. Правда в том, что душа неподвластна мозгу. Медицина не может отказаться от исцеления страждущих душ, так как это обязательно отразится на физическом исцелении.

Глава 10

Халатность вредит целительству

Когда врачей спрашивают, что их беспокоит больше всего, они всегда говорят о судебном преследовании. Большинство врачей считают, что слишком ретивые адвокаты разлагают медицину, вытаскивая на свет действительные или воображаемые ошибки врачей. Обвинения в халтурном отношении к работе обрушиваются на медицинских работников по любому поводу, начиная от высоких цен на лекарства, постоянно растущих расценок на услуги и гонораров специалистов, до сугубо механического подхода современной медицины и разрушения взаимоотношений между врачом и пациентом. Некоторые специалисты полагают, что реформу медицины необходимо начинать именно «с точного определения, что следует считать халтурой». Самое спокойное время медицина переживала в начале XX века, когда врачи работали в небольших населенных пунктах, и их образования вполне хватало для того, чтобы лечить людей. Даже если врач не вполне был уверен в точном диагнозе, что не являлось редкостью, он знал своих пациентов, приходил к ним домой, знакомился с семьей и был в курсе всех психологических и социальных потрясений. В современной Америке эта идиллическая картина может существовать только в воспоминаниях. В больших городах врачи не имеют представления о жизни своих подопечных. Страх быть обвиненным в неправильном лечении возникает у врача еще до того, как он впервые увидит пациента. Сегодня люди едва могут позволить себе потратить время на рукопожатие и короткую беседу. «Зажатый» плотным расписанием, врач отводит на общение с пациентом не более 20 минут, причем в это время его могут отвлекать телефонные звонки и другие неожиданности. Поэтому вопросы в основном относятся к основной жалобе, которая часто не имеет ничего общего с истинной причиной заболевания. Физический осмотр так же поверхностен, как и история болезни.

В результате врач не в состоянии понять подоплеку случившегося с пациентом и в лучшем случае может помочь временно облегчить симптомы. Когда история болезни записывается конспективно, врач

теряется в океане возможных диагнозов, и ему остается только уповать на результаты сложных тестов и анализов. Если же история болезни составлена тщательно, то вкупе с результатами простейших тестов содержит около 85 процентов данных, необходимых для правильной постановки диагноза. Дорогостоящие тесты и инвазивные процедуры дают лишь 10 процентов такой информации. Однако врачи вынуждены назначать их, чтобы не быть обвиненными в халтуре. При этом логика такова: если все возможности диагностики исчерпаны, это поможет отстоять доброе имя врача в суде. Раньше, когда ребенок падал с велосипеда, от врача требовалось только обработать ссадину. Теперь, прежде чем отправить пострадавшего домой, его обязательно всесторонне обследуют, чтобы выявить возможные скрытые повреждения. Один молодой врач объяснил мне: «Я занимаюсь всем этим идиотизмом, чтобы прикрыть свою задницу».

Горькая ирония состоит в том, что желание избежать судебного преследования приводит к тому, что врачи приносят больше вреда, чем пользы. Любое действие в отношении пациента должно нести в себе минимальный риск нежелательных последствий. Нет ни одной абсолютно безопасной процедуры. Даже простой укол может привести к возникновению тромбов или занесению инфекции. Часто применяемая катетеризация сердца вызывает опасные для жизни осложнения в каждом четырехсотом случае. Кроме того, практически ни одно обследование не проводится без дополнительных тестов, которые призваны подтвердить или опровергнуть первоначальный результат.

Любой самый обыденный и стандартный анализ бывает ошибочным в 5 процентах случаев. Ошибочный отрицательный результат означает, что тест не смог определить заболевание, которое на самом деле имеется у пациента. На мой взгляд, гораздо опаснее ошибочный положительный результат, так как за ним мгновенно следует назначение огромного количества дополнительных анализов и процедур. Например, если в результате тестирования на тренажере электрокардиограмма показывает изменения, характерные для заболевания коронарных сосудов, врач часто назначает коронарную ангиографию, которая не только является очень дорогостоящей процедурой, но несет в себе риск опасных осложнений. Если результаты теста положительны, его могут повторить. Если во второй

раз результат будет отрицательным, то общая картина считается непоказательной и назначается третий тест. Только если в последнем случае результат окажется отрицательным, первый тест считают ошибочным. Пока ситуация проясняется, проходит много недель и даже месяцев. Все это время пациент живет в страхе перед вероятностью рака, болезни сердца или других опасных заболеваний.

Упование на тесты и процедуры объясняется самой природой медицины. Многие проблемы, с которыми сталкивается врач, не имеют готовых решений, однако находить их надо. Врач должен накопить очень большой опыт, чтобы уметь лавировать в океане неопределенности. В медицинских институтах студентов учат тому, что медицина является научной дисциплиной. Это лишний раз доказывается и во время практики в больницах, переполненных сложнейшими приборами, которые, казалось бы, могут помочь «разложить по полочкам» любой сложный случай.

Другим фактором, толкающим врачей к назначению многочисленных тестов, является то, что их знания почерпнуты в основном из медицинских энциклопедий. Чем меньше у врача опыта, тем труднее ему выбрать правильное решение из огромного количества возможных. Только опытный врач-практик, понимающий, что необычные заболевания встречаются довольно редко, сможет позволить себе не подвергать пациента многочисленным обследованиям по любому поводу.

Этим объясняется тот факт, что при приеме в больницу пациенту приходится подвергаться всем мыслимым и немыслимым проверкам. Главный вопрос, на который при этом пытаются получить ответ, звучит так: не страдает ли он тем или иным заболеванием? Поскольку назначения на анализы в основном выдают начинающие, неопытные врачи, неудивительно, что главный упор делается на технические методы. Вот почему даже в очень хороших больницах находится множество пациентов с осложнениями. Главная опасность не в том, что там работают молодые и неопытные врачи, а в том, что в их руках находится «тяжелая артиллерия» — новейшие приборы и методы анализа. Поэтому больницы — опасное место для больных людей.

Я до сих пор с болью вспоминаю о том, как трагическая цепь событий привела к гибели одного моего пациента, страдавшего коронарным заболеванием. Он был профессором, снискавшим

всемирную известность. Я наблюдал его в течение 20 лет. На второй день после удаления опухоли мочевого пузыря он перенес легкий сердечный приступ. Дежурный врач из хирургического отделения сделал вывод, что у пациента развилась застойная сердечная недостаточность, и, не проконсультировавшись ни с кем, решил ввести ему катетер Свона — Ганца для мониторинга сердечного давления. При этой процедуре катетер вводится через шейную вену и через правый желудочек помещается в боковую легочную артерию. Это дает возможность измерять давление в левом желудочке и помогает следить за балансом жидкости в организме пациента. Теоретически такая процедура дает массу ценной информации, но на практике ее используют крайне редко. В данном случае она была абсолютно не нужна.

На следующий день я узнал от медсестер, что мой пациент крайне взволнован тем, что в его сердце ввели катетер. Достигнув правого желудочка, последний вызвал желудочковую тахикардию, которая быстро перешла в желудочковую фибрилляцию, закончившуюся остановкой сердца. После долгих и трудных реанимационных процедур профессор прожил всего пять дней. Когда у врача спросили о целесообразности назначения этой процедуры, он ответил, что в противном случае его могли обвинить в халатности. Но для 80-летнего пациента, перенесшего сердечный приступ, эта процедура оказалась чрезмерной.

Можно рассказать о многих случаях, когда потрясающая некомпетентность приводила к страшным трагедиям. Людей возмущает то, что врачи часто не решаются публично осудить несостоятельного коллегу. Не так давно средства массовой информации широко комментировали случай, произошедший с мужчиной 44 лет, который лег в больницу по поводу несложной операции на поясничном отделе позвоночника. Его пребывание в стационаре должно было продлиться не более нескольких дней, однако он пробыл в больнице шесть месяцев. Выписали пациента с тяжелейшим повреждением головного мозга, в результате чего ему приходилось ежедневно принимать до 70 таблеток, чтобы предотвратить припадки. Ответственность за эту трагедию нес пьяный анестезиолог, давший пациенту дозу успокоительного, в десять раз превышавшую допустимую. Кроме того, во время операции он не

удосужился проследить за жизненными показателями пациента. Если врачи сохраняют молчание перед лицом такого чудовищного проявления халатности, этому нет и не может быть оправдания.

Безусловно, причинению страданий нет оправданий, однако на эту проблему следует взглянуть и с другой стороны. Вследствие халатности совершается ничтожно мало ошибок, приводящих к потере здоровья или даже жизни. Я считаю, что гораздо больше несчастных случаев происходит по вине квалифицированных врачей, которые халтурно относятся к составлению истории болезни и делают основной упор на применение технологических средств. Тем самым они причиняют пациентам больший ущерб, чем их некомпетентные коллеги. К сожалению, критики обращают внимание в основном на неординарные случаи, игнорируя более серьезную проблему, рожденную самой природой современной медицины.

Еще больше страданий и смертей следует отнести на счет лекарственных препаратов, которые выписываются в огромных количествах и далеко не всегда в правильном сочетании. Никакое хирургическое вмешательство, никакая инвазивная процедура не наносят столько вреда, сколько лекарственные средства. Практически каждую неделю мне приходится иметь дело с пациентами, страдающими, от побочных действий прописанных им препаратов.

В самом начале своей карьеры я понял, что даже самые добросовестные и блестящие врачи не застрахованы от ошибок. Когда я был практикантом у доктора Левайна, тот попросил меня навестить одного из своих пациентов, который приехал издалека и остановился в гостинице. В тот день в Бостоне разыгрался буран. Мистер Г. в течение многих лет страдал заболеванием сердца и застойной сердечной недостаточностью и постоянно принимал препараты наперстянки. Придя к нему в номер, я обнаружил, что он находится в критическом состоянии. Легкие были заполнены жидкостью, а сердце билось с частотой 160 ударов в минуту. Такой ритм определяется как пароксизмальная предсердная тахикардия с блокадой (см. гл. 11) и является следствием передозировки препаратов наперстянки. Из-за плохой погоды было невозможно воспользоваться «скорой помощью», и я решил дать пациенту хлористый калий, являющийся антидотом сердечных гликозидов. Спустя несколько часов у мистера Г.

восстановилось нормальное сердцебиение, и он почувствовал себя лучше.

Но каким образом он мог отравиться препаратом наперстянки? Когда утром следующего дня я рассказал Левайну о случившемся, тот не мог поверить в это, так как пациент на протяжении многих лет принимал одну и ту же дозу дигитоксина без видимых признаков отравления. Помимо дигитоксина ему было назначено лишь мочегонное для выведения избыточной жидкости из организма. Левайн показал мне свой журнал, где действительно было указано, что в течение нескольких лет доза дигитоксина не менялась и составляла 0,1 мг.

Мистер Г. рассказал, что три месяца назад, во время последнего визита получил от Левайна новый рецепт, и заказал лекарство в одной из аптек, расположенных рядом с больницей Питера Бента. Желая поиграть в Шерлока Холмса, я отправился в эту аптеку и проверил рецепты. Каково же было мое изумление, когда я нашел рецепт, написанный четким почерком Левайна, где указывалась вдвое большая доза препарата, чем обычно. В рецепте ясно было написано: 0,2 мг дигитоксина в день. Левайн был очень расстроен, когда я рассказал ему об этом. Он не смог объяснить свою ошибку, прекрасно понимая, что удвоенная доза препарата могла стать для пациента смертельной. Это был печальный пример того, что даже хорошие врачи небезгрешны.

Любой человек может ошибиться. Среди врачей распространено мнение, что большинство обвинений в халатности не имеет под собой достаточных оснований. Эмоции врачей по этому поводу вполне понятны. Вряд ли что-то может сравниться с потрясением от вызова в суд по поводу обвинения в неправильном лечении. Врача начинают мучить чувство вины, стыд, страх перед обвинением в халатности, масса времени уходит на общение с адвокатами, утрачивается спокойствие. Постепенно в человеке накапливаются злость и обида, которые, к сожалению, часто выплескиваются на пациентов, а это создает предпосылки для новых обвинений в халатности.

Шок от судебных разбирательств еще больше усиливается от убежденности в том, что, как утверждает законодательная медицина «...никогда еще качество медицинской практики не было так высоко, никогда стандарты не были такими точными, а врачи —

квалифицированными. Объем и интенсивность работы врачей беспрецедентны». Тут, как говорится, добавить нечего.

Случаи халатности в американских больницах тщательно изучаются. Те или иные увечья получает только 1 процент от общего количества госпитализированных пациентов. Однако если в течение года в больницы попадает примерно 30 млн человек, то даже столь невысокий процент составляет 300 тысяч случаев, т. е. 800 пострадавших ежедневно. Но пациенты не столь скандальны, как средства массовой информации. Профессия врача все еще пользуется доверием. Количество поданных пациентами исков намного меньше числа случаев халатного обращения. По данным исследования, проведенного в Гарварда, только 1,53 процента пациентов, пострадавших от халатности врачей, подают в суд. В США суд рассматривает лишь каждый восьмой случай преступной небрежности, а компенсации выплачиваются лишь в каждом 14-м случае. Исследователи делают вывод, что «суд редко удовлетворяет иски пациентов о выплате компенсаций и не часто выносит врачам обвинительный приговор за халатное обращение».

Даже в таком сутяжном государстве, как Соединенные Штаты, имеется лишь один шанс из 50, что врач в случае халатного обращения с пациентом предстанет перед судом.

В тени остается и денежная сторона вопроса. Только 1 процент средств, затрачиваемых на здравоохранение, идет на погашение судебных исков. Врачи в среднем тратят 2,9 процента своих доходов на выплаты страховым компаниям, при этом в фонд «профессиональной поддержки» идет 2,3 процента. Именно страховые компании, а не жертвы халатности, греют руки на страхе врачей перед судебными разбирательствами. Например, в 1991 году они получили прибыль в размере 1,4 млрд долларов.

Так к чему вся эта суеда? Ответ вполне очевиден. Страх перед возможными обвинениями стал оправданием для назначения дорогостоящих процедур, особенно инвазивных. Чем сильнее давление со стороны судебных инстанций, тем выше доходы врачей. Случай с мониторингом — наглядный тому пример. Было время, когда почти 50 процентов пациентов с трансмуральным инфарктом миокарда подвергались такой процедуре. Считалось, что это наиболее эффективный способ проверки работы сердца. Проведя данную

процедуру, врач получал дополнительно к зарплате еще несколько сотен долларов, причем выполняемая им работа не представляла большой сложности, а и без того страдающий пациент подвергался дополнительным мучениям. По-моему, этот метод мониторинга не намного информативнее обычного врачебного осмотра.

Мой опыт главного врача отделения интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью показывает, что катетеризация Свона — Ганца в 10 процентов случаев сопровождается осложнениями. Это могут быть как обычные гематомы, так и серьезные инфекции или опасные для жизни нарушения сердечного ритма. Страх перед судебной ответственностью стал оправданием слишком частого применения опасных процедур, причем чем дороже процедура, тем она популярнее. Когда расценки на катетеризацию Свона — Ганца упали, ее стали делать намного реже, хотя основания для ее проведения формально не изменились.

Почему пациенты подают в суд

Пациенты, предъявляющие судебные иски врачам и больницам, часто называют главной причиной отсутствие должной заботы. Другая претензия заключается в том, что доктора невозможно найти, когда он необходим. Еще одним распространенным мотивом является то, что врач проигнорировал нужды пациента и не смог предсказать исход его заболевания. Отсюда следует, что основанием для исков на самом деле является отсутствие должного контакта между врачом и пациентом, а не халатность в чистом виде.

Все это приводит к еще большему накалу страстей. Долгие судебные разбирательства отнимают массу времени и душевных сил. Более того, суд чаще всего выступает против истца. Хотя многие врачи полагают, что суд рассматривает преимущественно пустячные дела, они ошибаются. Судьям приходится иметь дело с большим количеством несчастных случаев, приведших к длительной потере трудоспособности, повлиявших на личную и социальную жизнь пациентов. По данным одного исследования, в 52 процентах случаев

халатности наступила смерть или наблюдались анатомические деформации, в 20 процентах случаев врачей обвиняли в нанесении морального ущерба. Более 70 процентов исков направлено против хирургов, акушеров-гинекологов и врачей «скорой помощи». Большая часть таких исков подается по совету профессионалов, работающих в системе здравоохранения.

В одной из статей, опубликованной в Англии, говорится о том, что только нанесение вреда не является поводом для обвинения в халатности. Оно выносится в том случае, если при этом присутствовали равнодушное отношение врача и недостаточное общение с пациентом. Больные ставят врачам в вину то, что последние не объясняют своих действий, недостаточно откровенны и честны, не приносят извинений за неправильные действия и не обращают должного внимания на жалобы. Более трети жалобщиков воздержались бы от предъявления иска, если бы им принесли извинения или дали соответствующие объяснения.

Это же исследование указывает на три основные причины, побуждающие людей искать защиты у закона. Во-первых, чистый альтруизм. Пострадавшие не хотят, чтобы их близкие и знакомые пострадали так же, как они сами. Во-вторых, желание получить правдивое объяснение тому, что произошло. И наконец, третья, наименее серьезная причина — получение денежной компенсации за перенесенные страдания. Аналогичные исследования ситуации в США показали, что и здесь пациенты в основном стремятся получить разъяснения и заставить призванных к ответу извлечь урок из содеянного. Финансовая сторона вопроса — также не самая важная. Судебный процесс становится средством побудить врача осознать ответственность за свои действия, а также способом разделить с другими людьми гнев и обиды за страдания. Один пациент очень точно сформулировал чувства, разделяемые многими: «Если бы меня попросили выразить свою мысль в двух словах, я сказал бы «ответственность» и «справедливость». Создается впечатление, что врачи как бы стоят в стороне от страданий, которые приходится претерпевать остальным людям».

Как избежать халатности

В медицинских кругах бытует мнение, что ни один врач вне зависимости от опыта и человеческих качеств не может избежать обвинения в халатности. На все — воля случая. Под этим подразумевается то, что «для защиты от обвинения единственно приемлемым вариантом является покупка страховки на случай проявления халатности». Однако я считаю, что врачи, которых волнует возможность предстать перед судом, закончат именно этим. Страх перед правосудием изменяет сознание врача, приводя к двум последствиям. Во-первых, увеличивается количество инвазивных процедур, таящих а себе риск нежелательных осложнений для пациентов, а во-вторых, каждый пациент заранее рассматривается как потенциальный оппонент в суде. Тактика защиты разрушает профессионализм и обезчеловечивает медицину. Вместо заботливого и дружелюбного доктора пациент встречает равнодушного и подозрительного человека. Такая атмосфера, естественно, не способствует установлению взаимопонимания, недовольство пациента нарастает с каждой минутой. Если между пациентом и врачом отсутствует человеческий контакт, то любая неприятная неожиданность, например слишком большой счет или осложнение, провоцирует пациента начать тяжбу. И нет ничего удивительного в том, что пациент со спокойной душой обвиняет человека, которого практически не знает.

Ошибочно полагать, что судебные иски редко имеют под собой реальную основу. Пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, приходят в больницу, чтобы получить волшебное избавление от страданий, однако их быстро разубеждают в такой возможности. Ни одно из современных лекарственных средств не в состоянии вернуть прежнюю гибкость суставу, пораженному артритом. В чемоданчике врача нет средства, избавляющего от хронической эмфиземы. Большинство хронических заболеваний не поддается лечению, однако если относиться к пациенту внимательно и уважительно, то болезнь переносится легче. Даже самое незначительное проявление доброты со стороны врача запоминается надолго. Я всегда поражался тому, как мало претензий предъявляют хиропрактикам и другим представителям альтернативной медицины. Крайне редки судебные иски против внимательных и заботливых

врачей, не жалеющих времени на общение с пациентами. Главная их черта — способность внимательно выслушать больного.

Для меня все эти соображения вполне очевидны, но они производят мало впечатления на некоторых моих коллег. Приведу один пример. Пациент спросил у хирурга, в чем будет заключаться послеоперационный уход. «Я работаю в операционной. Все вопросы задавайте медсестре», — последовал резкий ответ. Другой пациент попросил меня достать фотографию хирурга, который неделей раньше пересадил ему клапан аорты. Сначала я решил, что доктор произвел на пациента сильное впечатление и тот хочет таким образом выразить свою признательность. Однако последовавшие за просьбой пояснения быстро вернули меня с небес на землю. «Я даже не знаю, как он выглядит. Мы встречались с ним только один раз, в операционной, когда я был без сознания. Он ни разу не навестил меня ни до, ни после операции». Такие, казалось бы, мелочи наводят на мысль о халтурном отношении к своим обязанностям.

Чтобы предотвратить судебные разбирательства, прежде всего необходимо признать, что врачебные ошибки неизбежны. Ошибки бывают в любой сфере человеческой деятельности. Но если артист перепутает слова, то зритель не поймет смысла пьесы, а если ошибку допустит врач, будет травмирован живой человек. Каждый пациент уникален, работа врача в основном представляет собой экспериментальный поиск, связанный с вероятными ошибками. Ни один врач не может быть до конца уверен в реакции отдельного пациента на тот или иной вид вмешательства, но чувство личной ответственности во многом помогает предотвратить нежелательные последствия. Трудно жить постоянно настороже, но это помогает не нарушить заповедь Гиппократов: «Не навреди» («Primum non nocere»). Перефразируя Бертольда Брехта, можно сказать, что предметом медицины нужно считать не расширение пределов бесконечной мудрости, а ограничение бесконечных ошибок.

При серьезном несчастном случае бывает трудно установить его причину, однако в подобных ситуациях я склонен винить врача за отсутствие клинического воображения и неспособность предсказать возможные последствия. С этим я столкнулся на примере моей матери. Ей было больше 90 лет, но она сохраняла поразительную ясность ума. Она жила одна, дорожа своей независимостью. Однажды я зашел к ней

во второй половине дня и обнаружил, что она чем-то сильно расстроена и что ей не было свойственно — все еще была одета в ночную рубашку. Не дав мне поздороваться, мать заявила, что устала, от страданий и хочет умереть. У нее пропал аппетит и не хватало сил даже донести ложку до рта. Но больше всего ее огорчало то, что она начала путаться в мыслях. При этом мать сказала, что у нее не было температуры или какого-либо другого недомогания и что ей не назначали новых препаратов. Тем не менее я решил проверить ее аптечку и обнаружил, что вместо таблеток дигоксина по 0,125 мг там лежат таблетки по 0,25 мг. Оказалось, что таблетки закончились у нее три недели назад, ее лечащий врач отсутствовал и другой доктор позвонил в аптеку и велел возобновить рецепт. Произошла какая-то ошибка, и доза препарата оказалась удвоенной. У матери было очень плохое зрение, и она не смогла прочитать надпись на новой бутылочке с таблетками, а их цвет и размер оказались такими же, как раньше. В результате произошла передозировка жизненно важного препарата, помогающего предотвратить остановку сердца. Такая ошибка могла привести к смерти.

Но если ошибка уже совершена, как врачу объясниться с пациентом? Этому не учат ни в одном медицинском институте. Первым побуждением является желание все отрицать, спрятать концы в воду, переложить ответственность на кого-то еще, уйти в тень — вместо того, чтобы признать ошибку. Когда я был практикантом в больнице, мои кураторы заклинали меня не делать в медицинских картах записей, которые в дальнейшем могли показаться ошибочными. Я знал врачей, не решавшихся выразить соболезнование в связи со смертью своих пациентов из-за боязни, что это будет истолковано как признание ошибки и приведет к подаче судебного иска.

Самое худшее — хранить молчание и надеяться, что все пройдет незамеченным. Ошибки нужно признавать и уметь за них извиняться. Если врач не может посмотреть пациенту в глаза, это воспринимается как отсутствие заинтересованности и заботы.

Помню, какой ужас я пережил однажды, едва не потеряв своего пациента. У мистера К. наблюдались предсердные фибрилляции, однако вместо обычного в этом случае учащенного пульса сердце сокращалось с частотой 40 ударов в минуту. Я решил, что это произошло из-за блокады проведения импульсов из предсердия в

желудочек и что мистеру К. не следует назначать препараты наперстянки, которые используются для урежения пульса при предсердных фибрилляциях.

Через месяц после отмены препаратов наперстянки мистер К. прибыл в больницу Питера Бента с выраженным отеком легких и хаотичным пульсом. Ему потребовались аппарат искусственного дыхания и интубация трахеи. Несколько дней он находился на грани жизни и смерти. Причина такого страшного осложнения была очевидна. Проводящая система работала нормально, частота сердечных сокращений составляла 190 ударов в минуту, но у людей с ярко выраженным сердечным заболеванием ультрабыстрые сердцебиения вызывают периодические кратковременные остановки сердца, что я ошибочно принял за нормальный пульс.

Мистер К. поправился и начал догадываться, что произошло. Поэтому меня не удивило его неприязненное отношение. Я открыто рассказал ему о своей ошибке и предложил подать на меня в суд. Он заверил меня в том, что именно это и собирается сделать. Примерно через три месяца мистер К. пришел ко мне на прием. Когда я спросил его, почему он возвращается к врачу, который его едва не убил, он ответил: «Вы абсолютно правы. Вы действительно меня чуть не убили. И именно поэтому теперь и далее вы будете ко мне предельно внимательны и станете лечить меня, принимая все меры предосторожности. Если я пойду к другому врачу, он тоже может допустить ошибку, а мне этого совершенно не нужно». И он добавил, что еще одной причиной, побудившей его вернуться ко мне, было то, что я «сумел посмотреть правде в глаза».

«Будь искренен со мной, покажи мне истинное лицо твоего греха», говорит один из героев пьесы Шекспира «Зимняя сказка». Пострадавший пациент ждет того же. Признание ошибки и искреннее раскаяние помогают разогнать грозные тучи. Я не знаю ни одного случая, когда судебный иск был предъявлен после того, как врач принес пациенту свои извинения. Но я могу вспомнить множество случаев, когда открытое признание врачом своих ошибок способствовало установлению доверительных и дружеских отношений с пациентом.

На мой взгляд, халатность в основном является последствием деперсонализации современной медицины. По опыту работы моей

группы в Бруклинском центре сердечно-сосудистых заболеваний Лауна я могу сказать, что если в работе с пациентами делается упор не на технические средства, а на внимание и общение, то вопросов о судебном преследовании не возникает. Группа из пяти врачей работала в течение 20 лет, и ни разу за это время против нее не было выдвинуто обвинений в халатности. Я знаю и еще несколько подобных групп, которые работают с тем же результатом.

Весьма поучительным для меня оказался случай с миссис Б., которую я наблюдал в течение нескольких десятков лет. У нее было очень больное сердце, гипертензия, аритмия и заболевание периферических сосудов. Когда у миссис Б. развилась аневризма брюшной аорты, она настояла на том, чтобы оперироваться в Бостоне, в больнице Питера Бента, хотя жила в Майами и испытывала денежные затруднения. Операция прошла успешно, процесс выздоровления шел полным ходом. На 70-й день пребывания в больнице, перед самой выпиской, она вдруг почувствовала боль в животе. Администрация больницы, руководствуясь правилами, регулирующими длительность содержания больного в стационаре в зависимости от его диагноза, настаивала на выписке, но я убедил хирурга оставить ее до выяснения причины недомогания (согласно этим правилам для каждой категории больных установлены жесткие сроки пребывания в больнице, предложенные на основании анализа большого объема данных по госпитализации. Хотя в исключительных случаях продление срока возможно, это требует больших бюрократических проволочек). Так как была суббота и у миссис Б. не нашлось знакомых в Бостоне, которые могли бы позаботиться о ней, администрация больницы согласилась оставить ее до понедельника.

В понедельник я приехал в больницу через пару часов после начала рабочего дня и обнаружил, что миссис Б. выписали. Работник хирургического отделения заверил меня, что она чувствовала себя прекрасно и улетела во Флориду. Через шесть недель миссис Б. позвонила мне из одной из больниц Майами и рассказала жуткую историю. Когда я видел ее в последний раз перед уик-эндом, боль в животе была уже очень сильной. Обезболивающие препараты практически не помогали, и две ночи она провела без сна. Рано утром в понедельник врач-стажер хирургического отделения осмотрел ее и сказал, что очевидных причин возникновения болей нет, а это значит,

что они связаны с процессами заживления и скоро пройдут. Миссис Б. пожаловалась, что ей очень плохо, но стажер лишь мило отшутился и пообещал, что все закончится хорошо. Во время перелета во Флориду боль стала непереносимой, и миссис Б. показалось, что у нее началось кровотечение. Расстегнув одежду, она увидела, что послеоперационный шов разошелся и из отверстия показалась стенка кишки. В аэропорту Майами ее встретила машина «скорой помощи». Женщину привезли в больницу с септическим шоком, лечение которого заняло несколько недель.

Эта история потрясла меня до глубины души. Строгое соблюдение правил привело к тому, что во главу угла было поставлено не состояние пациентки, а количество дней, проведенных ею в больнице. Это вынуждает врачей подчинять свою работу философии Прокруста. Я был уверен, что миссис Б. предъявит иск больнице, хирургу и мне лично, однако ничего подобного не последовало.

Спустя год миссис Б. приехала на очередной осмотр, и я спросил ее, почему она не обвинила нас в халатности. Женщина ответила, что родственники и врачи из больницы в Майами уговаривали ее сделать это, и она даже обратилась к адвокату, но потом прекратила дело. «Адвокаты сказали мне, что я не смогу обвинить больницу, не обвиняя вас. А по мне, лучше умереть, чем допустить это».

Многих ошибок, вызванных халатностью, можно было избежать, если бы врач удосужился просто выслушать пациента. Самым ярким примером является трагическая история Бетси Леман, журналистки из «Boston Globe», ведущей рубрики, посвященной вопросам здравоохранения. Она внезапно умерла в возрасте 39 лет в Бостонском институте онкологии Дана-Фарбер, где в течение трех месяцев лечилась от рака молочной железы. Однако причиной смерти был не рак, а передозировка экспериментального противоопухолевого препарата. В результате ее сердце было совершенно выведено из строя в самом конце курса лечения, перед выпиской домой. Аутопсия показала отсутствие каких-либо следов раковой опухоли в молочной железе. Страшная ошибка была сделана не каким-то неопытным или перегруженным работой интерном, а явилась следствием невнимательности десятков врачей, медсестер и фармацевтов. В течение последних четырех дней перед смертью ей давали дозу химиопрепарата, в четыре раза превышающую допустимую, и никто

не обратил на это внимания. Пациентка постоянно жаловалась на плохую переносимость препарата, однако ее никто не слушал! Бетси Леман несколько раз говорила врачам, что с ней происходит что-то страшное. Однако, невзирая на то, что она была довольно известным человеком в медицинских кругах, ее словам никто не придавал значения.

Незадолго до этой трагической истории в том же самом институте другая женщина также стала жертвой передозировки лекарственного препарата. Она осталась жива, но сердце было сильно повреждено. Ее случай был назван «ошибкой, свойственной человеку». Все это произошло в одном из самых престижных в мире онкоцентров, в ведущем научно-исследовательском учреждении в области онкологии. Если такое случилось в Дана-Фарбер, значит, может случиться где угодно. Ни одна система не застрахована от ошибок, если забота о пациенте не является главным делом для тех, кто назначает процедуры или выписывает препараты.

Наша система здравоохранения разваливается потому, что профессия медика все менее связана с практикой исцеления, которая начинается с того, что пациента просто внимательно выслушивают. Причина этого кроется в уповании на технические достижения, позволяющие существенно увеличить прибыль. Тратить время на общение с пациентом стало невыгодно, поэтому диагнозы ставятся методом исключения, что приводит к назначению нескончаемой череды анализов и процедур. Халатность в данном случае представляется мне не более чем нарывом на теле насквозь больной системы здравоохранения. Она является не причиной, а следствием разложения медицины Соединенных Штатов. Наша система здравоохранения не выйдет из кризиса до тех пор, пока пациент снова не станет главным предметом заботы врача.

Часть III
НАУКА И ИСКУССТВО ИСЦЕЛЕНИЯ
ПАЦИЕНТА

Глава 11

Наперстянка: цена открытия

В течение 40 лет я помимо клинической практики занимался научными исследованиями деятельности сердечно-сосудистой системы. Они обогатили мои познания в медицине и открыли для меня новые научные перспективы. Работа была тяжелой, но очень увлекательной. Радость открытия можно сравнить только с триумфом скалолаза, покорившего никем не покоренную вершину.

Мои ранние исследования были посвящены наиболее популярным сердечным средствам — препаратам наперстянки. Наперстянка была впервые предложена к применению в 1775 году английским врачом и ботаником Уильямом Уайтерингом, что явилось началом новой эры в кардиологии. Доктор Уайтеринг обнаружил, что одна старая травница из Шропшира, графства в Англии, успешно лечила отеки, с которыми не могли справиться врачи. Она использовала комплекс более чем из 20 трав, однако Уайтеринг быстро установил, что активным ингредиентом были листья наперстянки пурпурной. Ученый решил, что он открыл новый диуретик, и подробно описал свойства растения в своем классическом труде, вышедшем десятью годами позже.

Казалось бы, средство, применявшееся в течение 150 лет, не должно преподносить врачам особых сюрпризов, однако я еще в начале своей исследовательской работы, в 1950 году, понял, что на тот момент никто толком не знал, когда и для чего следует его применять. Ошибочные предположения, словно канонические тексты, передавались из поколения в поколение и кочевали из книги в книгу.

Наперстянка стала одним из главных кардиосредств не случайно. Прежде всего она способствует укреплению сердечной мышцы и усиливает ее сократительную способность, что решает главнейшие проблемы при сердечной недостаточности. С ее помощью выводится излишек жидкости, скопившийся в полостях тела, пациент избавляется от избыточного, нездорового веса. Нормализуется частота сердечных сокращений, человек получает возможность передвигаться без одышки и приступов кашля. После многих тягостных ночей он может наконец спокойно заснуть, исчезает изматывающая слабость.

Неудивительно, что наперстянку считали настоящим чудом. Однако бесплатных чудес не бывает. Для того чтобы лекарство оказывало максимальный терапевтический эффект, его следовало давать в токсичных дозах. Побочные действия часто были смазаны и выражались в потере аппетита, головокружении, ощущении неприятной тяжести в голове. Но гораздо опаснее было появление угрожающей жизни сердечной аритмии.

Первые сведения о небезопасности применения наперстянки появились в то время, когда я только начинал свою карьеру, в 1950 году. Старший практикант из женского отделения больницы Питера Бента попросил меня осмотреть одну пожилую пациентку доктора Левайна, только что поступившую в отделение. У миссис М. была сердечная недостаточность, сопровождающаяся застойными явлениями в легких и выраженными отеками ног. Дополнительный кислород не облегчал частого и затрудненного дыхания. Частота сердечных сокращения составляла 190 ударов в минуту. Даже для здорового сердца это непомерная нагрузка, а сердце миссис М. было серьезно повреждено после перенесенного в детстве ревматизма.

Встретив в то утро доктора Левайна, я попросил его осмотреть миссис М., так как она считалась самой тяжелой пациенткой в отделении, и в очередной раз был восхищен тем, насколько тщательно мой учитель составляет историю болезни и как виртуозно проводит физический осмотр. Но вдруг я услышал, что он назначает пациентке большую дозу дигитоксина (гликозид группы препаратов наперстянки) вместе с диуретическим препаратом на основе ртути. Не задумываясь, я воскликнул:

— Это сочетание убьет ее! Она не проживет и дня.

Глаза Левайна сузились от гнева. Едва двигая губами, он процедил:

— Запишите ваше мнение в карте миссис М. — Затем повернулся и ушел.

Выполнив его гневный приказ, я почувствовал, что силы покинули меня. День только начался и тянулся бесконечно. Я укорял себя за несдержанность и, пребывая в полном противоречии с собой, надеялся, что мое предсказание окажется ошибочным. Однако при следующем визите в женское отделение в середине дня мне стало ясно, что на благополучный исход нет надежды. Состояние миссис М.

было крайне тяжелым. Дополнительная доза дигитоксина не уменьшила, а, напротив, увеличила частоту сердцебиений. В отделении было много работы, и ей не успели дать мочегонное, которое, по моему мнению, должно было усугубить ситуацию. Я пребывал в состоянии паники и не мог найти выхода из положения: 45 лет назад считалось немыслимым даже просто поставить под сомнение, а не то что отменить, распоряжение старшего врача, особенно такого авторитетного, как Левайн.

На следующее утро я бегом бросился в женское отделение, но кровать миссис М. была пуста. Стажер рассказал, что диуретик доконал ее. Как только у нее началось обильное мочеиспускание, ситуация резко ухудшилась. Частота сердечных сокращений достигла 220 ударов в минуту, пациентка посинела, начала задыхаться и вскоре скончалась. Реанимационные мероприятия не проводились, их комплекс был разработан лишь десять лет спустя.

Происшедшее ужаснуло меня, но, к своему стыду, я больше волновался о потере расположения доктора Левайна, чем переживал смерть миссис М. Моя благополучная карьера в качестве любимчика великого мэтра, похоже, подошла к концу.

С тяжелым сердцем я ждал прибытия Левайна. Мне было страшно рассказывать ему о миссис М. Но когда мы встретились, он первым делом спросил именно о ней. Опустив голову, я прошептал, что она умерла этой ночью. Левайн резко развернулся и, направляясь к своему кабинету, отрывисто рявкнул в мою сторону: «Идите за мной!». Я последовал за ним, испытывая, вероятно, ощущение преступника перед казнью. Мы вошли в его маленький кабинет, и Левайн закрыл дверь. Он был бледен и напряжен: «Что я сделал не так?» — спросил он меня.

Вспоминая этот разговор сейчас, по прошествии почти 50 лет, я до сих пор не могу оправиться от перенесенного тогда потрясения. Эмоции были напряжены до предела, а наши роли странным образом поменялись. Один из величайших кардиологов того времени, специализирующийся на клинической фармакологии, спрашивал мнение неопытного начинающего медика. Мне кажется, что в тот момент Левайн по-настоящему раскрылся как Человек с большой буквы. Никогда я не встречал людей с таким высоким чувством моральной ответственности.

Я объяснил Левайну, что миссис М. поступила в больницу с нарушением сердечной деятельности, которое я в дальнейшем назвал пароксизмальной предсердной тахикардией с блокадой. Обычно такое состояние наблюдается при отравлении препаратами наперстянки, поэтому назначение дополнительных доз подобного препарата было равносильно тушению пожара при помощи бензина. В результате их приема частота пульса начала неуклонно расти, и когда она достигла 200 ударов в минуту, начались желудочковые фибрилляции, ведущие к остановке сердца. Так как я уже наблюдал возникновение аритмии в похожем случае, то не мог не предвидеть трагического конца, особенно учитывая назначение мочегонного средства. Пароксизмальная предсердная тахикардия с блокадой сердца часто возникала у пациентов, принимавших большие дозы препаратов наперстянки в сочетании с диуретиками, вымывающими из организма соли.

Левайн слушал меня внимательно, не перебивая. Когда я закончил, он задал мне несколько вопросов и сказал: «Берни, я благодарен вам за объяснение. Мне следовало быть менее заносчивым и обратить должное внимание на ваши слова». Больше он никогда не напоминал об этом случае, однако с тех пор всегда обращался ко мне за советом по поводу применения препаратов наперстянки.

Левайн не знал, что однажды я сам пережил подобную трагедию. К сожалению, опыт применения наперстянки также дался мне дорогой ценой. В 1948 году я был младшим ассистентом-практикантом в больнице Монтефиор в Бронксе, в отделении для хронических больных. Сюда попадали хронические больные со всего Нью-Йорка. Моя должность давала мне довольно большую автономию, однако на мои плечи легли большая ответственность и огромный объем работы. Надзор за мной осуществляли врачи, работавшие всего на год дольше, чем я. Врачей-специалистов я мог видеть только во время утренних обходов. Всем заправляла администрация отделений, в которые поступали пациенты.

