

## Размышляя о медицине

Идеалы . . . . .	2
Идеальные и не столь идеальные методы ухода . . . . .	2
Подход к больному и навыки коммуникации . . . . .	3
Постановка вопросов . . . . .	4
Каков механизм? Находите ответы в рассказе больного . . . . .	5
Смерть: диагностика и посмертные мероприятия . . . . .	6
Перед лицом смерти . . . . .	7
Искусство и наука диагностики . . . . .	8–9
Назначение лекарств . . . . .	10
Профилактика . . . . .	11
Что хорошего в этом новом препарате (анализ и мета-анализ)? . . . . .	12

Выжить на страже здоровья . . . . .	13
Качество, ОГЗЖ и исполнение желаний . . . . .	14
Обратный закон о медицинской помощи и дистрибутивное право . . . . .	14
Психиатрия в терапевтических и хирургических отделениях . . . . .	15
Пожилой пациент в стационаре . . . . .	16–17
По поводу занятости: потайная дверь Корригана . . . . .	18
Здоровье и медицинская этика . . . . .	19
Трудные больные . . . . .	20
Медицина, искусство и гуманитарные науки . . . . .	21

### Идеалы

*Решение и вмешательство* — суть действия, *раздумье и умозаключение* — суть мышление. Сутью медицины является объединенное царство действия и мышления, стоящее на службе у людей. Мы предлагаем список идеалов, чтобы стимулировать как действие, так и мышление. Эти идеалы в своей недостижимости подобны звездам, но помогают прокладывать путь во мраке ночи.

- Не обвиняй больного в его болезни.
- Если известны желания больного, выполняй их.
- Трудись для своих больных, а не для своего начальника.
- Делай обходы, чтобы поднять не собственный дух, но дух больных.
- Лечи больного, а не болезнь и не палатную сестру.
- Принимай на лечение людей, а не «инсульты», «инфаркты» или «развалины».

- Уделяй время понесшим утрату; ты в силах помочь им осушить слезы.
- Спрашивай свой рассудок, насколько уверенно он диктует тебе действия.
- Палатная сестра обычно бывает права; уважай ее мнение.
- Будь добр к себе — твои силы не безграничны.
- Давай больному (и себе) время: время задать вопросы; время подумать; время, необходимое для того, чтобы излечение состоялось, и время на приобретение автономии.
- Даруй больному преимущество сомнения. Если можешь, будь оптимистом; оптимистичные больные, которые чувствуют себя хозяевами положения, живут дольше и чувствуют себя лучше (Lancet, 1999. — 354. — 1320).

### Идеальные и не столь идеальные методы ухода

Расскажем историю, которая пояснит существо рассматриваемой проблемы. Один мужчина порезал руку и отправился к соседу за помощью. Этот сосед был врачом, но дверь открыл не он, а его трехлетняя дочка. Увидев, что мужчина в крови, она впустила его, прижала к ране свой носовой платок и усадила гостя в ближайшее кресло так, чтобы его ноги были приподняты. Она погладила его по голове и по руке и рассказала ему о своих бархатцах, а потом о своих лягушках и лишь спустя какое-то время — о своем папе, который, наконец, появился. Он быстро превратил соседа в пациента, после — в кровоточащую биопроблему, а далее направил его в травматологический пункт «для наложения швов». В травматологическом пункте он ждал три часа, получил два ненужных шва и одну беседу со студентом-медиком, предложившим ввести противостолбнячную сыворотку, на которую у нашего героя, как выяснилось, была аллергия. К соседу-врачу мужчина вернулся через несколько дней, чтобы поблагода-

рить свою юную спасительницу, но не доктора, который сделал из него пациента.