О прошлом принято говорить, как о «старых добрых временах», однако, вспоминая больницы пятидесятилетней давности, я не могу не отметить огромные положительные изменения, произошедшие за последние годы. Больницы стали гораздо безопаснее, пациенты получают больше информации, лекарственные препараты назначаются

с большей осторожностью, появилось множество полезных приборов. Самым важным достижением я считаю то, что теперь пациентам сообщают о предстоящем курсе лечения.

Было далеко за полночь, когда в отделение, где я дежурил, привезли 30-летнюю женщину. Мисс У. весила всего 45 килограммов. Она была очень бледной, с запавшими глазами, у нее держалась высокая температура, мышечная масса полностью деградировала, а кожа обвисла на костях. У пациентки был целый «букет» болезней, развившихся вследствие анорексии и язвенного колита. Хроническая диарея отнимала у нее все жизненные силы, которые из-за хронического отсутствия аппетита практически не восстанавливались.

Так как опыта у меня было ничтожно мало, я сосредоточил все внимание на учащенном сердцебиении, которое составляло 170 ударов в минуту. Первейшим средством для уменьшения частоты пульса была наперстянка. Из-за состояния кишечного тракта пациентки лекарство необходимо было вводить внутривенно. Накануне я прочитал о старом, но весьма эффективном французском препарате наперстянки, который назывался оуабан. Его можно было вводить только парентерально, он обладал быстрым действием и, казалось, идеально подходил мисс У. Время было позднее, и посоветоваться мне было не с кем.

Я счел ситуацию критической, поэтому подключил пациентку к электрокардиографу и ввел ей одну пятую обычной дозы препарата. В течение пяти минут все было спокойно. Потом вдруг мисс У. начала заламывать руки и биться, словно рыба, оказавшаяся на суше. Ее лицо искажали ужасные гримасы, а рот жадно хватал воздух. Сердцебиение не замедлялось, а напротив, учащалось. Спустя некоторое время лицо мисс У. побагровело, сердечный ритм стал хаотичным, истощенные мышцы судорожно задергались, и через восемь минут она умерла. В полном смятении я лишь беспомощно смотрел на нее, словно все происходящее было сценой убийства в фильме ужасов.

На следующее утро, проведя бессонную ночь, наполненную мучительным обдумыванием своей вины и страхом перед грозящим наказанием, я доложил о случившемся на летучке. Я не пропустил ни одной детали, показал коллегам электрокардиограммы и замер в ожидании разгрома. Однако ничего подобного не произошло. Напротив, ко мне отнеслись с уважением, достойным солдата, вернувшегося после трудного боя. Комментариями были следующие

слова: «Не принимай это так близко к сердцу», «Бог дал, Бог взял», «Чтобы стать врачом, тебе нужно было заплатить эту цену», «Опыт не приходит без трудностей и ударов», а также другие замечания, свидетельствующие о том, что все были солидарны со мной. Самым критичным высказыванием были слова о том, что этот случай попадает в процент запланированного риска.

Да, я рисковал, но рисковал обдуманно, тогда как пациентка шла на риск, не имея никакой возможности выбора. Главный врач, добрый и чуткий человек, по-отечески утешил меня, сказав, что правильные решения приходят с опытом, а «опыт — сын ошибок трудных».

Все происходящее казалось мне нереальным! Через пять минут после моего рассказа о ночной трагедии коллеги перешли к обсуждению следующего вопроса, и никто не выказал ни малейшего негодования в мой адрес. Опытные врачи и прекрасные люди спокойно разговаривали с преступником, словно забыв об ужасной смерти его жертвы.

Спустя неделю я получил химический анализ крови мисс У. Оказалось, что у нее был сильный электролитный дисбаланс. Особенно низкой была концентрация калия, натрия и хлора. Концентрация калия составляла 1,6 миллиэквивалента, что составляло треть нормальной, что и объясняло повышенную чувствительность пациентки к оуабану, однако в то время связь между препаратами наперстянки и калием еще не была обнаружена.

Через год я еще раз просмотрел ее электрокардиограмму и мне стало ясно, что причиной учащенного сердцебиения была тахикардия, вызванная физическим или психологическим стрессом, при которой препараты наперстянки неэффективны. Однако этот факт не объяснял повышенной чувствительности пациентки к наперстянке. До той мизерной, но оказавшейся для нее смертельной дозы она никогда не принимала подобных препаратов. Посмертное вскрытие не внесло ясности, оно обнаружило нормальное сердце и расширенные коронарные сосуды. В отсутствие сердечного заболевания даже огромная доза препарата наперстянки не смертельна. В литературе я нашел описание случая, когда при попытке самоубийства человек принял дозу, превышающую ту, что я дал мисс У., в 200 раз, и остался жив. Тогда почему у нее произошла такая реакция?

Чтобы докопаться до истины, требовалось время, которого у меня не было. Работа в больнице отнимала все силы, приходилось дежурить по ночам и в выходные. Я возвращался домой совершенно измотанный, а там меня ждали двое детей, истосковавшиеся по отцовскому вниманию, и жена, которая все свое время проводила в четырех стенах, отрезанная от друзей и родных и жаждавшая общения. У меня не было шансов разобраться в своей фатальной ошибке, однако мысли о ней, погребенные в глубине сознания, не давали покоя.

Спустя год я стал старшим практикантом, и у меня появилось больше времени и возможностей разобраться в загадочной смерти мисс У. Образ этой женщины постоянно вставал перед глазами, когда я наблюдал других пациентов с интоксикацией препаратами наперстянки. Многие из них получали строго определенную дозу препарата в течение длительного времени, однако интоксикация наступала лишь тогда, когда им дополнительно назначали мочегонные средства. На фоне обильного мочеиспускания пациентов мучили тошнота, рвота, головокружение и слабость. Сердцебиение становилось учащенным, с всплесками желудочковых экстрасистол. У пожилых пациентов это состояние было особенно серьезным и. иногда грозило смертью.

В середине 30-х годов Левайн предложил объяснение явлению интоксикации препаратами наперстянки, вызванному диуретиками. Оно получило широкое признание. По его мнению, так как мочегонные средства воздействуют на почки, заставляя их выводить из организма избыток солей и воды, а все жидкости организма проходят через сердце, то из-за уменьшения их объема концентрация препарата наперстянки в крови повышается. Следовательно, назначение мочегонного равносильно дополнительному назначению препарата наперстянки. Левайн окончательно убедился в правильности своих выводов, продемонстрировав остановку сердца у лягушки при помощи жидкости, выведенной из организма страдающего отеками пациента. Концентрация препарата наперстянки в ней оказалась смертельной для лягушки. Таким образом, причиной отравления наперстянкой при употреблении мочегонного было то, что в сердце попадало слишком большое ее количество. Это явление Левайн назвал диуретической редигитализацией.

Однако такое объяснение совершенно не подходило для случая мисс У. Она никогда не принимала мочегонного, а до инъекции оуабана не использовала препараты наперстянки. Значит, ее реакция на препарат объяснялась действием иных механизмов. Этот вывод заставил меня критически подойти к теории Левайна. Исходя из нее, отравление наперстянкой должно наблюдаться лишь у пациентов с усиленным мочеиспусканием, тогда как пациенты с нормальным мочеиспусканием или с задержкой мочи не должны испытывать такого осложнения. Самым неприятным было то, что я не смог найти реального подтверждения этому выводу. Иногда сильное отравление наблюдалось у пациентов, страдавших затрудненным мочеиспусканием, а другие — теряли жидкость литрами и не проявляли никаких признаков передозировки.

Чтобы проверить теорию Левайна, я решил назначить дополнительные дозы наперстянки тем пациентам, у которых отмечалось отравление после приема мочегонных средств. Назначенная доза намного превышала количество препарата, которое, согласно предположению Левайна, должно было содержаться в моче после приема диуретика. Однако ни у одного пациента не было отмечено признаков отравления после однократного приема повышенной дозы. Я понял, что теория Левайна ошибочна, но не мог определить, какое же вещество вымывается из организма вместе с мочой, повышая чувствительность к препаратам наперстянки.

Я терялся в догадках, понимая, что ответ кроется в случае с мисс У. Тщательное изучение причин ее загадочной смерти натолкнуло меня на вопрос: влияет ли низкое содержание калия на чувствительность сердечной мышцы к препаратам наперстянки? Изучая медицинскую литературу, я натолкнулся на сообщение о том, как в начале 30-х годов кардиолог из Сан-Франциско Джон Сампсон обнаружил, что калий способен снимать желудочковые экстрасистолы или дополнительные сердцебиения, часто возникающие при передозировке препаратов наперстянки. Однако вопрос о потенциальной взаимосвязи низкой концентрации калия и препаратов наперстянки оставался открытым.

Если калий и был тем загадочным веществом, то тогда его низкая концентрация может быть обнаружена лишь у пациентов с симптомами отравления препаратами наперстянки. К моему удовлетворению, эта мысль нашла свое подтверждение. Но твердых

научных доказательств у меня на тот момент не было. Чтобы добыть их, требовалось экспериментально повторить то, что случилось с мисс У., а именно: продемонстрировать способность диуретиков выводить из организма калий и приводит к тому, что сердечная мышца становилась уязвимой для препаратов наперстянки. Недостаток калия в организме называется гипокалиемией, и если моя теория верна, повышенная чувствительность к препаратам наперстянки должна наблюдаться у пациентов с дефицитом калия.

Однако эксперимент было гораздо легче описать, чем провести. Как я мог доказать, что у пациента, никогда не принимавшего препараты наперстянки, повышалась чувствительность к их действию после вымывания из организма калия вследствие использования мочегонных средств? Казалось, проблема неразрешима. Но, как часто бывает, решение оказалось вполне очевидным. Я нашел ответ после очередного анализа случая с мисс У. Почему бы не испробовать препарат наперстянки краткосрочного действия, чтобы вызвать легкое отравление? Если мои рассуждения верны, то пациентам с гипокалиемией, развившейся в результате приема диуретиков, понадобится меньшее количество препарата наперстянки для демонстрации отравления. У меня в голове начал выстраиваться ход эксперимента. Я решил дать пациентам препарат наперстянки быстрого действия до и после диуретика. Для этого требовался более безопасный и быстродействующий препарат, чем оуабан.

Я занялся поисками подходящего препарата, но ни один из доступных мне не отвечал необходимым требованиям. Спустя некоторое время я узнал, что доктор Чарльз Энсельберг, кардиолог из больницы Монтефиор, экспериментирует с новым синтетическим препаратом ацетилстрофанзидином. Это лекарство было родственно препаратам наперстянки, начинало действовать через две минуты после поступления в организм и полностью выводилось менее чем за два часа. Передозировка не вызывала опасного отравления, так как препарат быстро распадался. Ацетилстрофанзидин идеально подходил для задуманного мною эксперимента. В те времена еще не существовало комиссий по испытаниям лекарственных препаратов на людях, поэтому для проведения опыта мне требовалось лишь разрешение главврача. И оно не заставило себя ждать.

Мой энтузиазм не знал предела, бушевавшие во мне эмоции подгоняли работу. Я быстро выбрал десять пациентов с сердечной недостаточностью, которым ранее не назначались препараты наперстянки, и ввел им приемлемую дозу ацетилстрофанзидина. Спустя два часа, когда препарат полностью разложился, больным дали мочегонное. В течение последующих 24 часов каждая капля их мочи собиралась и отправлялась для анализа на содержание калия. На следующий день я вновь ввел им ацетилстрофанзидин. Некоторым пациентам потребовалась гораздо меньшая доза, чтобы почувствовать признаки легкого отравления, другие — спокойно перенесли прежнюю дозу. Чтобы не сомневаться в результатах, я попросил кардиолога Рея Уэестона проанализировать полученные данные. Когда он показал мне свое заключение, я не мог сдержать ликования. Пациенты, у которых не наблюдалось никаких изменений при повторном введении ацетилстрофанзидина, не потеряли калий после приема мочегонного, и его концентрация в крови осталась неизменной. Пациенты, оказавшиеся чувствительными даже к меньшим дозам препарата, потеряли много калия, доказательством чему служили их анализы мочи и крови.

Так как я не имел помощников, всю работу приходилось выполнять самому. Научные исследования не освобождали меня от выполнения прямых обязанностей. Это означало, что мой 14-часовой рабочий день увеличивался еще на несколько часов. Однако возбуждение от работы и важность полученных результатов прибавляли мне сил, а бессонные ночи и страшная усталость казались не слишком большой платой за успех. Результатом исследования стала моя первая публикация. Хотя статья была небольшая, всего четыре страницы, ее сразу заметили и начали широко цитировать. Она была перепечатана журналом Американской медицинской ассоциации и английским журналом «Ланцет». Оба издания оценили ее как эпохальное исследование.

Отравление препаратами наперстянки было одной из главных причин смерти среди пациентов с сердечной недостаточностью. Мое открытие влияния потери калия вследствие применения диуретиков на чувствительность сердечной мышцы к токсическому действию наперстянки вызвало массу вопросов, требующих немедленного ответа. Чтобы продолжить исследования, мне быда необходимо

получить доступ в кардиологическое отделение ведущего исследовательского медицинского центра. Больница Питера Бенга была идеальным местом, где я мог изучить различные аспекты взаимосвязи наперстянки и калия.

В то время в этой больнице работал доктор Джон Меррил, который занимался исследованиями недавно изобретенной искусственной почки. Каждый год в его отделении проводили диализ сотням пациентов, многие из которых страдали сердечной недостаточностью и принимали препараты наперстянки: Во время диализа из организма выводились не только продукты метаболизма, но и большое количество калия. Это давало мне уникальную возможность определить степень влияния препаратов наперстянки на организм, испытывающий дефицит калия.

Еще больше меня привлекала возможность поработать под руководством доктора Левайна, хотя я понимал, что шансов на его покровительство у меня практически нет. Он брал учеников не больше чем на год и отдавал предпочтение выпускникам Гарварда, особенно тем, кто проходил практику в больнице Питера Бенга. Однако терять мне было нечего, и я подал заявку. К моему удивлению, меня пригласили на собеседование.

Готовясь к предстоящему испытанию, я разработал неожиданную стратегию. Судя по слухам, циркулирующим в медицинских кругах, Левайн был необыкновенно гордым и честолюбивым человеком, не слишком терпеливо относящимся к какому-либо противостоянию. Тем не менее я решил подвергнуть сомнению его работу. Когда я привел ему свои не слишком убедительные доводы, он довольно неприязненно поинтересовался, почему я решил работать под его руководством. Я ответил, что главной моей целью является доказать ему, что он ошибался. Левайн мгновенно напрягся и спросил, что я имею в виду. Я объяснил, что его теория диуретической редигитализации неправильна. Услышав мои слова, он едва сдержался: «Вы, очевидно, не читали нашу статью по этому вопросу. Мы вполне убедительно доказали, что жидкость, выводимая при снятии отеков, содержит большое количество препарата наперстянки».

Тщательно подбирая слова, я рассказал ему о своем открытии роли калия, добавив, что больница Питера Бенга — идеальное место для продолжения моих исследований. Затем я выбросил козырную

карту, сказав, что для любого настоящего ученого важнейшим проявлением добродетели является не только поиск истины, но и публичное признание своих ошибок. Нескрываемое раздражение Левайна заставило меня думать, что я потерял последний шанс получить работу в его отделении. Однако он снова доказал, что является Человеком с большой буквы, хотя его самолюбие было сильно ущемлено, и предложил мне работу, хотя не преминул наказать меня за проявленную наглость. Наказание выразилось в том, что мне было запрещено в течение года заниматься изучением препаратов наперстянки.

Однако через год Левайн разрешил мне продолжить исследования. Потребовалось совсем немного времени, чтобы установить взаимосвязь между содержанием в организме калия и эффективностью препаратов наперстянки. Результаты заставили врачей с большим вниманием отнестись к роли калия в провоцировании сердечной аритмии вследствие отравления препаратами наперстянки. В дополнение к диуретикам они стали назначать калийсодержащие препараты. Кроме того, наша работа стимулировала разработку новых диуретиков, не вымывающих калий в большом количестве. Мы выпустили ряд статей и книгу, ставшую медицинским бестселлером. Мне было чуть больше 30 лет, но я уже считался признанным авторитетом в области одного из важнейших сердечных препаратов того времени. В 50-е годы главная тема моих лекций была: «Использование и передозировка препаратов наперстянки?». Однажды, представляя меня собранию медиков в небольшом городке штата Мичиган, председатель, немного разволновавшись, сказал примерно следующее: «Для всех нас большая честь принимать у себя доктора Лауна, главного отравителя при помощи наперстянки». Неожиданно перед моим мысленным взором возникла мисс У. в предсмертной агонии. Чувство вины, словно язва, разъедало душу.

Опыт исследования препаратов наперстянки научил меня на всю оставшуюся жизнь относиться к любым лекарственным препаратам как к потенциальным ядам. Однако я был далеко не первым, кто сделал подобное наблюдение. Еще средневековый алхимик и врач Парацельс писал: «Все субстанции [лекарства] ядовиты, ни одна из них не безопасна. Лишь правильная доза отличает яд от целительного снадобья».

Шекспир сказал то же самое, но в поэтической форме. Герой трагедии «Ромео и Джульетта» монах Лоренцо подбирает нужную порцию средства, чтобы сон Джульетты походил на смерть. Перебирая растения, обладающие лечебным действием, он рассуждает:

Полезно все, что кстати, а не в срок —
Все блага превращаются в порок.
К примеру, этого цветка сосуды:
Одно в них хорошо, другое худо.
В его цветах — целебный аромат,
А в листьях и корнях — сильнейший яд.

Моя исследовательская работа привела и к другим положительным изменениям. Она вызвала интерес к сердечной аритмии. Впервые врачи узнали, что нарушение ритма предсердий может быть следствием применения избыточных доз препарата наперстянки. Кроме того, они начали постепенно отказываться от таких сильнодействующих препаратов, как листья наперстянки, дигитоксин, гиталигин и др. Моя работа с дигоксином, более безопасным средством, привела к его широкому распространению, что помогло спасти тысячи жизней. Но трагедия с мисс У., случившаяся в самом начале моей карьеры, оказала на меня сильнейшее воздействие. Я острее стал воспринимать то, что, к сожалению, часто происходит не только в медицине, но и в жизни вообще, а именно: для достижения высших целей используются неприемлемые методы. Зло на пути к добру часто искажает конечный результат. Мало кто осмелится возразить, что сохранение жизни является добрым делом. Однако далеко не все средства хороши для достижения даже этой цели. Я убежден, что душа не может не страдать, если результат и путь к нему несовместимы.

Глава 12

Новая традиция в медицине

Самуэль Левайн первым обратил внимание на вредное воздействие постельного режима на пациентов, страдающих сердечными заболеваниями. Основанием для такого вывода стал богатый клинический опыт лечения больных с сердечной недостаточностью. Случай с одним из пациентов заставил его задуматься над потенциальной опасностью постельного режима.

В конце 30-х годов Левайна пригласили проконсультировать одного тяжелобольного, пожилого мужчину с застойной сердечной недостаточностью. Врачи перепробовали все возможные методы лечения, однако без особого успеха. Левайн обратил внимание на то, что пациент был беспокоен и страдал от избытка жидкости, скопившейся в легких. Он рассудил, что в вертикальном положении, например в удобном кресле, сила гравитации поможет оттоку жидкости из легких пациента. Это наладит адекватное снабжение кислородом всего организма и особенно конечностей. Предположение Левайна полностью подтвердилось. В результате круглосуточного пребывания в кресле пациент неожиданно для всех выздоровел.

Подобные наблюдения убедили доктора Левайна в негативных последствиях постельного режима, особенно для пациентов с сердечной недостаточностью. Он составил длинный список осложнений, среди которых были ателектаз (коллапс легких, ведущий к пневмонии), эмболия легочной артерии, застой в легких, воспаление предстательной железы, задержка мочеиспускания, истончение костей и запор. Особенно вредно постоянное пребывание в постели оказалось для лиц, перенесших сердечный приступ, а именно этим пациентам предписывалось соблюдать строгий постельный режим в течение длительного времени.

В начале 50-х годов такой режим принуждали соблюдать пациентов с диагнозами «острый коронарный тромбоз», «острый инфаркт миокарда» и «сердечный приступ». Сидеть в кресле и переворачиваться в кровати без посторонней помощи таким пациентам строго запрещалось. В течение первой недели их кормили с ложечки.

Для освобождения кишечника и мочеиспускания они были вынуждены пользоваться судном. А поскольку абсолютно у всех лежащих пациентов возникали запоры, длительное лежание на судне превращалось в настоящую пытку.

Убежденность медиков в необходимости соблюдать строгий постельный режим основывалась на непреложном терапевтическом принципе: больной орган или поврежденная часть тела должны находиться в состоянии покоя. Но в отличие от сломанной конечности или пораженных туберкулезом легких сердце не тот орган, который легко смиряется с отсутствием движения. Единственным запретом для больного сердца являются излишние нагрузки. Отсутствие же нагрузок вообще приводит к снижению кровяного давления и уменьшению частоты сердечных сокращений, в результате чего уменьшается потребность в кислороде и сердце начинает работать не так интенсивно. Поэтому постельный режим считался способом дать сердцу отдохнуть.

Но так ли все обстоит на самом деле? Удивительно, но до Левайна никто не удосужился изучить этот аспект ухода за сердечными больными, хотя все остальные аспекты были исследованы с максимальной тщательностью. Такое положение лишний раз демонстрировало то, как традиционный подход убивал здоровый скептицизм.

В то время в больницах не существовало отделений неотложной помощи для больных с острой коронарной недостаточностью. Пациентов с сердечными приступами размещали в любом отделении, где находили свободные койки. Не было и мониторов для проверки сердечной деятельности. В больнице Питера Бента было только два электрокардиографа, один из которых, установленный на подвижную платформу, использовался для лежащих больных. Список препаратов для лечения пациентов, перенесших сердечный приступ, был невелик и включал сердечные гликозиды, антиаритмические средства, например новокаинамид, антикоагулянты, гепарин и варфарин, морфин и различные седативные препараты. Поскольку пациенты постоянно пребывали в состоянии нервного возбуждения, им назначали большие дозы успокоительных средств, что вызывало множество осложнений и нередко заканчивалось летальным исходом. Самыми опасными осложнениями после сердечного приступа были

шок, отек легких и эмболия легочной артерии, чаще всего приводящие к смерти.

Для медицинских сестер сердечные больные были настоящим наказанием. Приходилось трижды в день кормить их, подавать им судно и находиться под гнетом их постоянной депрессии. Уход осложнялся еще и тем, что для адекватного снабжения кислородом многим больным требовались специальные тенты, отгораживающие верхнюю половину туловища. Чтобы избежать утечки кислорода, требовалось тщательно перекрывать щели с помощью простыней. Пациенты напоминали беспомощных новорожденных. Из-за постоянной работы аппарата, нагнетающего кислород, и запотевших пластиковых тентов пациенты были отгорожены от внешнего мира. В те годы в больнице Питера Бента умирало приблизительно 35 процентов больных, перенесших сердечный приступ.

Во время утренних обходов Левайн часто говорил о том, что процент выздоровлений был бы гораздо выше, если бы пациенты находились не в кроватях, а в удобных креслах. Когда я спросил, пробовал ли он проверить это экспериментально, доктор ответил, что слишком занят и стар для подобных дел. В приступе глупого энтузиазма я вызвался выполнить эту работу, и Левайн с готовностью принял мое предложение. Я знал, что работа будет хлопотной, но не предполагал, что она выльется в такой кошмар. Мне не пришло в голову, что я собрался разрушить сложившуюся традицию, а это всегда предполагает противостояние оппозиции. Я умудрился нажать себе врага в лице самого доктора Левайна, продолжавшего предписывать больным постельный режим. Когда я отказался ставить свою подпись под такими назначениями, считая неэтичным поддерживать постулат, которой собирался опровергнуть, Левайн очень обиделся и в течение последующих 15 лет нашей совместной работы больше ни разу не делал подобных предложений.

Чтобы провести исследование, требовалось начинать работать с пациентами, перенесшими сердечный приступ, сразу после их поступления в больницу. Для этого я с великим трудом убедил администрацию разрешить им пользоваться специально сконструированным большим удобным креслом. Мы намеревались пересаживать в него пациентов в первый же день поступления в больницу. Поначалу никакие мои доводы не принимались всерьез.

Меня просили привести ссылки на литературные источники, чего я сделать не мог, поскольку подобных данных не существовало. Я продолжал настаивать на своем, и мне напомнили о Нюрнбергском процессе и о безнравственности проведения непроверенных медицинских экспериментов на человеке. Когда я входил в больницу, меня нередко приветствовали нацистским салютом, щелканьем каблуков и возгласом: «Зиг хайль!».

Тогда я решил привлечь к своей работе самого Левайна. В больнице он исполнял роль шерифа, призванного восстанавливать закон и порядок. В то время исследовательские медицинские центры по своей организации напоминали феодальные поместья. Врач, занимавшийся частной практикой, был сам себе хозяином, и в процессе работы ему не требовалось ничье разрешение. Все сотрудники выполняли распоряжения начальства, подобно солдатам. Существовала жесткая невидимая дисциплина. Когда доктор Левайн разрешил пересаживать больных в кресла, ему никто не посмел возразить. Однако это разрешение не спасло меня от гнева некоторых интернов и стажеров.

Сама мысль о пребывании вне постели тяжелобольного пациента казалась святотатством. Порой какой-нибудь рассерженный врач-интерн грозил мне кулаком из-за спины Левайна и шептал: «Лаун, мы еще доберемся до тебя!». Другая сложность заключалась в том, что и сами пациенты не слишком жаждали перемен. В среднем в больницу Питера Бента ежедневно поступал один пациент с сердечным приступом, однако убедить испробовать на себе лечение в кресле нам удавалось не более одного человека в неделю.

Несмотря ни на что, вскоре наш метод завоевал популярность, и в течение пяти месяцев мы пролечили таким образом 81 пациента. Вначале больных пересаживали в кресло только на полчаса в сутки, а к концу первой недели госпитализации они проводили в нем большую часть дня.

По сравнению с пациентами, соблюдавшими постельный режим, наши больные выздоравливали значительно быстрее. Левайн отметил все психологические аспекты, приписав успех одним лишь физическим факторам. Его логика была такой же, как и при обосновании постельного режима, однако он пользовался противоположными аргументами. Он считал, что вертикальное

положение уменьшает нагрузку на сердце. В положении сидя кровь соответственно законам гравитации скапливается в полостях тела, и сердце прокачивает меньший ее объем. Такое объяснение было абсолютно бессмысленным. Каким образом сидение в течение 30 минут в день могло оказать такой долгосрочный эффект, если кровяное давление при этом неизменно повышалось?

В результате наблюдений за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда, часть из которых следовала строгому постельному режиму, а другая часть пользовалась более свободным режимом, позволяющим им находиться в кресле в положении сидя, я пришел к иному выводу, основанному больше на психологических факторах. Внезапный переход от здорового состояния к критическому всегда связан с сильным психологическим шоком. Человек, переживший сердечный приступ, непременно начинает думать о смерти. Мрачная перспектива становится для него более реальной, если врач предписывает постельный режим и полную неподвижность. Пациент начинает ощущать полную свою беспомощность, на это накладывается тревога из-за отсутствия способов ускорить выздоровление. Беспокойное состояние пациента требует назначения больших доз успокоительных средств, а постоянная боль — наркотических средств. Сочетание этих факторов приводит к многочисленным осложнениям, некоторые из которых опасны для жизни.

Круглосуточное нахождение в постели не только неестественно и связано со множеством неудобств. Оно подрывает психическое здоровье пациента, лишая его необходимых для выздоровления душевных сил. В результате трехнедельной неподвижности наступает депрессия, многие пациенты теряют интерес к жизни. Больные, имеющие возможность сидеть, уже не чувствуют себя безнадежными. В наших культурных традициях Смерть всегда представляется приходящей к постели больного, поэтому многие чувствуют себя в большей безопасности вне кровати. Постепенное увеличение «нележачего» времени создает у пациентов иллюзию прогресса в собственном состоянии. Они становятся активными участниками процесса исцеления. Я считаю это гораздо более важным фактором, нежели любые слова ободрения.

Наблюдая за этими пациентами, я отметил ряд других положительных моментов. Буквально через день после поступления к

ним возвращался здоровый вид, им требовались минимальные дозы наркотиков для снятия боли, они с нетерпением думали о возвращении к нормальной жизни, а вскоре после начала лечения уже спрашивали разрешения ходить и настаивали на досрочной выписке.

Результаты лечения оказались ошеломляющими. Причиной смерти примерно 30 процентов больных, соблюдавших постельный режим, была эмболия легочной артерии. Это опасное осложнение являлось следствием тромбоза вен нижних конечностей. Ни у одного из 81 пациента, проходившего лечение в кресле, оно не наблюдалось. Теперь я понимаю, что в этом не было ничего удивительного. Беспокойство всегда способствует увеличению свертываемости крови, полная неподвижность вынуждает ее циркулировать медленнее, нарушается вентиляция легких, которые начинают впитывать кровь, словно губка. Это приводит к увеличению венозного оттока от периферии к сердцу. В лежачем положении икры сдавливаются, что также затрудняет венозное кровообращение. Совокупность этих факторов вызывает флебит. Сгустки крови попадают в легкие, вызывая смертельно опасную эмболию легочной артерии.

У пациентов, проходящих курс лечения в кресле, эти факторы практически сводятся на нет. У них также не наблюдается так называемого синдрома «плечо-кисть», выражающегося в ригидности левого плеча и отеке левой кисти. Существовало множество объяснений проявления этого синдрома. Одно из них заключалось в том, что в результате повреждения сердечной мышцы страдает автономная нервная система, сужаются мелкие кровеносные сосуды, что способствует уменьшению притока крови к кисти, вызывая дистрофию симпатических нейронов. Но главным фактором все же была неподвижность. Я насчитал до 50 проявлений этого синдрома в день в условиях строгого постельного режима. При помещении больных в кресло я ни в одном случае не столкнулся с таким осложнением.

Наперекор всем мрачным прогнозам перевод пациентов после сердечного приступа в кресло не привел ни к каким осложнениям. В нашей статье, посвященной этому исследованию, говорится: «Самыми главными аспектами данного метода ухода за больными с острым коронарным приступом являются ощущение благополучия и

приподнятое настроение. Это наиболее очевидно у пациентов, перенесших второй или третий сердечный приступ. Все они говорили о том, что на этот раз процесс выздоровления проходил намного легче».

В январе 1951 года Левайн предложил мне написать тезисы доклада о нашем исследовании. Доклад должен был состояться на ежегодной конференции Ассоциации американских врачей. Эта собрание ежегодно проводилось в мае в Атлантик-Сити. Я спросил, сколько времени понадобится для подготовки тезисов, надеясь на срок не меньше месяца. Левайн ответил, что раз сегодня среда, то до понедельника мне вполне должно хватить времени. Я лишился дара речи. Ведь моим единственным опытом написания научной статьи были четыре вымученные в течение двух месяцев страницы, посвященные исследованию препаратов наперстянки.

Я начал работать без сна и отдыха. Так как я совершенно не умел печатать на машинке, то по нескольку раз переписывал все от руки. В понедельник я все же подал Левайну рукопись на 15 страницах. Я ожидал, что он резко раскритикует ее, однако прошло несколько дней, но никакой реакции не последовало. Я решил, что Левайн счел рукопись слишком неудачной, чтобы говорить мне об этом. Наконец, потеряв терпение, я спросил мэтра, что он думает о тезисах. Тот ответил, что давно отослал рукопись в штаб подготовки конференции, так как она ему понравилась и он не стал ничего в ней изменять. Больше всего меня поразило то, что Левайн не редактировал раздел, посвященный обсуждению результатов. Основной упор в нем делался на психологические факторы, способствующие быстрейшему выздоровлению больных, находящихся в кресле, а не на физические, которые импонировали Левайну больше. Как бы то ни было, тезисы были приняты, и нас пригласили на конференцию.

Когда мы прибыли в Атлантик-Сити, Левайн собрал коллег, ведущих врачей Америки, и попросил прокомментировать его десятиминутный доклад. Не успел он закончить речь, как они разразились комплиментами по поводу революционности нового эффективного метода ухода за сердечными больными и исторической важности доклада. Никто, не осмелился выступить с опровержением. Сидевший рядом со мной врач, не знавший о моей причастности к

докладу, прошептал мне на ухо: «Однажды об этом методе вспомнят, как об электрическом стуле».

Позже я понял, что наше исследование было проведено не вполне добросовестно. Контроль был недостаточным, а объектов исследования слишком мало, чтобы делать далеко идущие выводы. Тем не менее оно оказало заметное влияние на тактику ухода за больными, перенесшими сердечный приступ. До опубликования результатов нашей работы такие пациенты проводили в больницах месяц и больше. Через несколько лет после публикации статьи этот срок сократился вдвое. Режим пациентов был значительно расширен — им, например, разрешили ходить, самообслуживание сделалось нормой, ненавистные утки и судна ушли в прошлое. Смертность уменьшилась втрое, а учитывая тот факт, что в Соединенных Штатах от сердечных приступов ежегодно страдает 1 миллион человек, новый метод ухода за больными позволил сохранить жизни приблизительно 100 тысячам человек. Процесс реабилитации заметно ускорился, все больше людей стали возвращаться к нормальной жизни. Время, необходимое для полного выздоровления, сократилось с трех до одного месяца.

До сих пор не могу понять, на чем основывался прежний метод ухода, столь же бессмысленный, сколь и опасный. Зачем обрекать больного человека на жалкое существование, приковывая его к постели, что само по себе чревато многими опасными осложнениями? Это была не просто ошибка, а колоссальное заблуждение. Почему опасность постельного режима не была установлена раньше? Почему именно эта сторона ухода за сердечными больными никогда не подвергалась сомнению? До появления нашей статьи в литературе не было ни одной публикации о системном исследовании постельного режима. Объяснение имеет либо идеологическую, либо экономическую подоплеку.

Догматизм в медицине существовал всегда. Он объясняется множеством факторов, главным из которых является то состояние неопределенности, в котором зачастую оказываются врачи. Каждый пациент — своего рода открытие. Врач постоянно сталкивается с миллионом возможных исходов, ни один из которых невозможно предсказать со 100-процентной гарантией. То, что помогает одному пациенту, может не только не помочь другому, но даже привести к его

гибели. Опытный врач знает, что прогнозировать исход относительно конкретного пациента невозможно. Это доступно лишь при обработке статистических данных, которым данный пациент может не соответствовать. Однако, столкнувшись с болью, инфекцией, кровотечением, опасной для жизни аритмией и тому подобными явлениями, врач не может откладывать свои действия до того момента, когда он будет точно уверен в своих знаниях. Этого момента можно ждать бесконечно долго. Парадоксально, но человек, оказавшийся в экстремальной ситуации и вынужденный действовать, учится выбирать решение вне зависимости от глубины своих знаний. Именно так и обстояло дело с постельным режимом для больных, перенесших сердечный приступ.

Другой фактор связан с необходимостью убедить пациента пройти курс лечения. Некоторые врачи используют для этого тактику запугивания (см. гл. 5). Страх и строгий режим убеждают пациента в том, что врач полностью владеет ситуацией, знаком с научными достижениями и заслуживает полного доверия. Серьезность диагноза заставляет пациента во всем слушаться врача. Напротив, если ситуация представляется не слишком опасной, врача начинают засыпать вопросами, на многие из которых у него нет ответа. Нынешняя тенденция привлекать пациентов к принятию решений мало поколебала медицинские догмы.

Обдумывая другие причины, по которым врачи назначали больным строгий постельный режим, я пришел к печальному выводу: в их арсенале слишком мало средств лечения сердечных приступов. В отсутствие правильного решения быстро приходит неправильное. Терапевтические меры были весьма просты и недостаточно эффективны: морфин от боли, диуретики и наперстянка — от сердечной недостаточности, несколько противоаритмических средств — этим исчерпывалась лекарственная помощь таким больным. Возможности уменьшить повреждения миокарда при тромбозе коронарных артерий отсутствовали. Революционное открытие, направленное на растворение тромбов и положившее начало лечению тромбофлебита, было сделано только в начале 90-х годов.

Теория уменьшения нагрузок на сердце не имела оснований. Просто кровать всегда рассматривалась как место отдыха, ее по инерции и стали использовать для того, чтобы дать сердцу

возможность отдохнуть. Разве мы не отправляемся в постель, испытывая усталость? Разве сон не обладает целебным действием? Разве врач не обездвиживает сломанную конечность, чтобы быстрее срослась кость? Подобными простыми доводами врачи руководствовались и прежде, назначая больным кровопускание или используя рентгеновские лучи при лечении пептической язвы.

Другая причина состояла в отсутствии тенденции рассмотрения медицинских проблем с точки зрения психологии. Как раньше, так и сегодня врачи не придают значения влиянию эмоций на работу того или иного органа, будь то сердце или кишечник. В то время как анатомия, физиология и биохимия получили заслуженное признание, психология осталась за бортом.

Многочисленные эмоциональные последствия вынужденной неподвижности были проигнорированы,

И наконец, последний фактор связан с экономикой. Длительное пребывание пациента в больнице экономически выгодно для персонала. У пациентов, перенесших сердечный приступ, критическими являются лишь первые несколько суток. Затем их состояние стабилизируется, поврежденная сердечная мышца медленно заживает и рубцуется. Врачу остается лишь навещать больного во время утреннего обхода. При этом за несколько минут общения с пациентом он получает полноценную оплату.

В то же время обездвиженного пациента переполняет целая буря эмоций. Единственное событие, которого он ожидает с надеждой и страхом, — это визит врача. Прибытие Моисея с горы Синай не вызывало, наверное, такого благоговения. Каждое слово врача воспринимается как откровение свыше, а постельный режим — как панацея. Пациент, находящийся в кресле, выздоравливает быстрее и не является кандидатом для длительной госпитализации. А больница, естественно, заинтересована в занятости коек.

Весьма любопытен тот факт, что меня приглашали читать лекции обо всех моих научных изысканиях, кроме лечения пациентов в кресле. Хотя наше исследование и привело к глобальным изменениям метода ухода за больными, перенесшими инфаркт, о нем редко упоминают в медицинской литературе. Однако самое главное состоит в том, что оно помогло спасти огромное число жизней.

Кое-кто может возразить мне, — мол, потеря контроля над пациентом или материальная выгода интересует далеко не всех врачей. Я сам убедился в этом во время многочисленных визитов в бывший Советский Союз. Советские врачи и больницы не имели материальной заинтересованности в длительной госпитализации пациентов с сердечными приступами, поскольку социалистическая система здравоохранения обеспечивала врачей фиксированной заработной платой.

Тем не менее спустя почти 20 лет после публикации результатов нашего исследования в СССР сердечные больные соблюдали постельный режим в течение месяца и более. Ответ на этот вопрос скорее идеологическое, чем научное обоснование. Мне объяснили, что в капиталистическом обществе, основанном на эксплуатации рабочего класса, необходимость скорейшего возвращения человека на рабочее место вне зависимости от состояния его здоровья довлеет над прочими доводами. В социалистическом же государстве благополучие человека является наивысшей целью, поэтому ему предоставляют возможность отдыхать до тех пор, пока инфаркт не будет излечен полностью. Я и представить себе не мог, что лечение в кресле может быть воспринято как пропаганда капитализма!

Вероятно, самый важный урок, извлеченный мной из этого исследования, состоял в том, что многие медицинские правила не всегда корректны. Они подвержены большому влиянию привычек, моды, авторитетных мнений и т. п. Если неправильный метод в большинстве случаев достаточно безопасен, его очень трудно опровергнуть. Повсеместное его использование расценивается как доказательство его эффективности и правильности. Великий французский физиолог XIX века Клод Бернар говорил, что талант первооткрывателя состоит в том, чтобы, «видя то, что видят все, думать о том, о чем не думает никто». Если появляется новая парадигма, ее быстро признают, и мало кто осмелится придерживаться отвергнутого метода. Это явление было точно подмечено Шопенгауэром, который писал, что правда в своем становлении проходит три стадии: сначала она вызывает интерес, потом ей яростно сопротивляются и, наконец, принимают как нечто само собой разумеющееся.

Глава 13

Исцеляющий шок. Постоянный ток и электроимпульсная терапия

В конце 50-х годов врачи еще не владели методами лечения тахикардии, или усиленного сердцебиения. Тахикардия может зарождаться либо в желудочках, либо в предсердии, и возникает тогда, когда патологический электросигнал нарушает работу физиологического водителя ритма, или пейсмекера. Нормальным пейсмекером является синусо-предсердный узел — небольшая структура, по форме напоминающая запяточку, расположенная в правом предсердии. В течение своей жизни он выдает приблизительно 2,5 млрд импульсов, регулируя частоту сердцебиений на уровне 70 ударов в минуту, «умеет» распознавать количество проходящей через сердце крови и в зависимости от этого количества регулирует частоту сердечных сокращений. При тяжелых нагрузках синусо-предсердный узел увеличивает частоту сердцебиений до 160 ударов в минуту и выше, а во время сна может снизить ее до 30 ударов в минуту и ниже. Для обеспечения такой точности он располагает большим количеством нервных окончаний, служащих своеобразной передаточной субстанцией от мозга к сердцу.

При тахикардии частота сердцебиений перестает соответствовать физиологической потребности организма. Сердце работает на пределе, словно автомобиль с отжатой до упора педалью акселератора, и уже не реагирует на сигналы, поступающие из нервной системы. Ускорение сердцебиений может происходить с жесткой последовательностью. Когда патологический водитель ритма перемещается в желудочек, возникает желудочковая тахикардия, представляющая угрозу жизни. Опасны не только сердцебиения, частота которых достигает 150–280 ударов в минуту — даже здоровое сердце не способно выдержать такой темп в течение короткого времени. Но когда очаг ускоренного сердцебиения располагается вне синусового узла, электрическая активность передается не через нормальную проводящую систему сердца, а рассеивается, и сердце активизируется беспорядочно. В результате оно теряет способность перекачивать кровь. Желудочковая

тахикардия чаще всего наблюдается у людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, например заболеваниями коронарных сосудов, что еще более усугубляет ситуацию. В таких случаях пациент часто не доживает до госпитализации. Фактически короткий период желудочковой тахикардии является продромом внезапной остановки сердца.

Тахикардия, исходящая из верхних отделов сердца (предсердия), менее опасна. Самым распространенным ее видом являются фибрилляции предсердия, которые наблюдаются почти у миллиона американцев. При этой разновидности аритмии предсердие сокращается со скоростью более 350 ударов в минуту, однако эти сокращения частично гасятся за счет соединительной ткани и не достигают желудочков в полном объеме. Тонкая перегородка между желудочками и предсердием пропускает к первым приблизительно треть импульсов. Получившаяся в результате частота сердцебиений, являясь довольно высокой, достаточно переносима пациентами в течение месяцев и даже лет. При грамотной ее коррекции с помощью лекарств, например препаратов наперстянки, пациент может жить, не испытывая никаких симптомов заболевания сердца.

Совсем иная картина наблюдается при другом виде аритмии, называемой трепетанием предсердий, когда частота сердцебиений варьируется от 120 до 160 ударов в минуту, а предсердия сокращаются вдвое чаще. Ранее не существовало даже метода определения такого ритма, а немногочисленные лекарственные препараты не оказывали на него никакого действия. Однако этот вид аритмии не приводит к мгновенной смерти, и приступ может длиться в течение короткого промежутка времени. Но если аритмия продолжается дольше нескольких недель, сердце начинает уставать. С появлением застоя в легких исход в большинстве случаев становится неутешительным.

Такие патологические ритмы сердца были большой проблемой для кардиологов. Лечение часто оказывалось безрезультатным. В конце 50-х годов для восстановления нормального ритма использовались три лекарственных препарата: хинидин, новокаинамид и антиконвульсант дифенилгидантоин (дилантин). Хинидин был особенно эффективен при оральном (через рот) приеме. Его использовали для лечения фибрилляции предсердий. Однако поскольку этот препарат нельзя было вводить внутривенно или внутримышечно, он не помогал при

желудочковой тахикардии. Кроме того, многие пациенты плохо его переносили. Хинидин вызывал у них сильную диарею, резкое повышение температуры и изменял биохимические показатели крови. Самым эффективным из всех трех препаратов был новокаинамид. Его использовали при желудочковой тахикардии. Однако при внутривенном введении скорость инъекции лимитировалась падением кровяного давления. Это осложнение было самым серьезным, поскольку вследствие аритмии сердце в так было ослабленным. Третье средство, дилантин, почти не помогало при аритмии, вызванной заболеванием коронарных сосудов.

В начале своей карьеры я столкнулся со страшными осложнениями, возникающими после применений перечисленных лекарственных средств. До начала медикаментозного лечения некоторые пациенты даже не замечали проявления аритмии, другие же — ощущали лишь незначительные симптомы. Кровяное давление у них было в норме, хотя частота сердцебиений порой достигала 200 ударов в минуту. Но после назначения антиаритмических препаратов состояние пациентов резко ухудшалось. Кровяное давление становилось непредсказуемым, нарушалась циркуляция крови. Случаи выздоровления были исключением. Однако если препарат восстанавливал нормальную частоту сердцебиений, циркуляция тоже быстро восстанавливалась.

Именно таково было состояние кардиологии на тот момент, когда я впервые встретился с мистером С. Этот худощавый шотландец был очень жизнерадостным и приятным человеком с небесно-голубыми глазами и соломенного цвета волосами. В свои 55 лет он уже перенес два инфаркта и приблизительно раз в неделю испытывал приступы желудочковой тахикардии. Он не ощущал каких-либо симптомов заболевания, кроме учащенного сердцебиения. Приступы тахикардии всегда возникали ночью. Он просыпался, но ни разу не мог вспомнить содержания сновидений. Мой сон тоже стал прерывистым, поскольку по ночам часто приходилось отпраиваться в больницу, где я встречал извиняющегося мистера С.

При внутривенном введении больших доз новокаинамида у больного восстанавливался нормальный ритм сердцебиений, однако этому предшествовали некоторые негативные явления. В момент введения препарата кровяное давление у пациента начинало резко

падать, появлялся застой в легких, от недостатка кислорода он синел, дыхание становилось прерывистым. Мы с волнением ожидали, что сдастся первым: аритмия или сердце. После часовой агонии у мистера С. восстанавливалось нормальное сердцебиение, его жизненные показатели быстро приходили в норму. Когда его самочувствие нормализовывалось, он благодарил меня и клялся никогда больше не тревожить мой сон.

Однако болезнь не сдавалась, и реанимационные мероприятия приходилось повторять с частотой приблизительно раз в неделю. Пациент не мог определить ни эмоциональных, ни физических причин, вызывающих приступы тахикардии, всегда возникающие только после полуночи. Я уже начал думать, что одна бессонная ночь в неделю ниспослана мне во искупление какого-то греха. После десятого приступа мои нервы начали сдавать, однако я и предположить не мог, какие испытания мне еще предстоят.

Во вторник 3 ноября 1959 года в 2:30 ночи меня разбудил очередной телефонный звонок из реанимационного отделения больницы Питера Бента. Дежурная медсестра бесстрастным голосом сказала: «Вас ждет мистер С. Когда я прибыл в больницу, мой пациент выглядел довольно неплохо, сердце его билось с частотой 170 ударов в минуту. В таком состоянии человек может пребывать довольно долго без видимых осложнений. Поскольку подобное случалось неоднократно, я с оптимизмом заверил мистера С., что скоро все будет в порядке. Однако на этот раз обычно эффективная доза новокаинамида не остановила приступ, а ввергла мистера С. в состояние кризиса. Его сердце начало биться с частотой 212 ударов в минуту, систолическое давление упало до 80. При таком давлении кровью снабжаются лишь сердце и мозг, а ее циркуляция в других органах прекращается. Налицо были признаки сердечной недостаточности и застоя в легких. На следующий день мы попробовали дилантин, но и это не дало никаких результатов. Во вторник мистер С. выглядел как живой труп, но его глаза продолжали доверчиво смотреть на меня, ведь я еще ни разу его не обманул. Я постоянно говорил, что мы скоро восстановим ему нормальный сердечный ритм, хотя понятия не имел, как это сделать, и чувствовал, что начинаю паниковать.

Вечером во вторник мы все ходили на зомби из-за хронического недосыпания и надежды на благополучный исход. Однако мистер С. сохранял остатки оптимизма и даже пытался нас подбодрить: «Доктор Лаун, я уверен, вы и на этот раз меня вытащите». Эти слова усугубляли ситуацию. В моем утомленном мозгу вертелись слова Бертольда Брехта: «Я признаю, надежды у меня нет. Слепой указал мне путь».

В пятницу утром дыхание мистера С. стало тяжелым, кожа приобрела пепельный оттенок и покрылась холодной испариной, губы посинели. Очевидно, в легких скопился избыток жидкости, который не выводился диуретиками. Мы уже перестали следить за его давлением, а он перестал нас подбадривать. Каждое произнесенное слово вызывало у него приступ удушливого, кашля. Впервые в широко открытых глазах мистера С. промелькнуло отчаяние. Мне показалось, он пытается сказать мне: «Вы меня предали!».

Я ломая голову в поисках решения и неожиданно вспомнил, что несколько лет назад доктор Пауль Золл, врач-изобретатель из Израиля, совершил революцию в медицине, предложив использовать переменный ток для лечения желудочковых фибрилляций. Разработанное им устройство питалось электрическим током из обычной розетки. Сердце, получив удар током, начинало биться в нормальном ритме. Это стало настоящим спасением в случаях его остановки. Пациенты в таком состоянии уже фактически мертвы, и, хотя процедура и не всегда оказывалась эффективной, она, по крайней мере, не давала никаких осложнений, ведь мертвому уже нельзя причинить большего вреда. Один из моих пациентов, испытавший электрический шок, был жив и здоров.

Но я не только не представлял, как обращаться с дефибриллятором переменного тока, но и ни разу его не видел. Сразу возникло множество вопросов. Болезнен ли шок? Требуется ли анестезия? Каково должно быть напряжение в случае желудочковой тахикардии? Если первый электрический шок окажется бесполезным, можно ли повторить процедуру? Если да, то сколько раз? Травмирует ли ток сердце или нервную систему? Может ли он оставить ожог на коже? Нужно ли давать пациенту дополнительный кислород? Голова буквально раскалывалась от этих вопросов. В больнице Питера Бенга

мало кто работал с дефибриллятором Золла, поэтому я позвонил автору лично.

Мне не повезло. Золл уехал из города, и его не смогли разыскать. Один из его сотрудников сказал, что они никогда не использовали переменный ток при желудочковой тахикардии. Пациенты, подвергшиеся этой процедуре, были без сознания вследствие остановки сердца. Практически все мои вопросы остались открытыми. Но вернувшись к кровати мистера С., я решил отбросить всякую осторожность. Вначале я обратился к его жене и объяснил ей, что эта непроверенная процедура способна убить ее мужа. Миссис С., все время находившаяся рядом и молча сносившая все страдания, знала, что мы испробовали все возможности и что ее муж может умереть в любую минуту. Набравшись решимости, она попросила нас продолжать выполнять свой долг.

Следующим препятствием была анестезия. Я не стал тратить время на убеждение рядовых анестезиологов и обратился к доктору Рою Вандаму, главному врачу отделения анестезиологии. Было очень сомнительно, что он согласится участвовать в этой аванюре, поэтому я с отчаянием в голосе попросил его прислать какого-нибудь младшего практиканта. Рой ответил, что не может возложить такую ответственность на плечи практиканта и скоро прибудет лично. И действительно, через несколько минут он вбежал в палату с небольшим баллоном закиси азота, используемой для анестезии.

В тот момент, когда мы были готовы начать анестезию, вошел начальник медицинской службы и велел нам остановиться. Мистер С. уже начал впадать в ступор, и каждая минута промедления могла стоить ему жизни. Начальник забросал меня вопросами. Есть ли у меня опыт работы с дефибриллятором переменного тока? Использовал ли я этот аппарат в случаях желудочковой тахикардии? Проводили ли подобную процедуру в больнице Питера Бента, в Бостоне, где-либо в мире? На все его вопросы я ответил отрицательно.

Наконец он спросил, понимаю ли я, что, если пациент умрет, больнице будет предъявлен судебный иск. Я оставался непоколебим. В качестве компромисса я записал в карте мистера С., что беру на себя всю ответственность, хотя руководство больницы возражает против моих действий.

Когда с бюрократической стороны дела было покончено, мистери С. дали анестезию. Затем мы наложили на грудь пациента пластинчатые электроды, и, когда доктор Вандам подал сигнал, я включил ток, а все присутствующие отскочили от кровати. Самописец электрокардиографа выдал хаотичную кривую, по которой мы не могли определить состояние пациента. Однако при прослушивании стетоскопом определились сильные низкие регулярные удары. При появлении этих звуков по моей спине пробежал холодок. Я вдруг вспомнил, как в юности впервые услышал первые аккорды пятой симфонии Бетховена.

Мистер С. пришел в себя почти мгновенно, словно очнулся ото сна. Его порозовевшие губы расплылись в улыбке. Произошло чудо. Мистер С. быстро пошел на поправку и вскоре был выписан. Я пожелал ему и его жене как следует отметить радостное событие дома, во Флориде, не предполагая, что эта долгая история скоро подойдет к печальному концу.

Три недели спустя, в пятницу вечером мне позвонила миссис С. и сообщила, что у мужа вновь случился приступ тахикардии и его положили в больницу в Майами. Я уверил ее, что в большой университетской клинике обязательно имеется дефибриллятор переменного тока, и пообещал позвонить лечащему врачу ее мужа. Связавшись с начальником кардиологической службы, я детально пересказал ему историю болезни мистера С. и объяснил, что тот умрет, если не сделать ему дефибрилляцию. Однако ни один из моих аргументов не возымел действия. Наш дружеский разговор постепенно перешел на повышенные тона, и я получил категорический отказ, главной причиной которого было отсутствие литературных данных о применении дефибриллятора переменного тока при желудочковой тахикардии. Я пытался объяснить ему, что мы просто не успели опубликовать полученные результаты. Он ответил, что никто не сможет гарантировать ему защиту от обвинения в халатности, если что-то вдруг окажется не так.

Тогда я спросил:

— Неужели вы позволите человеку умереть, не попытавшись использовать метод, который однажды уже спас ему жизнь?

— Я боюсь, доктор Лаун. Я не могу доверять методу, о котором не написано ни строчки.

Сгоряча я убедил миссис С. прилететь вместе с мужем в Бостон. Через два часа она перезвонила мне из международного аэропорта Майами и, страшно волнуясь, сказала, что ни один самолет не соглашается принимать на борт больного в критическом состоянии. Было два часа дня, рабочая неделя близилась к концу. Мои действия были безумны. Я посоветовал умирающему пациенту покинуть больницу, а теперь он, предоставленный самому себе, лежит в переполненном международном аэропорту. Что же делать? Мистер С. должен был немедленно сесть на самолет, летевший в Бостон! В четыре часа дня я решил обратиться к профессору авиационной медицины из Гарвардского института общественного здоровья. Вместо того чтобы позвонить профессору Россу Макфарлайну, я решил, что лучше ворваться прямо к нему в кабинет, что и сделал. Профессор Макфарлайн беседовал в этот момент с двумя посетителями, но я не обратил на них внимания. Вкратце пересказав последние события, я попросил его оказать мне содействие. Профессора сильно взволновала моя история. «Вы не могли выбрать более удачного момента», — сказал он со смехом. Оказалось, что его посетителями были ни кто иные, как главные чиновники из федерального управления авиации. Они немедленно начали обзванивать директоров всех авиалиний маршрута Майами — Бостон. Наконец начальник восточных авиалиний подтвердил, что мистер С. будет на борту самолета, вылетающего из Майами в Бостон в семь часов вечера, в Бостон он прилетит через три с половиной часа.

Я немного успокоился, но в десять вечера раздался телефонный звонок. Сняв трубку, я услышал слова, в которые с трудом мог поверить. Звонил командир корабля восточных авиалиний. Оказалось, что в Бостоне был туман и самолет пришлось посадить в нью-йоркском аэропорту. Он спрашивал, что ему делать с больным пассажиром. Я попросил его вызвать «скорую помощь», чтобы перевезти мистера С. в Бостон. В час ночи мне позвонила миссис С. Женщина билась в истерике. Их привезли в Манхэттен. Это была городская станция скорой помощи, и ее работники не могли покидать пределы города. Понадобился еще час, чтобы найти частную службу. Из-за сильного тумана машина не могла ехать быстро, поэтому мистера С. доставили в больницу Питера Бенга только в восемь часов утра в субботу.

У нас все было готово, но мистер С. находился уже почти в ступоре. После подачи электрического тока вместо восстановления нормального ритма у него начались сильнейшие желудочковые фибрилляции. Повторный электрошок не дал никакого результата. Мы вскрыли ему грудную клетку без стерилизации, и я увидел у него в груди кровавое месиво вместо сердца. Тогда я приложил электроды прямо к оголенному сердцу. Сильный электрический разряд вернул ему нормальный ритм. Однако на этот раз выздоровление шло долго. Мистер С. сильно страдал от сердечной недостаточности и занесенной в момент операции инфекции. При выписке через шесть недель он выглядел немощным стариком. После этого он прожил совсем недолго. Моя победа обернулась трагедией.

Но почему электрический разряд вызвал желудочковые фибрилляции — гораздо более опасный вид аритмии, чем тот, с которым мы боролись? Поиски ответа в литературе ничего не дали. Ни в одной статье не упоминалось об обратном воздействии переменного тока на сердечную мышцу. Хотя метод Золла быстро распространился по всему миру, никто не отмечал его опасных последствий.

Чтобы убедиться в потенциально смертельном эффекте переменного тока, я решил попристутствовать при операциях на сердце. В ходе таких операций фибрилляции возникают довольно часто, и для снятия аритмии переменный ток подается непосредственно на сердце. Иногда, когда к электрошоку прибегали неоднократно, в операционной стоял запах жареного мяса. Смертность после операций на сердце с использованием электрошока была весьма значительной.

Никто не считал воздействие переменного тока потенциально негативным, потому что остановка сердца приравнивалась к смерти. Если после электрошока пациент не приходил в себя, его смерть объясняли иными причинами, но не использованием дефибриллятора. Хирурги считали повреждение сердца в результате воздействия переменного тока не слишком дорогой платой за жизнь. Но я собирался лечить аритмию у живых людей, поэтому метод должен был быть абсолютно безвредным. Я продумал серию экспериментов для проверки безопасности переменного тока при подаче на закрытую грудную клетку, как это делалось при остановке сердца. Но собственных средств на исследование у меня не было, а в материальной поддержке мне отказали, объясняя это главным образом

тем, что использование переменного тока при обычной аритмии кажется многим слишком жестоким методом. Проект был спасен доктором Фредериком Старом, ректором кафедры питания Гарвардского института общественного здоровья. В течение нескольких лет он покрывал все расходы на проведение экспериментов.

В опытах на животных я вскоре доказал, что переменный ток вызывает повреждение сердца. Его применение приводило к возникновению всех возможных видов аритмии, травмировало сердечную мышцу, а кроме того, сердце теряло калий и страдало от электрических ожогов. При подаче сильных разрядов оно полностью выходило из строя.

Исходя из ряда теоретических физиологических предпосылок, я решил попробовать использовать постоянный ток, однако мне требовался специалист, который мог выполнить инженерно-техническую часть эксперимента. Мне повезло: совершенно случайно я встретился с талантливым молодым инженером-электротехником Барухом Берковицем. Он быстро разобрался в проблеме и оказал мне неоценимую помощь. После года экспериментов на животных мы доказали, что один из типов волнового постоянного тока эффективен при лечении желудочковых фибрилляций, которые не останавливаются переменным током. Чтобы определить пределы его воздействия, мы охлаждали сердце, изменяли кислотность крови, уменьшали подачу кислорода, т. е. создавали условия, при которых реверсия практически невозможна. Но даже в этих условиях постоянный ток восстанавливал нормальный ритм сердца и не травмировал сердечную мышцу в отличие от переменного тока. Даже после 200 разрядов сердца подопытных животных не повреждались! В ходе экспериментов мы искали способ справиться с тахиаритмией, а в результате разработали новый, улучшенный дефибрилятор.

Впервые желудочковые фибрилляции перестали считаться предвестниками скорой смерти. Дефибрилятор постоянного тока не только открыл новые возможности реанимации пациентов с остановкой сердца, но и расширил горизонты кардиохирургии. При операции шунтирования коронарной артерии хирургу нужно, чтобы сердце перестало биться. Только в этом случае он сможет ввести трансплантат для шунтирования непроходимых коронарных сосудов.

При возникновении желудочковых фибрилляций сердце останавливается, а циркуляция крови осуществляется при помощи аппарата искусственного кровообращения. Впервые дефибриллятор постоянного тока позволил безопасно восстанавливать, нормальный сердечный ритм. Прогресс в кардиохирургии, который наблюдается в течение последних 30 лет, был бы невозможен без дефибриллятора постоянного тока.

Доктор Дон Эффлер, главный врач хирургического отделения Кливлендской клиники, первым оценил важность нового изобретения. В 1962 году, вскоре после изобретения дефибриллятора постоянного тока, я встретил Эффлера на конференции кардиологов в городе Тампа, во Флориде, куда нас обоих пригласили выступить с лекциями. В конце дня мы сидели возле бассейна, и я объяснил ему принцип работы дефибриллятора. Мне показалось, что он проявил не слишком большой интерес к моему рассказу, и я вскоре забыл о нашем разговоре. Но через несколько месяцев Эффлер вдруг появился в моей лаборатории в Гарвардском институте общественного здоровья. Он приехал с единственной целью — побольше узнать о новом приборе. Его группа стала первой, кто использовал дефибриллятор постоянного тока. Спустя несколько лет аргентинский хирург Рене Фавороло, работавший под руководством Эффлера, сделал первую операцию шунтирования коронарной артерии.

Спустя почти 20 лет я получил от Эффлера длинное письмо, в конце которого он писал: «Это письмо я написал под впечатлением разговора с секретаршей. Она попросила меня объяснить, что такое интуиция. Я дал ей классическое определение, но потом рассказал о своей поездке в Тампу, об участии в конференции, о том, как уселся возле бассейна, чтобы понежиться на солнце и выпить что-нибудь освежающее, — и о том, чем все это закончилось: применением дефибриллятора постоянного тока, позволившего спасти огромное число жизней. Сказочные герои часто находят сокровища, отправляясь на поиски совсем иного. По-моему, это красивая история».

Дефибриллятор постоянного тока полностью вытеснил прибор переменного тока, несмотря на яростное сопротивление производителей последнего. Через несколько лет во всем мире использовались только приборы постоянного тока. Однако один вопрос оставался открытым: можно ли использовать наш

дефибриллятор при других видах аритмии, а не только при желудочковых фибрилляциях? Для этого следовало убедиться, что прямой ток, в особенности та его волновая форма, которую мы использовали, абсолютно безопасен для сердца. Начав серию интенсивных опытов на животных, я столкнулся с одной трудностью. Казалось бы, безопасный постоянный ток не должен вызывать желудочковые фибрилляции. Однако такое случалось — не часто, примерно один раз на сто опытов, но последствия были трагичны.

Вскоре мы поняли причину происходящего. В каждом сердечном цикле есть короткий интервал, во время которого как здоровое, так и больное сердце подвержено желудочковым фибрилляциям. Этот интервал иногда называют опасным желудочковым периодом. Он бывает в самом начале сердечного цикла, когда на электрокардиограмме выписываются Т-волны. В это время сердце восстанавливается после стимулирования сокращения и возвращается в состояние покоя в ожидании следующего импульса. Опасный период длится всего 0,02—0,04 секунды, но если электрический импульс подается именно в этот момент, начинается потенциально опасная для жизни аритмия. Мы выяснили это в ходе напряженных экспериментов, не догадываясь, что физиологи знали о таком явлении еще 50 лет назад.

Поняв причину возникновения желудочковых фибрилляций, мы сделали наш прибор еще более безопасным: с помощью простейшего электронного таймера стали подавать электрический разряд в нужный момент, избегая опасного периода. Я назвал этот метод временной кардиоверсией постоянным током. Его использование в кардиологии стало настоящей революцией. Впервые появилась возможность контролировать любые изменения сердечного ритма: фибрилляцию и трепетание предсердий, желудочковую тахикардию и многие другие аномалии. Кардиоверсия стала значительным вкладом в создание отделений интенсивной терапии для пациентов с коронарной недостаточностью. Помимо общего усовершенствования методов лечения заболеваний сердца этот метод позволил избавить многих пациентов от неприятностей, связанных с аритмией. Люди, страдавшие от непереносимого «хлопанья» в груди, спустя всего несколько часов забывали о плохом самочувствии.

Если раньше кардиолог пасовал перед пациентом с желудочковой тахикардией, теперь ее лечение не представляет труда. Пациенты, выжившие после двух-трех приступов желудочковой тахикардии, раньше были большой редкостью, а сейчас я встречаю людей, перенесших несколько сотен таких приступов. Появились новые технологии для диагностики и лечения аритмии, было спасено множество жизней. Но больше всего меня поразило то, что кардиоверсия завоевала мгновенную популярность и стала применяться во всем мире.

Глава 14

Отделение интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью

Использование дефибрилляторов постоянного тока доказало, что внезапная остановка сердца не всегда приводит к смерти. Однако к тому времени, когда бригада «скорой помощи» добиралась до пациента, реанимационные мероприятия часто оказывались напрасными. После остановки сердца пациент может быть реанимирован лишь в течение очень короткого промежутка времени, после чего наступает смерть. Через пять минут в мозге происходят необратимые изменения и восстановление нормальной работы организма становится невозможным.

Следует пояснить, что врачи называют одно и то же состояние по-разному, используя самые разнообразные термины. Например, остановку сердца определяют как прекращение сердцебиения или падение кровяного давления до нуля, а инфаркт миокарда, или тромбоз коронарной артерии, — как сердечный приступ.

Тридцать лет назад считалось, что внезапная остановка сердца вызывается обширным инфарктом миокарда. Он начинается тогда, когда тромб, или сгусток крови, блокирует большую коронарную артерию. Так как через заблокированный кровеносный сосуд кровь не может попасть в сердце, сердечная мышца перестает снабжаться достаточным количеством кислорода и часть ее отмирает. Оставшаяся часть сердечной мышцы не повреждается, но начинает работать с удвоенной нагрузкой, чтобы обеспечить нормальную циркуляцию крови.

Блокировка коронарной артерии влияет на электрическую передаточную систему, причем это угрожает жизни в большей степени, чем повреждение сердечной мышцы. Электрический импульс рассеивается, проходя через мертвые ткани, и вызывает нарушения сердечного ритма, или желудочковые фибрилляции, создавая предпосылки для полной остановки сердца (см. гл. 13). По моему мнению, чтобы уменьшить вероятность возникновения желудочковых

фибрилляций, при первых признаках инфаркта необходимо использовать дефибрилятор постоянного тока.

В начале 60-х годов я загорелся идеей создания специального отделения неотложной помощи для сердечных больных при больнице Питера Бенга. Однако эта идея оказалась далеко не новой. Профессор кафедры медицины Канзасского университета Грей Даймонд рассказал мне, что доктор Хьюз Дэй уже организовал первое в Соединенных Штатах отделение интенсивной терапии для пациентов с острой коронарной недостаточностью при больнице в Бетани, штат Канзас. Это известие вселило в меня новые надежды на возможность организации такого же отделения в моей больнице.

Главной моей задачей было защитить пациентов от возникновения желудочковых фибрилляций. При их появлении сердце погибает не вследствие остановки, а потому, что в него поступают хаотичные электрические импульсы. Если этот хаос не прекращается в течение нескольких минут, четкие сердечные сокращения переходят в беспорядочное трепетание, и без применения электрошока пациент может умереть.

Как говорилось выше, регулирование нормального сердцебиения осуществляется физиологическим пейсмекером — синусовым узлом (см. гл. 13). Отсюда стимул передается в сердце и активизирует его сокращение последовательно, от основания до верхушки, где расположены желудочки. Постоянный электрический ритм генерирует достаточное давление для прохождения крови через клапаны в главные сосуды, откуда потом кровь перераспределяется по всему организму. Желудочковые фибрилляции нарушают электрическую деятельность и останавливают подачу крови.

При возникновении желудочковых фибрилляций важны минуты и даже секунды. Но чтобы это опасное нарушение сердечного ритма было остановлено вовремя, пациенту необходимо находиться рядом с дефибрилятором. В отделении интенсивной терапии помимо дефибрилятора должны находиться и другие электронные устройства для определения момента возникновения фибрилляций.

Хотя кардиоверсия впервые была применена именно в больнице Питера Бенга, я не смог заинтересовать администрацию идеей организации отделения интенсивной терапии для пациентов с острой коронарной недостаточностью. Впрочем, сама по себе идея не

вызывала возражений. Главным препятствием руководство больницы считало невозможность получить субсидии от попечительского совета, поскольку именно в это время планировалось построить новую больницу. Нетерпение мое росло с каждым днем, так как появилось уже три таких отделения: в Майами, Филадельфии и Нью-Йорке.

Шел 1963 год. Я обсудил необходимость организации такого отделения с Самуэлем Левайном. Его не пришлось долго убеждать, и он согласился отдать все свои фонды на осуществление проекта. Американская оптическая компания, первой наладившая серийный выпуск дефибрилляторов постоянного тока, дала согласие поставить все необходимое электронное оборудование. Руководство больницы не смогло устоять перед такой соблазнительной перспективой, и мне наконец разрешили открыть отделение интенсивной терапии на четыре койки. Оно было первым в Новой Англии (Новая Англия — штаты Мэн, Нью-Гемпшир, Вермонт, Массачусетс, Род-Айленд и Коннектикут) и пятым во всем мире.

До этого времени в больнице Питера Бента все отделения интенсивной терапии в основном ориентировались на реанимацию при внезапной остановке сердца. Мониторинг проводился для определения начала желудочковых фибрилляций. Главным прибором был, электромонитор, который постоянно контролировал частоту сердечного ритма и при малейших нарушениях подавал сигнал. Хорошо обученные медсестры постоянно были, начеку, чтобы при необходимости начать тщательно отлаженные реанимационные мероприятия. Все это очень напоминала пожарную часть, где каждый пребывает в ожидании сигнала тревоги.

Но когда сигнал раздавался, дело брали в свои руки представители старшего медицинского персонала. Если у пациента останавливалось сердце, вокруг него начинала суетиться множество интернов, практикантов, ординаторов, студентов, лаборантов и дежурных врачей. Голоса звенели от возбуждения, обстановка становилась невыносимой. В отличие от медсестер у врачей не было четкого плана действий, но они считали себя обязанными осуществлять общее руководство. Вся процедура сопровождалась бесконечными криками, суетой и нервозностью.

В то время был популярен такой анекдот. Пациент с сердечным приступом попадает в отделение интенсивной терапии. Он напуган,

взволнован и хочет знать, что с ним будет дальше. Весь персонал занят спасением жизни другого пациента и не отвечает на его вопросы. Пациента подключают к различным приборам, и он, весь опутанный проводами, слышит громкий стук своего сердца и видит частоту линий на экране осциллографа. Наступает вечер. Пациенту в голову начинают приходить неутешительные мысли о грядущей инвалидности или смерти. В палату входит уборщица и начинает мыть пол. Пациент поворачивается к ней и спрашивает: «Скажите, что со мной будет дальше?» — «Не знаю, но могу сказать вот что. Слышите: «пип-пип-пип»? Самое главное — не дать ему замолчать. Если это произойдет, сюда ворвется десяток людей в белых халатах, и они выколотят из вас этот «пип» во что бы то ни стало».

Когда в 1965 году в больнице Питера Бента было открыто отделение интенсивной терапии, я сразу же положил конец этому безобразию. Главная цель осталась прежней — спасение пациентов с острым инфарктом миокарда, у которых произошла остановка сердца. Для определения момента возникновения желудочковых фибрилляций мы использовали новые осциллографы, подсоединенные с дисплеями на постах медицинских сестер. Теперь они могли не сидеть возле пациента в ожидании аритмии, а следили за состоянием своих подопечных с дежурных постов.

Наше отделение было организовано таким образом, чтобы на пациентов оказывалось как можно меньшее отрицательное психологическое воздействие. Свет был приглушен, пациенты могли слушать радио через наушники, тишина была непреложным правилом. Так как хирурги всегда очень громко говорят, мы повесили на дверях отделения табличку: «Хирурги, без вызова не входить!». Мы постарались добиться максимального уединения пациентов, но при этом они постоянно видели медсестер, а те в свою очередь могли следить за пациентами. В своих бесконечных инструкциях персоналу я постоянно подчеркивал необходимость ограждать пациента от всего, что может вызвать у него беспокойство. Только в тишине можно услышать тихий стон отчаяния или тяжелый вздох.

Медсестры обладали высокой квалификацией. Они, как и врачи, носили при себе стетоскоп и участвовали в утренних обходах. Их замечания о состоянии пациентов были особенно важны потому, что у лечащих врачей недостаточно времени на общение с пациентами. Раз в

неделю я проводил для медсестер специальные образовательные конференции.

При остановке сердца медсестры не ждали врача, а немедленно начинали дефибрилляцию. Они обладали большим опытом обращения с приборами, чем врачи, так как в отделении интенсивной терапии им приходилось постоянно на них работать, этой возможности многие врачи были лишены. Работа опытных медсестер вызывала восхищение. Помню, как однажды медсестра попросила меня осмотреть вновь прибывшего пациента, пожарного инспектора 48 лет. Так как отделение было переполнено, он временно находился в процедурной. Медсестра сообщила, что несколько минут назад у него остановилось сердце. Однако, увидев пациента, я понял, что он ни о чем не успел догадаться. Он сказал мне: «Я, наверное, отключился на пару минут».

Медсестра объяснила, что она снимала электрокардиограмму, и в это время начались желудочковые фибрилляции. Тогда она убедилась, что сигнал не является ложным из-за отошедшего контакта, проверила у больного пульс, включила дефибриллятор, подождала десять секунд, чтобы накопился необходимый заряд, приложила электроды к груди пациента и подала разряд. На все это у нее ушло 27 секунд! Я точно определил время, потому что электрокардиограф был включен. Когда через минуту пациент очнулся, медсестра успокоила его, сказав, что у него был легкий приступ аритмии, который больше не повторится. Оба были спокойны, словно произошло обычное событие, не заслуживающее долгого обсуждения. Какой высокий профессионализм!

Тем не менее меня не устраивало то, что основное внимание было сосредоточено на реанимации пациентов. Не лучше ли предотвратить появление желудочковых фибрилляций, чем прилагать героические усилия по их устранению? Старое правило о том, что лучшим лечением является профилактика, как нельзя больше подходило к подобным случаям. Так как кардиоверсия была безопасной и пациенты легко переносили ее, врачи начали считать аритмию неопасным состоянием. Но так ли это на самом деле? Я начал отслеживать тех редких пациентов, которых не удавалось реанимировать при возникновении желудочковых фибрилляций. Даже если нормальный ритм сердца у них восстанавливался, сердечная мышца претерпевала

сильные нагрузки и повреждалась, будучи уже изначально травмированной из-за блокировки артерии. Следовало предпринимать меры во избежание остановки сердца, а не пытаться потом оживить его. Но, как говорится, проще сказать, чем сделать! Из 75 пациентов, перенесших сердечный приступ, желудочковые фибрилляции наблюдались только у одного, и заранее «вычислить» его было невозможно. Но даже если бы нам удалось сделать это, требовалось дать пациенту лекарственный препарат, снимающий аритмию. Все существующие антиаритмические препараты действовали слишком медленно и обладали нежелательными побочными эффектами. Задача казалась невыполнимой.

А если бы такой препарат существовал, все равно нельзя было быть уверенным, что он защитит каждого пациента, у которого могут возникнуть желудочковые фибрилляции. Их появление непредсказуемо, поэтому требовалось выделить признак, являющийся их предвестником. Таким признаком стали желудочковые экстрасистолы, появляющиеся при ранних сосудистых спазмах во время сердечного приступа. Я считал, что эти сердечные сокращения указывают на нестабильное состояние сердца, в котором могут возникнуть желудочковые фибрилляции. Если же экстрасистолы были неинтенсивны или отсутствовали, желудочковые фибрилляции не возникали. Небольшое нарушение ритма позволяло нам подобрать лекарственное средство, снимающее его и тем самым предотвращающее желудочковые фибрилляции.

Имея четкую цель — снятие желудочковых экстрасистол — мы могли начать поиски идеального препарата. Главным требованием к нему было отсутствие повреждающего действия на сердечную мышцу. Препарат следовало вводить внутривенно, чтобы его действие было мгновенным. Он должен был легко выводиться из организма печенью или почками, чтобы не оказывать длительного побочного эффекта. Однако такого препарата не существовало, и на его лабораторные разработки могло уйти больше десяти лет. Единственное, что нам оставалось, — заняться его поисками среди уже известных средств. Мы надеялись, что существует препарат, обладающий всеми необходимыми свойствами, но не проявивший себя как средство от аритмии.

Я думал над этой проблемой много месяцев, пока однажды не вспомнил, как в 1950 году присутствовал при операции по удалению легкого, которую проводил доктор Гаррисон Блэк. Неожиданно он полил сердце пациента какой-то прозрачной жидкостью. Это было так необычно, что я спросил:

— Чем вы обработали перикард?

— О, это ксилокаин, — ответил он. (Ксилокаин — торговое название анестезирующего препарата лидокаина.)

— Зачем вы это сделали?

— Он снимает нерегулярные сердцебиения, когда я работаю с легким, — объяснил доктор.

Я сталкивался с лидокаином только однажды, в кабинете зубного врача. Дантист использовал его для местного обезболивания. Мне никогда не приходило в голову, что этот препарат способен снимать аритмию. Поиски в литературных источниках ничего не дали, но я знал, что хирурги не любят делиться своими секретами, и решил более внимательно изучить свойства лидокаина.

И на этот раз мне помогла работа в лаборатории. Если эксперимент нельзя осуществить в больнице, его всегда можно провести на животных. Вопрос, стоящий передо мной, был простым: может ли лидокаин уменьшить или вообще снять желудочковые экстрасистолы, если ввести его внутривенно во время сердечного приступа?

Мы приступили к экспериментам. После того как у собак пережимали переднюю коронарную артерию, у них возникали множественные аритмии, которые не останавливались доступными лекарственными средствами. Но когда мы вводили им лидокаин, все желудочковые экстрасистолы мгновенно подавлялись. Казалось, чья-то невидимая рука нажимала на волшебную кнопку, и сердце начинало нормально биться. Все происходило так быстро, что я не верил своим глазам. Это было слишком хорошо, чтобы быть правдой. Я решил, что это просто совпадение, но в ходе многочисленных экспериментов было установлено, что лидокаин действительно снимает аритмию, и через 15–20 минут после инъекции аритмия не возобновлялась. Лидокаин не вызывал падения кровяного давления, т. е. не подавлял работу желудочков. Мы повторяли эксперимент десятки раз, и всегда результат был одним и тем же. Мое ликование не знало границ.