На самом деле только трехлетняя малышка оказалась его подлинной нянкой, одновременно врачом и универсальной работницей здравоохранения, которая приняла его таким, какой он есть, и позаботилась о нем, а также уделила ему время и выказала уважение. Сомневайтесь сколько угодно в ее инстинкте заботы и участия, укажите, что ее действия могли причинить больному вред и что все это не имеет никакого отношения к научной медицине, а больница просто-напросто пала жертвой собственного успеха. Но запомните вывод из этой истории: *в лучшем случае, по словам Т. С. Элиота, в знании, выведенном из опыта, есть только ограниченная ценность*<sup>1</sup> — например, в знании, суммированном в этой книге. Ребенок обладал пониманием и естественным состраданием, которые все мы легко теряем в мире науки, познаний и нашей вселенной организованного здравоохранения, выкованной из нержавеющей стали.

<sup>1</sup> Тот же вывод подкреплен трудами Карла Юнга (см. «Воспоминания, сны, размышления»): приобретение знания выводит нас из мифического мира инстинктивного познания, но жизнь, в процессе которой накапливаются огромные знания, преподает иной урок — эти два мира совместимы при условии определенных способностей к рефлексивному самоанализу. В этом сокрыт секрет достойного существования на больничной постели — в том числе в мифическом смысле.

## Подход к больному и навыки коммуникации

Наш подход к больному важен тем, что по нему пациенты видят, можно ли нам *доверять*. Где нет доверия, там вряд ли можно говорить об исцелении. Хороший подход к больному лишен статичности: он развивается в свете потребностей пациентов, но коренится во вневременных клинических ценностях честности, чувства юмора и скромности перед лицом людской слабости и страдания.

Ниже приводится ряд примеров из бесконечного множества вариантов общения, которые могут возникать при встрече врача с пациентом. Одним из великих искусств (и удовольствий) клинической медицины является научение тому, как наши действия и установки влияют на больных и как учитывать это знание при оценке валидности и значимости выявляемых нами признаков и симптомов. Информацию, которую мы получаем от наших пациентов, нельзя отнести к категории «неопровержимых данных», в гораздо большей степени это пластичное нечто, которое сформировано отношением врача и обстановкой в больнице или консультационном кабинете в той же мере, в какой собственными надеждами и страхами больного. Наша работа заключается в том, чтобы приспособить наше отношение к больному и окружающую его обстановку так, чтобы эти скрытые надежды и страхи вышли наружу, а каналы для коммуникации всегда оставались открытыми.

**Снижение или интенсификация тревоги.** Простое объяснение того, что вы собираетесь сделать, зачастую разряжает чрезвычайно напряженную обстановку. Работая с детьми, применяйте более тонкие приемы — например, обследуйте живот ребенка при помощи его собственных рук или начните с обследования плюшевого мишки.

**Снижение или интенсификация боли.** Сравните: «Я собираюсь надавить вам на живот. Если будет больно, кричите» с фразой: «Я собираюсь дотронуться до вашего живота. Давайте посмотрим, что вы почувствуете» или «Сейчас я положу руку вам на живот. Если что почувствуете — песню запевай!». Осмотр можно сделать страшным, нейтральным или веселым, и пациент будет, соответственно, напрягаться или расслабляться.

**Тактичное или неуклюжее вторжение в личное пространство.** В процессе офтальмоскопии, например, нам приходится приблизиться к пациенту больше, чем это принято нормами социального общения. Конечно, и доктор, и больной могут затаить дыхание, но это ничуть не поможет

ни больному держать глаза полностью неподвижными, ни доктору произвести подробный осмотр. Просто объясните пациенту: «Мне сейчас понадобится очень сильно приблизиться к вашим глазам». (Но не «Для проведения осмотра нам придется очень сильно сблизиться» — одного из авторов после этой фразы больная с лобной симптоматикой начала целовать в процессе выполнения офтальмоскопии.)

**Индукция трансподобного состояния.** Понаблюдайте за опытным врачом, когда он пальпирует живот: правая рука лежит пассивно, подальше от больного места. Он встречается взглядом с больным: «Вы когда-нибудь бывали на море?» (Рука скорее гладит, чем внедряется вглубь.) ...«Представьте, что вы сейчас снова на пляже, вам очень хорошо, вы смотрите в синее-пресинее небо». (Нажимает с силой, которая требуется.) ...«Теперь расскажите мне, где вы родились и выросли.» Если пациент перестанет говорить и поморщится лишь тогда, когда рука доктора окажется над правой подвздошной ямкой, то врач уже выяснит нечто для себя важное.