Иногда нетерпение вознаграждается. Через неделю я решил испробовать лидокаин в больнице. Собрав персонал, я объяснил, что теперь необходимо вводить этот препарат всем пациентам, поступившим в отделение интенсивной терапии, если у них наблюдаются желудочковые экстрасистолы. Отталкиваясь от данных, полученных в экспериментах на собаках, я вычислил, исходя из весового соотношения, дозу, необходимую для человека. Теперь это может показаться глупостью, так как обмен веществ у собаки и человека значительно отличается. Но, к счастью, то, что мы наблюдали в лаборатории, повторилось и в больнице.

Теперь мы могли предотвратить фибрилляции, введя лидокаин при появлении экстрасистол, а затем, уменьшив подачу препарата, возобновить эти экстрасистолы. Мы определили, что лидокаин безопасен даже для очень тяжелых больных, страдающих сердечной недостаточностью. От осложнений же можно было легко избавиться, прекратив введение препарата.

С внедрением лидокаина цель отделения интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью резко изменилась. Теперь персонал вместо реанимационных мероприятий занимался профилактикой остановки сердца. При использовании лидокаина у пациентов с желудочковыми экстрасистолами в течение года не было отмечено ни одного случая желудочковых фибрилляций, хотя у нас побывало 130 таких больных, перенесших сердечные приступы. Наш опыт поставил под сомнение необходимость организации дорогостоящих отделений, которые, как грибы, стали появляться по всей стране, «съедая» миллиарды долларов. Но я был слишком возбужден, чтобы волноваться по поводу экономической стороны вопроса.

Лидокаин стали использовать во всех отделениях интенсивной терапии и операционных, его продажа увеличилась в несколько раз. Из обычного обезболивающего препарата он превратился в главное средство спасения жизни. Единственным печальным последствием его применения стало то, что мы лишились прекрасных, высококвалифицированных медсестер, обладавших высоким профессионализмом в восстановлении сердечной деятельности и дыхания. Наше открытие сделало их опыт ненужным.

Теперь в отделениях интенсивной терапии не происходило ничего необычного. Люди спокойно выздоравливали, не обретая шрамов ни в сердце, ни в душе. Удивительно, но я не мог удержать медсестер никакими объяснениями. Они были полностью деморализованы сознанием своей не востребуемости и перешли на другую работу. Их заменили приборы и новейшие технологии.

Вспоминая прошлое, я понимаю, что мы стояли у истоков новой эры в медицине, когда ликование по поводу новых технических устройств было большим, чем по поводу выздоровления отдельного пациента. Многим жертвам сердечных приступов происходящее также казалось фантастическим. Один из пациентов сказал мне: «Ну и что страшного в сердечном приступе? Благодаря ему я прекрасно отдыхал целую неделю. Не возражал бы заиметь еще один приступ, лет, примерно, через пять».

Развитие системы отделений интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью имело ряд положительных последствий. Начали бурно развиваться специализированные отделения интенсивной терапии для других медицинских целей. Постоянный мониторинг сердечной деятельности способствовал более эффективному лечению критически больных пациентов, смертность после инфаркта-миокарда сократилась на 50 процентов. Исследования природы сердечных приступов показали, что главной причиной данного нарушения является закупорка коронарной артерии. Это послужило предпосылкой для еще более значительного прорыва — развития терапии тромбофлебита, позволяющей рассасывать смертельно опасные кровяные сгустки. Без исследований, проводимых в отделениях интенсивной терапии, многие достижения были бы невозможны. Использование препаратов для рассасывания тромбов в коронарных сосудах снизило уровень смертности от сердечных приступов до 6 процентов, что явилось невероятным достижением: 30 лет назад от них умирал каждый третий больной. Я убежден, что такое заметное снижение смертности было бы невозможно без отделений, интенсивной терапии.

Но на каждую бочку меда всегда найдется ложка дегтя. За любой успех нужно платить. Медицина стала еще более безликой. На первое место вышли технические методы, а пациенты отступили на второй

план. Парадокс моей жизни состоит в том, что, по иронии судьбы, моя исследовательская работа порождает то, с чем я постоянно борюсь.

Глава 15

Желудочковая экстрасистола: сердечное сокращение или предвестник?

Каждые полторы минуты от сердечных заболеваний умирает один житель нашей планеты. В Соединенных Штатах ежегодное количество их жертв составляет приблизительно 400 тысяч человек. Внезапная смерть — самое ужасное проявление болезни сердца. Она подкрадывается незаметно, как вор в ночи. Примерно в 25 процентах случаев она является первым и последним признаком того, что у человека было больное сердце. Около 60 процентов страдающих коронарными заболеваниями становятся жертвами внезапной смерти.

Кажется невероятным, но до 70-х годов эту проблему старались обходить стороной. Смерть является наиболее конкретной и видимой конечной точкой в медицине. Но исследования причин внезапной смерти практически не проводились. Я считаю, что этот парадокс возник вследствие того, что основной интерес практикующего врача определяется мнением исследовательских центров, которые в свою очередь берут материал для исследований в прикрепленных к ним больницах. Пациенты, поступающие в эти больницы, остаются вне сферы изучения. А жертвы внезапной смерти редко оказываются на больничной койке. В лучшем случае они попадают в отделение скорой помощи, откуда, как с перевалочной базы, отправляются в морг. Поэтому они не попадают в поле зрения ученых, не становятся предметом обсуждения на коллоквиумах, симпозиумах, в книгах и статьях. Отсутствие научного интереса к проблемам внезапной смерти заставило практикующих врачей утвердиться во мнении, что она является результатом тяжелого и необратимого сердечного приступа. Так как она непредсказуема, врачам оставалось лишь бессильно опустить руки перед деяниями Господа.

Некоторый сдвиг наметился в начале 60-х годов, когда изобретение дефибриллятора постоянного тока позволило выводить пациентов из состояния клинической смерти. У тех, кто выживал, не наблюдалось никаких изменений в электрокардиограмме или в составе крови, свидетельствующих о наличии инфаркта миокарда. Оказалось,

что внезапная смерть не была его последствием, а наступала в результате нарушения передачи электрических импульсов в сердце, приводившего к появлению желудочковых фибрилляций.

Другим важным фактором, повлиявшим на отношение врачей к проблеме внезапной смерти, было событие, произошедшее в медицинском институте Джона Хопкинса в Балтиморе. Уильям Коувенховен, профессор в отставке, добровольно работал в отделении хирургии. Он выдвинул совершенно эксцентричное предположение о том, что деятельность сердца по прокачиванию крови можно заменить ритмичным надавливанием руками на грудную клетку. Коувенховен доказал, что этот нехитрый прием помогает обеспечить адекватное кровоснабжение таких жизненно важных органов, как сердце и мозг, в течение длительного времени после остановки сердца. Это открытие стало по-настоящему революционным (Попытки оживления умерших людей предпринимались с незапамятных времен. О массаже сердца еще в 1846 году писал русский врач А. Никитин, о нем упоминали Н.И. Пирогов, английский хирург Говард и другие. Начиная с конца XIX века этот метод стал широко известен в клинической практике как метод Кенига-Маасса, по имени ученых, успешно применявших его для реанимации. С 1960 года после опубликования работы Коувенховена и др. непрямой массаж сердца получил как бы второе рождение (по материалам Большой медицинской энциклопедии).

После остановки сердца в мозге происходят необратимые процессы, приводящие к его гибели. Пациент, доставленный в больницу позже чем через десять минут после этого, не мог быть реанимирован. Открытие Коувенховена позволило перебороть такое злое давление времени. Работникам «скорой помощи» довольно часто удавалось доставлять пациентов в больницу живыми, где им сразу же выполнялась дефибрилляция.

В Сиэтле, штат Вашингтон, доктор Леонард Кобб с сотрудниками на многих примерах продемонстрировал, что непрямой массаж сердца является эффективной мерой при его остановке. В сочетании с искусственным дыханием «рот в рот» он позволял сохранять жизнь жизненно важных органов в течение длительного времени. Примерно 30 процентов пациентов, переживших внезапную остановку сердца, выздоравливали. Однако оставшиеся 70 процентов не выживали даже при немедленном восстановлении работы сердца и дыхания.

Следовательно, требовалось установить, кто из пациентов относится к группе повышенного риска внезапной остановки сердца, а также разработать меры по ее предотвращению. Лидокаин для этих целей не годился, так как его можно было вводить только внутривенно.

Многочисленные исследования не дали ответа на вопрос о причинах внезапной остановки сердца. У большинства жертв наблюдалось заболевание коронарных сосудов, но анализ обычных факторов риска не давал нужной информации. Электрокардиограммы также не содержали ключа к разгадке. Даже если пациент посещал врача накануне фатального события, у него не отмечалось признаков, вызывающих какие-либо опасения. Конечно, можно было рассматривать внезапную смерть как трагическую случайность, следствие фатального стечения обстоятельств, но я не мог с этим смириться. Мне помогли клинические наблюдения во время работы в отделении интенсивной терапии для пациентов с острой коронарной недостаточностью. Пациенты, у которых возникали желудочковые экстрасистолы, были более предрасположены к развитию опасной для жизни аритмии. Появлению желудочковых фибрилляций часто предшествовало появление множественных экстрасистол. Может быть, это справедливо и для внезапной смерти? Однако между этими двумя случаями существовала большая разница. В отличие от сердечного приступа остановка сердца не вызывается внезапной окклюзией коронарной артерии. Таким образом, мой опыт работы с пациентами, перенесшими сердечный приступ, оказался недостаточным.

Если внезапная остановка сердца является следствием злокачественной аритмии, логично предположить, что у внезапно умерших пациентов приступы аритмии наблюдались и до фатального события. В этом случае ее обнаружение могло выделить пациента из группы риска задолго до остановки сердца.

Могли ли быть таким предвестником желудочковые экстрасистолы, тривиальные сердечные сокращения? Экстрасистолы, которые ощущаются человеком как учащенное сердцебиение, — слишком распространенное явление, чтобы иметь определяющее значение. Со времен римского врача Галена они не считались опасным признаком. Поэты описывали их как любовный трепет в груди, а ипохондрики — как непереносимые толчки. Частота появления экстрасистол увеличивается с возрастом. К 70-м годам почти у всех

случается временное нарушение сердечного ритма, не ведущее ни к каким последствиям. Некоторые люди проживают долгую и здоровую жизнь, хотя у них наблюдаются экстрасистолы. Эти наблюдения противоречили моей гипотезе. Мне вспомнилось замечание Томаса Генри Хаксли: «Трагедия научного провала в том, что прекрасная гипотеза опровергается нелицеприятным фактом». Может быть, и мое стремление подтвердить выдвинутую теорию объяснялось лишь простотой экстрасистол?

В середине XX века датский физиолог Биллем Эйнтховен создал электрокардиограф, который открыл новые возможности в изучении экстрасистол. Оказалось, что они во многом отличаются друг от друга: могут возникать как в левом, так и в правом желудочке, различаться по морфологическому субстрату, возникать в начале или конце сердечного цикла, появляться в одиночку, парами, группами, периодически или постоянно изменять ритм сердца.

При работе с дефибриллятором я был поражен тем, как трудно вызвать фибрилляции в сердце животного, даже при пережатии коронарной артерии. Оказалось, что электрический импульс должен быть намного больше, чем может генерировать сердце — в 50 тысяч раз сильнее, чем требуется для индуцирования одной экстрасистолы. Кроме того, его следовало подавать в течение короткого интервала в начале T-волны, который длится всего доли секунды, и в это время сердце становится уязвимым для желудочковых фибрилляций.

Мы пришли к выводу, что критическим фактором для индуцирования желудочковых фибрилляций является соотношение между опасным периодом уязвимости и силой электрического тока. Опасны экстрасистолы, появляющиеся в начале сердечного цикла в период уязвимости. Это — обычное и легко распознаваемое явление, однако оставалось непонятным, как они генерируют электрический импульс, достаточно сильный для провоцирования хаотической электрической активности, наблюдаемой при желудочковых фибрилляциях.

Как часто бывает в моей жизни, в памяти всплыли давно забытые клинические наблюдения. Во время работы в отделении интенсивной терапии я заметил, что иногда при постоянном мониторинге сердцебиения перед внезапной остановкой сердца от желудочковых фибрилляций у пациентов появляются две-три последовательные

экстрасистолы. Могут ли они удлинять период, во время которого возникают желудочковые фибрилляции? Может быть, каждая последовательная экстрасистола неизбежно усиливает опасность периода уязвимости, пока одно сердцебиение не запустит механизм желудочковых фибрилляций? И сколько в таком случае для этого требуется последовательных экстрасистол?

Нам вновь помогли эксперименты на животных. Когда у собак в период уязвимости вызывали две последовательные экстрасистолы, во второй раз требовалось гораздо меньше энергии для провоцирования желудочковых фибрилляций. Если же в этот период вызывались три последовательные экстрасистолы, опасность возникновения желудочковых фибрилляций заметно увеличивалась. При четырех экстрасистолах злокачественная аритмия возникала уже от низкого электрического импульса. Это помогло нам понять генез желудочковых фибрилляций и объясняло, как невинное сокращение сердца может стать основанием для возникновения летальной аритмии. Секрет заключался в повторении экстрасистол, каждая из которых лишь немного изменяла порог восприимчивости, но их суммарный эффект вызывал летальную аритмию. Этим и объяснялся тот факт, что множественные желудочковые экстрасистолы всегда предшествовали внезапной смерти.

Исследования подтолкнули меня к разработке способа классификации ранних экстрасистол по их способности провоцировать желудочковые фибрилляции. Вместе с доктором Маршаллом Вольфом, проходившим у меня практику в 60-е годы, мы предложили их схематическую классификацию. Чтобы доказать, что эта классификация имеет клинический смысл, требовалось выяснить, были ли пациенты с повторяющимися или сложными экстрасистолами более подвержены опасности внезапной смерти. Однако для такого широкомасштабного обследования у нас не было ни достаточного количества пациентов, ни денежных средств. Но когда я рассказал об этой идее своему близкому другу доктору Уильяму Руберману, работавшему в управлении страхования здоровья в Нью-Йорке, он согласился предоставить нам почти две тысячи пациентов, перенесших сердечный приступ.

Проведя серию экспериментов, Руберман и его коллеги подтвердили потенциальный риск сложных ранних желудочковых

экстрасистол. У пациентов с последовательными ранними экстрасистолами, прерывавшими опасный период, риск внезапной смерти увеличивался в пять раз по сравнению с теми, у кого эти экстрасистолы не наблюдались. Однако столь обнадеживающие результаты не заинтересовали американских кардиологов, так как находились далеко за пределами их опыта. Кроме того, врачи, даже научившись выявлять таких пациентов, не знали, как их лечить и что для них можно сделать. Никаких дополнительных исследований соответственно проведено не было.

Мое отчаяние натолкнуло меня на странную идею. Американский пианист Ван Клиберн был совершенно не известен в своей стране до тех пор, пока не стал победителем Московского международного конкурса пианистов имени П.И.Чайковского. За одну ночь он стал в Америке культовой фигурой. Я же не искал личной популярности, а хотел с помощью Советского Союза обратить внимание на проблему внезапной смерти. Если русские согласятся с тем, что данная проблема имеет общенациональное значение, неужели это не возбудит интереса в Америке? В период холодной войны соревнование между двумя государствами шло во всех сферах. Неужели честь Америки не будет задета тем, что Советы вновь опередят ее так же, как после запуска спутника? В 1966 году я воспользовался приглашением советского кардиолога Евгения Чазова и приехал прочитать лекцию о проблеме внезапной смерти. В зале собралось более 800 врачей, но ни один из них, похоже, не заинтересовался темой моего доклада. Я потерпел полное фиаско. Мне недвусмысленно продемонстрировали, что «внезапная остановка сердца — проблема американцев, связанная со стрессом, который переживает человек, живя в антагонистическом обществе». Это было абсурдно, так как коронарные заболевания, главные предвестники внезапной смерти, наблюдались в СССР гораздо чаще, чем в США. Причины этого были налицо: широкое распространение среди населения гипертензии, ожирения, курения, перенаселенность квартир, преобладание в пище животных жиров и прежде всего — тяжелейший социальный стресс, спасение от которого многие искали в национальном лекарстве — водке. Москва оставила меня безутешным.

Спустя четыре года меня пригласили выступить на конференции Американской ассоциации сердечных заболеваний. После этого

выступления проблема внезапной смерти получила широкий отклик. Были проведены полномасштабные исследования, начаты поиски новых лекарств и разработка улучшенных дефибрилляторов, открылись новые перспективы в электрофизиологии. В 1972 году в Советском Союзе тоже поняли, что внезапная смерть является главной причиной смертности, и пригласили меня помочь им справиться с этой проблемой.

Проведенные в США и за границей исследования доказали гипотезу о ранних желудочковых экстрасистолах. Однако мы не могли удовлетвориться лишь знанием причин внезапной смерти. Главная цель состояла в том, чтобы защитить людей от этой трагедии. Хотя существовало немало противоаритмических препаратов, было неясно, как применять их в этом случае. Мой сотрудник Владимир Велебит обнаружил, что любой антиаритмический препарат способен вызвать аритмию у некоторых пациентов. То есть лекарство, призванное предотвращать внезапную смерть, может в отдельных случаях оказаться ее причиной. Мы не смогли выделить какой-либо субъективный фактор, с помощью которого можно определять пациентов с обратной реакцией на такие препараты. Действие лекарств против аритмии на каждого пациента непредсказуемо. Мы разработали новый способ проверки, пациенту давали *per os* большую дозу антиаритмического препарата и одновременно проводили электромониторинг работы сердца, что позволяло определить его реакцию на тот или иной препарат.

В 1982 году мой коллега доктор Томас Грэйбойз сообщил о важном открытии. Пациенты с заболеванием коронарных сосудов, перенесшие злокачественную аритмию, подвергались огромному риску ее рецидива. Устранение повторяющихся экстрасистол у таких пациентов заметно снижало вероятность внезапной смерти. Для снятия этих экстрасистол требовалось подбирать лекарственные препараты индивидуально и использовать их в комплексе. Мы же знали, что лекарства назначаются без учета индивидуальной реакции пациента, поэтому они могли принести больше вреда, чем пользы. Среди пациентов, лечение которых проходило успешно, смертность составляла 2,3 процента, а в тех случаях, когда желудочковые экстрасистолы устранить не удавалось, — 43,4 процента.

Конечно, можно было предположить, что эти пациенты смогут жить и без антиаритмических препаратов. Если лекарство действительно защищает от аритмии, то его отмена немедленно должна вызвать нарушение сердечного ритма. Чтобы проверить эту гипотезу, Грэйбойз и его коллеги выбрали группу пациентов, у которых наблюдалась обратная реакция на препараты против аритмии. Они высказывали желание прекратить прием лекарств, если это не будет угрожать их жизни. В исследовании участвовали 24 пациента, которых успешно лечили на протяжении 31 месяца. После отмены препарата только у одного пациента не возникла опасная для жизни аритмия. Этот результат подтвердил две наши концепции. Во-первых, пациентов со злокачественной желудочковой аритмией можно эффективно лечить при помощи индивидуально подобранных лекарственных средств. Во-вторых, подавляя повторяющиеся желудочковые экстрасистолы лекарственными препаратами, можно на длительный срок отсрочить вероятность внезапной смерти.

Несмотря на незначительный прогресс в исследованиях, количество внезапных смертей стало заметно уменьшаться. Это было результатом того, что на решение проблемы, представляющей национальную угрозу, были брошены социальные ресурсы, мобилизован интеллектуальный потенциал. За прошедшие десять лет от электрического дисбаланса в сердце, который можно предотвратить, умерло 2 миллиона американцев, но дело не в этом. На исследования проблемы СПИДа тратятся колоссальные средства, по 200 тысяч долларов в год на каждую его жертву, а на каждую жертву внезапной смерти ежегодно выделяется только 25 долларов. Я считаю, что причиной таких малых капиталовложений является то, что проблема внезапной смерти не нашла такого сильного политического отклика, как проблема СПИДа.

Мне становится больно при мысли о людях, умерших от вполне излечимого заболевания. Хотя в настоящее время существует множество лекарственных препаратов, ни один из них не безопасен и его действие не изучено до конца. Необходимо продолжить исследования и поиск новых средств от аритмии. Имплантация электрического дефибриллятора сердца явилась большим достижением. Это электронное устройство постоянно следит за сердечным ритмом, и при возникновении аритмии посылает в сердце

электрический разряд. Но я не верю, что это дорогостоящее устройство — оптимальный способ решения проблемы внезапной смерти. Гораздо перспективнее предотвращение возникновения желудочковых фибрилляций, чем периодическое снятие аритмии, являющееся большой психологической травмой. Были предложены и другие методы лечения, например выжигание участков, передающих патологический электрический импульс. Но настоящее решение проблемы еще не найдено, и за каждую минуту задержки мы платим высокую цену — человеческую жизнь.

В середине 70-х годов мое мнение о проблеме внезапной смерти было весьма определенным, и я мог говорить о ней с пациентами, хотя раньше всеми силами избегал обсуждения этого вопроса. Я рассказывал о факторах риска, говорил: «Вы не умрете внезапно», — и объяснял почему. Внезапная смерть подстерегает каждого пациента, страдающего заболеванием коронарных сосудов. Но если его успокоить, у человека появится надежда, с его плеч упадет тяжелый груз, он вновь начнет радоваться жизни. И самое главное — улучшится его состояние, так как сердце больше не будет испытывать нагрузок, вызванных эмоциональным стрессом. Это подтверждается клиническими и экспериментальными данными.

Возможно, самым большим моим достижением за почти 50 лет клинических исследований является то, что я помог выдвинуть проблему внезапной смерти в ряд первоочередных задач науки и медицины. Ощущение пустоты и тщетности усилий исчезло. Врачи больше не избегают обсуждать эту проблему с пациентами, страдающими заболеваниями сердца. Накоплено достаточно информации, чтобы точно определить, кто из больных входит в группу риска. Страх перед внезапной смертью может больше не довлеть над пациентами с заболеваниями коронарных артерий.

Хочу особо подчеркнуть мою твердую уверенность в необходимости единства науки и медицины. Я убежден, что научная медицина и передовая технология — главные условия успешного лечения. С точки зрения клинического исследователя, лечение без использования достижений науки есть лишь проявление доброты, но не акт врачевания. С другой стороны, наука без заботы о пациенте лишает медицину силы исцеления и омрачает великий потенциал

древней профессии. Оба эти компонента и составляют основу искусства врачевания.

В связи с моей попыткой заинтересовать советских кардиологов проблемой внезапной смерти следует рассказать еще об одном курьезе. Жизнь полна парадоксов, которые невозможно предвидеть. Моя связь с Советским Союзом вылилась в тесную дружбу с академиком Евгением Чазовым. Вместе с ним мы организовали международное движение врачей «Врачи мира за предотвращение ядерной угрозы». В 1985 году Чазова и меня удостоили Нобелевской премии мира за вклад нашей организации в борьбу против ядерной войны.

Часть IV
НЕИЗЛЕЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Глава 16

Проблемы и сомнения при лечении пожилых пациентов

«Затянувшаяся жизнь — это затянувшаяся скорбь», — вздыхал Самуэль Джонсон. И действительно, процесс старения часто проявляется в прогрессирующей немоци с периодическими резкими ухудшениями физического и умственного самочувствия. Во времена Джонсона врачи практически ничего не могли сделать для улучшения качества жизни пожилых людей. Но и сегодня, в век невероятных научно-технических достижений, эликсир молодости остается недостижимой мечтой. Многие рассматривают старость как бедствие. Уинстон Черчилль говорил, что это «глупое подобие жизни». Как врач, я более мягко смотрю на проблему преклонного возраста. Мой опыт показывает, что пожилые люди более болезненно относятся к пренебрежению к ним, чем к предстоящей смерти. Примерно те же чувства испытывает Шейлок, герой комедии В.Шекспира «Венецианский купец», говоря о пренебрежении христиан к евреям. Внося соответствующие изменения в оригинальный текст, получим следующее: Да, я [старик]. Но разве у [старика] нет глаз? Разве у [старика] нет рук, органов, членов тела, чувств, привязанностей, страстей? Разве не та же пища насыщает его, разве не то же оружие ранит его, разве не подвержен он тем же недугам, разве не те же лекарства исцеляют его, разве не согревают и не студят его те же лето и зима, как и [молодого]? Если нас уколоть — разве у нас не идет кровь? Если нас пощекотать — разве мы не смеемся? Если нас отравить — разве мы не умираем?».

В молодости я столкнулся с пожилым человеком, который в поисках подходящего врача перебивал во всех клиниках Бостона. Расхаживать по городу в возрасте 95 лет было нелегким делом. Так почему же он этим занимался? Он выглядел очень старым, но при этом с поразительной настойчивостью искал решение своих проблем. Старика сопровождал пожилой человек, похожий на его младшего брата. На самом деле это был его 70-летний сын.

На морщинистом лице старика ясно читалось невероятное страдание. Каждый прием пищи вызывал у него сильные желудочные судороги. Проглотив буквально крошку, он начинал стонать и сгибаться пополам от боли. От постоянного недоедания он сильно похудел и напоминал скелет, обтянутый кожей. У него была брюшная жаба — заболевание, вызванное сужением кровеносных артерий, питающих кишечник. Пищеварение требовало больше крови, чем могло поступить в кровеносные сосуды, в результате чего начинались сильнейшие болезненные судороги. Все врачи твердили, что не в состоянии ни вылечить его, ни облегчить его состояние.

Во время рассказа старика о непереносимых муках его сын, без сомнения, слышавший все эти стенания не один раз, перебил отца, пробормотав:

— Папа, ну что ты хочешь в твоём-то возрасте? В конце концов, тебе уже девяносто пять!

Задетый таким пренебрежительным замечанием, я сердито воскликнул:

— Какое отношение к страданиям имеет возраст?! Не сомневайтесь, я помогу вам. — Столь безответственное заявление бросило меня в жар. Каждое мое слово было блефом, так как я понятия не имел, что делать с этим пациентом. Неожиданно лицо старика расплылось в широкой улыбке:

— Наконец-то я нашел моего доктора!

И он стал регулярно приходить ко мне в клинику. Дробное питание, небольшое количество пищи на один прием, часовой отдых после еды. — все это помогло уменьшить боли. Но больше всего ему помогло то, что он нашел человека, готового его выслушать. Он практически не получал лечения, но стал ходить более прямо и больше не проявлял признаков депрессии.

Спустя много лет я встретил еще одного 95-летнего старика. Большую часть суток мистер Дж., фермер из Нью-Гемпшира, спал в позе эмбриона. Частота сердечных сокращений у него не превышала 30 ударов в минуту, так как кровеносная система была сильно заблокирована. Однако я решил не предлагать ему операцию по имплантации электронного пейсмекера. Старик ни на что не жаловался, а для сна ему не требовалось более быстрое сердцебиение. Тогда я вполне серьезно относился к мысли о том, что не стоит чинить

то, что не сломано до конца. Неожиданно в палату вошла женщина примерно 35 лет и присела к нему на кровать. Я принял ее за его внучку. Затем появился очаровательный мальчик лет восьми, вероятно, ее сын. В это время я пытался не дать мистеру Дж. уснуть, чтобы успеть объяснить ему нерациональность имплантации, но он вдруг захрапел. Я потрогал его за плечо и сказал:

— Проснитесь, пришли ваши внучка и правнук. Тут он окончательно проснулся и, к моему изумлению, весьма оживился:

— Это не правнук, это мой сын Билли. — А затем не без ехидства добавил:

— Доктор, познакомьтесь с моей женой Мэри.

Неожиданно я увидел ситуацию совершенно другими глазами:

— Мистер Дж., мы решили имплантировать вам пейсмейкер. Операция несложная, она состоится сегодня в полдень.

После имплантации сердцебиение у мистера Дж. нормализовалось, сонливость прошла, и из дряхлого старика он превратился в весьма энергичного для его лет пожилого мужчину.

Между этими двумя случаями прошло очень много времени, в течение которого я накопил большой опыт общения с пожилыми людьми. Для многих из них смерть не наступала мгновенно, а приближалась постепенно, шаг за шагом отвоевывая этих людей у мира живых, лишая основных пяти чувств, необходимых в жизни. Особенно болезненно переносится потеря слуха. Врач может и не догадываться о чувстве стыда, сжигающем пожилых пациентов, которые не могут расслышать его слов. Помню, как однажды я долго объяснял одной пациентке, как следует принимать лекарства. В течение десяти минут женщина согласно кивала головой, но когда я попросил ее повторить сказанное, она ответила: «Вероятно, все, что вы говорили, очень интересно. Пожалуй, я воспользуюсь слуховым аппаратом и попрошу вас повторить все с самого начала. Я не слышала ни слова».

Я часто думаю о том, что Роналд Блит Харкоут назвал «ошеломляющим противоречием между живым умом и немощным телом». Мы перестаем узнавать себя, из зеркала на нас смотрит какой-то незнакомец. Нам хочется извиняться только за одно свое присутствие.

Большинство моих пациентов — люди преклонного возраста. Люди стали дольше жить и дольше оставаться здоровыми. Гиппократ считал, что старость наступает в возрасте 56 лет. Сегодня даже 70-летний рубеж многие переступают вполне здоровыми и жизнедеятельными.

Старость пугает многих людей перспективой немощи и одиночества. Но те, кто готов к старости, находят в ней радость и глубину, недоступную молодым. Я встречал почти 100-летних пенсионеров, которые все еще были полны энергии и сохраняли умение мечтать. Одна 90-летняя женщина, бывший профессор искусствования, сказала мне: «Мечты гораздо живее, чем воспоминания».

Уход за престарелыми требует большого внимания и изобретательности. Прежде всего не следует уповать в основном на лекарства. Главное — вновь пробудить интерес человека к жизни, не дать ему погрузиться в депрессию. Тогда боль и одиночество не кажутся такими уж непереносимыми. Новые планы, годовщины, праздники, свадьбы, религиозные события, участие в жизни внуков — все это помогает старикам ощутить себя частью настоящего. Врач, словно ловец жемчуга, погружается в бездонную пучину в поисках подобных жизненных стимулов.

Чтобы поддержать в пожилых пациентах оптимизм, не следует назначать дату следующего визита к врачу слишком скоро — это может возбудить подозрения о неблагоприятном диагнозе. Но не следует и откладывать визит надолго — в таких случаях старики боятся, что могут не дожить до назначенного срока. Я всегда поощряю в своих пациентах чувство юмора. Не надо стыдиться искр радости во мраке безнадежности, не надо укорять себя за небольшую ложь, если она способствует благополучию. Не бойтесь уверить пациента в том, что он или она будет жить долго, не бойтесь выказать ему свою привязанность. Мудрый врач никогда не боится быть целителем.

Доктор Д. давно оставил практику и ухаживал за женой, страдавшей болезнью Альцгеймера. Их роман длился уже 65 лет. Она больше не узнавала своих детей, а муж был одновременно и сиделкой и домработницей. Меня поражало, как он умудряется ходить за покупками, убирать, стирать и при этом сохранять бодрость духа. Он

был необыкновенно обаятельным человеком, и все мы с нетерпением ждали его очередного визита.

Помимо того что доктор Д. страдал от повышенного давления, у него подозревали злокачественную опухоль. Он постоянно терял в весе, и это беспокоило его больше всего.

— Я похудел? — с тревогой спрашивал он во время осмотра.

— Ваш вес такой же, как и в прошлый раз — 67 килограммов, — соврал я. На самом деле на этот раз он потерял больше килограмма.

Его лицо прояснилось.

— Отличная новость. Вы подняли мне настроение. В его глазах появился веселый блеск, а на губах заиграла улыбка. Во время следующего визита, я с удивлением отметил, что его вес остался прежним. Не сказав всей правды, я избавил этого человека от полугодовых терзаний. Правда и ложь — весьма абстрактные понятия. Если врач руководствуется добрыми намерениями и любовью к пациентам, то он не будет врать, но тогда может сказать не всю правду. В этом нет особого греха.

Мои престарелые пациенты научили меня тому, что называется истинной заботой и состраданием. Пожилым людям не нравится, когда им постоянно напоминают о возрасте, подсовывая под нос бесконечные доказательства их физической немощи. Одна пациентка накануне своего 90-летия рассказала мне о визите к офтальмологу. Исследуя ее глаза, врач заметил: «Сетчатка у вас в ужасном состоянии». Затем он спросил, сколько ей лет, и добавил: «Для вашего возраста это нормальное явление». Старушка пожаловалась мне, что в тот момент почувствовала себя совершенно несчастной.

Об одиночестве

Большинство моих пожилых пациентов страшно боятся одиночества. После того как они достигают 80 лет, умирают многие их друзья-ровесники, а затем начинают уходить из жизни и более молодые знакомые и родственники. Все меньше людей способны приглядывать за ними, а они боятся выходить из дома из-за приступов

ревматизма, недержания мочи, забывчивости. Некоторые старики становятся пленниками в собственном доме, что еще больше усугубляет депрессию. Без постоянного общения с другими людьми начинает ухудшаться речь. Старики боятся не столько смерти, сколько затянувшегося процесса умирания, слишком долгой дороги в вечность.

Удар, кровотечение, падение, перелом — все это неприятно в любом возрасте, а особенно в преклонном. Рассказы о подобных случаях составляют большую часть разговоров пожилых людей. Я много раз слышал истории об одиноких старушках, которых находили лежащими беспомощными на полу. Они лежали так по нескольку дней, так как из-за перелома не могли добраться до телефона. Это почти всегда происходит именно с пожилыми женщинами, так как их гораздо больше, чем пожилых мужчин, и переломы у них случаются в семь раз чаще. Наиболее распространенной причиной госпитализации пожилых женщин является перелом шейки бедра. Катастрофичность положения усугубляется тем, что после перелома они практически утрачивают независимость от посторонней помощи. От 10 до 20 процентов женщин умирают от осложнений, а 25 процентов — оказываются в домах престарелых.

Пример одной моей пожилой пациентки заставил меня более серьезно задуматься над страхом, который старики испытывают перед одиночеством. Миссис С. обладала счастливым даром смотреть на мир через розовые очки. Ей было 89 лет, но жизнь все еще была для нее увлекательным приключением. Но однажды она пришла ко мне в полнейшей депрессии. Ее нескрываемый страх и многочисленные жалобы насторожили меня. Всего три месяца назад эта пожилая дама была полна оптимизма и радости жизни. Я поинтересовался, не умер ли кто-нибудь из ее друзей, все ли в порядке с детьми. Она ответила, что друзья живы, а у детей все прекрасно, и они регулярно общаются с ней.

Раньше она редко жаловалась на запор, недержание мочи и ревматизм, но теперь, по ее словам, все эти проблемы стали просто непереносимыми. Что-то было не так. В ее жизни произошло какое-то изменение, но все мои вопросы оказались напрасными. Я ничего не узнал. Когда физический осмотр был закончен и миссис С. собралась уходить, она неожиданно обмолвилась о том, как повезло ее

приятельнице, миссис О., потому что та со своей семьей уехала на праздники в Мичиган.

Это заставило меня задуматься. К чему мне было знать о миссис О.?

— А где живет ваша приятельница? — спросил я.

— В моем доме. Ее комната как раз под моей. У нас с ней общая труба горячей воды. Это наш телеграф, — сказала миссис С. со смехом,

— И что же вы передаете по этому телеграфу?

Миссис С. рассказала, что каждое утро они стучат по трубе, таким образом сообщая друг другу, что живы и здоровы. Но теперь, когда соседка уехала, никто не узнает, если с миссис С. что-то случится. Вдруг она умрет или, что еще хуже, упадет, сломает ногу и не сможет добраться до телефона? Рассказывая о своих опасениях, моя пациентка едва не расплакалась

— Я не могу дождаться, когда вернется миссис О. Жизнь так ненадежна. — Но затем она немного успокоилась. — Доктор, пожалуй, я придаю этому слишком большое значение. В конце концов, соседка уехала всего на две недели.

Я уверил миссис С., что у нее все будет в порядке, и пообещал, что буду каждый день звонить ей домой. Оптимизм вновь вернулся к ней, и она вышла из моего кабинета в гораздо лучшем настроении, чем вошла в него.

Ипохондрия, или болезненная мнительность

Я убежден, что одиночество способствует развитию ипохондрии. Кроме того, в наше время повального увлечения медициной старость рассматривается как болезнь. Ни одна возрастная группа так много не думает о своих болячках к недомоганиях. Не является ли тупая боль за правым ухом признаком опухоли мозга? Не нужно ли: срочно сходить к гастроэнтерологу и сказать, ему о нерегулярном стуле? Мало кто найдет в себе силы не испугаться и не начать переживать по поводу многочисленных сообщений о нарушениях здоровья, которые, как из

рога избытка, сыпятся из средств массовой информации. Почти все разговоры пожилых сводятся к здоровью и страшным рассказам о тех, кто вовремя не обратил внимания на тот или иной зловещий симптом.

Члены семьи нередко еще больше сгущают краски. Боясь смерти пожилых родителей, дети начинают таскать их по врачам, а это только прибавляет старикам ненужного беспокойства.

Для многих старых людей визиты к врачам являются средством борьбы с одиночеством. Если им некуда пойти и надоедает сидеть в четырех стенах, они начинают ходить от одного врача к другому в поисках человека, готового их выслушать.

Меня часто удивляет то, как умные, вполне здравомыслящие люди, а особенно пожилые, совершенно теряют рассудок, когда речь заходит об их здоровье.

Сегодня все буквально помешались на холестерине. Один пациент позвонил мне и взволнованно сообщил, что уровень холестерина у него увеличился на десять единиц за один месяц.

— А зачем вы делаете анализы ежемесячно? — спросил я.

— Это не вредно и вполне мне по средствам. Другой пациент, также озабоченный проблемой холестерина, однажды спросил меня: «Не следует ли мне обратить особое внимание на этот фактор риска, поскольку мой отец умер от внезапного сердечного приступа в возрасте 74 лет?».

Пожилых людей очень волнует их уровень холестерина. Их рацион и так обеднен из-за зубных протезов, отсутствия аппетита и плохой переносимости некоторых продуктов. Когда я впервые встретился с миссис Т., ей было за 80. Она очень плохо выглядела, и я спросил ее, почему она за последние полгода потеряла больше семи килограммов. Она ответила, что ей просто нечего есть. «Кардиолог сказал, что мне нужно исключить животные жиры. Эндокринолог посоветовал ограничить сахар, а лечащий врач сказал, что если я буду есть много соленого, то у меня появятся сильные отеки». Я успокоил ее и посоветовал не обращать внимания на эти запреты, а есть все, что захочется. Через шесть месяцев у миссис Т. восстановился нормальный вес и она стала чувствовать себя намного лучше.

Другой пожилой пациент пожаловался во время визита:

— Доктор, вы ничего не сказали о моем холестерине.

— Вы дожили до 90 лет, — сказал я. — Не все ли вам равно, какой у вас холестерин? Если вы прожили столько лет, значит, ваше питание идеально.

В ответ он полушутливо заметил:

— А о чем я буду говорить за обедом? Холестерин — главная тема разговора, а мне нечего будет сказать. Это даже хуже, чем забыть имя нынешнего президента.

Беспокойство по поводу холестерина подогревается врачами, которые часто посылают пациентов делать бесконечные анализы, особенно если лаборатория принадлежит самому врачу. Люди же ничего не подозревают и полностью доверяют доктору. Один пожилой ученый похвастался: «Мой доктор очень обо мне печется. Он делает мне анализ на холестерин каждый месяц».

Если высшее образование не спасает людей от излишней мнительности, то отсутствие такового не лишает их здравого смысла. Одна пожилая пациентка, женщина без образования, выразила свое неприятие ажиотажа вокруг холестерина следующим образом: «Нам не оставили почти никаких радостей. Еда перестала быть наслаждением. Съедая вкусный кусочек, думаешь, что совершаешь грехопадение». Однажды она подъехала на заправочную станцию, и когда ее спросили, какой бензин залить в машину, она ответила: «Полный бак — и ни капли холестерина!».

Пожилые гораздо больше беспокоятся по поводу малейших симптомов, чем люди помоложе, и чаще прибегают к различным, весьма дорогостоящим обследованиям. Миссис В. из Бостона было много лет, но она прекрасно себя чувствовала и не имела никаких, проблем с сердцем. Я поинтересовался, какие тесты она проходила в местной больнице.

На ее симпатичном лице отразились мучительные раздумья. Она долго вспоминала непривычное название, а потом сказала:

— Ну, тот, который мне делают каждый год. Врачи смотрят мое сердце.

— Вы имеете в виду эхокардиограмму? — спросил я,

— Да, именно так.

Эхокардиограмма — великолепный метод обнаружения заболеваний клапанов сердца и миокарда. Но зачем делать ее здоровому человеку, да еще ежегодно? Возможно, затем, что каждая

эхокардиограмма стоит 800 долларов, из которых 500 — составляют чистую прибыль.

Даже ловкие и хитрые бизнесмены не могут избежать зависимости от анализов и тестов. Мистер Н., настоящий воротила с Уолл-стрит, восхищался тем, как лечащий врач следит за его здоровьем. «Каждую неделю, а то и ежедневно, он делает мне электрокардиограмму», — рассказывал он. В его комнате хранились кипы кардиограмм. К счастью, он не стал настаивать на осмотре. Ведь достаточные для него одна-две кардиограммы в год могли показаться ему проявлением пренебрежения.

Уиллард Р. Эггш точно подметил карикатурность излишних тревог о здоровье: «Бег трусцой вызывает сердечный приступ у пожилых, людей и смещение позвоночного диска у молодых. Отдых лежа провоцирует образование сгустков крови, кофе вызывает подагру, чай приводит к запорам, а яйца вредны для артерий. Если вы пьете вино, ждите рана гортани. Если вы спите и видите сны, то «страшный сон может вызвать у вас окклюзию коронарной артерии. А по сведениям сторонников контроля за рождаемостью, сперма может вызвать рак шейки матки. Жизнь может быть опасной для вашего здоровья!»

О депрессии

Мне кажется, что депрессия проявляется у пожилых не как «буря, завывающая в мозгу». Более точно это проявление отражено словами Гамлета:

Каким докучным, тусклым и ненужным
Мне кажется всё, что ни есть на свете!

Эта форма неудовлетворенности окружающим миром иногда проявляется столь невыразительно, что ее трудно заметить. С лица человека не исчезает улыбка, потому что он срастается с надетой на

себя маской, общительность и отношение к другим практически не меняются. Лишь хорошо знающий своего пациента врач может определить новые тенденции в настроении. Здесь нет особого хвастовства, просто врач может заметить, как выражение глаз приобретает оттенок безразличия или загнанности. Супруг или супруга часто помогают утвердиться в этом подозрении. «Да, Чарли в депрессии», — говорит жена и рассказывает о незначительных изменениях в поведении мужа.

Первым признаком депрессии часто является нарушение сна. Оно может выражаться в избыточной — сонливости, или бессоннице, причем последнее встречается чаще. Человек просыпается в три часа ночи совершенно не отдохнувшим, но снова уснуть не может. Чем больше усилий прилагается к тому, чтобы заснуть, тем реже ему это удается. Говоря словами Руперта Брука, «прохладная благодать простыней, так быстро уносящая все тревоги», становится неосуществимой мечтой. Пребывание в постели приносит не отдых, а усталость, которая ощущается, на протяжении всего дня. Обычно приятные дела становятся утомительными, секс из удовольствия превращается в тяжелую работу. Начинают докучать внуки, их проделки уже не вызывают умиления.

У меня было много жизнерадостных пожилых пациентов, но они являлись, скорее, исключением, чем правилом. Удары судьбы часто делают стариков угрюмыми и безрадостными, им кажется, что будущее представляет собой крутую наклонную линию. Многим не удается сохранить творческий подход к жизни, придать ей новый смысл.

Я всегда с нетерпением жду встречи с мистером Ф., художником. Несмотря на двадцатилетнюю стенокардию, в остальном он наслаждается прекрасным состоянием здоровья. Ему уже больше 80 лет, но он продолжает писать картины и пользуется заслуженным успехом. Приступы стенокардии возникают у него, когда он по утрам идет за газетами, и перед сном. Однако они никогда не случались у него во время работы над картиной.

— Удивительно, — заметил я. — Вы, должно быть, получаете большое удовольствие от работы?

— Это больше, чем удовольствие, это — моя жизнь.

Его жизнь полноценна, им восхищаются, он желаем.

В мистера Ф. влюблена женщина на 20 лет моложе его. При этом его мучают мрачные мысли и предчувствия. Причина кроется в его стенокардии. Ложась спать, он боится не проснуться утром.

Мистер Ф. говорит, что унаследовал плохое настроение от матери. Однажды он повел ее покупать новые очки. Продавец подал ей пару и спросил, стала ли она лучше видеть. «В этой жизни нет ничего такого, что я хотела бы получше рассмотреть», — ответила она.

Однажды мистер Ф. пришел ко мне на очередной прием, и в конце визита я уверил своего пациента, что его состояние стабильно, и разрешил звонить мне домой, если что-то случится. Он мгновенно помрачнел, и я понял, что так говорить не следовало.

— Доктор, по-вашему, что-то может произойти? А что именно?

Мне понадобилось много времени, чтобы успокоить его. Уже направляясь к двери, он спросил:

— Вы думаете, я доживу до вечера?

— Я уверен, вы доживете даже до завтрашнего вечера, — ответил я.

Он рассмеялся:

— Теперь я чувствую себя намного лучше.

Депрессия — это биологическая проблема, которая усугубляется с возрастом. Человек становится более подвержен стрессам, что приводит к изнашиванию особых нейромедиаторов мозга. Причиной депрессии может быть также болезнь, вызываемая нехваткой каких-либо физиологических факторов, например микседема или болезнь Аддисона. В первом случае в организме наблюдается дефицит тиреоидных гормонов, а во втором — кортизола. Хотя само слово «депрессия» относят не к телу как к таковому, а к подавленному состоянию души, это состояние в свою очередь негативно воздействует на сердечно-сосудистую систему. По данным исследований, пациенты, после сердечного приступа пребывающие в состоянии депрессии, чаще переносят повторный приступ и дольше выздоравливают. Они больше подвержены риску внезапной смерти. Существует ряд лекарственных препаратов, снимающих депрессию, но ни один из них не является панацеей. Лекарства следует подбирать индивидуально, строго выверяя дозы. Кроме того, все они вызывают массу побочных эффектов. Депрессия далеко не всегда бывает

перманентной. Как только она проходит, прием лекарств следует прекратить. Без них жизнь намного прекраснее.

О работе

В Америке главной причиной депрессии является неудовлетворенность работой или потеря работы. Ничто так не воздействует на нервную систему, ничто не отнимает столько сил, как неинтересная, нудная работа. Эта причина депрессии наиболее часто связана с крушением всех надежд. Потеря работы в любом возрасте становится важнейшей предпосылкой возникновения заболевания сердца или преждевременной смерти. Уход с работы по возрасту также оказывает на человека деструктивное физическое и психологическое воздействие. Хочу рассказать о двух пациентах, совершенно разных людях с практически одинаковыми проблемами.

Мистер В. в свои 70 лет все еще работал вице-президентом преуспевающей компании по производству мебели. Без видимых усилий он трудился по десять часов в день шесть дней в неделю, ни разу за 40 лет не взяв отпуска. Работал он не по необходимости, а потому что считал свою работу созидательной и плодотворной. Бизнес процветал благодаря его вниманию, и владелец компании, близкий друг мистера В., высоко ценил его вклад. Когда владелец компании умер, дело унаследовал его старший сын, который относился к мистеру В. так же, как и отец.

Мистер В. начал приходить ко мне за несколько лет до перемен в руководстве компании. У него была стенокардия, самый распространенный индикатор заболевания коронарных сосудов. Неприятные ощущения в груди легко снимались таблетками нитроглицерина, которые я ему прописал, однако он принимал их лишь в редких случаях. Приступы стенокардии случались у него во время быстрой ходьбы после обеда, причем происходило это преимущественно зимой. Во время каждого своего визита он говорил исключительно о работе, которая была смыслом его жизни. После смерти прежнего владельца компании мистер В. рассказывал о том, как

его ценит новая администрация. Однажды в декабре он сказал, что ему дали недельный оплачиваемый отпуск. Компания хотела таким образом выразить своему вице-президенту признательность за его большой вклад, а также наградить за необыкновенно высокий доход за прошедший год.

Хотя следующая наша встреча должна была состояться не раньше лета, мистер В. появился у меня в феврале с жалобами на частые приступы стенокардии.

Отпуск, проведенный во Флориде, не мог быть тому причиной, так как во время отдыха он в основном играл в гольф и проводил время за карточным столом. Загар омолодил его лицо, но какие-то перемены явно произошли. До отъезда во Флориду он был полон энтузиазма и новых идей, теперь же весь его порыв улетучился как дым. Он начал думать об отставке, хотя до отпуска говорил, что собирается работать до 80 лет. Меня волновало то, что стенокардия у него начинается при весьма незначительных усилиях, особенно когда он утром идет к гаражу. Такие приступы действительно чаще всего наблюдаются по утрам, но прогулка до гаража не является большой физической нагрузкой. Более того, когда вечером он выносил тяжелые мешки с мусором, проходя такое же расстояние, ничего подобного не происходило.

— У вас на работе все в порядке? — спросил я.

— Да, конечно, — слишком поспешно ответил он.

— Вы выполняете те же функции?

— Те же самые.

— Ваше участие в руководстве не изменилось?

— Ни на йоту.

Я чувствовал себя следователем. Что-то явно переменилось, но что именно? Мы продолжали беседовать, и мистер В. обмолвился, что, когда вернулся из отпуска, кто-то уже занял его кабинет. Его стол перенесли на другой этаж, где сидели все управляющие. Но мистер В. продолжал выполнять тот же объем работы, по-прежнему пользовался уважением, его мнение ценили, зарплата не изменилась. Но он признался, что почувствовал себя оскорбленным, глубоко задетым и несчастным, потерял интерес к работе. «Наверное, это смешно, — сказал он. — Должно быть, я делаю из мухи слона. Им действительно был очень нужен мой кабинет. Их действия пошли на пользу делу».

Я попросил его успокоиться. Я редко даю этот совет, но тут вдруг испугался, представив себе, как этот человек падает, сраженный сердечным приступом, на пути к своей машине. У меня не было уверенности в том, что он прислушается к моему совету. Мистер В. продолжал работать и вскоре перенес обширный инфаркт, а после этого подал в отставку.

С такой же проблемой я столкнулся в случае мистера И. Я наблюдал его в течение семи лет по поводу редких приступов стенокардии. Это был жизнерадостный, улыбчивый человек, но однажды он пришел ко мне в подавленном настроении. Я спросил, что случилось, но мистер И. сказал, что все в порядке, правда, он немного потянул связки, играя в теннис. Его ответ показался мне не вполне правдивым. Мы заговорили о его работе, которую он очень любил. Мистер И. был профессором математики в отставке, но университет высоко ценил его способности и оставил ему кабинет и секретаря. Рассказав об этом, он добавил: «Но у нас плохо с помещением». Услышав это, я насторожился. Опыт с мистером В. научил меня внимательнее относиться к тому, насколько болезненна для человека потеря кабинета, в котором он проработал всю свою жизнь.

— А если декану понадобится ваш кабинет для молодого и талантливого математика? — спросил я. — Вы должны понимать, что пенсионеры не могут претендовать на большое количество привилегий, вне зависимости от их вклада.

На лице мистера И. промелькнуло недовольное выражение. Немного поколебавшись, он сказал:

— Не представляю, что я буду делать, если лишусь кабинета.

— Это действительно имеет для вас такое большое значение?

— Не особенно.

— Что вы будете делать, если вас попросят уйти?

— Не знаю точно. Вряд ли я смогу что-то изменить. Но ко мне всегда были очень добры.

Тогда я заговорил о том, что потеря кабинета вовсе не означает потери цели, и рассказал ему о мистере В.

Профессор признался, что в последнее время стал чувствовать себя неуверенно. Он постоянно ждал, что декан попросит его освободить кабинет. Тогда я спросил:

— А зачем ждать? Подготовьтесь к этому. Начните с того, что один день в неделю работайте дома.

— Но мне нужна библиотека.

— Вы живете далеко от университета?

— В десяти минутах ходьбы.

— Вы математик, и, думаю, можете работать и проводить исследования где угодно.

— Да, конечно. В конце концов, мне придется не так уж далеко идти.

Постепенно профессор начал понимать, что я предлагаю ему всего лишь изменить обстановку, не меняя главного — работы математика. В последующем разговоре я особо подчеркнул, что если он будет больше работать дома, декан перестанет быть для него источником угрозы. Я попросил мистера И. как следует обдумать мое предложение.

Он быстро принял решение.

— Это отличная идея. Я попробую, — сказал он и добавил:

— Пожалуй, я снова займусь теннисом.

Сначала меня удивили его последние слова, но потом я понял, что, пребывая в состоянии депрессии, профессор считал, что раз он не нужен на работе, то зачем поддерживать хорошую физическую форму? Теперь же, когда он мог сохранить свои профессиональные качества, ему понадобились силы для новых проектов.

Спустя год профессор снова был в прекрасном настроении. Его кабинет передали кому-то другому, но он организовал прекрасный кабинет у себя дома. Прогулки до библиотеки лишь прибавляли ему энергии. Теперь у него не было ни тревог, ни стенокардии.

О забывчивости

Брюс Блайвен, работавший одно время редактором «The New Republic», так описывал это проявление старости: «Мы живем по правилам для стариков. Если зубная щетка влажная, значит, вы почистили зубы... Если на вас один ботинок черный, а второй —

коричневый, значит, дома у вас стоит такая же пара. Меня шатает при ходьбе, а мальчишки бегут следом и делают ставки на то, куда я поверну в следующий момент. Меня это огорчает. Дети не должны играть в азартные игры».

Мало найдется признаков старости, вызывающих такое же беспокойство, какое вызывают провалы в памяти. Бывший герой-любовник отвечает на вопрос о сексуальной активности анекдотом: «Идут два мужчины, молодой и старый. Молодой оборачивается вслед каждой женщине. Старый говорит: «Я помню, что сам так делал, но не помню почему».

Среди моих пациентов был мистер Б., один из лучших адвокатов Бостона. Феноменальная память, быстрая реакция, доскональное знание законов — все это снискало ему заслуженную славу. Когда ему перевалило за 80, он начал страдать от плохого зрения и ослабшего слуха. Он часто падал, и после нескольких переломов ног и ребер его с трудом удалось уговорить начать пользоваться тростью. Многие пожилые люди не желают менять свое поведение, невзирая на физическую слабость.

Во время одного из визитов мистер Б. все время боялся забыть свою трость. Мы были в смотровом кабинете, и я повесил трость над дверью. Теперь ее было невозможно забыть, так как она преграждала выход из кабинета. После осмотра мистер Б. вошел в мой кабинет, мы поговорили, и он собрался уходить, но неожиданно ударился в панику:

— Где моя трость?

Я обыскал весь кабинет, даже заглянул под стол, потом мы прошли в смотровую, поискали в коридоре, потом — снова в моем кабинете, но трости нигде не было. Я спросил его, не заходил ли он куда-нибудь по дороге из смотровой в мой кабинет.

— Нет, я сразу пришел к вам.

— А вы в туалет заходили?

— Да, заходил.

В туалете на вешалке для полотенец висела злополучная трость.

Мистер Б. усмехнулся:

— Теперь вы поняли, чем я занимаюсь дни напролет. Я постоянно ищу эту чертову трость!

Я понял нечто гораздо большее. Без быстрой памяти человек становится совершенно беспомощными. Столь частая у пожилых

людей депрессия может быть результатом постоянных отчаянных поисков тростей и тому подобных вещей.

О сексе

Еще не так давно я старался избегать разговоров о сексе с пациентами старше 65 лет. Даже став более опытным врачом, я не мог заставить себя обсуждать это с пожилыми женщинами. Но постепенно мои взгляды изменились. Даже те, кому далеко за 80, не прочь поговорить о сексе, но я все еще нахожусь под гнетом табу, которое общество наложило на эту тему. Секс всегда ассоциировался с молодостью. Общество относится к сексу пожилых людей как к чему-то абсурдному, смешному и даже грязному. Чем старше становится человек, тем меньше он считается подходящим для этого. Фольклорный образ «грязного, похотливого старика» еще больше мешает врачам говорить о сексе со своими пациентами.

Но исчезает ли сексуальное желание после того, как биологические законы лишают человека возможности заниматься сексом? Этот же вопрос В. Шекспир задает в трагедии «Король Генрих IV». «Не странно ли, что желание на столько лет переживает действие?» Ответ: и да, и нет.

В начале своей карьеры я был твердо убежден, что секс существует только для молодых и здоровых людей. Моему пациенту мистеру С. было 86 лет. Он выглядел на свой возраст, прожитые годы тяжелым грузом лежали на его плечах. Жена его казалась еще более старой. Ее лицо было покрыто глубокими морщинами. При ходьбе она покачивалась.

Мистер С. обратился ко мне с жалобами на приступы слабости и головокружения. Я приложил стетоскоп, к его груди, услышал первый удар, а затем наступила тишина. Я беспокойно посмотрел на своего пациента. Он сидел и смотрел прямо перед собой. Частота сердцебиений у него была всего 28 ударов в минуту. Неудивительно, что он жаловался на слабость. Мистер С. не принимал никаких лекарств, способных снизить частоту сердечных сокращений, поэтому

я предположил, что из-за преклонного возраста его сердечно-сосудистая система претерпела некоторые деструктивные изменения, и предложил немедленно имплантировать ему пейсмекер.

Однако и пациент, и его жена категорически отказались от имплантации. «Я всю жизнь прожил без этой штуковины и умру без нее», — заявил мистер С. Насчет последнего он был абсолютно прав, но никакие мои доводы и увещания не произвели должного впечатления ни на него, ни на миссис С.

Когда они уже собрались уходить, миссис С. толкнула мужа в бок и сказала: «Спроси доктора, спроси его, не будь трусом». Я понятия не имел, о чем они могут меня спросить, пока миссис С. не выпалила на одном дыхании: «Можно ли ему заниматься сексом в связи с состоянием его сердца?». Я лишился дара речи от изумления и восхищения и мог лишь согласно кивнуть головой.

Возраст пациента часто вынуждает врача запрещать секс и другие виды активности. Но гораздо лучше, когда пациент сам устанавливает себе пределы.

Несколько лет спустя я консультировал миссис Д. по поводу пароксизмальной фибрилляции предсердий.

Ей было 82 года, но ее лицо все еще хранило следы былой красоты. Она жила в Техасе, но местные врачи не пользовались ее доверием, так как не могли контролировать ее аритмию. Я прописал ей новое лекарство от аритмии, которое она принимала два раза в неделю. Однако миссис Д. часто звонила мне с жалобами на приступы удушья.

Меня это волновало, так как побочным эффектом нового лекарства было нарушение работы легких. Но дополнительная доза препарата и назначение валиума принесли ей большое облегчение. Все симптомы снимались через несколько минут, что было удивительно, потому что лекарство не могло подействовать так быстро.

После очередного звонка я попросил ее приехать ко мне в Бостон. Во время разговора она неожиданно сказала, что такому мужчине, как ее супруг, следует найти себе другую женщину.

— Я больше не могу этого выносить. Моему мужу 88 лет. Чем старше он становится, тем сильнее у него желание, а я больше не в состоянии удовлетворять его. У меня оргазм наступает очень быстро, а он продолжает и продолжает. Я начинаю от этого задыхаться. Доктор, я не знаю, что мне делать». — Она расплакалась. — Он сердится из-за

того, что я не могу его удовлетворить, и обзывает меня неврастеничкой и кое-как похуже.

Наш разговор ни к чему не привел, и я посоветовал им обоим обратиться к сексопатологу.

— В нашем возрасте консультироваться по поводу секса! — Миссис Д. горько рассмеялась.

Это был новый поворот в человеческой трагикомедии,

На мой взгляд, случай миссис Д. является исключением, так как женщины часто сохраняют сексуальность намного дольше, чем мужчины. Под сексуальностью я подразумеваю способность фокусировать внимание на эмоциональной стороне занятий любовью, а не только на самом физиологическом акте. Этой способностью женщины обладают в большей степени, чем мужчины. У пожилых людей сексуальность определяется не столько страстью, сколько воспоминаниями, а женская память гораздо красочнее.

Мисс Н. перевалило за 90, но у нее был роман с человеком в два раза моложе ее. Влюбленные не спали вместе, поскольку она считала, что это способно охладить их взаимный пыл. Но она призналась мне, что в старости больше всего тоскует по занятиям любовью: «Без этого так трудно жить!». Мисс Н. часто захлестывали эротические воспоминания, но вид иссохших грудей, некрасивой, морщинистой кожи наполнял ее стыдом.

Врач становится свидетелем широкой панорамы человеческого состояния. Сексуальность у пожилых всегда имеет налет печали. Потеря сексуальности глубоко переживается, но редко кто может прямо сказать об этом. Врачи также стараются избегать этого вопроса, так как не видят способов помочь своим пациентам. Но внимание и участие в любом случае оказывают терапевтическое воздействие. Если бы боги были более милостивы, они позволили бы гормонам периодически играть и в пожилом организме. Тогда старики могли бы не только утешаться воспоминаниями о былой любви, но и обнимать возлюбленную или возлюбленного в приливе страсти. В отсутствие этого пожилым людям приходится искать другие радости.

Я многому научился у своих пациентов, глядя на то, как они противостоят изменениям, связанным с их преклонным возрастом. Миссис Г. была худенькой старушкой 85 лет. Ее тонкие белые волосы легким облачком прикрывали голову, а частые морщины подчеркивали блестящие голубые глаза. Быстрая, словно маленькая птичка, она часто, казалось, забывала о своём возрасте и вела себя с кокетством молоденькой девушки. Говоря о своем 63-летнем муже Питере, она оживлялась как подросток, рассказывающий о первой любви. Ее муж был очень болен. Он страдал эмфиземой, флебитом и приступами подагры. Зимой он большую часть времени проводил дома, так как от холодного воздуха легко простужался и заболел, воспалением легких.

Миссис Г. сказала мне, что больше всего ее огорчает в старости то, что она стала более медлительной. Однако тотчас добавила, что воспринимает это спокойно. Она очень гордилась своим весом, который был таким же, как и в день ее свадьбы. Это было результатом недавней строгой диеты, во время которой она похудела на семь килограммов.

Миссис Г. рассказала, что в свое время на нее большое влияние оказала мать, которая говорила: «Дорогая, у тебя есть дети, но однажды они покинут тебя, чтобы начать самостоятельную жизнь. У тебя останется только муж, и если ты его потеряешь, то лишишься всего. Он тоже нуждается в тебе. Это очень важная роль, дорогая». И миссис Г. совершенно не тяготилась своей ролью, презирая современных феминисток. Я спросил, есть ли у нее друзья. «Конечно есть, — ответила она со смехом. — Но я всегда возвращаюсь домой к двум часам дня. Если Питер придет с работы раньше обычного, то огорчится, не застав меня дома. Этого я себе ни за что не прощу».

Когда я начал осматривать мистера Г., первое, о чем он спросил меня, было: «Как вам моя девочка? Вы ее уже видели? У нее все в порядке?». Я ответил утвердительно, и он заметил, что здоровье жены волнует его гораздо больше, чем собственное: «Все остальное — суцая ерунда». Встретившись в моем кабинете, супруги бросились в объятия друг друга, словно после долгой разлуки. «Дорогой, я так соскучилась по тебе», — воскликнула миссис Г., и муж ответил ей тем

же. Она сели, не разнимая объятий. Эта сцена повторялась каждый раз на протяжении 25 лет, в течение которых я лечил их обоих.

Во время осмотра мистер Г. сказал мне: «Знаете, доктор, мы женаты уже много лет, но я до сих пор могу бесконечно смотреть на Эдит, она такая красивая». Они ушли от меня в полдень, но я не находил в себе сил продолжать работу и тоже вышел на улицу.

Такие отношения — большая редкость. С возрастом любовь часто проходит. У стариков нередко развиваются неизлечимые болезни. Мне кажется, задача врача состоит в этом случае в том, чтобы научить пожилых пациентов облегчать проявления недуга и уметь жить полной жизнью, презирая все преграды, которые возраст ставит на их пути.

О юморе

Наша культура ориентирована на молодых, старость рассматривается как страшный конец жизни. Стариков или игнорируют, или высмеивают. Считается, что они сильно отстали от современности и у них нечему учиться. Это не так. С годами люди накапливают богатый, весьма поучительный опыт. Я часто с нетерпением жду встречи с моими престарелыми пациентами, провожу около них много времени, когда они ложатся в больницу. В отличие от молодых пациентов, полностью погруженных в свои болезни, старики гораздо чаще отвлекаются от них.

Чувство юмора всегда помогает преодолеть трудности преклонного возраста. 80-летний бизнесмен так выразил свое отношение к старости: «Мои дочери очень заботятся обо мне, но их забота мне уже надоела. «Папа, тебе вредна соль. Не выходи на улицу зимой, а то поскользнешься, упадешь и сломаешь бедро — или простудишься». Но без соли еда невкусная. Я не могу больше играть в гольф, потому что у меня артрит. Из-за подагры я не ем красного мяса и не пью вина. Кишечник не работает без слабительного. Мне не с кем общаться, потому что все мои друзья умерли. Сексом заниматься опасно из-за СПИДа. Что же мне осталось? Уж лучше бы я умер».

Миссис Ц. я наблюдал почти десять лет. Я знал, что ей 86 лет, но когда я спрашивал ее о возрасте, она всегда отвечала, что ей 59. Она напомнила мне одну историю о Саре Адлер, ведущей актрисе еврейского театра. Один журналист брал у нее интервью, когда ей было далеко за 80. «Мадам Адлер, — начал он. — Мне не хотелось бы докучать вам, но не могли вы вы сказать, сколько вам лет?» Не моргнув глазом та ответила: «Шестьдесят девять». — «Но, мадам Адлер, — удивился репортер, — как это возможно, если вашему сыну Джеку — 60?» — «Ну и что? — спокойно ответила актриса, — Он живет своей жизнью, а я — своей».

Мистер Н. в свои 92 года очень медленно выздоравливал после целого «букета» болезней, состоящего из пневмонии, сердечной недостаточности, стенокардии, аритмии и травмы коленного сустава. Лежа на больничной койке, он напоминал маленького херувимчика. Его розовощекое лицо обрамляли совершенно белые пейсы, а лысину прикрывала черная ермолка. У него не было зубных протезов, поэтому его речь напоминала свист. Чтобы понять, о чем он говорит, мне пришлось некоторое время привыкать к его речи. Больше всего мне нравились его игривые глубоко посаженные карие глаза.

— Врачи говорят, что все признаки негативные, только сам пациент позитивный, — говорил мистер Н. с явным удовольствием. Он признался, что нравится многим женщинам. — Дворник все время спрашивает меня, почему я не женюсь и живу один. Я сказал ему, что женщина, которая захочет выйти замуж за такую развалину, как я, сумасшедшая. «Ты же не хочешь, чтобы я связывался с сумасшедшими?» — спросил я его однажды. После этого он оставил меня в покое на целый день.

Однажды он спросил меня:

— Доктор, я проживу еще месяц?

— Почему только месяц? — удивился я.

— Я хочу дожить до свадьбы моей праправнучки. Потом я придумаю себе какой-нибудь другой повод пожить.

Нет, мистер Н. не боялся смерти, просто в его жизни происходило много событий, которые он не хотел пропустить. Этот человек помог мне лучше понять старую еврейскую поговорку: «Человек должен продолжать жить хотя бы из любопытства».

Во время следующего утреннего осмотра он рассказал, что кардиолог отметил у него увеличение сердца:

— Доктор, что в этом удивительного? Почти 50 лет люди называют меня человеком с большим сердцем.

92-летний мистер Н. все еще продолжал ходить на работу. Он постоянно находил поводы для юмора в нескончаемой комедии жизни. Несколько месяцев назад он перестал водить машину. Это произошло после того, как он разбил четыре машины, пытаясь припарковать автомобиль жены. Мистер Н. постоянно жаловался на то, что после приема диуретиков у него (Начинается «недержание мочи и он часто ходит в мокрых брюках. Однажды он пришел на прием небритым, так как день визита (совпал с очередным походом к парикмахеру, которого он посещал два раза в неделю, в среду и в субботу. Назначая ему в очередной раз мочегонное, я велел принимать его по вторникам, средам и воскресеньям.

Его жена возразила мне, сказав, что легче запомнить понедельник, среду и субботу, и добавила, что муж часто отказывается принимать мочегонное.

Однако я настаивал на своем графике.

— Но почему? — удивилась она.

— Потому, что тогда он не намочит парикмахерское кресло, — объяснил я.

Мистер Н. облегченно вздохнул: «Теперь я буду принимать это чертово мочегонное».

Во время еще одного визита он сказал, что боится ходить без палочки.

— Все дело в том, что у меня нарушено чувство равновесия, — объяснил он, а затем рассмеялся, от чего его глаза стали похожи на маленькие звезды, — Я сказал жене, что у меня нарушен баланс, а она удивилась и спросила: «Том, как это может быть, ведь ты только что положил деньги на свой счет?».

Чувство юмора не покидало мистера Н. до самого конца. Я спросил его, выполняет ли он какие-нибудь упражнения. Он ответил утвердительно. Я поинтересовался, какие именно, на что он ответил:

— Вращаю глазами яблоками.

— Как у вас со слухом?

— Очень плохо.

— Насколько плохо?

— Я не слышу, когда на пол падает долларовая банкнота. Но когда падают десять долларов, слух меня не подводит.

Когда я уверил его, что он не будет страдать от боли (у мистера Н. был рак костей), так как мы ее снимем, он выпрямился и посмотрел на меня широко раскрытыми глазами.

— Доктор, — спросил он, хитро улыбаясь, — если мое состояние стало стабильным, можно мне снова ездить верхом?

Я всегда восхищался пациентами, которые не изводили меня постоянными жалобами, а умирали, продолжая жить, вместо того, чтобы жить умирая. Когда я в первый раз встретился с мистером К., ему было 70 с лишним лет. Полный, невысокого роста, со светлыми кудрявыми волосами, он выглядел очень молодо. Это впечатление усиливалось при взгляде в его всегда смеющиеся сине-зеленые глаза. Он был очень начитанным, образованным человеком, любил посмеяться над хорошей шуткой. На каждый случай у него имелась смешная история.

— Доктор, я вам не рассказывал о том, как один старик пришел к «ухо-горло-носу» с жалобой на боль в ухе? Врач посмотрел и сказал: «Ничего удивительного. У вас в ухе посторонний предмет». «Слава Богу, — воскликнул пациент, — теперь я знаю, где находится мой слуховой аппарат».

Спустя несколько лет, когда мистеру К. шел уже 85-й год, его привезли к нам в больницу с переломом бедра. Он постоянно бормотал:

— Это все. Это конец.

— Конец чего? — поинтересовался я.

— Моей сексуальной жизни, — с тяжким вздохом ответил он.

— Что вы имеете в виду?

— Только это и больше ничего.

— А что с вами случилось?

— Мы занимались любовью, и я упал с кровати. Вот так. Человек должен понимать, когда делу настал конец.

Старые люди умеют обходить преграды, которые общество ставит на их пути из-за возраста. Бетти С. очень плохо видела, но она обожала ездить по своему кварталу на «БМВ». Это помогало ей сохранять чувство контроля. Ей вот-вот должно было стукнуть 90, и она боялась

пойти и продлить права, так как знала, что не пройдет проверку зрения. Она едва видела красный сигнал светофора.

Тем не менее Бетти решила рискнуть. Когда дело дошло до проверки зрения, она подслушала и запомнила то, что говорила женщина, сидевшая перед ней в очереди. Когда Бетти усадили в кресло и велели называть цифры на табло, она попыталась рассмотреть их, но безрезультатно. Тогда она шепотом произнесла цифры, которые подслушала. Ее попросили повторить громче, что она и сделала. Экзаменатор улыбнулся: «Для 90 лет ваше зрение превосходно». И мисс Бетти получила новые права. Она покатывалась со смеху, рассказывая мне эту историю. Правда, за руль больше не садилась, так как могла стать источником опасности, но благодаря своей проделке совершенно не страдала по поводу постепенной утраты независимости.

Об исцелении

Миссис К. постоянно засыпала меня бесчисленными жалобами. Иногда я даже переставал их записывать. Она всегда пользовалась ярким макияжем, и после осмотра ее глаз я часто стирал с пальцев зеленые тени для век. Большую тревогу у меня вызывали ее высокие каблуки, тем более что походка у нее была нетвердой, а недавно она сломала руку сразу в трех местах. Фигура миссис К. была по-прежнему стройной, и многие мужчины заглядывались на нее.

В течение многих лет она страдала от аритмии, которую мне удалось снять при помощи лекарств. Миссис К. по своей природе была жизнерадостной и даже немного легкомысленной женщиной, но в последние годы у нее начались приступы депрессии. Я никак не мог выяснить причины ее подавленности. Состояние ее здоровья было стабильным. Сама она говорила, что каждый визит ко мне дает ей большой заряд оптимизма.

Во время одного из посещений жалобы миссис К. стали еще более настойчивыми, чем обычно. Я, как и всегда, пытался переубедить ее, на что она заметила: «Очень странно. Вы считаете, что у меня все в

порядке, а мой лечащий врач утверждает обратное». Оказалось, что он предупредил ее о том, что из-за остеопороза любое падение может закончиться серьезным переломом, а дивертикулит рано или поздно приведет либо к перфорации, либо к непроходимости кишечника. Более того, он заявил: «Разве вы можете хорошо себя чувствовать, если у вас нарушена функция щитовидной железы, желчного пузыря, имеются камни в почках, не говоря уже о запущенной форме артрита?».

Теперь, когда я утверждал, что у нее все в порядке, она отвечала: «Но вы единственный врач, который так считает. Когда я обращаюсь к другим врачам, они говорят, что я насквозь больна и медленно умираю. Наверное, я так хорошо себя чувствую потому, что они вылечивают меня к тому самому моменту, когда я должна идти к вам».

Однажды во время визита она не пожаловалась ни на что, кроме хронического запора.

— Что с вами случилось? — удивился я.

— В этом году я не ходила ни к одному врачу, кроме вас, — ответила она.

Каждый пожилой человек несет в себе багаж прожитых лет. Во время короткого визита можно отметить только основные контуры человеческой натуры, а детали и подробности остаются неохваченными. Я считаю, что первый визит очень важен, поэтому беседую с новым пациентом час и больше, до тех пор, пока за диагнозом не начинает вырисовываться живой человек. Только в этом случае воображение помогает мне дописать недостающие детали. Часто приходится догадываться, что послужило причиной того или иного поступка или образа жизни. Но бывает, что прыщик на подбородке оказывает на жизнь человека большое влияние, чем тяжелая травма, перенесенная в далеком детстве. Если врач хочет исцелить, он должен докопаться до таких интимных деталей, которые могут быть неизвестны близким пациента. Сочувствие и понимание прошлых неприятностей не заставят их исчезнуть, но помогут пациенту отнестись к ним с меньшим напряжением.

Моей пациенткой оказалась 84-летняя женщина с мертвенно бледным лицом. Я заподозрил у нее микседему. Именно при этом нарушении функции щитовидной железы лицо человека принимает выражение посмертной маски. Я еще больше утвердился в своем

подозрени, когда она направила на меня свой остановившийся взгляд, и я почувствовал себя оленем, ослепленным фарами движущегося на него автомобиля. От этого взгляда невозможно было спрятаться.

— Что привело вас ко мне? — спросил я.

— Стенокардия, синдром Шарко, болезнь позвоночника, язва желудка, эмфизема, почечная недостаточность, подагра... Мне продолжать? — ответила она.

Эта женщина все еще была весьма привлекательна и даже красива. Меня удивило то, что она никогда не была замужем и всю жизнь провела с братом, которому уже исполнилось 90 лет.

Когда я прямо спросил ее об этом, она сказала:

— О замужестве не могло быть и речи.

Во время осмотра я с удивлением обнаружил, что у нее на руках растут густые, жесткие волосы. Я спросил, пользуется ли она бритвой. В ее ответе было столько горя, столько невысказанного страдания, что я пожалел о своем вопросе.

— Эти отвратительные длинные волосы появились, когда я была еще маленькой девочкой. Они стали для меня настоящим кошмаром. Я не могла носить кофточки с коротким рукавом, купальники, не могла загорать. Я всегда их стыдилась. И вы еще спрашиваете, почему я не вышла замуж?

Она пришла ко мне на разовую консультацию, но в конце визита спросила:

— Когда мы встретимся в следующий раз?

— А как же доктор Х., у которого вы лечитесь вот уже 30 лет?

— Вы меня лучше понимаете.

Во время последующих визитов я понял, что этот недостаток внешности, перевернувший всю жизнь этой женщины, ни разу не был замечен ни одним из врачей, наблюдавших ее. Как, впрочем, остался незамеченным и гирсутизм, которым она страдала.

Иногда я сталкиваюсь с такими проблемами моих пожилых пациентов, которые кажутся неразрешимыми. Тогда я разбиваю проблему на маленькие составляющие и говорю себе: «Ты не можешь справиться с этим, но остальное тебе вполне подвластно». И тогда на поверхность всплывают различные решения.

Она была седой, румяной и очень симпатичной старушкой с зелеными глазами, полными слез. Ее голова с прической на прямой

пробор, навевающей мысли о викторианской эпохе, казалось, была накрепко зацементирована в одном и том же положении. Малейшее движение вызывало приступ сильнейшего головокружения. Это был результат автомобильной аварии. Она пришла ко мне, потому что ей поставили ошибочный диагноз — «стенокардия» — и назначили лекарства, вызвавшие множество осложнений. Она почти ничего не видела из-за катаракты, не могла быстро двигаться и даже спала сидя, потому что боялась упасть, вставая утром с кровати. Она наблюдалась у многих врачей, но безрезультатно.

Я не обнаружил у нее стенокардии и отменил все сердечные лекарства. После этого у нее исчезли все симптомы, включая повышенную утомляемость, однако головокружение осталось. Я не знал, что еще можно сделать, и спросил ее:

— Чем бы вы хотели заниматься больше всего?

— О, дорогой доктор, как бы мне хотелось снова играть на пианино, я так это любила.

Однажды она музицировала и упала со стула, поэтому боялась подходить к инструменту. Целыми днями она ничего не делала, но улыбка не покидала ее милое лицо. Раньше она много читала, но и теперь, практически лишенная зрения, сохраняла богатый внутренний мир. Самой большой ее гордостью была дочь, сделавшая весьма успешную карьеру.

Когда я сказал, что она вполне может снова играть, она возразила:

— Не могу. Как только я начинаю играть быстро и поворачиваю голову, головокружение становится настолько сильным, что я падаю со стула.