**Коммуникативность.** Ваши врачебные навыки бесполезны, если вы не умеете достойно общаться с пациентами. Держитесь просто и откровенно. Избегайте жаргона (10% больных думают, что желтуха означает желтые рвотные массы). Слова «ремиссия» и «рост» пациенты часто понимают неправильно. В первую очередь сообщайте самые важные детали. Будьте конкретны: «Пейте по 6 чашек воды в день» звучит конкретнее, чем «Пейте больше жидкости». Выдавайте письменную или записанную на видео информацию, изложенную в доступном виде. Доступность вычисляется по формуле Флеша. Доступность для восприятия =  $207 - 0,85W - S$ , где  $W$  — среднее количество слогов на 100 слов, а  $S$  — среднее количество слов в предложении. 100 очень просто для вычисления; подразумевается количество слов  $> 70$ . Не исходите заранее из того, что ваш больной умеет читать. Тактично выясните это позволяет называние рисунков, но не слов при взгляде на нашу таблицу для проверки зрения (с. 63).

Обеспечьте гармонию между тем, что, по-вашему, следует сделать, и мнением об этом больного. Мы часто говорим о *соблюдении* наших режимов, тогда как правильнее говорить о *конкордантности*, ибо во всяком хорошо спланированном лечении главная роль остается за самим больным.

## Постановка вопросов

Нет правильных или неправильных вопросов. Иногда нужно использовать один тип вопросов, иногда — другой. И вы можете довольно быстро научиться определять, какие именно вопросы надо задать сидящему перед вами пациенту. Хорошие диагносты задают наиболее эффективные вопросы — искусство, которому можно научиться при наличии времени, практики и достаточного количества пациентов. Цель постановки вопросов — получить *описание*, но не с точки зрения интеллектуального империализма («Описав мир, ты сможешь им овладеть»), а с точки зрения практической пользы: того, что нельзя описать, нельзя и вылечить, а тем, что описано, но все-таки неизлечимо, можно поделиться, смягчить это и, таким образом, частично преодолеть. Как явствует из двух примеров, приведенных ниже, различные виды вопросов либо проливают свет на эти вещи, либо затемняют их.

**Наводящие вопросы.** При виде окровавленного носового платка вы спрашиваете: «Как давно вы кашляете кровью?» Больной отвечает: «Шесть недель, доктор». В результате вы предполагаете, что он страдает кровохарканьем в течение 6 недель. На самом же деле пятна могли быть связаны с пораненным пальцем или с носовым кровотечением. Выяснив это позднее (и, вероятно, после дорогого и неприятного обследования), вы приходите в раздражение из-за того, что больной якобы ввел вас в заблуждение, тогда как тот всего лишь старался быть вежливым и дать вам ответ, которого вы явно ждали. При наводящих вопросах такого рода у пациента не остается возможности опровергнуть ваши догадки.

**Вопросы, подсказывающие ответ.** «Какими были рвотные массы — красными, желтыми или черными, цвета кофейной гущи?» — классическое описание рвоты с кровью. «Да, доктор, черные, как кофейная гуща». Ожидания врача и его нетерпеливое желание уложить необходимые ему данные в традиционный шаблон настолько сказались на истории болезни этого пациента, что сделали ее бесполезной.

**Открытые вопросы.** Самым открытым из всех вопросов является вопрос «Как дела?». Он не предполагает никакого конкретного ответа, поэтому направление, которое избирает пациент, предоставляет ценную информацию. Другими образчиками являться мягкие императивы, например: «Расскажите мне о рвоте». «Она была темная». «Какая темная?» «В ней были темные комочки». «Похожие на ...?» «Похожие на комочки земли». Эта информация бесценна, хотя и не подана в таких словах, как «кофейная гуща».

**Вопросы, направленные на пациента.** «Как вы думаете, что случилось?» «Можем ли мы изу-

чить какие-то другие аспекты вашего состояния?» «Хотели бы вы еще о чем-то спросить?» (закрытый вопрос). Лучше все же спросить: «Вас еще что-то тревожит?» «Как это действует на вас?» «Что вас больше всего беспокоит?» «При этом вы чувствуете...» (доктор замолкает).

► Если вы не настроитесь воспринимать пациента, ваш больной никогда не будет до конца удовлетворен общением с вами и не станет сотрудничать.

**Распрашивание всей семьи.** Это особенно полезно при попытке выяснить, не вызваны или поддерживаются ли симптомы психологическими механизмами. Такие вопросы зондируют сеть причин и способствующих условий, которые позволяют неясным симптомам расцвести на фоне определенного уклада жизни семьи. Кто еще может занимать более важное место в вашей жизни? Они беспокоятся о вас? Кто по-настоящему понимает вас? Подобные недуги могут не поддаваться лечению до тех пор, пока не будут заданы эти вопросы. Например: «Кто находится рядом, когда у вас болит голова? Кто замечает это первым — вы или ваша жена? Кто больше всего (или меньше всего) из-за этого переживает? Что в это время (или до этого) делает ваша жена?» Про себя задумайтесь, кто является его *головной болью*. Мы с нарастающим интересом следим за исследованиями, которые показывают, что при кластерах трудно диагностируемых симптомов именно супружеское мнение по их поводу является лучшим предсказателем исхода: если это мнение гласит, что симптомы имеют соматическую природу, то исход оказывается хуже, чем в случае, когда супруг(а) считает, что некоторые или большинство симптомов могут иметь психогенный характер.

**Манера вторить словам.** Старайтесь повторять несколько последних слов пациента, подталкивая его к новым откровениям (в противном случае недоступным), как это бывает, когда врач отступает на задний план, а пациент ведет монолог: «Я всегда с подозрением относился к моей жене». «Жене...» «К моей жене... а заодно и к ее отцу». «Отцу...» «Я никогда не доверял им обоим». «Не доверял им обоим...» «Нет, ну я всегда чувствовал, что знаю, кто был настоящим отцом моего сына... Я ни в чем не могу доверять этой парочке». Без всяких вопросов вы можете наткнуться на неожиданную, важную подсказку, которая прольет новый свет на историю болезни.

► Если вы только задаете вопросы, то получаете только ответы. Если вы обратитесь с вопросом к малиновке, она упорхнет, в то время как лесное безмолвие придаст ей смелости сесть вам на руку.

У нас на устах, как у малых детей, постоянно должен вертеться вопрос «Почему?» Причина не в том, что мы всегда ведем поиски исходной причины явлений (хотя и это имеет место): так происходит потому, что таким образом можно выбрать простейший уровень для вмешательства. Какого-то незначительного изменения в начальных звеньях цепи событий бывает достаточно, чтобы повлиять на излечение, и тогда воздействие на последующие звенья не всегда предоставляет такую возможность.

Например, мало диагностировать сердечную недостаточность у вашего задыхающегося пациента. Задайтесь вопросом: «*Почему возникла сердечная недостаточность?*» Если вы этого не сделаете, то удовлетворитесь тем, что назначите ему диуретический препарат, и любые побочные эффекты этого, вроде уремии или недержания мочи, вызванного полиурией, будут отнесены на счет неизбежных последствий необходимой терапии.

Если бы вы только спросили: «*Каков механизм сердечной недостаточности?*», то, может быть, нашли бы основную причину — например, анемию в сочетании с ишемической болезнью сердца. Вы не можете вылечить последнюю, но не исключено, что устранение анемии — все, что нужно для излечения больного от одышки. Но не останавливайтесь на этом. Спросите: «*Каков механизм анемии?*» Вы обнаружите низкое содержание ферритина в сыворотке крови (с. 601), так что в конечном счете сможете поддаться соблазну сказать себе: все, мне известна первопричина.