— А вы стали бы играть, если бы не падали?

— Конечно.

— Тогда эту проблему можно решить.

Она удивленно посмотрела на меня.

— Почему бы вам не купить себе кресло с подлокотниками, с которого вы не упадете?

Спустя шесть месяцев, во время следующего визита она рассказала мне, что снова играет на пианино.

— Вы не боитесь упасть?

— Нет. Мы сразу же купили глубокое кресло с подлокотниками, и с него я не падаю.

Это был тот случай, когда в царстве зажгли маленькую свечку, осветившую чью-то жизнь. Врач должен учить пациентов принимать старость, но не последствия старческого мышления. Великий французский поэт Поль Клодель написал в день своего 80-летия: «Мне 80 лет. Глаза больше не видят. Уши не слышат. Нет зубов, нет ног, нет дыхания, но когда все уже сказано и сделано, можно обойтись и без них».

О стареющем докторе

Теперь, когда я перешагнул 70-летний рубеж, мысли о стареющем докторе наполняют мою душу смятением. Слова чешского писателя Милана Кундеры написаны как будто про меня. «Некоторые из нас живут словно вне времени. Мы замечаем свой возраст лишь иногда, большую часть времени мы — люди без возраста».

Должен признаться, что теперь некоторые факты медленнее всплывают в моей памяти. Мне стало трудно работать с компьютером. Я не так быстро, как раньше, могу вспомнить нужную ссылку. Имена даже близких друзей не всегда удерживаются в моей голове. Я чувствую смущение, когда нужно говорить о сложных понятиях науки, я стал медленнее читать. Тексты, которые я понимал с первого взгляда, приходится перечитывать по нескольку раз. Даже комплименты не кажутся мне теперь такими приятными, как раньше. «Доктор Лаун, вы нашли эликсир молодости? Не поделитесь со мной рецептом?» «Вы совсем не изменились за последние десять, пятнадцать, двадцать, двадцать пять лет». А когда пациент говорит: «Доктор Лаун, надеюсь, вы не подумываете об отставке?» — передо мной словно вспыхивает красный сигнал тревоги. Мысли об отставке меня пока не тревожат, но когда задевают эту тему, я целый день не могу думать ни о чем другом.

Мне до сих пор иногда кажется, что я только приближаюсь к вершине своего медицинского опыта. Мои методы лечения становятся все более эффективными. Мои выводы более обоснованны» чем в молодые годы, я лучше понимаю пациента, с большей точностью могу спрогнозировать исход его заболевания, острее чувствую

невысказанное. Мне все реже приходится выискивать нужный диагноз среди множества возможных, я в меньшей степени попадаю под влияние новейших методик и технических достижений. Вопрос о халатности меня не волнует вообще. Чем старше я становлюсь, тем увереннее мои суждения и тем старше становятся мои пациенты.

Я убежден, что с возрастом мы, возможно, теряем знания, но приобретаем мудрость. Как это может быть? Разве знания не являются основой мудрости? И да, и нет. В качестве иллюстрации могу привести следующий пример.

У. К. позвонил мне в десять часов вечера. У его жены Оливии несколько часов назад появилась сильная боль в груди. В голосе У.К. слышалась паника, и я попросил его позвать к телефону Оливию. Та объяснила, что они с мужем разговаривали, и вдруг у нее сильно заболело под левой грудью, она не могла глубоко вздохнуть. Сама Оливия была не слишком встревожена. Я сказал, что у нее плеврит, и посоветовал как следует выспаться, а наутро прийти ко мне. На следующий день боль исчезла. Оливия была восхищена моей уверенностью в себе.

Оливия была коренастой и очень полной 60-летней женщиной. Она страдала от повышенного давления, а в ее семье были частые случаи сердечно-сосудистых заболеваний. Большинство врачей заподозрили бы у нее сердечный приступ или эмболию легочной артерии и начали действовать по следующему сценарию: в отделении скорой помощи ее заставили бы сделать электрокардиограмму, рентген грудной клетки и сдать анализ крови. Она провела бы там почти всю ночь, после чего ее отправили бы на несколько дней в отделение интенсивной терапии с диагнозом: «инфаркт миокарда и эмболия легочной артерии не определяются». Пребывание в больнице обошлось бы ей примерно в пять тысяч долларов, а потом понадобилось бы не меньше недели, чтобы оправиться от всей этой врачебной кутерьмы.

В данном случае моя уверенность не была следствием ни равнодушия, ни высокомерия. Боль в том месте, где ее ощущала Оливия, была не характерна для сердечного приступа. У нее не было отеков ног, боли в икрах или одышки. Когда я проверил ее пульс, он оказался всего 72 удара в минуту. Все это ясно свидетельствовало против эмболии легочной артерии. Во время телефонного разговора

Оливия рассмеялась в ответ на мою шутку. Это окончательно убедило меня в том, что случай не настолько серьезен, чтобы отправлять ее в больницу. Моя уверенность в себе была следствием опыта, который приходит только с возрастом.

Процесс постановки диагноза — это процесс анализа обширного опыта. Мозг ищет некоторый алгоритм поиска, срабатывают интуиция и способность угадывать. Меня всегда удивляло то, что этот сложный процесс с годами не усложняется, как это происходит со многими другими видами деятельности.

Мой опыт позволяет мне разделить с пациентами свою неуверенность, и это лишь вызывает у них большее доверие ко мне. Высокомерием врач часто пытается прикрыть невероятную неуверенность в себе. Гуманное отношение к больным приходит» как правило, с возрастом, когда наконец понимаешь, что человеческий организм есть изумительно организованная система, вмешательство в которую чревато самыми непредсказуемыми последствиями. Требуется многолетний опыт, чтобы уметь отделить главное от огромного количества второстепенного. У врача почти вся жизнь уходит на то, чтобы избавиться от тенденций, которые навязываются в медицинском институте, а именно от поиска необычного в самом распространенном, страха перед ошибками и т. п.

С возрастом начинаешь понимать, что обычное — это то, с чем сталкиваешься постоянно. Причина большинства человеческих болезней кроется в самом человеке. Эти болезни усугубляются, когда пациент начинает думать о самом худшем или если врач не может четко и в доступной форме объясниться с ним. Став старше, я научился по-другому слушать. Теперь я лучше слышу то, что кроется за словами. Данные и факты кажутся не настолько значительными, и я частенько думаю: «Зачем тратить время на эту столь малоценную информацию?».

Так что же такое мудрость врача? Это умение рассматривать клиническую картину комплексно, а не только применительно к отдельному органу, способность видеть за этой картиной живого человека. Опыт и интуиция нужны для того, чтобы быстро и правильно составить целое из разрозненных фактов. Этот навык необходим врачу для того, чтобы исцелять, и приходит он только с годами. Молодой врач стремится быстро и точно поставить диагноз,

считая, что состояние пациента может быть определено с помощью приборов. Но вспоминая то, что знали о человеческом характере древние греки, я думаю о том, что знаем о состоянии человека мы, и прихожу к выводу, что нам удалось добавить к этим знаниям множество деталей.

Глава 17

Последние мгновения жизни и смерть

Размышления о смерти

В молодости я считал смерть чем-то невозможным, однако жизнь заставила меня более серьезно отнестись к этому вопросу. Теперь, когда я подхожу к последнему рубежу жизни, мысли мои вновь возвращаются на круги своя. Старое хасидское высказывание точно отражает то, что я называю неприкрытой сущностью бытия: «По обе стороны находится мрак, посередине — жизнь». Полвека, отданные врачеванию, научили меня тому, что лишь темнота ограждает с двух сторон нашу жизнь. Эта мысль затрагивает самую сущность человеческого мироощущения.

Великий скачок эволюции, принесший обретение самосознания, неизменно сопровождался смертью. Личность боится противостоять смерти, поэтому предпочитает бежать от нее или мистифицировать это явление. Сложные погребальные ритуалы, присутствующие во всех культурах и религиях, отражают отрицание неизбежного конца. Но никакие стенания не способны остановить или хотя бы замедлить невидимый метроном, с каждым ударом которого смерть становится все ближе. Наш конец predetermined. Дело лишь во времени. Жизнь исчезает в холодной пустоте, в бесконечности, перед которой мы бессильны. В наш мозг заложены программы, отвечающие за начало и конец. Но снедающий нас страх объясняется не тем, что жизнь слишком коротка, а тем, что смерть откладывается слишком надолго. Наше будущее путешествие в никуда навевает грусть.

Раньше я считал, что истинно верующие люди достигают спокойствия духа тем, что подавляют в себе злые силы сомнения. Но обширный опыт общения с ультраортодоксальными раввинами, которые были и остаются моими пациентами, убедил меня в обратном. Невидимый метроном, спрятанный в глубинах мозга, отсчитывает для них время так же, как и для всех остальных. Раввины восхваляют

приход конца как высшее проявление достоинства жизни, уверяют, что с нетерпением ждут момента воссоединения с Великим Господом, но их поведение опровергает эти заявления. Они, как и все люди, прибегают к услугам врачей и неистово борются за то, чтобы отсрочить счастливый момент ухода в небытие,

О болезни и смерти написано многое. Но самое большое впечатление на меня произвели две книги: «Смерть Ивана Ильича» Л.Н.Толстого и «Волшебная гора» Томаса Манна. Они оставили во мне осадок печали, но не из-за самой смерти, а из-за одиночества, с которым сталкивается умирающий человек. Последние шаги, каждому приходится делать в одиночку, оставшись лицом к лицу с неприкрытой собственной сущностью.

Люди привыкли жить в обществе, и мысль об одиноком путешествии их пугает. Мы пытаемся убедить себя в том, что жизнь — это вечный дар, что смерть приходит к другим. Мы погрязаем в отрицании, отменяя всякую логику. Но несогласие с фактом собственной смертности уводит в сторону саму жизнь. Альберт Камю сказал об этом так: «Если существует грех против жизни, то это не столько отчаяние, сколько надежда на другую жизнь и вера в то, что она будет намного лучше». Парадоксально, но страх перед смертью или ее отрицание совершенно не готовят нас к ее неизбежности. У того же Камю мы находим: «Есть только, одна свобода — вступить в соглашение со смертью. После этого все становится возможным».

Люди часто спрашивают врачей о смерти, но те знают о ней ненамного больше всех остальных. Опыт наблюдений за процессом смерти не добавляет врачам мудрости в понимании ее природы. Поэты, философы и теологи могут гораздо больше рассказать нам о значении жизни или тайне смерти.

Всю свою жизнь я работал с очень больными людьми. Я часто сталкивался со смертью и понял, что по-настоящему гнетет больных и стариков. Они не хотят терпеть муки последних мгновений жизни, а сама по себе смерть их не страшит. Я убежден, что профессия врача дает могучую силу, позволяющую уменьшить этот страх, предоставить умирающему возможность сохранить достоинство, которого на последнем этапе жизни многие лишаются.

На акт смерти влияют многие факторы. Смерть может быть мгновенной или затяжной. В первом случае она не является проблемой

для своей жертвы. Примерно две трети людей, страдающих заболеванием коронарных сосудов, умирают неожиданно, часто во сне. Для четверти жертв внезапной смерти она является первым симптомом того, что у них были серьезные проблемы с сердцем. Такой быстрый исход многим представляется наиболее желаемым. Но я не уверен, что это лучший конец для всех, кто так или иначе причастен к ушедшему в мир иной. Мгновенная смерть не дает им времени подготовиться к этому печальному событию, ввергает их в шоковое состояние. Бесчувственный труп не участвует в последующей драме, вся тяжесть утраты ложится на плечи оставшихся. Немецкий философ Людвиг Фейербах писал: «Смерть является смертью только для живых». Действительно, смерть — это цена, которую мы платим за все, что так ценим в этой жизни. Один из моих пациентов, умиравший от рака печени, сказал: «Боги дают нам жизнь в долг, который мы выплачиваем им своей смертью».

Быстрая смерть многим кажется очень легкой, но она наносит тяжелый эмоциональный удар, последствия которого остаются на всю жизнь. Внезапная кончина близкого родственника или друга — это разлука, к которой человек не успел подготовиться. Такая смерть всегда кажется смертью на взлете, а призрак умершего еще долго бродит среди живых.

Человек очень быстро адаптируется психологически, но если смерть близкого происходит внезапно, адаптация сильно затягивается. Чтобы смириться с ней, требуется целебная сила времени. Внезапная смерть оставляет незаконченными много чисто земных дел, и самое главное — не приведенными в порядок отношения между людьми. Не следует питать иллюзий, что последние несколько дней чудесным образом решат все проблемы и помогут исправить все ошибки, совершенные в жизни. Смерть не обладает такой волшебной силой, но любой способ общения с умирающим всегда оказывает на участников драмы успокаивающее действие. Возможность проявить заботу и внимание помогает родным и близким облегчить бремя вины. Последние прощальные слова — высшее проявление душевной связи, и они несут в себе огромный смысл для тех, кто остался.

Несомненно, скорая смерть лучше, чем долгая и сопряженная с болью, которая часто выпадает на долю тех, кто умирает вне дома. В Америке примерно 80 процентов людей заканчивают жизненный путь

не в своей постели, вдали от тех, кого они любили. Умиравшему больше всего требуется участие, но даже в самых лучших больницах он лишается этого утешения. Пациенту недоступны теплота, ласка, любовь. Кроме того, самые ключевые проявления жизни узурпируются другими, когда такие функции, как дыхание или питание, выполняют машины. В подобных условиях человек разлучается с жизнью еще до физического наступления смерти.

Медленное приближение к смерти, когда человек еще чувствует в себе силы, вызывает у него затаенное чувство гнева. В современных больницах вокруг пациента слишком много врачей, и он не знает, на чьи плечи ложится ответственность за его лечение и кто будет (будет ли?) рядом с ним в его последние минуты. Даже персональные врачи очень часто оказываются незнакомцами, не знающими, кто вы, какой жизнью жили, как хотели бы умереть. При этом человек постоянно боится, что лишние вопросы или какой-либо протест повредят отношению к нему врачей. Когда пациент не знает, к кому обратиться, когда он раздавлен бюрократической системой, то обращает гнев против самого себя. В результате любой дискомфорт, связанный с болезнью, усиливается, а действие обезболивающих средств только добавляет страданий. Это делает процесс психологической и душевной смерти еще ужаснее. Для некоторых последние дни становятся временем непереносимых мучений, медленным низвержением в ад.

Смерть по-американски

В американской культуре отношение к смерти лишено здравого смысла. Оно представляется мне шизофренической смесью отрицания и панического ужаса. Одна француженка говорила мне: «Американцы — единственный народ, который думает, что смерть — это один из вариантов развития событий». Такое отношение частично объясняется тем, что в Америке очень развит культ молодости. По-моему, главным при госпитализации умирающих является то, что люди считают возможным, заплатив определенную сумму, отсрочить смерть. Врачи во многом способствуют существованию такого суждения. Обучение в

медицинском институте и клиническая практика превращают врачей в своего рода магов, умело пользующихся достижениями науки и биотехнологии. Им практически не преподают искусство врачевания и совершенно не учат тому, как обращаться с умирающим пациентом. С самого начала врач воспринимает смерть как провал, неизбежную ошибку на пути научного поиска. Врачей учат тому, что любую проблему можно решить, поэтому они воспринимают смерть как некий вызов судьбы, позволяющий доказать свой высокий профессионализм. Но уверенность в том, что любая проблема разрешима, меркнет перед неизбежностью природного закона, согласно которому все мы смертны. Когда я спрашиваю молодых врачей о целесообразности экстраординарных мер по отношению к умирающему пациенту, то каждый раз получаю один и тот же ответ: «А если новый антибиотик или вот этот новейший метод лечения приведет к выздоровлению? Этично ли не дать человеку хотя бы один шанс из сотни?». И обязательно приведут описанный в литературе пример, когда смертельно больному человеку продлили жизнь на какой-либо срок. Вера в чудеса неистребима. В результате все врачи практически не готовы к решению самых сложных проблем, которые ставит перед ними смерть, и изо всех сил продлевают боль, страдания и психологический стресс как самому умирающему, так и его близким.

Но врач не свободен в своих действиях. Даже зная, что отсрочка означает для умирающего продление мучений, он не может поступиться социальными и культурными условностями. Согласно медицинской традиции у врача только одна функция — лечить болезнь и таким образом продлевать жизнь. Необходимо сделать все возможное, чтобы выполнить эту миссию. Хотя сама по себе эта миссия весьма почетна, ее следует рассматривать в свете современной реальности, самое основное проявление которой — биотехнологическая революция, позволяющая затянуть процесс умирания чуть ли не до бесконечности. Этим объясняются и высокомерие врачей, и нереальные ожидания пациентов. Создается впечатление, что врачи могут вступать в спор с силами природы и противостоять смерти. Норман Казенс писал об этом в «Исцеляющем сердце»: «Врач не просто прописывает лекарство, он является символом бессмертия. Может быть, мы не способны жить вечно, однако упорствуем в своей вере в то, что врач обладает искусством и

знаниями, способными оттянуть конец до бесконечности. Нам кажется, что врач имеет доступ к секретам жизни».

Но прежде чем применять эту технологию «бессмертия», необходимо ответить на многие вопросы. На сколько можно отсрочить смерть? Не будет ли дополнительное время означать дополнительные мучения? Имеет ли такая жизнь смысл? Какую цену заплатят за это сам человек, общество, экономика? Обычно врач переадресовывает все эти вопросы моралистам или экономистам и крайне редко задумывается о нуждах конкретных пациентов. Кроме того, в каждом индивидуальном случае врач никогда не может наверняка предсказать результат того или иного терапевтического метода. Даже если статистический прогноз исхода какого-то заболевания известен, в отдельных случаях статистика может оказаться бесполезной. Одних пациентов определенный метод лечения действительно может привести к выздоровлению, у других — он вызовет лишь некоторое облегчение, а у некоторых только усугубит ситуацию. По своему опыту я знаю, что врачи предпочитают говорить с пациентами именно о высоком проценте благополучных исходов, принося вероятность неблагоприятных. Чаще всего период ремиссии у умирающих бывает столь коротким, что практически не имеет смысла.

Самыми яростными приверженцами обязательного вмешательства в ход событий в любом случае являются онкологи. Они никогда не отказывались лечить ни одного из моих пациентов и всегда честно говорили о том, что предлагаемая ими отсрочка будет очень короткой. Но гораздо меньше откровенности было в описании страданий, которые предстояло пережить человеку в неравной битве с неизбежной смертью. Смерть наступает в любом случае, но ее приход иногда связан с непередаваемыми муками. Когда смерть является неизбежным результатом хронического или неизлечимого заболевания, гораздо милосерднее не предпринимать героических усилий, а отнестись к ее приближению здраво и сочувственно.

В последнее время жизнеспасающие биотехнологии сделали такой колоссальный шаг вперед, что становится трудно отличить проявление нормальной человеческой жизни от биологической функции. Демаркационная линия настолько эфемерна, что это становится возможным лишь тогда, когда замолкают аппараты, поддерживающие дыхание, сердцебиение, питание и секрецию. В

отделении интенсивной терапии я часто вижу опутанные проводами неподвижные тела. Поддержание жизнедеятельности заменяет уже ушедшую жизнь.

Искусственное поддержание жизни является одновременно очень дорогим и очень выгодным делом. Относительный процент дохода больниц зависит именно от числа пациентов, которым продлевается процесс умирания. По горькой иронии судьбы, смерть является самой доходной частью медицинского бизнеса, и затраты на умирающих весьма значительны. Например, около трети доходов системы здравоохранения обеспечиваются процентами от общего количества умерших в год. Когда пациент приближается к смерти, плата за медицинское обслуживание возрастает неимоверно. Если исходить из затрат на умирающего в течение последнего года жизни, то примерно 40 процентов приходится на последний месяц. Система здравоохранения организована таким образом, чтобы растянуть мучения престарелых пациентов. Но в этом нет чьего-то злого умысла, просто программа здравоохранения ориентирована на возвращение денежных вкладов, а не на то, что действительно является самым лучшим для того или иного пациента.

Извращение смерти объясняется в основном пятью факторами: технологией, позволяющей продлевать жизнь практически на любой срок, сущностью профессии врача, чьей главной задачей считается борьба со смертью, доходом больницы, заинтересованной продлить эту бесполезную борьбу, игнорированием интересов и прав пациента и принуждением его к страданиям, общественным мнением, ориентированным на ожидание побед в области медицины.

В Америке словно существует некий зловещий заговор, в результате которого большинство людей обречены на медленную смерть. Научная медицина смогла облегчить и улучшить жизнь, но при этом она сделала смерть еще ужаснее.

Смерть представляется нам отвратительной. Мое первое столкновение с ней вызвало такой шок, что я едва не отказался от карьеры медика. Это произошло во время первой недели моего обучения в Гарвардском медицинском институте. Стоял знойный удушливый летний день, от жары нельзя было спастись даже в помещении, так как кондиционеры в то время еще не изобрели. Мы находились на кафедре патологической анатомии. Оглядываясь по

сторонам, я заметил пару изящных женских ножек с покрашенными ногтями.

Из любопытства я подошел поближе и смутился, увидев темные завитки волос на лобке. Передо мной лежала красивая обнаженная молодая женщина. Мой взгляд скользил все выше, и я увидел вспоротый живот, обсыпанный опилками, выкатившиеся глаза, неподвижно смотревшие в потолок, и распухший язык, вывалившийся из полуоткрытого рта. Я бросился вон, подавляя в себе крик ужаса и страшную тошноту. В течение нескольких следующих дней мне везде мерещился запах формалина, и с тех пор каждый раз, когда я вдыхаю его, перед глазами встает та страшная картина.

Смерть не несет в себе никаких тайн, она лишь является источником отвратительного страха. Я пришел в медицинский институт, чтобы научиться улучшать жизнь, и спустя некоторое время понял, что мертвое тело имеет лишь отдаленное отношение к живому человеку. Тело — лишь сосуд, вмещающий человеческий разум, чудесная оправа для живого мозга. Когда мозг гибнет, чудо исчезает. Остается лишь неодушевленный предмет, который не должен вызывать страх. Неодушевленная смерть не имеет большого значения. Я не разделяю мысль Джона Донна о том, что «смерть любого человека ослабляет и меня, потому что я являюсь частью человечества. Поэтому никогда не спрашивай, по ком звонит колокол, — он звонит по тебе». Смерть незнакомца не вызывает у нас особых эмоций, мы не страдаем от горя, она не нарушает нашего распорядка дня, и, узнав о ней, мы не ощущаем, что утренний кофе стал менее вкусным. У врачей острота восприятия чужой смерти постепенно притупляется и ее реальность начинает казаться такой же далекой, как гибель людей в Руанде или Боснии. Постоянное столкновение со смертью приводит к тому, что врачи начинают считать ее тривиальным явлением.

Впервые я столкнулся со «значительной» смертью во время практики в больнице Бронкса. Я открыто плакал, испытывая смешанное чувство гнева, отчаяния и беспомощности. У миссис Д. был стеноз митрального клапана. Кровь не проходила в левый желудочек, что приводило к ее оттоку назад, в легкие, переполненные жидкостью. Миссис Д. находилась в критическом состоянии. Я боролся за ее жизнь в одиночку, лишь изредка какая-нибудь медсестра помогала мне. У миссис Д. развивался отек легких — смертельное

осложнение. Избыток жидкости выступал на ее губах в виде оранжевой пены. До популяризации хирургических операций на митральном клапане оставалось еще несколько лет, и я тщетно пытался применять кислород, жгуты, препараты наперстянки, эуфиллин и мочегонные препараты.

Я до сих пор не могу забыть выражения ее больших, испуганных зеленых глаз ирландки. Миссис Д. было немногим за 30, она была матерью троих маленьких детей. «Доктор, я не хочу умирать, — произнесла она в перерыве между тщетными попытками глотнуть немного воздуха. — Я нужна моим детям». Она ненадолго затихла, но ее отчаяние показалось мне в тот момент еще более сильным.

В ту ночь отделение интенсивной терапии было переполнено умирающими пациентами. Я сознавал свою беспомощность, но решил сделать пациентке кровопускание, чтобы обеспечить отток избыточной крови. Это немного освободило легкие, и по мере вытекания крови ее дыхание становилось все более спокойным. После того как начал действовать морфий, на ее словно восковое лицо легла печать спокойствия. Я сменил постельное белье, устроил больную в полусидячем положении, убрал пропитанную потом подушку, заменив ее на новую. На рассвете она заснула сном ангела.

Когда я, борясь с невообразимой усталостью, начал заполнять медицинские карты и делать другие записи, в отделении появился шумный и грузный ирландский священник. Он узнал, что его прихожанка миссис Д. находится в критическом состоянии, и пожелал немедленно увидеться с ней. Я объяснил, что бедняжка мучилась целые сутки и только что уснула, состояние ее очень тяжелое. «Именно поэтому я должен ее увидеть», — настаивал священник. Никакие мои мольбы на него не действовали. Я уже был готов встать на колени, пообещать прийти к нему и сделать пожертвование в фонд католической церкви. Но священник был непреклонен и в конце концов заявил, что меня нельзя допускать к пациентам-католикам, потому что я не понимаю их культуру и психологию. Он сказал, что сердце и душа католика радуются при виде пастора, указал на карман своего пиджака и добавил: «Я принес ей паспорт на небеса».

Священник прошел мимо меня и направился к койке миссис Д. Она все еще мирно спала, дыхание было спокойным. Появление священника резко оборвало ее сон. Она широко раскрыла испуганные,

ничего не понимающие глаза. Он начал читать молитву на латыни и размахивать крестом над ее кроватью. Миссис Д. жалобно застонала, на губах выступила кровавая пена, и через 20 минут она скончалась.

Священник отругал меня за то, что я пытался помешать ему выполнить высшую миссию, и сообщил администрации больницы, что я препятствовал отправлению религиозного обряда. Администратор этой еврейской больницы мягко выговорил мне за мой поступок.

Вспоминая этот случай, я критически рассматриваю свое поведение и считаю, что действительно вел себя неправильно. Миссис Д. была смертельно больна, и не существовало никакой возможности продлить ей жизнь хотя бы на несколько недель. В любом случае она не прожила бы более суток. А членам ее семьи было очень важно знать, что она получила последнее благословение. Это помогло им смириться с горем. Трагедия смерти миссис Д. оказала на меня сильное влияние. Через год я узнал, что врачи Дуайт Харкин в Бостоне и Чарльз Бейли в Филадельфии провели операцию на митральном клапане. Эта операция могла спасти жизнь миссис Д.

В те годы каждая смерть была для меня огромным потрясением. Я только что начал практиковать как кардиолог, с нетерпением ждал пациентов и был готов принимать их в любое время дня и ночи. Однажды в пятницу, 3 июля, я сидел в своем душном кабинете. Секретарша изнемогала от жары и желания перед уикэндом пораньше уйти с работы, но пациент записался на прием заранее и, судя по всему, случай был серьезный.

В три часа дня в кабинет вошел высокий афроамериканец 75 лет. Это был мой первый темнокожий пациент. Он с гордостью поведал мне, что был первым представителем своей расы, закончившим Гарвардский медицинский институт. У него была стенокардия. Симптомы начали проявляться с заметной регулярностью, он часто просыпался по ночам от давящего ощущения в груди. Все указывало на то, что с минуты на минуту у него может произойти сердечный приступ. Я говорил с ним и волновался все больше и больше, но он попытался успокоить меня, сказав, что является глубоко верующим человеком и совершенно не боится смерти.

Попросив пациента пройти в смотровую и раздеться, я на минуту задержался в своем кабинете, чтобы заполнить кое-какие бумаги для его отправки в больницу. Неожиданно он вошел в кабинет и, глядя мне

прямо в глаза, сказал: «Доктор Лаун, хочу вам сказать, что я уже готов встретиться со своим Создателем. О Господи, я иду к Тебе!» — И он вернулся в смотровую.

Через несколько минут я услышал звук падающего тела. Вбежав в комнату, я нашел совершенно голого пациента лежащим на полу. Его глаза невидящим взглядом смотрели в потолок, а рот судорожно хватал воздух. Пульс не прощупывался. Я попробовал сделать искусственное дыхание «рот в рот» и непрямой массаж сердца и одновременно громко закричал, призывая на помощь секретаршу. Она вбежала и, увидев эту сцену, пулей вылетела вон. Я снова закричал, требуя, чтобы она вернулась. Я объяснил ей, что этот человек мертв и что перед ней вовсе не любовное свидание гомосексуалистов. Она немедленно вызвала полицию.

На кардиограмме выписалась прямая линия. Доктор Дж. не мог быть реанимирован. Прибывшие полицейские отругали меня за то, что я прикасался к телу. По их правилам, трупы трогать не разрешалось. Мое отчаяние нарастало с каждой минутой. Была пятница накануне Четвертого июля (Четвертое июля — годовщина провозглашения независимости, национальный праздник в США), полицейское начальство вряд ли могло прибыть раньше, чем через четыре дня, а в жарком и душном помещении труп очень скоро должен был начать разлагаться.

Секретарша ушла, а я остался один на один с телом незнакомого мне человека. Спустя некоторое время я вспомнил, что однажды оказал услугу одному патологоанатому в Бостоне. В тот вечер я нашел его в Нью-Гемпшире. Он забрал тело, взяв с меня обещание никогда больше не объявлять мертвым ни одного человека: «Скажи, что у пациента произошла остановка сердца, пусть его везут в больницу и уж там объявляют мертвым».

Эти три случая в самом начале моей карьеры научили меня тому, что смерти следует избегать всеми силами. Однако моя работа оказалась в огромной степени связанной именно с нею. Я стал свидетелем ухода из жизни многих сотен пациентов.

Когда пациент умирает от болезни, его смерть и процесс умирания во многом предопределяются этой болезнью. При сердечных заболеваниях последний акт человеческой жизни менее тяжел, чем при других недугах. Момент наступления смерти практически невозможно

предсказать в отличие, например, от некоторых случаев прогрессирующего рака. У каждой болезни собственная скорость развития. Основываясь на проявлении тех или иных симптомов, можно приблизительно определить время вероятного наступления смерти. Великая правда состоит в том, что то, как мы умираем, определяется тем, как мы живем. Человек, чувствующий, что прожил насыщенную, плодотворную жизнь, как правило, спокойно встречает смерть. «Жизнь каждого человека — это дневник, в который он намеревается записать одну историю, а записывает совсем другую. В час смирения он сравнивает то, что есть, с тем, что он поклялся сделать», — писал Джеймс М. Барри в «Питере Пене». Час смирения чаще всего наступает в конце жизненного пути. Тот, кто может оглянуться назад без горьких сожалений и сохранил самоуважение, смотрит в глаза смерти без страха. Смерть никогда не бывает приятной, но ее приход не станет для такого человека непереносимым событием и не лишит его достоинства. Но если человека мучает чувство вины, терзает беспокойство, тогда даже слабая боль становится невыносимой, и наоборот, если на плечах умирающего не лежит груз отрицательных эмоций, он способен с достоинством перенести даже очень сильную боль.

Никто не должен жить умирая. Смерть не должна нести с собой ужас, боль и страдания, как происходит в большинстве случаев. Жизнь и смерть разделены очень тонкой, почти незаметной границей. Фактически смерть, как и любой биологический процесс, начинается с момента рождения и продолжается до конечного мгновения жизни. У большинства пациентов наступлению смерти предшествует долгое хроническое заболевание, с которым многие живут по несколько десятилетий. Но было бы неправильно относиться к таким людям как к умирающим. Это особенно справедливо для сердечных больных. Хотя статистика в кардиологии отличается относительно высокой точностью, в каждом отдельном случае несовпадения со среднестатистическими результатами бывают просто поразительными. Я наблюдал множество пациентов, которые жили десятки лет после того, как им предвещали, что они не проживут и нескольких месяцев. При прогнозировании исхода я всегда стараюсь «ошибиться» в более оптимистичную сторону.

За годы работы с умирающими я научился понимать, что смерть человека всегда определяется течением и качеством его жизни. Самое главное — тесная связь с другими людьми, особенно с членами семьи. Присутствие близких и теплые воспоминания всегда скрашивают последние часы жизни. Кроме того, большое значение имеет работа и связанные с ней успехи, причем неважно, чем именно занимался умирающий. Если же человек всю жизнь думал только о себе, он отправляется в последнее путешествие без эмоционального багажа, который помог бы ему обойти все преграды на пути. Легче всего умирают те, кто жил для блага других. Как говорится в Талмуде: «Человек владеет тем, что отдает».

Природа смерти

Все больше людей хотят контролировать последние часы своей жизни и умирать достойно. Хотя, например, доктор Шервин Б. Нуланд в книге «Как мы умираем» утверждает, что смерть не может быть достойной, так как ее природа подразумевает физический и психологический распад, не совместимый с достоинством. Классическое изображение достойной смерти, по мнению Нуланда, не отвечает действительности.

Смерть, как считает Нуланд, это отвратительное, скверно пахнущее событие, которое не следует приукрашивать. Задача медицины состоит в том, чтобы улучшать качество жизни пожилых и смертельно больных людей, но «не увеличивать ее продолжительность». Людей нужно готовить к тому, что смерть и достоинство не совместимы, что и делает Нуланд, описывая почти все страшные мучения, ожидающие человека в его последние часы. Чтобы смерть не казалась столь ужасной, нужно подготовиться к ней задолго до ее прихода. «Достоинство, которое мы ищем в смерти, — пишет Нуланд, — должно присутствовать в том, как мы проживаем свою жизнь».

Аргументы Нуланда подкрепляются гуманистическими, биологически оправданными философскими размышлениями. Смерть

— это неотъемлемая часть жизни, необходимая для того, чтобы очищать наш вид от представителей, достигших биологической старости. Человеческая индивидуальность уникальна и незаменима, но тем не менее замена происходит. «Лучше знать, что такое смерть. Тогда мы будем лучше понимать, в какой момент жизни остановиться и передохнуть, когда нужно начать думать о конечном пункте нашего назначения». Но мой опыт показывает, что знание об ужасах смерти не помогает человеку лучше встретить свой конец, хотя эта информация может развеять надежды пациента и он, скорее всего, не станет упрекать врача за несовершенное чудо. Но даже если пациенту известно, чего следует ждать от смерти, то, как умирает он сам, от него не зависит. Как говорила певица Джоан Баец: «Нельзя знать наверняка, как ты умрешь. Нельзя знать, когда ты умрешь. Ты можешь только решить, как тебе жить».

Я считаю, что урон образу врача наносит именно то, как медицинские работники относятся к процессу умирания. Смерти, а не жизни, служит огромное количество приборов. Правила поведения определяются достижениями биотехнологии, и врачи следуют этим абсурдным правилам — вместо того, чтобы уделить все внимание благополучию пациента. Безумие этой системы можно проиллюстрировать на примере смерти моей матери.

Ей было 96 лет. В столь почтенном возрасте она отличалась остротой мыслей и хорошей памятью, но временами впадала в отчаяние из-за прогрессирующей дряхлости. Мать обожала читать, книги были ее любимым развлечением, поэтому труднее всего ей было перенести потерю зрения. Слух также сильно ослаб, но она была слишком горда, чтобы пользоваться слуховым аппаратом. Когда я спрашивал ее о самочувствии, она отвечала, что в ее теле не осталось ни одной клеточки, которую бы не терзала боль. Ее угнетали изменение осанки, морщины на лице, вставные зубы, лысеющая голова и другие проявления старости. Однако она весьма живо реагировала на комплименты, так как люди почти никогда не догадывались, сколько ей лет, и считали, что не больше 80.

Мать в совершенстве владела пятью языками и была очень набожна. Она до самого конца оставалась ярой приверженкой иудаизма. На родине ей пришлось пережить нищету и унижения. У матери был очень сильный характер, и она не питала иллюзий

относительно того, что значит жить полной жизнью. Она обожала общество и всегда радовалась гостям, особенно внукам. Каждую неделю мама обязательно звонила всем своим 13 внукам, а мы с женой каждый день навещали ее, иногда по нескольку раз. Тем не менее она не упускала случая пожаловаться на то, как редко видится с семьей. Она поставила перед собой цель: дожить до выхода в свет книги своих мемуаров, и осуществила ее.

Когда мама стала совсем немощной, мы с Луизой, моей женой, решили забрать ее к себе, но она наотрез отказалась, не желая ничем обременять своих детей. Но на вопрос, что ее тревожит больше всего, отвечала: одиночество. Одиночество усугублялось плохим зрением и слухом. У нее было очень много друзей, но она пережила их всех. Римский философ Луций Сенека писал: «Иногда смерть — это наказание, иногда — дар, для многих она является благословением». В последний год жизни мама ждала смерти, как благословения. Она хотела умереть и боялась не самой смерти, а процесса умирания.

В возрасте 66 лет мама перенесла сильный сердечный приступ, от которого полностью оправилась. В последние пять лет жизни у нее случались приступы стенокардии, которые снимались нитроглицерином. Семья поддерживала в ней волю к жизни. За ее физическим самочувствием следили несколько врачей. Все они были преклонного возраста и прекрасно владели не только научными достижениями, но и настоящим искусством врачевания. Доктора часто звонили ей домой, словно она была их родной матерью. Они не пытались уложить ее в больницу, зная, что она наотрез откажется.

В последние два месяца мама сильно сдала, и я понял, что жить ей осталось совсем немного. Главной проблемой была сильная аритмия. Пульс редко снижался до 120 ударов в минуту, и никакие лекарственные препараты не помогали. Она тоже уже знала, что конец близок, и каждый раз, отправляясь спать, надеялась, что не проснется. Но во время праздников, например в ее 96 день рождения, мать шутила, что еще удивит нас 100-летним юбилеем. Она все чаще говорила, о том, с какой радостью встретит конец, хотя жалела, что не узнает о будущем детей и внуков.

В последние несколько недель стало ясно, что смерть не за горами. Застой в легких мочегонными не снимался. Дыхание было затруднено даже при использовании кислородной подушки. Мама

стала испытывать нетерпение по поводу столь затянувшегося конца. В свой последний день она неожиданно проснулась в три часа утра и попросила присматривавшую за ней медсестру помочь ей принять душ. Когда утром мы с женой пришли навестить маму, она была полностью одета, а легкий макияж приятно освежал ее все еще красивое лицо. Мама периодически ненадолго теряла сознание, но мы попросили медсестру не вызывать «скорую помощь». В полдень мы с женой вышли пообедать и отсутствовали примерно три четверти часа. Возвращаясь, мы увидели около подъезда маминого дома машину «скорой помощи». С недобрыми предчувствиями мы вбежали на этаж и услышали громкие голоса, доносившиеся из небольшой маминой квартиры.

Картина, открывшаяся моим глазам, была отвратительна. Моя мать лежала на полу абсолютно голая, изо рта, покрытого белой пеной, торчала интубационная трубка, руки отекали от внутривенных вливаний. Кожа уже приобрела смертельный восковой оттенок. Несколько здоровых мужчин ритмично давили ей на грудь и прикладывали к сердцу дефибриляторы. Вся сцена напоминала кошмар. Я закричал и попытался оттолкнуть мужчин, но меня выволокли из комнаты, не обращая внимания на крики. «Это моя мать! Вы не видите, что она мертва? Я врач». И я зарыдал.

Немного придя в себя, я спросил, кто их начальник. В ответ мне назвали имя врача одной из лучших больниц Бостона. Я позвонил ему и назвал свое имя. Доктор немедленно извинился и тут же покончил с этим безумием.

В то утро у постели мамы дежурила новая медсестра. Увидев, что ее пациентка издала последний вздох, она ударилась в панику и вызвала «скорую помощь», забыв о наших предупреждениях. Без сомнения, прибывшие врачи руководствовались лишь добрыми намерениями, но при этом вели себя как бригада штурмовиков. Мы не сумели помочь моей маме завершить ее достойную жизнь тихо и спокойно. В дело вмешалась механическая система, ориентированная на бессмысленную битву против смерти. Мать не чувствовала боли, ее смерть была мирной и достойной. Страдания для нее закончились, но пострадало достоинство живых. Воспоминание о ее кончине вызывает у меня боль и слезы, но еще больше слез я проливаю над тем, во что превратилась моя профессия.

Трагичную сцену, сопровождавшую смерть моей матери, можно объяснить тем, что бригада «скорой помощи» приехала к совершенно незнакомому человеку. Однако и в больницах каждый день наблюдаются подобные сцены. Все внимание врачей приковано к экранам мониторов и результатам анализов. Иногда кажется, что человеческие страдания для них не больше чем пустой звук. Большинство врачей — молодые люди, не имеющие опыта общения со смертью. Они не могут отличить ситуации, в которых с ней необходимо бороться без единого колебания, от тех случаев, когда эта борьба влечет за собой лишь дополнительные мучения.

Я вспоминаю один эпизод, который показывает, сколь многое необходимо изменить в отношении современных врачей к процессу умирания. Мистера И., бывшего бизнесмена, 74 лет, привезли в нашу больницу с шестым сердечным приступом, возникшим на фоне прогрессирующей сердечной недостаточности и частых приступов желудочковой тахикардии. В легких больного прослушивались сильные хрипы, давление едва определялось. У него была аневризма желудочка — выпячивание мертвой мышечной сердечной стенки. Когда боль и учащенное дыхание удалось снять при помощи морфия и кислорода, в палату поместили весь арсенал технических средств. На мониторе появилось изображение сердечных ритмов, на других приборах начали вспыхивать яркие огоньки. Прибор для искусственного дыхания был наготове, затем в палату вкатили дефибриллятор. Помещение постепенно заполнялось аппаратурой и медицинскими работниками. Для приехавших с пациентом родственников оставалось все меньше и меньше места. В воздухе царил атмосфера возбуждения перед предстоящей битвой, на уважение к человеческому достоинству не было ни малейшего намека. Внимательный осмотр полностью подтвердил, что изменения в организме мистера И. необратимы.

Его жена умоляла нас сделать все возможное, чтобы спасти жизнь мужа. Его сын, мужчина лет 40, пытался успокоить мать. Я отозвал его в сторону и объяснил сложившуюся ситуацию. Я сказал, что мы можем продлить процесс умирания его отца, но не жизнь. Молодой мужчина внимательно выслушал меня и сказал:

- Делайте то, что вы делали бы, окажись здесь ваш отец.
- А как же ваша мать? — спросил я.

— Она прислушается к здравому смыслу и согласится с тем, что будет лучше для отца.

Я приказал персоналу оставить мистери И. только кислородную маску, морфий и все, что могло обеспечить ему комфорт. Все остальные мероприятия были приостановлены. Палата быстро опустела, стало непривычно тихо. Напряжение и возбуждение полностью исчезли. Жена и сын сели наконец рядом с умирающим, так как до этого момента были лишены такой возможности. Ни один врач, ни одна медсестра не заходили в палату, словно она была на карантине. Я с грустью подумал о том, какой одинокий конец ожидает всех, кому суждено умереть в больнице, присел на кровать мистера И. и взял его за руку. Мистер И. прекрасно понимал, что с ним происходит. Когда он сказал: «У смерти есть свои преимущества — я могу подольше побыть с моим врачом», — я почувствовал себя виноватым. Затем он уснул и тихо скончался в течение часа.

Сразу после этого я собрал весь персонал и спросил, почему никто не пришел к умирающему, чтобы оказать ему какую-нибудь услугу. «Если бы мы решили применить электрошок или сделать шунтирование, вы все крутились бы возле его койки». Десять человек, молодые врачи и медсестры, побледнели и опустили головы. Я не повышал голоса, а говорил размеренно, как священник на проповеди, что жизнь утрачивает часть своего смысла, если человек не может смириться с неизбежностью смерти. Неспособность принять смерть как последнее проявление жизни превращает предназначение врача в злой фарс. Мы не даем пациентам спокойно умереть только потому, что считаем смерть своим профессиональным провалом. Между нами и пациентами мы выстраиваем стену из приборов, тем самым избегая проявлений своих душевных качеств.

Через несколько недель я получил от вдовы мистера И. письмо, в котором она благодарила персонал и меня лично за то, что мы дали ее мужу умереть достойной смертью, которую он заслужил.

Медицина запрограммирована на борьбу с призраками. Можно ли изменить сложившееся положение вещей? Я убежден, что смерть и процесс умирания можно сделать более гуманными. Мой оптимизм объясняется тем, что я был свидетелем нескольких «хороших» смертей. Пациент, о котором я хочу рассказать, научил меня многому из того, что нужно знать умнеющему.

«Хорошая» смерть

У известного писателя мистера Е, была светлых волос, круглое детское лицо, постоянно готовое расплыться в улыбке, и своеобразная манера говорить — настойчиво, но очень приятно. Впервые я встретился с ним в больнице Питера Бента, куда его привезли с диагнозом «застойная сердечная недостаточность». После этого он оставался моим пациентом в течение десяти лет. Он страдал кардиомиопатией в последней стадии, однако за это время написал несколько чрезвычайно значительных произведений. Когда он попал в больницу в последний раз, его сердце прокачивало кровь так медленно, что, казалось, способно пропускать не более нескольких микрочастиц. Дыхание было учащенным к поверхностным, из 75 килограммов веса он потерял 30 и внешне представлял собой скелет, обтянутый похожей на пергамент кожей. Тем не менее его мозг работал прекрасно, хотя каждое слово давалось ему с большим трудом.

В конце июля я выписал мистера Е. домой, на полуостров Кейп-Код, хотя и не надеялся, что он доживет до Дня труда (День труда — американский праздник. Отмечается в первый понедельник сентября). Когда я давал ему последние рекомендации по поводу лекарств и диеты, он вдруг неожиданно посмотрел на меня и спросил, увидимся ли мы еще раз.

— Конечно, — ответил я. — Я пока еще прихожу к своим пациентам на дом.

Он улыбнулся мне, и его вывезли на каталке из моего кабинета.

В ноябре мне позвонила миссис Е. и сказала, что ее муж спрашивает, когда я нанесу ему обещанный визит. В ближайший уик-энд я прилетел к нему на полуостров. Мистер Е. доживал последние дни. Его хриплое дыхание прерывалось длинными, казавшимися бесконечными паузами. На губах выступила соль — очевидный признак уремии. Казалось, что он измазал губы пеной для бритья. Сквозь мертвенную бледность кожи едва проступали голубоватые вены.

Чтобы отметить мой приезд, мистер Е. даже вышел к столу, но к еде не притронулся. Его жена Августина выглядела совсем измученной. Бессонные ночи у постели мужа окончательно ее доконали. Я переговорил с ней с глазу на глаз и предупредил, что ей необходим хотя бы короткий отдых.

— Нет, ни за что, — воскликнула она. — Об этом не стоит даже думать!

— Вы боитесь, что он умрет в ваше отсутствие? — спросил я.

Она не ответила, но промелькнувший в глазах страх подтвердил мое предположение.

— Этого не случится, — заявил я с уверенностью, хотя таковой у меня было немного.

Я зашел в спальню и сказал мистеру Е., что убедил Августину уехать на несколько дней. Впервые с момента моего прибытия лицо моего пациента озарила улыбка. Я снова видел знакомые, полные жизни, сверкающие голубые глаза.

— Доктор, я так волновался за Августину. Она полностью посвятила себя мне, а о себе совсем забыла. Это несправедливо. Я буду очень счастлив, если она поедет отдохнуть.

Мне удалось убедить Августину в том, что ее 60-летний муж не умрет во время ее отсутствия, и когда она согласилась съездить на выходные к сыну в Нью-Йорк, мистер Е. ликовал от радости. Она вернулась совершенно отдохнувшей. Неделю спустя, в начале декабря выпал первый снег, прикрыв голые ветви деревьев. Миссис Е. одела мужа потеплее и выкатила его в кресле-каталке на веранду их дома. Глядя на жену с нежностью и любовью, мистер Е. сказал: «Как красивы эти деревья. Они напоминают мне мое детство в Нью-Гемпшире». После этого он внезапно потерял сознание и умер.

Это была достойная смерть в конце плодотворной жизни. Норман Казенс писал: «Я понял, что трагедия жизни не в смерти, а в том, что умирает внутри нас в то время, когда мы живем». Ничто не умерло в мистере Е. во время его борьбы с тяжелой болезнью. Он провел у врат смерти десять лет, но не позволил отчаянию и страху поразить его человеческую сущность.

Моя миссия как врача в этом случае заключалась в том, чтобы уменьшить проявление симптомов, улучшить работу сердца в пределах, допустимых достижениями науки и техники, обеспечивать

пациенту всяческий комфорт и разделять оптимизм с теми, кто за ним ухаживал. Пожалуй, самым трудным было поддерживать стремление мистера Е. к творчеству, так как он рисковал не закончить задуманное. Когда конец был уже близок, требовалось облегчить физическое существование больного. Я с гордостью оглядываюсь назад, потому что смог использовать как искусство врача, так и научные знания. Врач обладает силой, способной обеспечить достойную смерть многим пациентам.

Никто из нас не желает превращаться в бесформенную массу терзаемой болью плоти. Мы также хотели бы, и не без причин, сохранить свою неповторимую индивидуальность как можно дольше, ибо все мы есть отражения Господа. Хорошее здоровье — наше неотъемлемое право. Большинство людей не просят многого. Они хотят, чтобы в конце жизни их ждала непродолжительная болезнь, чтобы их не мучили боли, чтобы рядом были друзья и родные, чтобы у них осталось достаточно времени на приведение в порядок своих дел. И самое главное — они хотели бы сохранить контроль над собой. Это чувство человек культивирует в себе на протяжении всей жизни, и оно не должно быть отнято у него в ее конце. Мы хотим, чтобы нас поминали добрым словом. Это очень благородное желание, которое должно исполниться у большинства из нас.

Смерть с достоинством

Не все обладают хорошим здоровьем, но большинство пациентов этого и не требуют. Они хотят, чтобы за ними ухаживали и чтобы их не избегали. Теперь, когда процесс умирания можно растягивать чуть ли не до бесконечности, врачам особенно важно знать, как ухаживать за умирающими пациентами. Человек хочет облегчения физических страданий и симптомов. Ему необходимо быть уверенным в том, что его психологические и душевные качества воспринимаются с уважением. Волнение и беспокойство, связанные с одиночеством, невероятно усиливают страдания, поэтому врач должен быть всегда доступен своему пациенту.

Этому и многому другому я научился на примере доктора Самуэля Левайна. Он умирал от рака желудка и попросил меня быть его врачом. Я заходил к нему по вечерам, после работы. Я очень переживал за него, ведь он был не только моим учителем, но и близким человеком, почти отцом. После физического осмотра я в нескольких словах оценивал состояние его здоровья, и это было самой сложной частью визита. Левайн не переносил лжи, но с радостью отзывался на оптимистичные прогнозы. Он все время спрашивал, когда ему следует прекратить работать, однако в глазах ясно читалось желание не торопиться с этим.

Но настал момент, когда ему стало трудно даже поворачиваться в кровати. От моего учителя осталась лишь тень, обтянутая желтым пергаментом кожи. Я уже представлял доктора Левайна на смертном одре, но в его глазах никогда не гасли искорки жизни.

Однажды вечером я решил не беспокоить его осмотром. Когда я собрался уходить, он прошептал: «Берни, у тебя есть минутка? Я вспомнил одну историю, которая будет для тебя интересна. Когда умирал сэр Клиффорд Альбат, его врачом был сэр Вильям Ослер (Вильям Ослер (1849–1919) — терапевт, видный деятель медицины Канады, США и Англии). Однажды, когда Ослер собрался уходить от больного, сэр Клиффорд воскликнул: «Сэр Вильям, а что мне делать с пролежнями?». Ослер не помнил, чтобы у его пациента были пролежни, но на всякий случай шепотом спросил у сиделки: «У него есть пролежни?» «Ни одного!» — ответила она. Сэр Вильям вернулся к постели больного, осмотрел сэра Клиффорда и уверил его, что никаких пролежней у того нет».

Конечно, я тут же придумал причину, по которой мне нужно было срочно осмотреть доктора Левайна. Я делал это даже более тщательно, чем обычно. С того дня и до самой смерти моего учителя я осматривал его во время каждого визита. Никому не хочется быть заброшенным.

Немного утешения

Моя жизнь, тесно связанная с жизнью и смертью других людей, убедила меня в том, что человек сам культивирует в себе неприятие неминуемого конца. Это продукт западной культуры, которая отрицает смерть и прилагает невероятные усилия для продления предсмертных мучений. Однако сегодня невозможно предсказать, что именно изменит мышление врачей или структуру здравоохранения, сделав их более гуманными. Со смертью связаны слишком сильные экономические стимулы, от которых нелегко отказаться. Кроме того, романтика борьбы со смертью воспаляет сердца молодых врачей, которые в основном и имеют дело с умирающими пациентами.

Наиболее эффективно врачи и остальной персонал работают в том случае, когда пациент без сознания. Смерть не может быть достойной, если человек не способен контролировать процесс умирания. Чтобы изменить этот подход, требуется создать такую ситуацию, при которой больницы перестанут быть местом умирания людей.

Каждый человек имеет право умереть так, как ему хочется. Смерть является отражением всей жизни, поэтому лучше всего вернуть умирающих в родные дома, как это и было всего несколько десятилетий назад. Но многие не хотят обременять своих близких. Для таких людей существуют хосписы — некое промежуточное звено между домом и больницей.

Все увеличивающееся количество хосписов вселяет некоторую надежду на перемены. Это движение началось в 1992 году, и всего за два года его существования в хосписы обратились 246 тысяч человек. Согласно философии хосписов, смерть не является тем событием, которое следует откладывать всеми силами. В этих заведениях человеку создается психологический и физический комфорт, члены семьи могут навещать его в любое время суток. Факт смерти больше не скрывается, умирающему помогают взглянуть в лицо неизбежности. Главная цель хосписа — сохранение достоинства умирающего.

Исследование хосписов опровергло убеждение в том, что смерть — это отвратительный конец жизни. Доктор Лорин Конан, главный врач хосписа при Кембриджском университете, заметила, что «более 60 процентов людей умирают в хосписах хорошей смертью. Их симптомы максимально снимаются, что позволяет пациентам и тем, кто им дорог, а именно, друзьям и родственникам, достичь той

близости, которая, возможно, не могла быть достигнута в другое время». По мнению Конан, хорошая смерть подразумевает три элемента. Первый — это уменьшение проявлений симптомов и облегчение страданий, что стало возможным благодаря изучению патогенеза боли и появлению новых анальгетиков и методов их введения. Второй элемент включает поддержку, умирающего со стороны его семьи. И третий — возможность обсудить скрытые проблемы, которыми, вероятно, умирающий никогда ни с кем не делился. Даже если подобный разговор останется незаконченным, одно то, что его начали, оказывает терапевтический эффект. Уменьшение бремени невысказанного часто даже помогает контролировать боль.

Хорошая смерть — отражение хорошо прожитой жизни. В июле 1776 года Джеймс Боусвел навестил умирающего Дэвида Хьюма, английского философа и величайшего гуманиста своей эпохи. Состояние Хьюма было тяжелым (он действительно умер через несколько месяцев), и Боусвел задумался, услышит ли он слова раскаяния от печально знаменитого нигилиста. Он спросил, испытывает ли Хьюм тяжесть при мысли о том, что исчезнет навсегда. Не большую, ответил тот, чем я испытывал до своего рождения. Хьюм не боялся того, что скоро растворится в небытии. Его спокойствие и безмятежность напугали Боусвела и произвели неизгладимое впечатление на его современников.

За 20 дней до смерти у блестящего эссеиста и прекрасного врача Льюиса Томаса брал интервью корреспондент «New York Times» Роджер Розенблатт. Томас сказал: «Смерть, расцениваемая как некое метафизическое событие, вызывает уважение. Сегодня, когда процесс умирания затягивается, она воспринимается как доказательство провала. К умирающему пациенту относятся как к капризному чудаку. Но это не только ненормально, а идет вразрез с самой природой... Мы стали стыдиться смерти, и это чувство появилось в нашей культуре совсем недавно. Мы стараемся спрятаться от смерти, так как, по нашему мнению, она является ошибкой... Пожалуй, ничто не может сравниться с предсмертной агонией. Я абсолютно уверен, что в момент смерти боль отступает... Когда тело перестает существовать, что-то обязательно происходит. Клетки гипоталамуса и надпочечников выделяют гормоны — эндорфины. Они поступают в те клетки, где

таится боль... А в целом... я верю в доброту природы в момент смерти».

Когда его спросили, что чувствует умирающий, Томас ответил:

— Слабость. Просто слабость. Я понемногу перестаю уважать свое тело.

— Существует ли искусство смерти? — спросил Розенблатт.

— Есть искусство жизни, — ответил Томас.

Часть V
ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ЗА
ВРАЧЕВАНИЕ

Глава 18

Современное предание хасидов

Несмотря на отданные медицине 45 лет жизни, я иногда ощущаю себя студентом, держащим сложный экзамен. Но учителями являются не строгие профессора, а мои пациенты. Многие из них утратили доверие ко мне из-за того, что их болезнь прогрессировала, другие же — с пониманием отнеслись к волнообразной линии судьбы. Некоторые рассказывали мне о трагедиях, которые не могли не затронуть жизнь каждого из нас. Но есть пациенты, которые, словно пролетающие кометы, временно изменяли траекторию моей жизни силой собственной личности.

В моей памяти живут воспоминания о пациентах, поставивших передо мной сложнейшие проблемы, решение которых положило начало крепкой дружбе. Эти случаи научили меня тому, что нельзя лечить человека только по книгам, что главный источник знаний — общение с другими людьми. Ни в одном учебнике врач не сможет прочитать того, что увидит, заглянув пациенту в глаза.

Перечитывая первые главы этой книги, я в отчаянии сознаю, что не смог рассказать обо всех сложностях процесса исцеления. Но тем не менее хочу подробно рассказать об одном пациенте, который потряс меня до глубины души, заставил по-новому переосмыслить мою внутреннюю философию. Благодаря ему мое искусство врача стало более глубоким. Многие факты и подробности с годами растаяли в памяти, но некоторые истории до сих пор освещают ее, словно звезды.

Есть еще одна причина, по которой я хочу рассказать об С.В., моем пациенте. Именно его история подвигнула меня на написание этой книги. Думая о моих отношениях с ним, я осознаю всю карикатурность процесса его лечения. Но как любая хорошая карикатура, эти взаимоотношения содержат и много правды. С.В. был самым обычным, скромным человеком, но он произвел на меня огромное, загадочное впечатление. Я долго переживал его кончину. Когда я сказал ему, что однажды напишу о нем книгу, он очень удивился.

— Почему обо мне? Вы считаете, что я достаточно интересен? Для меня это большая честь. Не сомневаюсь, что окажусь в достойной компании. Хотя я не уверен, что вы напишете обо мне правду, так как мое состояние здоровья не вызывает у вас большого энтузиазма. — Однако после этого разговора он много раз напоминал о моем обещании.

Все началось в декабре 1974 года, когда мы с женой отправились в путешествие на Сицилию и на обратном пути заехали в Лондон, чтобы посетить музеи и театры. Я обещал Луизе, что мы проведем настоящий отпуск и я не буду заниматься медициной. Однако во время пребывания в Лондоне меня попросили о консультации по поводу одного весьма сложного и странного случая в еврейской кардиологической больнице. Я не смог отказать.

У пациента С.В. год назад заменили митральный и аортальный клапаны. Вскоре у него развилась сильная тахикардия, и он постоянно находился под угрозой сердечного приступа. Этот пациент уже обращался к самым лучшим специалистам, но все применяемые методы не дали результата.

Приехав в больницу, я встретил низкорослого, широкоплечего мужчину средних лет. Он сильно сутулился, а его голова казалась непропорционально большой по сравнению с туловищем. Большие водянистые голубые глаза смотрели удивленно, придавая лицу ангельский вид, но грубоватый голос с сильным еврейским акцентом выдавал в нем законченного циника. Выглядел С.В. вполне здоровым, казалось, что операция, многочисленные осложнения и время, проведенное в больнице, не повлияли на него. У него была сильная сердечная недостаточность, он уже перенес несколько легких сердечных приступов, яремная вена распухла и была похожа на перекрученный жгут. Объяснение его состояния было очевидно — его сердце билось со скоростью 180–200 ударов в минуту, причем ритм не замедлялся даже во сне.

Я внимательно прочитал его историю болезни, пытаюсь отыскать какой-нибудь ключ к разгадке причины столь необычной тахикардии, но все возможные варианты были уже исчерпаны моими английскими коллегами. В отчаянии я бросил весьма непродуманную фразу: «Мы смогли бы решить эту проблему, если мистер В. окажется в моей клинике в Бостоне». Как только эти слова слетели с моих губ, я

немедленно устыдился своей наглости. Думаю, английские врачи отметили мое явное бахвальство, но они были настоящими джентльменами и не спросили, что именно я имел в виду, делая подобное заявление. На С.В. общение со мной, похоже, не произвело абсолютно никакого впечатления, но, прощаясь, он попросил меня встретиться с его учителем Е.Г., одним из самых известных раввинов в Лондоне. Немного поколебавшись, я согласился, будучи твердо уверен, что вижу С.В. в первый и последний раз.

На следующий день я встретился с Е.Г. Это был весьма колоритный 70-летний старик с длинной бородой, одетый в черное. Говорил он на превосходном английском без малейшего акцента. Я спросил раввина, как он познакомился с С.В., ожидая лишь короткого вежливого ответа. Но раввин расплылся в улыбке. «Так как вы именно тот человек, который спасет моего подопечного, — сказал он с большим чувством, — мне следует начать с самого начала».

Вот что он рассказал.

Когда С.В. было 12 лет, он уже предвидел великую бойню и истребление евреев. Маленький С. предупреждал родителей о необходимости покинуть Германию, пока еще было время. Они не обращали внимания на его слова, но мальчик продолжал упрашивать их. В середине 1939 года родители стали прислушиваться к мнению сына. Начавшиеся гонения на евреев со стороны нацистов подтверждали его опасения. Семья решила бежать после религиозных праздников. С. не хотел об этом слышать, убежденный, что будет слишком поздно. Первого сентября он собрал небольшой узелок с пожитками и в одиночку отправился в Англию. На английскую землю он ступил в день объявления войны. Его семья погибла, и никаких следов найти не удалось.

Так как Е.Г. находился в отдаленном родстве с С.В., он позаботился о мальчике и поместил его в сиротский приют на окраине Лондона. В конце 1944 года у С.В. начался бактериальный эндокардит, пагубно повлиявший на митральный клапан, который был поврежден еще раньше вследствие ревматизма.

Врач знал, что средств исцеления этой болезни нет, поэтому не ждал, что мальчик поправится. Но раввин не согласился с таким вердиктом. «И вы считаете это разумным? — спросил он. — Господь не совершает поступков из простой прихоти». После этого, по словам

раввина, Господь решил вмешаться в жизнь мальчика, ведь не зря же Он наделил его силой пророка. Господь не мог позволить С.В. просто так умереть в прекрасной свободной Англии.

Раввин снова и снова задавал врачам один и тот же вопрос: «Вы уверены, что от этой инфекции нет никаких средств?». Наконец один врач сказал ему, что есть один новый чудесный препарат — пенициллин, но его очень мало, поэтому он используется только для нужд армии. Раввин спросил, как выглядит пенициллин. Ему ответили, что это порошок, расфасованный в стеклянные баночки, который растворяют в солевом растворе и вводят внутривенно. Услышав это, раввин понял, как помочь С.В. Он попросил администрацию больницы разослать телеграммы во все военные госпитали Великобритании с просьбой прислать использованные баночки из-под пенициллина.

— Но что мы будем делать с таким количеством пустых баночек? — удивился врач.

— Вам нужно будет только сполоснуть каждую баночку несколькими каплями солевого раствора, а потом ввести жидкость моему подопечному, — объяснил раввин. Он рассудил, что в каждой баночке обязательно останется хотя бы несколько кристалликов пенициллина, а в тысячах баночек его будет достаточно, чтобы спасти мальчику жизнь. Врачи последовали совету раввина, и его подопечный выздоровел.

До 1970 года здоровье С.В. не вызывало опасений, но потом его клапаны начали выходить из строя. Врач-кардиолог предупредил, что необходимо сделать пересадку клапанов, но С.В. колебался. Однажды врач, не скрывая радости, объявил ему, что самый знаменитый хирург Лондона сэр Дональд Росс согласился провести эту операцию. На С.В. это сообщение не произвело никакого впечатления. Он заявил, что сам выберет для себя хирурга и разослал множество писем ведущим хирургам мира.

Кардиолог, который лечил С.В., не сомневался, что все эти письма останутся без ответа, так как ни один из ведущих хирургов не станет отвечать незнакомцу. Но он ошибся. С.В. получил подробнейшие ответы почти от всех врачей, причем каждый из них настаивал на том, чтобы пациент обратился именно к нему. Однако и это не принесло ему удовлетворения. После долгих раздумий С.В. решил делать

операцию в Лондоне и остановил свой выбор на молодом талантливом хирурге-египтянине.

Однажды я спросил моего пациента, почему выбор пал именно на этого хирурга. Оказалось, что С.В. не хотел вшивать искусственный клапан, а с натуральными клапанами работали только несколько хирургов. Самым опытным был Баррат-Бойз из Новой Зеландии, но он находился слишком далеко. Похоже, С.В. действительно обладал даром предвидения. Клапаны из пластика не выдержали бы такой высокой частоты сердечных сокращений, и он, согласившись их имплантировать, обрек бы себя на смерть. А по поводу выбора хирурга С.В. рассуждал следующим образом: молодой египтянин, приехавший в Лондон, должен лечь костью, но добиться, чтобы его пациент выжил, особенно после того, как его предпочли такой знаменитости, как сэр Дональд Росс. И снова С.В. не ошибся. Состояние его здоровья было очень тяжелым, осложнения следовали одно за другим, и молодой хирург не раз спасал ему жизнь. В течение нескольких ночей после операции он даже спал в одной палате со своим пациентом.

— Но почему вы обратились ко мне? — спросил я раввина.

Он ответил, что С.В. тщательно продумал свой выбор и решил, что я единственный врач, который может снять его учащенное сердцебиение.

Однако я не сдавался.

— На чем основывался такой вывод?

В ответ раввин рассказал мне притчу:

— Иосиф 22 года не видел отца своего, Иакова. Наконец они встретились. Иосиф заплакал, а Иаков возрадовался. Ответьте мне, доктор, почему отец и сын так по-разному восприняли долгожданную встречу? — Я недоуменно пожал плечами. Тогда раввин продолжил:

— В Талмуде содержится исчерпывающее психологическое объяснение. Иосиф, встретив Иакова, немедленно осознал всю великую мудрость своего отца и заплакал, потому что потерял много лет, в течение которых мог бы многому научиться и духовно вырасти. А Иаков, который в разлуке с сыном каждый день проливал слезы, радовался тому, что долгожданная встреча наконец-то состоялась.

Я по-прежнему ничего не понимал.

— И какое это имеет отношение ко мне?

— Как Иосиф, вы встретились с Иаковым, — пояснил раввин.

— Тогда кто такой С.В.? Он что, ламедвовник? (Понятие «ламедвовник» происходит из Каббалы, древнего еврейского учения, в котором говорится о том, что землю защищают 36 мужчин, выбранных Богом. В идише каждой букве соответствует определенная цифра. «Ламед» означает 30, а «вов» — 6) — спросил я.

— Все возможно, все возможно, — ответил раввин таинственным шепотом, — но об этом никто не может знать, даже сам С.В. Это известно только Господу Богу. Смертные никогда не разгадают загадки, спрятанные в Зохаре [самая главная книга каббалистического направления] и охраняющие Вселенную.

Прошло несколько месяцев, и я почти забыл об С.В. Я решил, что он слишком слаб, чтобы совершить трансатлантический перелет, но, как оказалось, недооценил его целеустремленность. Тринадцатого апреля 1975 года в сопровождении своего лондонского кардиолога он прилетел в Бостон. В аэропорту его встретил раввин из Нью-Йорка и привез в больницу Питера Бенга. Последующие несколько недель были для меня сущим наказанием, поскольку я никак не мог найти решения его проблемы. Что касается С.В., то он целыми днями просиживал на своей койке и ждал, когда я сотворю чудо.

В Бостоне он никого не знал, к нему никто не приходил. Вдобавок он был вегетарианцем, поэтому больничная пища не слишком его устраивала. Каждый день я заставлял его за чтением Талмуда. С.В. постоянно носил ермолку, и я, решив, что он, скорее всего, имеет священный сан, обратился к одному ортодоксальному раввину и рассказал о своем пациенте. На следующий день после визита раввина С.В. раздраженно заметил, что я нарушаю его уединение. «Зачем мне эти религиозные фанатики?» — проворчал он. На несколько приглашений от организации хасидов С.В. ответил отказом. Хотя я настоятельно советовал ему каждый день на несколько часов покидать больницу, он не слезал с койки. Я же совершенно не представлял, что с ним делать.

Постепенно я начал внимательнее присматриваться к С.В. Его речь порой была такой странной и витиеватой, что я едва понимал ее. Он редко шутил, но сам охотно смеялся, хотя при этом сохранял напряженное выражение лица, словно считал смех грехом. У него явно прослеживались наклонности ипохондрика. Он постоянно жаловался на здоровье и задавал множество вопросов, отвечать на которые было

не легче, чем отрубать головы у Гидры — получив ответ на один вопрос, он немедленно задавал два новых. Сохраняя на лице ангельскую улыбку, С.В. мог часами рассказывать о трагедии, которую переживает в настоящее время. Профессия врача обладала для него странно притягательной силой. Он узнавал о своих лечащих врачах абсолютно все, включая интимные подробности, и в подходящий момент умело использовал эту информацию.

Так как частота сердечбиений у С.В. не уменьшалась, я начал подозревать, что он не принимает назначенные ему препараты наперстянки. Я осторожно спросил его об этом, но ответ был довольно уклончив. Между делом он рассказал, что, находясь на лечении в кардиологической больнице в Лондоне, решил проверить безопасность препаратов, которые ему приносили. На подоконнике палаты постоянно разгуливали несколько голубей. Он измельчил таблетку хинидина, смешал порошок с хлебными крошками и накормил птиц. Спустя некоторое время они погибли. С.В. больше никогда не принимал это лекарство. Узнав об этом, я велел медсестре внимательно следить за неукоснительным выполнением назначений.

Шли недели, но решение так и не было найдено. Однажды я позвонил известному в Бостоне раввину, Иосифу Соловейчику. Хотя я не был с ним знаком лично, он внимательно выслушал меня и сказал: «Доктор, это медицинская проблема. К теологии она не имеет никакого отношения».

Круглые сутки я не мог думать ни о чем, кроме тахикардии С. В. Постепенно я начал его ненавидеть. У меня пропал сон. Но однажды в три часа ночи ответ неожиданно выкристаллизовался у меня в голове. Я едва дождался рассвета. Используя комбинацию лекарственных препаратов, вводимых внутривенно, мы смогли снизить частоту сердечбиений до 70 ударов в минуту. Но можно ли добиться такого же результата при оральном употреблении лекарств? Оказалось, можно. В течение 24 часов у С.В. сохранялась нормальная частота сердечбиений.

На следующее утро я вошел в палату моего пациента, испытывая настоящий триумф. Честно говоря, я ждал благодарностей и восхищения. Но С.В. встретил меня угрюмым взглядом и словами:

- Должен сказать, что я себя очень плохо чувствую.
- Почему? — напряженно спросил я.

— Потому, что у меня зудит в зад, а вы несколько месяцев не обращали на это внимания, — последовал неожиданный ответ.

Еле сдержавшись, я пулей вылетел из его палаты, но спустя пару часов вернулся в сопровождении нескольких врачей и заявил, что С.В. самый несносный и неприятный человек из всех, с кем мне приходилось встречаться. «Как врач, я могу вам сказать, что не стоит лечить от зуда того, кто любит чесаться, — продолжал я. — Вы болели много лет и так привыкли к этому, что теперь боитесь хорошо себя чувствовать. Но больше вы не будете мучить людей своими капризами. Вы слишком долго пользовались нашей добротой». Закончив свою речь, я вышел из палаты, не дожидаясь оправданий. Сопровождающие меня врачи были потрясены моей несдержанностью. Никогда я не позволял себе говорить с пациентами в подобном тоне, сохранял вежливость в самых трудных и провокационных ситуациях. Где же мое чувство такта, сдержанность, милосердие наконец? Все эти качества, похоже, были исчерпаны.

На следующий день С.В. был тише воды, ниже травы. Оказалось, что несколько лет назад его врач высказал ему нечто подобное. Мой английский коллега сказал, что больше не заинтересован в лечении С.В. и прекращает свою работу до тех пор, пока не получит от пациента письменных объяснений своих претензий.

Однако, несмотря на наш конфликт, а также на явное улучшение самочувствия и отсутствие симптомов неблагополучия, С.В. отказался покинуть больницу и продолжал уверять меня, что находится на грани жизни и смерти. Дело кончилось тем, что я прислал санитару из отделения кардиологии, который упаковал вещи С.В. и доставил его в одну из гостиниц Бостона. С.В. покорно следовал за санитаром, бубня себе под нос, что это не лучший способ обращения со смертельно больным пациентом.

Пребывание С.В. в Бостоне обернулось настоящим кошмаром. Почти каждый день он проходил врачебный осмотр, и, похоже, добрая половина моих подчиненных занималась его лечением. Он заваливал секретарш цветами и шоколадом по поводу и без повода, водил их обедать в самые шикарные рестораны, дарил весьма дорогие подарки. В обмен он получал самую подробную информацию обо мне, не обходя вниманием и мою семейную жизнь.

Когда я спросил, не собирается ли он вернуться в Лондон, С.В. ответил, что это будет зависеть от того, соглашусь ли я сопровождать его. Я категорически отказался, подчеркнув, что об этом не может быть и речи. С.В. философски заметил, что готов ждать сколько угодно. И я понял, что он вполне серьезен. Узнав, что я направляюсь с делегацией кардиологов в Москву, С.В. начал упрашивать меня изменить маршрут и лететь через Лондон.

Его мольбам не было конца, и я сдался. Мысль о том, что он навсегда поселится в моей клинике, была непереносима. Мне пришлось приложить немало усилий, чтобы объяснить в агентстве, спонсирующем перелет, и обменять билеты. Но С.В. опять остался недоволен. Свою следующую претензию он предъявил в виде вопроса:

— Что я, ради всего святого, буду 24 часа делать в аэропорту Хитроу, если только вы не вынудите меня нарушить традиции? Вы хотите, чтобы я презрел священную субботу?

— Что вы имеете в виду? — спросил я, чувствуя, что мое раздражение нарастает с каждым произнесенным словом.

Он ответил, что, судя по дню отлета, в Лондон мы прибудем в пятницу вечером, после захода солнца. Ортодоксальным евреям не разрешается путешествовать и вообще заниматься какой-либо деятельностью в течение 24 часов после заката солнца в пятницу, и С.В. вовсе не собирался нарушать это правило. Он заявил, что не сможет покинуть аэропорт, купить еды, воспользоваться туалетом, так как там, скорее всего, стоят автоматы и придется расплачиваться мелкими монетами, которых у него нет. Он ныл не переставая и говорил, что ему придется тихо сидеть в углу, изнывая от голода и холода. В результате мой благородный жест обернулся настоящим издевательством. Мне ничего не оставалось делать, как перенести отлет из Бостона на день вперед.

В бостонский аэропорт С.В. привез тот же самый раввин из Нью-Йорка, который встречал его из Лондона несколькими месяцами раньше. Пожилой человек совсем выбился из сил, но С.В. пожелал на прощание осмотреть достопримечательности Бостона, по которым он будет сильно скучать. Но, невзирая ни на что, раввин был исполнен благодарности за то, что его удостоили привилегии сопровождать этого бывшего инвалида!

В аэропорту моя жена Луиза отвела С.В. в сторону и попросила его дать мне поспать в самолете. «Доктор Лаун, — сказала она, — провел несколько бессонных ночей с тяжелобольными пациентами. Он очень устал». На это С.В. ответил, что в его планы входит занимать меня разговорами в течение всей ночи. «Таким образом, — заметил он, — доктор Лаун сможет наверстать упущенное и ответить на мои многочисленные вопросы, которые он так долго игнорировал». И он извлек увесистый блокнот, в котором, по его словам, содержались «вопросы к профессору». Перед посадкой в самолет Луиза проинформировала меня о далеко идущих планах С.В.

Как только мы сели в кресла, я снял наручные часы и поднес их к самому носу С.В.

— Это часы с будильником, — сказал я, четко выговаривая каждое слово. — Я даю вам ровно час, начиная с этой минуты. Если в течение часа я дважды услышу один и тот же вопрос, то немедленно прекращаю разговор.

С.В. был явно испуган.

— Вы не можете так поступить со мной. Я столько недель ждал этого случая! Я настаивал на совместном полете только потому, что хотел получить ответы на жизненно важные для меня вопросы. Дайте мне хотя бы два часа.

Я согласился, и он засыпал меня вопросами, на которые я уже отвечал бесконечное число раз. По прошествии часа я отвернулся от него, надеясь урвать хотя бы пару часов сна. Но этот номер не прошел. С.В. постучал меня по плечу и спросил, готов ли я защищать честь профессии врача.

— Она не требует защиты, — ответил я.

— Нет, требует, — настаивал С.В.

— Каким образом?

— Ни один врач не может обыграть меня в шахматы, — заявил он.

— А я смогу, — сердито бросил я, хотя не был большим специалистом по шахматам и не играл в них больше десяти лет. С.В. достал шахматную доску, и мы начали игру. Через 13 ходов я поставил ему мат. Проворчав, что мне просто повезло, он потребовал сыграть еще раз. Я согласился и поставил ему мат через 11 ходов. Когда С.В. стал настаивать на третьей партии, я заявил, что двух выигрышей вполне достаточно, чтобы он отстал от меня на всю оставшуюся

жизнь. «Это стоит того, чтобы больше не подвергаться вашему жестокому обращению. Вы тигр, принявший обличье заботливого врача», — сердито пробурчал С.В.

Времени на сон не оставалось. В иллюминатор уже заглядывало восходящее солнце, наполнившее салон ярким утренним светом. Командир корабля объявил, что мы совершим посадку в аэропорту Хитроу через час. С.В. был свеж и бодр, словно вовсе не нуждался в сне. Он преподнес мне еще одну неожиданную новость. Оказалось, что он организовал для меня прием, на который пригласил лучших врачей Лондона. Прием должен был состояться в ресторане «Карлтон» в половине первого. У меня уже не осталось сил бороться с ним, и я только попросил перенести прием на час позже, с чем он немедленно согласился. Я понял, что теперь С.В. в полной моей власти.

В половине второго он ждал меня в лимузине с шофером, чтобы отвезти в ресторан. Накрытый стол поразил меня обилием деликатесов и изысканных вин. К сожалению, ни один из врачей не спросил С.В. о его лечении и выздоровлении. Самый большой интерес вызвали новые технологии, которые в то время начали применять в моей бостонской больнице. В конце приема С.В. предложил мне прогуляться, заметив, что это способствует пищеварению. Сам он почти не притронулся к еде.