Неверно! Забудьте о первопричинах и продолжайте спрашивать: «*Каков механизм?*» Вернитесь к пациенту (никогда не думайте, что процесс сбора анамнеза завершается после первого контакта с вашим пациентом). Возвращение к истории болезни помогает выяснить, что пациент плохо питается. «*Почему больной неполноценно питается?*» Невежествен он или слишком беден, чтобы придерживаться нормальной диеты? Еще раз вернитесь к сбору анамнеза, и вы, может быть, выясните, что год назад у пациента умерла жена, он пребывает в депрессии и не заботится о еде. Умри он завтра, его бы это не взволновало. (Сбор социального анамнеза, зачастую имеющего первостепенную важность, слишком часто сводится к вопросам о курении и употреблении алкоголя.)

Теперь вы начинаете понимать, что обычное лечение анемии не слишком поможет этому больному, а потому продолжайте спрашивать: «*Почему?*»: «Почему вы вообще озаботились явиться к врачу, если вовсе не заинтересованы в своем выздоровлении?» Выясняется, что он пошел к врачу лишь затем, чтобы сделать приятное своей дочери. В высшей степени маловероятно, что такой

пациент примет ваше лечение, если вы не докопаетесь до самой сути его переживаний. В данном случае значимым фактором является его дочь, и пока вы не заручитесь ее помощью, все ваши терапевтические инициативы будут завершаться провалом. Поговорите с его дочерью, предложите помочь в лечении депрессии, расскажите ей о богатых железом продуктах, и, в случае успеха, одышка у вашего пациента пойдет на убыль. Даже если она не отступит, вам, может быть, удастся завязать дружбу со своим пациентом, и эту дружбу можно будет использовать, чтобы он принял помощь в каком-то ином виде. Этот диалог, вероятно, поможет вам сделаться более гуманным и добрым врачом, что особенно важно в минуты усталости и изнеможения под грузом многочисленных технических задач, которые вам надо как-то ухитриться выполнить в день наплыва больных.

**Построение предположений дает новые знания.** Врачи часто ведут себя как редукционисты и люди, имеющие сверхмеханистическое мировоззрение. Выше было показано, что, задаваясь постоянно вопросом «Как?», можно, скорее, расширить границы нашего исследования, чем сфокусироваться на чем-то одном. Другой путь сделать это — спросить: «Что означает этот симптом?» — для данного больного, его семьи и человечества. Например, хромота может означать нейропатию или неспособность рассчитаться с долгами (если вы танцор), или необъяснимый медицинский симптом, который неуловимо изменяет семейную иерархию как буквально (во время семейных поездок за город), так и в переносном смысле слова. Наука дает упрощенную, объективную, теоретическую картину окружающего нас мира. Но есть и другой путь восприятия мира — субъективный, эмоциональный, двусмысленный, который позволяет увидеть связи между феноменами, казалось бы, никак не связанными между собой. Медицинские гуманитарии (с. 21) пошли дальше, особенно в последнее десятилетие, что привело к образованию двух лагерей — гуманитарной и научной медицины. Если, читая эти строки, вы с нетерпением ожидаете получить какие-то реальные «болты и гайки» медицинских технологий, то вы относитесь к сторонникам второго лагеря. Мы не призываем вас покинуть его, но считаем, что надо учиться смотреть на проблему с обеих позиций. Если отказаться от этого, ваша профессиональная жизнь будет полна неудач (которые, однако, вы можете отрицать или игнорировать). Если же вы постараетесь учесть обе точки зрения, то это не оградит вас от неудач, но вы поймете, что они означают и как преодолеть их последствия.

## Смерть: диагностика и посмертные мероприятия

Смерть есть законное явление госпожи Природы (хотя, увы, и жестокое), поскольку она предоставляет генотипам пространство и возможности для испытания новых фенотипов. В жизни каждого органа и каждой личности наступает момент, когда лучше начать заново, сначала, чем продолжать существование под грузом и в неразберихе бесчисленных приращений. Этими бранными фенотипами являются наши тела и умы — пена, которая неизменно образуется на волнах наших генов. Эти гены на самом деле не являются *нашими* генами. Напротив — это мы принадлежим им на протяжении нескольких десятилетий. Одним из величайших оскорблений, наносимых нам Природой, оказывается то, что она предпочитает сложить все яйца в корзину, представленную беззащитным и бессмысленным новорожденным, чем доверить их испытанному и проверенному попечительству наших величественных умов. Но, едва наши нейрофибриллы начинают переплетаться и новорожденный приходит к спасающей нас мудрости, мы вынуждены отдать Природе должное за ее отважную идею. Конечно, в своей беспечной манере Природа способна нарушить это правило: люди часто умирают в неподходящем возрасте (одной из наших главных ролей является предотвращение именно этого неправильного порядка умирания, а не феномена самой смерти).

Поэтому, поразмыслив, мы должны признать, что умирание — блестящая идея, одна из тех, до которых мы никак не смогли бы дойти самостоятельно.

**Причины смерти** — убийство, самоубийство, несчастный случай или естественные причины.

**Диагностика смерти.** Апноэ с отсутствием пульса<sup>1</sup> и сердцебиения и неподвижные зрачки. При искусственной вентиляции легких (ИВЛ) смерть мозга можно диагностировать, даже если сердцебиение сохраняется, благодаря британским критериям смерти мозга, гласящим, что смертью мозга является гибель мозгового ствола, которую устанавливают по следующим признакам:

- Глубокая кома с отсутствием дыхания (поэтому проводится ИВЛ).
- Отсутствие интоксикации химическими веществами и гипотермия ( $< 35\text{ }^{\circ}\text{C}$ ).
- Отсутствие гипогликемии, ацидоза и дисбаланса электролитов.

### Тесты:

- Должны отсутствовать все рефлексы с мозгового ствола.
- Зрачки не реагируют. Отсутствует корнеальный рефлекс.

- Во время или после медленного поочередного введения в каждый наружный слуховой проход по 20 мл холодной воды нет ни вестибуло-окулярных рефлексов, ни движения глаз. До проведения теста во избежание ложноотрицательного результата осмотрите барабанную перепонку и убедитесь в отсутствии серы.
- При адекватной стимуляции не возникает никакой двигательной реакции со стороны черепных нервов.
- Нет рвотного рефлекса и реакции на стимуляцию бронхов, а также дыхательной деятельности при отключении ИВЛ и доведении  $\text{PaCO}_2$  до 6,7 кПа.

**Другие показатели.** После подходящего интервала повторите тест: обычно это делают через 24 ч. Спинальные рефлексы не имеют отношения к диагностике смерти мозга. Нет необходимости ни в проведении ЭЭГ, ни в консультации невропатолога. Врач, который диагностирует смерть мозга, должен иметь статус консультанта (или проработать в медицине свыше 5 лет). Следует заручиться мнением еще одного врача (любой специальности).

**Американские критерии** смерти мозга слегка отличаются<sup>2</sup> — например, для диагностики смерти мозга при явном отсутствии мозговой деятельности в течение 6 ч необходимо выполнение ЭЭГ. Диагноз смерти мозга ставят в случаях интоксикации, если изотопная ангиография показывает отсутствие мозгового кровообращения или если интоксикант метаболизировался.

**Донорство органов.** Цель диагностики смерти мозга частично состоит в том, что она позволяет взять для трансплантации органы, удаляемые так, чтобы нанести им наименьший ущерб гипоксией (почки, печень, роговица глаза, сердце и легкие). Не обходите эту тему при беседе с родственниками. Многие рады дать на это согласие и считают, что кончина близкого им человека может обернуться чем-то добрым, а какая-то его часть продолжит жить, даруя жизнь другому.

**После смерти.** Поставьте в известность участкового врача. Повидайтесь с родственниками. Незамедлительно оформите свидетельство о смерти. Если смерть наступила в результате насилия, травмы, халатности, хирургического вмешательства, анестезии, употребления алкоголя, самоубийства, отравления или по неизвестной причине, проинформируйте об этом правоохранительные органы.