Прогулка растянулась на несколько часов, и я продрог. Мы зашли в большой лондонский магазин, где, как выяснилось, моего пациента знали все продавцы и клерки. Они тепло приветствовали его, поздравляли с выздоровлением и говорили комплименты по поводу его цветущего вида. На это С.В. неустанно повторял, что он очень больной человек, после чего громко объявил: «Это мой американский доктор, профессор Лаун из Гарварда».

В конце дня я наконец-то избавился от своего странного пациента. Я провел с ним полные 24 часа, и теперь мне требовалась неделя, чтобы восстановить силы.

Десятого августа 1975 года С.В. написал мне: «Бостон замечательный город, я прекрасно отдохнул в нем. Возможность наблюдать вашу работу, ваш несравненный научный подход к кардиологии была для меня подарком. Я преклоняю голову перед вашим талантом.

В течение жизни я встречался со многими кардиологами, но ни один из них не проявлял такого интереса к моей личности, такого гуманизма и тепла, как вы и ваши сотрудники. Моя благодарность настолько велика, что я не могу выразить ее словами».

Перед этим, в июне, он написал моей секретарше: «Мое путешествие с доктором Лоуном было очень интересным и приятным. Ни он, ни я во время перелета не спали. Бедняга, он испытал напряжение, сравнимое с гестаповскими пытками, и не имел возможности сбежать от меня. Я спрашивал его о семье, родителях, дядьях и тетках, о детях, о религии, политике и тому подобном... но я сделал большую ошибку, попросив его сыграть со мной в шахматы. Было интересно наблюдать, как неожиданно преобразился этот добрый и мягкий человек. Его игра была сильной, быстрой и азартной. Должен признать, этот парень разделал меня под орех».

В течение последующих 13 лет С.В. несколько раз прилетал в Бостон. Он просил подобрать ему новые лекарства, но мне кажется, что главной причиной этих дорогостоящих поездок был поиск человеческого участия. Он вел себя как подросток, жаждущий понимания родителей. Кроме того, ему хотелось услышать от меня, что он будет жить. И хотя мои прогнозы были более чем оптимистичными, мне ни разу не удалось отговорить его от очередной поездки. Мы часто беседовали по телефону, и каждый раз, когда я заговаривал о нецелесообразности его приезда, С.В. заявлял, что я хочу избавиться от больного в критическом состоянии. Все это повторялось много раз, до тех пор, пока я не сдавался и разрешал ему приехать.

Я старался не сообщать С.В. о своих визитах в Лондон, но он всегда узнавал о моем приезде и устраивал для меня какое-нибудь потрясающее развлечение. Однажды на открытие сезона в лондонской опере он снял для нас целую ложу рядом с королевской. Мы сидели совсем близко от королевы Елизаветы и принца Чарльза. Позже я узнал, что самые дешевые билеты в тот день стоили сто долларов. Он купил десять самых дорогих мест. Где он брал столько денег, было для меня абсолютной загадкой. Сам С.В. никогда не раскрывал своего секрета.

Иногда я не сообщал секретарям, где собираюсь остановиться в Лондоне. Все было напрасно. С.В. всегда находил меня. Помню, как

однажды я прилетел в Лондон поздно ночью и в самый последний момент решил сменить отель, надеясь, что это собьет С.В. со следа. Войдя в свой номер, я вздрогнул: на столе стоял букет роскошных роз и лежала приветственная карточка, подписанная его именем. Всю ночь я не мог сомкнуть глаз. Мне казалось, что С.В. находится рядом и смотрит на меня.

Прошло 13 лет с того дня, как я впервые увидел его. Несмотря на все сложности, его состояние здоровья было вполне удовлетворительным. То, что он выжил, было чудом, загадкой, как, впрочем, все связанное с этим человеком. Кем был С.В.? Где он брал такие большие деньги, нигде не работая? Почему люди всегда помогали ему? В чем заключалась его власть над людьми? Почему так много людей восхищались им? Неужели он действительно был ламедвовником, одним из 36 мужчин, для которых нет ничего невозможного?

В конце января 1987 года я вдруг почувствовал настоятельную необходимость записать историю С.В. Не успел я закончить свой труд, как из Лондона мне позвонил его кардиолог. Первого февраля С.В. неожиданно почувствовал себя плохо. Всю ночь у него держалась высокая температура. Его немедленно госпитализировали. Анализ крови показал наличие стафилококков. Ему начали делать инъекции антибиотиков, но на следующий день у него развился септический шок и отказали почки. Во время срочной операции на сердце египетский хирург обнаружил, что оба клапана, митральный и аортальный, сильно повреждены в результате бактериального эндокардита. Их заменили протезами, но у С.В. начались сильные фибрилляции, те самые, из-за которых мне пришлось давать ему свою первую консультацию. Вскоре его состояние резко ухудшилось. Ему ввели внутривенно большую дозу препарата от аритмии, но почти сразу после инъекции С.В. умер.

Смерть этого человека причинила мне сильную боль. Я чувствовал пустоту, будто потерял что-то не вполне понятное, но очень нужное. С его появлением моя жизнь стала совершенно непредсказуемой и, как ни странно, более защищенной. Почему мне понадобилось написать его историю именно в январе, когда я был занят другими делами? Почему именно в это время? Неужели я не мог подождать? А может быть, я писал потому, что «знал» о его болезни

еще до ее проявления? Не стал ли мой рассказ главной причиной смерти С.В., ведь о ламедвовниках нельзя никому рассказывать?

Его жизнь в Англии оборвалась так же, как и началась — с бактериального эндокардита. Причиной смерти были неконтролируемые фибрилляции предсердий, та самая аритмия, из-за которой мы познакомились 13 лет назад. Число 13 у ортодоксальных евреев считается священным.

Моя секретарша была близко знакома с С.В. и держала его в курсе всех моих дел. Когда я попытался расспросить ее о нем, она сказала только одну фразу: «Он был очень загадочным человеком».

Я до сих пор продолжаю ломать голову, пытаюсь объяснить себе природу влияния, которое он оказывал на меня и всех остальных. Оно отражает сложное взаимодействие множества областей знаний, причем наука занимает в них самое скромное место. Его история — это пример необычных взаимоотношений между врачом и пациентом, изменивших жизнь и того и другого.

Часть VI
ИСКУССТВО БЫТЬ ПАЦИЕНТОМ

Глава 19

Как заставит врача слушать

Врач обязан владеть искусством общения, позволяющим ему понять другого человека. Тогда полученная от пациента информация может значительно дополнить данные научных изысканий. Пациент в свою очередь также должен обладать искусством общения с врачом. Если он хочет, чтобы его вылечили, ему необходимо уметь заставить врача не только лечить, но и исцелять.

Исцеление невозможно без равноправия. Это ключевой элемент взаимоотношений врача и пациента. Не менее важно и взаимное уважение, основа доверия. Пациент хочет, чтобы в нем видели человека, а не воспринимали его как оболочку, под которой скрывается болезнь.

Все врачи разные, как и люди вообще, однако есть несколько основных принципов, из которых состоит искусство быть пациентом. Во-первых, по-моему, необходимо знать, что медицина не всесильна и не стоит ждать от нее чудес. Важно понимать, что возможности науки не безграничны, особенно в том, что касается лечения человека. Как бы далеко в этом вопросе ни продвинулись ученые, всегда останется некая область, не охваченная научным знанием. Медицина никогда не сможет предотвратить смерть или процесс старения, не сможет полностью исправить последствия катастрофы или ликвидировать врожденные дефекты.

Сегодня научная медицина все еще не в состоянии справиться с такими хроническими заболеваниями, как артрит, болезнь сердца, нервные и аутоиммунные Заболевания, многие виды рака. Наука развивается быстрыми темпами, но до полного понимания природы этих заболеваний еще далеко. Они не поддаются лечению, но их нужно лечить и, как правило, в течение всей жизни. Лечение в данном случае направлено на облегчение симптомов, уменьшение, если возможно, скорости развития заболевания или его стабилизацию: Эта цель может быть достигнута только тогда, когда пациент не ждет от врача несбыточного.

Однако сегодня пациенты хотят от врачей именно чуда. Им недостаточно только уменьшения проявления симптомов, чаще всего они требуют, чтобы им предложили несуществующий метод лечения. Такие необоснованные надежды подогреваются претенциозными заявлениями представителей медицинской индустрии и неправильным поведением некоторых врачей, мнящих себя богами.

Нереальные ожидания приносят еще больше неудовлетворенности тем людям, чье заболевание не удается диагностировать. Опыт показывает, что существует множество симптомов, происхождение которых не известно никому. Но сообщество врачей частично решило эту проблему созданием массы бессмысленных диагнозов, призванных замаскировать незнание и некомпетентность.

Недаром Бернард Шоу писал, что «все профессионалы в заговоре против мирян».

Вот простой пример. Когда врач ставит диагноз «гипертоническая болезнь», пациент считает, что у него вполне понятное, изученное, распространенное заболевание. Этот диагноз поставлен почти 50 миллионам американцев. Но дело в том, что на медицинском языке слово «болезнь» в данном случае следует читать как: «я понятия не имею о причинах такого состояния». Врачи часто блуждают во мраке незнания, но не в силу недостатка образования, а потому, что наука еще не проникла в эти области.

Чем беспомощнее ученые, тем более изобретательными становятся врачи, создавая диагнозы. На них даже существует мода, как на одежду. К примеру, с незапамятных времен люди страдали от слабости, постоянной невысокой температуры, головной боли и нарушений сна. Сегодня совокупность этих симптомов называется синдромом хронической усталости, хотя этот диагноз является лишь случайным набором слов, а вовсе не точным определением. Эти симптомы могут наблюдаться при самых разнообразных заболеваниях, включая вирусные, иммунные, нервные, эндокринные и психические. Такой расплывчатый диагноз не дает шансов на понимание патогенеза основного заболевания. Более того, если у пациента не определяются органические причины возникновения этих симптомов, их списывают на психологические факторы, и пациент в результате остается один на один с мучающим его заболеванием.

Особенно много вымышленных диагнозов в кардиологии, которой я посвятил всю свою жизнь. Когда у пациента с шумами в сердце наблюдаются учащенное сердцебиение, тяжесть в груди и различные проявления беспокойства, это состояние диагностируется как пролапс митрального клапана. Но совокупность перечисленных симптомов известна давно, и еще 160 лет назад английский врач Джон Кальтроп Вильяме назвал их «нервными и симпатическими пальпитациями сердца». Во времена американской гражданской войны между Севером и Югом это состояние называлось синдромом Дакоста. Позднее сочетание этих же симптомов носило следующие названия: возбужденное сердце, солдатское сердце, нейроциркуляторная астенция, синдром гипервентиляции и гиперкинетическое сердце.

После появления ультразвуковых методов исследования обнаружилось, что у некоторых пациентов с этими симптомами во время сердечных сокращений происходит волнообразное вздымание митрального клапана. Немедленно появился новый диагноз — пролапс митрального клапана. Физиологическое отклонение быстро превратилось в заболевание. Все неблагоприятные исходы стали приписывать именно ему, тем самым подтверждая, что какое-то медицинское вмешательство все же осуществлялось. Однако 99,9 процента людей с этим нарушением живут долго и ведут нормальный образ жизни, так как оно не более опасно для здоровья, чем веснушки.

Это еще один пример того, что ученые не выносят вакуума и стараются придумать хоть какое-то объяснение тому, что видят и с чем сталкиваются. С их точки зрения, лучше плохое объяснение, чем признание своего непонимания и незнания. На самом же деле, пролапс митрального клапана, как и синдром Дакоста, не более чем бессмысленный набор слов.

Похожая картина наблюдается в том случае, когда медики пытаются списать непонятные им симптомы на счет вирусных или поствирусных заболеваний. Чаще всего они вполне доброкачественны и через некоторое время проходят сами по себе, не вызывая осложнений. По крайней мере, в них нет большого вреда в отличие, например, от гипертензии, которая без лечения приводит к осложнениям, опасным для жизни. В этой игре в диагнозы могут, как ни странно, выиграть и врач и пациент. Пациент, которому поставили ничего не значащий диагноз, может испытывать удовлетворение от

того, что первый шаг к исцелению уже сделан. Для врача же это представляет психологическую ценность, так как он, поставив такой диагноз, сохранит уважение к себе и не потеряет контроля над пациентом. Но если состояние больного не улучшается, если бесконечные анализы и дорогостоящие процедуры не дают достаточной информации для назначения лечения, гнев пациента в первую очередь обращается именно на врача, а не на состояние современной науки.

Пациент должен понять, что многие недомогания часто вызываются не заболеванием, а современным напряженным образом жизни. В нашей отрицающей смерть культуре люди стремятся купить счастье любой ценой. Чем быстрее пациент поймет, что врач не является торговцем счастьем, тем эффективнее окажется помощь этого врача. Психиатр Виктор Франкель ввел понятие негативного счастья. Негативное счастье — это освобождение от страданий. Поэтому от врачей следует в первую очередь требовать именно освобождения от страданий, а не иллюзорного счастья.

Мы часто обращаемся к медицине, когда требуется восстановить то, что пострадало в результате социальных катаклизмов. В обществе потребителей, где все продается и покупается, к медицине прибегают для того, чтобы избавиться от постоянно нарастающего отчаяния. Неудовлетворенность работой, переживания из-за детей и их будущего, стрессы — все это очень трудно диагностировать, а многие врачи не имеют ни времени, ни желания докапываться до истинных причин болезней своих пациентов. Если на пути этих людей не встретится внимательный и чуткий доктор, который поможет снять симптомы и научит бороться с жизненными неприятностями, то они обращаются к представителям нетрадиционной медицины и часто попадают в руки шарлатанов.

Но я считаю, что здравомыслящий пациент, который не ждет от медицины чудес, сумеет найти свой путь к выздоровлению. Человек, страдающий хроническим заболеванием, не обязан спрашивать врача о физиологических изменениях в своем организме или биохимических аспектах болезни. Он должен иметь ясное представление о том, что его заболевание хроническое и лечение требует высокопрофессионального подхода. Врач же должен ответить пациенту на следующие шесть вопросов:

1. Ясно ли он понимает природу проявляющихся симптомов и существует ли способ их лечения?

2. Если болезнь неизлечима, можно ли тем не менее, облегчить ее проявления?

3. Если болезнь опасна для жизни, сколько приблизительно можно с ней прожить?

4. Если она не опасна для жизни, то может ли состояние стабилизироваться или будет прогрессировать? Если да, то с какой скоростью?

5. Какие осложнения возможны при данном заболевании и как их избежать? Как это отразится на образе жизни?

6. Может ли изменение образа жизни существенно повлиять на развитие болезни?

Не всегда можно точно ответить на эти вопросы, но даже приблизительные ответы представляют большую ценность. И еще одно замечание. Врач может с высокой степенью точности предсказать тот или иной исход заболевания для тысяч пациентов, но в каждом конкретном случае возможны значительные отклонения от среднестатистических данных. Самое сложное в профессии врача — определить, насколько прогноз для того или иного пациента отклонится от статистики. Если же в течение нескольких месяцев улучшения не наступит, следует обратиться к другому врачу, обладающему большим опытом в лечении этой болезни.

Накапливая клинический опыт, врач развивает в себе способность анализировать и сопоставлять, причем часто делает это неосознанно. Изучая состояние пациента, врач на основе аналитического подхода может сделать настоящее открытие и добиться великолепных результатов.

Похоже, мои рассуждения завершили круг. В манере, типичной для любого человека, я пришел к противоречию с самим собой. Я начал с того, что предостерег от излишних надежд на медицину, а закончил рассуждениями о возможности медицинского чуда. Но это противоречие больше умозрительное, чем реальное. Лечение может быть невозможным, но совсем не обязательно, что невозможно исцеление. Медицинская наука имеет свои границы, надежда — нет. Я верю словам доктора Эдварда Трюдо, который сто лет назад сказал:

«Иногда лечить, часто приносить облегчение, всегда успокаивать». Чудо заключается именно в возможности успокаивать и исцелять.

Я убедился в этом на примере моей пациентки, миссис Дж. Эта 70-летняя женщина последние пять лет страдала от приступов фибрилляции предсердий. Многочисленные лекарства и их комбинации либо оказывались бесполезными, либо приводили к серьезным осложнениям. После каждого приступа аритмии она в течение нескольких дней приходила в себя и, не имея сил выйти на улицу, фактически превратилась в затворницу. Когда я выслушал ее, мне стало ясно, что все возможности диагностики и лечения уже использованы. Я не мог придумать ничего нового, но уверенно сказал, что помогу решить ее проблему, и сам удивился своей беспочвенной уверенности. Однако я оставил себе небольшую лазейку, предупредив миссис Дж., что лечение займет много времени.

Когда она пришла ко мне спустя несколько месяцев, ее состояние намного улучшилось. Основания для этого были вполне очевидны, ведь я уверил миссис Дж., что ее аритмия — неприятное, но совсем не опасное явление, и отменил почти все ранее назначенные лекарства. Теперь она спокойно спала по ночам, и хороший сон способствовал тому, что приступы стали менее интенсивными. Кроме того, на случай приступа я назначил ей повышенные дозы препарата наперстянки. Поэтому во время приступа частота сердцебиений у нее была не такой сильной, и она спокойно переносила его. И хотя равная причина аритмии так и осталась невыясненной, миссис Дж. смогла вернуться к нормальной жизни.

Но такой результат был не только моей заслугой. Сама пациентка во многом способствовала улучшению состояния своего здоровья. Она хотела не столько получить лечение, сколько облегчить свое состояние, и именно поэтому я сумел ей помочь.

Если пациент готов к тому, что ему окажут помощь, пусть даже незначительную, задача врача во многом облегчается. Между врачом и пациентом устанавливаются взаимоотношения, основанные на взаимном уважении и понимании, а это всегда способствует успешному исцелению.

Один архитектор сказал, что архитектура — это божественное в деталях. Данное выражение справедливо и для медицины. Любой человек может почувствовать себя беспомощным, столкнувшись с

механизированной и бюрократической системой современной медицины. Чтобы обрести некоторую уверенность, пациентам необходимы большой опыт, терпение, здравый смысл и настойчивость, но даже всего этого не всегда оказывается достаточно. Современная система здравоохранения сместила акцент своих интересов с помощи больным на достижение экономической выгоды. Чтобы выявить проблемы конкретного пациента, требуется время. Врачи же стараются работать как можно быстрее и сокращают время, отведенное на общение с пациентом. Погоня за дополнительной прибылью ущемляет как автономию врача, так и право пациента знать, что с ним, и возможность испробовать различные методы лечения. В результате процесс лечения затягивается, т. е. становится менее эффективным, но более выгодным с позиции экономики.

Значительные трансформации, происходящие в сфере здравоохранения, сопровождаются громкими заявлениями о том, что благо пациента превыше всего. Очень часто эти заявления даже подтверждаются документально. Чтобы сгладить острые углы механизированной системы, привлекаются специалисты, следящие за соблюдением прав пациентов и исполнением медиками их этического долга.

Тесная связь с экономикой привела к тому, что в каждой больнице работает разветвленная бюрократическая сеть, состоящая из менеджеров, бухгалтеров и адвокатов, причем порой их гораздо больше, чем врачей. Во главу угла ставится эффективность работы с каждым отдельным пациентом и со всеми пациентами вместе. Компьютер выдает информацию об оптимальном методе лечения любого заболевания, отнесенного к определенной диагностической категории. Такая стандартизация тем не менее принесла и положительные изменения. Качество медицинских услуг заметно улучшилось, стало меньше врачебных ошибок, назначение ненужных процедур свелось к минимуму, появились базы данных, позволяющие сравнивать и анализировать конкретные сложные случаи. Однако врач, не придерживающийся этой генеральной линии поведения, оказывается под гнетом экономических факторов или под угрозой потерять работу и в результате превращается в лаборанта, обслуживающего конвейер, эффективность работы которого определяется количеством пропущенных через него пациентов.

Оказавшись частью этой системы, пациент стремится добиться индивидуального подхода. Это далеко не простая, но достижимая цель. Во-первых, врачи до сих пор являются главными фигурами в медицине, и это дает возможность маневра. Настоящие профессионалы в современной системе здравоохранения чувствуют себя неуютно, поскольку их все-таки учили, может быть, и не слишком хорошо, подходить к каждому пациенту индивидуально. Поэтому они не могут рассматривать пациентов как некую безликую массу. Большинство врачей гордятся своей компетентностью и хотят, чтобы их ценили как профессионалов. Играя на этих чувствах, пациент может извлечь для себя значительную выгоду.

Вторым важным фактором является то, что в рыночной системе медицина представляется как индустрия, которая выше всего ставит интересы потребителя. Привлечение новых потребителей, таким образом, зависит от того, насколько они удовлетворены работой этой индустрии. Страх системы здравоохранения перед дурной славой дает пациентам возможность манипулировать ею.

В современных условиях первый визит к врачу приобрел гораздо большее значение, чем он имел в прошлом. Врач и пациент впервые имеют возможность оценить друг друга. Врачу нужно как можно быстрее поставить предварительный диагноз, назначить анализы и процедуры, которые смогут подтвердить его, а также выбрать правильный курс лечения. Возможно, ему придется направить пациента к другим специалистам, на инвазивные процедуры или в больницу.

Так как пациент является носителем главной информации, постановка диагноза во многом зависит от его рассказа во время первого визита. Работа врача будет намного эффективнее, если пациент ясно и четко изложит ему свои проблемы. Говоря проще, первый визит преследует две цели: сфокусировать внимание врача на нужной проблеме и вызвать у него симпатию к больному. Последнее особенно важно.

Чтобы первое знакомство было плодотворным, пациент должен обратить особое внимание на количество отводимого ему времени. Многие пожилые люди, располагающие свободным временем, теряются в обстановке, когда дорога каждая минута. Некоторые не понимают, насколько силен временной прессинг в современной

клинике, где каждый стремится работать с максимальной продуктивностью. Вряд ли пациенты смогут здесь что-либо изменить. Но учитывая ограниченность врача во времени, они мгновенно завоюют его симпатию.

Мой опыт научил меня тому, что первое впечатление врача складывается не только из медицинской проблемы пациента, но и из его личных качеств. Однако эмоциональная реакция врача определяется не столько характером, сколько манерами того человека, с которым ему приходится иметь дело. Если пациент словоохотлив и тянет время, врач начинает думать о том, что!может выбиться из графика.

В кабинете врача не стоит разваливаться в кресле, словно вас пригласили на чашечку чая. Врач, предчувствуя, что ему предстоит долгая беседа, будет больше озабочен не вашим здоровьем, а тем, как сократить время визита. Расслабившийся в кресле пациент с толстой пачкой бумаг в руке сразу настораживает любого врача. Благоприятное первое впечатление может существенно повлиять на взаимоотношения пациента и врача, а также на ход лечения. Если, войдя в кабинет, вы быстро пройдете вперед, не отвлекаясь на дипломы, развешанные на стенах, или предметы, разложенные «а столе, то обеспечите предпосылки для продуктивной и серьезной беседы.

Несобранность очень вредит пациентам. В худшем случае им поставят неправильный диагноз, не имеющий никакого отношения к настоящему заболеванию. Последствия этого часто крайне неприятны. Людям выписывают не те лекарства, подвергают нежелательным исследованиям и, что хуже всего, опасным инвазивным процедурам. Безусловно, в любых обстоятельствах основная ответственность лежит на плечах врача. Но пациент, знающий о такой потенциальной опасности, уже имеет некоторые гарантии того, что он не станет жертвой собственной неорганизованности.

Хочу особо подчеркнуть, что пациенту очень важно точно обозначить свою главную проблему. Для этого необходимо сконцентрировать внимание на причинах, которые привели его в кабинет врача. Эти причины врачи называют главной жалобой. Лучше всего описать свои симптомы до, а не во время визита. Часто список жалоб можно сравнить с огромным стогом сена, в котором спрятано несколько игл нужной информации. Вполне понятно, что, когда

человек несколько недель ждал встречи с врачом, он стремится полностью излить ему душу, но, на мой взгляд, это серьезная ошибка. Если у пациента слишком много жалоб, особенно если они кажутся не связанными друг с другом, врач может заподозрить в нем ипохондрика или предположить, что его заболевание носит психосоматический характер. С этого момента проблема пациента считается тривиальной, и ее становится очень трудно определить.

Перед первым визитом к врачу необходимо тщательно продумать основные пункты разговора и то, как их лучше подать. Очень часто это вызывает трудности даже у весьма подготовленных и образованных пациентов. Язык органов очень трудно перевести на любой разговорный язык. Кажется, что никакие эпитеты не могут выразить ваше состояние. Пациенты часто сами ставят себе диагнозы, основываясь на предположениях соседей или, что чаще, на сведениях, почерпнутых из средств массовой информации. Мотив этого очевиден — люди хотят помочь врачу быстрее определить, что с ними случилось. Но они совершают большую ошибку, так как в результате могут получить неправильное лечение. Загруженный работой и экономящий каждую минуту врач может принять этот диагноз на веру.

Вот случай, прекрасно иллюстрирующий опасность самостоятельной диагностики. Миссис Т., пожилая женщина 80 с лишним лет, долгое время страдала от ортостатической гипотензии. Каждый раз, когда ей приходилось вставать, она испытывала приступы такого сильного головокружения, что едва не падала в обморок. В результате она оказалась прикованной к постели и впала в глубокую депрессию. Она принимала множество лекарств от стенокардии, которые способствовали снижению кровяного давления.

Вначале я не усомнился в целесообразности назначения этих лекарственных препаратов, так как до меня миссис Т. наблюдалась у очень опытного кардиолога. Но после внимательного осмотра и продолжительной беседы мне стало ясно, что у нее нет никаких признаков стенокардии, а боль в груди вызвана артритом и скелетно-мышечными проблемами.

Когда я попытался выяснить, откуда взялся такой диагноз, пациентка призналась, что сама предложила его доктору. Она сравнила свои симптомы с симптомами приятеля, перенесшего приступ стенокардии, и решила, что у нее именно это заболевание. Позже она

выяснила еще кое-какие подробности и во время первого визита с такой уверенностью сообщила врачу свои выводы, что тот ни на минуту не усомнился в диагнозе и прописал ей обычные средства, помогающие при стенокардии. Лекарства не подействовали, и во время последующих визитов к ним добавились новые. Когда миссис Т. почувствовала, что ее состояние с каждым днем ухудшается, она решила узнать мнение другого врача и обратилась ко мне. Как только все лекарства были отменены, головокружение тут же прекратилось, а боль в груди перестала казаться непереносимой.

Многие пациенты поплатились жизнью за то, что сочли ректальное кровотечение признаком геморроя, а врач, согласившись с их диагнозом, не смог распознать рак толстой кишки. Однако в основном самостоятельно поставленные диагнозы не столь зловещи. Чаще всего люди определяют у себя грыжу или какое-нибудь другое неопасное заболевание. Но в любом случае врач не должен идти на поводу у пациента, так как его долг — серьезное обследование больного и выяснение действительных причин его недуга. Если пациент не станет играть роль врача, то избавит себя от опасности стать жертвой неправильного лечения.

Лучше всего, если пациент точнее опишет врачу симптомы, время их проявления, продолжительность, предвестники и способы, которые помогают с ними справиться. Это укажет ему правильный путь к постановке диагноза.

Не следует привлекать врача к обсуждению различных мнений других специалистов. Некоторые пациенты начинают свой визит примерно с такого вопроса: «Не могли бы вы объяснить, почему доктор А. совершенно не согласен с доктором Б.?,?»), словно разрешение этого противоречия сделает проблему пациента более понятной. Очень часто довольно трудно определить, почему кто-то пришел к тому или иному выводу, особенно если неизвестно, какая этому предшествовала цепочка рассуждений.

Во время беседы врач старается выяснить, что именно происходит с пациентом. Это довольно трудная задача, решение которой требует четких и недвусмысленных ответов на поставленные вопросы. Но часто добиться этого бывает очень нелегко.

— На скольких подушках спите? — спрашивает врач. Этот простой вопрос требует ответа, состоящего из одного слова. Но все

обстоит иначе.

— Десять лет назад после операции на роговице мне пришлось спать вообще без подушек. А когда у меня была грыжа, спал на трех.

— А сейчас? — следует наводящий вопрос.

— На одной.

Иногда путь к правильному ответу бывает еще более запутанным. Лучше избегать воспоминаний о своем прошлом клиническом опыте. Не все, что было в прошлом, стоит помнить и тем более испытывать еще раз. Чем короче и точнее ответ, тем меньше вероятность того, что пациент столкнется с бездумной технологией. Многие врачи считают, будто использование технических новшеств — самый выгодный и быстрый способ, заменяющий по информативности общение с пациентами.

Не нужно задавать врачу общие медицинские вопросы, особенно если они имеют весьма отдаленное отношение к конкретной проблеме. Тем, кто хочет повысить свой уровень медицинских знаний, лучше пойти на курсы при медицинском колледже или прочитать учебник по медицине. Но даже после этого не стоит думать, что знание какой-либо области медицины поможет поднять уровень общения с врачом или защитить интересы пациента. Такие идеи в основном пропагандируются комплексом индустриальной медицины. В результате у человека развивается ипохондрия, и он становится активным потребителем медицинских услуг.

Даже если пациент рассуждает на медицинские темы без умысла, это сильно отвлекает врача. Одной из составных частей искусства быть пациентом является умение держать свои мысли при себе.

Хорошо, если пациент лучше принесет на прием все свои лекарства. Это гораздо лучше, чем точный ответ на вопрос о том, какие препараты он принимает, сколько раз и когда. Полная информация о принимаемых лекарствах помогает избежать назначения аналогичного препарата, имеющего другое название. Соблюсти интересы пациента также помогают точные записи о действии того или иного лекарства. Это защищает его от вероятности интоксикации.

Чтобы добиться от ситуации максимальной отдачи, желательно прийти к врачу в сопровождении кого-нибудь из членов семьи. Он поможет точнее запомнить, то, о чем шла речь во время визита, какие сделаны выводы, какое лечение назначил врач. В присутствии близкого

человека пациент обычно более раскован и без излишней робости может расспросить врача о целесообразности той или иной процедуры, анализа и т. п. В этом случае помогут некоторые заранее заготовленные вопросы.

1. Необходим ли данный анализ, тест или процедура для подтверждения диагноза, поставленного доктором, или они являются лишь предварительным методом исследования, за которым последуют дополнительные похожие тесты?

2. Изменяют ли результаты обследования способ лечения заболевания?

3. И наконец, какова стоимость анализа, теста, процедуры?

Например, если врач предлагает провести катетеризацию сердца или нечто подобное, не стоит тратить время и спрашивать, зачем он это делает. У врачей на такой случай припасен не один стандартный ответ, что-то вроде: «Медицина должна руководствоваться точными данными». Лучше задать неожиданный вопрос о том, можно ли эффективно лечить ваше заболевание без той анатомической информации, которую дает это дорогостоящее обследование. Отрицательный ответ указывает, по-моему, на то, что врач либо не обладает достаточной клинической практикой, либо является ярким приверженцем технологии. В любом случае, лучше узнать мнение еще одного специалиста. Такая необходимость сопряжена с серьезностью подозреваемого заболевания и опасностью инвазивной процедуры. Если, например, у пациента обнаружен увеличенный лимфатический узел или кровь в каловых массах, врач вполне обоснованно может порекомендовать сделать биопсию в первом случае и колоноскопию — во втором. Но катетеризация сердца обязательно окажется первой в очереди весьма опасных процедур и тестов. Кроме того, коронарное заболевание можно успешно лечить, основываясь на данных неинвазивных тестов.

Современное засилье технологии обязывает пациента не принимать любое решение врача пассивно. Необходимо установить с ним партнерские отношения, главной целью которых является выработка согласованной программы действий. Желательно вести записи о своем состоянии, на основании которых врач решит, следует ли вносить коррективы в курс лечения или нет.

Выбор врача

Вот несколько практических советов тем, кто хочет выбрать хорошего врача. Любой пациент мечтает о враче, обладающем исчерпывающими научными знаниями и следящем за последними достижениями медицины. В принципе под это определение подходит любой выпускник медицинского института, который вполне может распознать заболевание и предложить наиболее эффективный метод его лечения. Некоторые медицинские светила настолько высокомерны, что пациент чувствует себя рядом с ними ничтожеством. Таких врачей трудно назвать хорошими. Пациент должен чувствовать себя с врачом так же легко, как с самым близким другом.

Вот несколько примет, по которым пациент сможет узнать, будет ли ему приятно иметь дело с данным врачом, сможет ли он уважать его и доверять ему. Пожимает ли врач руку пациенту при встрече? Этот жест является первым признаком того, что он хочет установить тесный контакт со своим подопечным. Отсутствие рукопожатия не означает, что врач не заслуживает доверия, но в его «анкету» заносится отрицательный балл. Пунктуальность во многом определяет врача как человека и свидетельствует о его уважении к другим людям. А уважение является обязательным элементом, необходимым для успешного исцеления.

Если врач постоянно опаздывает, это свидетельствует о его неорганизованности, чрезмерной загруженности и пренебрежительном отношении к времени других. Чаще всего врачи в таких случаях оправдываются тем, что задержались у тяжелобольного пациента. Но неотложная помощь редко бывает причиной систематических опозданий.

Также следует внимательно присмотреться к врачу, который позволяет телефонным звонкам прерывать беседу с пациентом. Я запретил моей секретарше во время приема соединять меня с кем-либо, за исключением неотложных случаев. У врача всегда есть время ответить на звонки в промежутке между визитами пациентов.

По-моему, самым важным фактором, влияющим на выбор врача, является его манера держаться. Врач должен излучать уверенность и оптимизм. Триста лет назад Джонатан Свифт говорил: «Самыми

лучшими врачами в мире являются доктор Диета, доктор Покой и доктор Весельчак». Пациент жаждет верить в лучшее даже в тех случаях, когда его состояние прогрессивно ухудшается. Всегда есть какое-нибудь средство, с помощью которого можно уменьшить боль у смертельно больного пациента. Тяжелобольные ищут тепла и проявления человеческой заботы.

Не менее важно понять, умеет ли доктор слушать. Исследования показали, что врачи в среднем прерывают пациентов каждые 15–10 секунд. Это говорит об отсутствии терпения, времени или интереса к тому, что тревожит пациента. Если же врач задает вопросы в начале и в конце беседы, значит, он готов рассмотреть все основные проблемы. Врач, который подытоживает то, что рассказал ему пациент, действительно хороший слушатель.

Доверие к врачу укрепляется при тщательном составлении истории болезни, особенно когда он спрашивает о работе, семье и других подобных вещах. Врач должен вести себя с пациентом так, словно тот у него единственный и самый важный. И ничего страшного, если он знает, что врача ждут другие, не менее важные пациенты.

Следует с осторожностью относиться к врачу, который стремится обвинить пациента и говорит, например: «Почему вы так долго ждали?» «Если бы вы обратились ко мне раньше...», и т. п. После таких слов легко сделать вывод об отношении данного врача к искусству исцеления.

Не заслуживает доверия врач, употребляющий слова, которые ранят.

Миссис Н. было почти 90 лет. Она всегда была жизнерадостной и веселой, но однажды, после посещения гинеколога, пришла ко мне в состоянии депрессии.

— У вас обнаружили что-то серьезное? — спросил я.

— О, нет, — вздохнула она.

Все дело в том, что, когда миссис Н. вошла в кабинет гинеколога, тот спросил ее, что она тут делает. Миссис Н. удивилась: «А где же мне быть?». Тот со смехом ответил: «В таком возрасте ваше место на кладбище».

Если врач перед осмотром просит пациента полностью раздеться, это свидетельствует о его скрупулезности. Когда во время осмотра врач проверяет глазное дно, артериальный пульс на ноге и пальпирует

все органы, он, скорее всего, опытный практик. Но гораздо важнее способность врача признавать свои ошибки. Умный пациент должен понимать, что практическая медицина не является точной наукой. Ошибки делают даже великие врачи. Лучший способ научиться не повторять эти ошибки — их публичное признание. Такой врач может действительно считаться лучшим.

Следует также прокомментировать проблему частых направлений пациентов к специалистам. Сто лет назад Ф.М. Достоевский жаловался в «Братьях Карамазовых»: «Опять-таки эта их манера отсылать к специалистам: мы, дескать, только распознаем, а вот поезжайте к такому-то специалисту, он уже вылечит. Совсем, совсем, я тебе скажу, исчез прежний доктор, который ото всех болезней лечил, теперь только одни специалисты и все в газетах публикуются».

Во времена Ф.М. Достоевского эта проблема только появилась, теперь же она разрослась до невиданных размеров. Если врач без особой нужды не отсылает пациента к специалистам и не применяет по любому поводу различные тесты, он заслуживает самой высокой оценки. Большинство проблем вполне доступны специалисту по общим заболеваниям.

Когда необходимо обращаться к узкому специалисту? В каких случаях пациенту необходим его совет? При обнаружении у пациента специфического заболевания, требующего постоянного ухода, специалист сможет дать более конкретные рекомендации, чем врач общего профиля. Такая консультация также важна, если проявление симптомов существенно влияет на качество жизни пациента или если лечащий врач не может выяснить причину болезни. Кожные, гинекологические, глазные, ортопедические и урологические заболевания, несомненно, должны находиться под контролем соответствующих специалистов.

Пациент ищет врача, которому может спокойно изложить свои жалобы, не опасаясь в результате быть подвергнутым многочисленным процедурам. Такой врач никогда не станет рассматривать пациента как статистическую единицу, не рекомендует ему мер, способных ухудшить жизнь ради отсрочки смерти. Он не станет преувеличивать опасность несерьезных заболеваний и преуменьшать значение более тяжелых. И, самое главное, это должен быть человек, чья забота о

пациентах вызвана желанием служить людям, которое он считает своей великой привилегией.

Об авторе



Бернард Лаун — доктор медицины, заслуженный профессор кардиологии Гарвардского института общественного здоровья и главный врач бостонской больницы имени Бригема, один из основателей международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной угрозы». В 1985 году получил Нобелевскую премию мира.

16 февраля 2021 года в возрасте 99 лет скончался изобретатель дефибриллятора, американский врач-кардиолог **Бернард Лаун (Лоун)**. Об этом сообщает NYT со ссылкой на родственников учёного.

Его внучка сообщила, что незадолго до смерти врач заболел пневмонией и имел осложнения в виде застойной сердечной недостаточности, которая и привела к трагичному исходу.

Бернард Лаун родился 7 июня 1921 года в Литве. В 1962 году он разработал принципиально новый метод коррекции сердечного ритма, названный фибрилляцией. После многих неудачных попыток он смог сделать возможным проведение операций на открытом сердце, а в 1985 году был награждён Нобелевской премией мира "За информирование общественности и склонение общественного сознания в пользу мира".

Популярное издание

Бернард Лаун

УТЕРЯННОЕ ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ

Главный редактор Л. Михайлова

Редактор О. Мельникова

Корректоры М. Мерецкова, Л. Айдарбекова

Технический редактор Б. Нефедова

Компьютерная верстка Н. Сидорской

ЛР 064134 («КРОН-ПРЕСС») от 07.06.95. Подписано в печать с готовых диапозитивов 07.05.98.

Формат 84x108/32. Печать высокая. Бумага газетная.

Гарнитура Таймс. Усл.-печ.л. 19,32. Тираж 10 000 экз. Заказ 0433

ООО Издательский Дом «КРОН-ПРЕСС» 103030, Москва, ул. Новослободская, 18, а/я 54

По вопросам реализации обращаться по адресу: 127254, Москва, Огородный проезд, 6

Тел.: 218-30-03, 219-82-14

Отпечатано с готовых диапозитивов на Книжной фабрике № 1 Госкомпечати России 144003, г. Электросталь Московской обл., ул. Тевосяна, 25.