<sup>1</sup> Длительность отсутствия кровообращения (важного для снабжения других органов помимо сердца) до наступления смерти мозга вызывает споры: 2 или 10 минут? Lancet, 2000. — 356. — 528.

<sup>2</sup> В некоторых штатах США необходимо констатировать гибель *всего* мозга.

## Перед лицом смерти

Люди воображают, будто не боятся смерти, когда они думают о ней в состоянии доброго здоровья (Марсель Пруст). Поэтому предлагаем в качестве мысленного эксперимента и чтобы приблизиться к теме, приложить палец к вашей левой надключичной ямке и нащупать крупный узел Вирхова, говорящий о некотором нездоровье вашего желудка — так, как если бы это был ваш смертный приговор. Возможно, вам осталось всего 4 месяца жизни. Проживите с этим «знанием» остаток дня или недели и посмотрите, как это изменит ваше отношение к семье и друзьям, с одной стороны, и к миллиону мелочей, заполняющих наши умы, — с другой. На протяжении этой недели вы, может быть, переживете новые для себя мысли и ощущения, которые, однако, слишком хорошо знакомы вашим пациентам. И по мере того, как будут проходить месяцы и годы и вы окажетесь в обществе безнадежных больных, прикладывайте палец к этому метафорическому узлу, возвращайтесь к нему в своих мыслях, и вы увидите, что сидите не напротив вашего больного, а рядом с ним.

Когда бы вы ни решили: «Лучше ему этого не знать», считайте, что вы имеете в виду: «Это мне легче не говорить об этом». Подобные разговоры трудны для нас по многим причинам: такие известия причиняют страдание больным; это может парализовать обход палат; мы не любим признавать собственное бессилие изменить течение болезни; такого рода речи напоминают нам, что мы тоже смертны, и это способно разбередить наши былые раны. Чтобы свести боль к минимуму, мы прибегаем ко многим уловкам: к *рационализации* («больной не захочет знать»); к *интеллектуализации* («по данным исследований, на 3-й стадии 37% людей живут по два года...»); к *бестактной откровенности* («Вы вряд ли проживете 6 месяцев» — и врач переходит, так сказать, к более насущным вещам); к *неподобающему перенаправлению* («Сестра вам все объяснит, когда вы успокоитесь»). Сообщение правды может помочь по следующим причинам:

- Больной уже наполовину знает истину, но никто не хочет говорить с ним на эту тему, и потому он не может обсудить свои страхи (боли или того, что его семья не справится с утратой).
- Пациенту, возможно, необходимо уладить многочисленные дела.
- Больной сможет судить, стоит ли ему продолжать неприятную терапию.

► Большинство больных говорят меньше, чем они хотят знать.

**Каковы вероятные тревоги больного?** Поставьте себя на место пациента.

- Предоставьте больному определенную информацию и возможность задавать дополнительные вопросы.
- Будьте чутки к намекам на то, что он может быть готов узнать больше. «Я беспокоюсь за моего сына». «Что беспокоит вас больше всего?» «Ну, я думаю, что ему будет трудно (пауза) начать следующий учебный год». Молчание, нарушаемое словами врача: «У меня складывается впечатление, что вас тревожат другие вещи». Теперь у пациента есть возможность продолжить разговор или остановиться.
- Убедитесь в том, что участковому врачу и сестрам известно, что именно вы сказали, а о чем умолчали. Обеспечьте надлежащие записи.

**Этапы принятия смерти.** Принятие неотвратимой смерти часто требует времени и, бывает, подразумевает прохождение через определенные «этапы». Полезно знать, на каком из этих этапов находится больной (продвижение осуществляется всегда, но не всегда бывает упорядоченным; того же самого нередко требует выздоровление). Сперва возможны *шок* и *ошеломление*, затем *отрицание* (которое смягчает тревогу), затем *гнев* (способный вызвать неприязнь к больному, но помните, что гнев уменьшает страх и боль), затем *скорбь* и после, вероятно, *принятие*. Наконец, по мере того как пациент выходит из сферы влияния современной медицины, у него возникает страстное *желание* смерти.<sup>1</sup>

**Желание жить/основные приоритеты.** Если взгляды больного известны, примите их. Правда, они могут изменяться, быть двусмысленными или трудными для понимания, даже если у него есть *желание жить*. В одном из исследований такого состояния (*при угрожающей жизни медицинской ситуации я не получу необходимого лечения — антибиотиков или ИВЛ*) 6 из 12 медицинских работников заявили, что они дадут антибиотики при пневмонии, несмотря на то что воля больного неопределенна (например, качество жизни пациента столь плохое, что он просто не в состоянии изъяснить свою волю). Примем, что желание жить должно иметь статус закона. Попросите помощи у коллег или судьи, если есть сомнения.

<sup>1</sup> И. С. Бах, *Ich habe genug* («С меня достаточно»), кантата № 82 на Праздник Очищения, 1727.

## Искусство и наука диагностики

Считается (ошибочно), что диагноз должен занимать в клинической медицине главное место. Такого же рода основными медицинскими процессами мы считаем: снятие симптоматики, утешение или предоставление другой информации прогностического характера, а также сочувственное отношение к больному. Но всего этого очень трудно добиться без рабочего диагноза. Как же быть в этом случае?

Как принято, диагностика осуществляется в три этапа: мы собираем анамнез, проводим обследование и делаем анализы. Затем мы сопоставляем эту информацию в процессе, который не поддается простому объяснению, и соотносим ее с признаками известных нам болезней. Далее мы подбираем наилучшее соответствие и выставляем диагноз. После этого проводится дифференциальная диагностика (ДД) с другими похожими заболеваниями. В этом алгоритме не учитываются два фактора: 1) часто бывает, что не удается найти никакого соответствия; 2) практические врачи редко работают подобным образом. А потому еще раз спросим, как ставятся диагнозы?

**Диагностика методом узнавания.** Больше всего этот метод раздражает студентов. Вы тратите час на неправильные вопросы, и тут входит врач, который сразу же называет болезнь и разбирается с ней еще до того, как вы успели перечислить все возможности. Доктор попросту узнал болезнь, как старого приятеля (или врага). Но не волнуйтесь: вы очень скоро достигнете такого же умения, если проведете достаточно времени у постели больных в обществе других врачей, а также если вы с легкостью допустите все те ошибки, которые предполагает этот подход<sup>1</sup>. Тем не менее именно этим способом выставляется большинство диагнозов. Поэтому помните: если сомневаетесь, спрашивайте.

**Диагностика при помощи теории вероятности.** За свою врачебную практику мы неосознанно нарабатываем персональную базу данных диагнозов, исходов болезней и, соответственно, диагностических ошибок. Каждый новый случай мы опять же неосознанно «пропускаем» через этот постоянно развивающийся и достаточно подробный вероятностный алгоритм — с поразительной скоростью и легкостью.

**Диагностика методом умозаключений.** Подобно Шерлоку Холмсу, мы исключаем диагноз за диагнозом, и правдой может оказаться все, что угодно, *как бы невероятно оно ни звучало*. Этот процесс предполагает, что ваша дифференциальная диагностика на самом деле содержит в себе искомое звено, а также то, что в наших возможно-

стях *полностью* исключить определенные заболевания. Все тесты являются не абсолютными, а статистическими, и потому метод Холмса является, в лучшем случае, художественным вымыслом.

**Диагностика через НВД.** Эта аббревиатура обозначает «наблюдение в динамике», и записи любого хорошего диагноста должны подчиняться этому предписанию. Одни врачи хотя бы немедленно знают точный диагноз, тогда как другие способны смириться с большей неопределенностью. С накоплением опыта можно почувствовать, что больной не находится в крайне опасном состоянии, и опасностей и дороговизны изнурительных тестов можно избежать путем искусного использования времени. Кашель, который я слышу, может быть следствием бактериальной пневмонии, но я могу предпочесть не доказывать этого *прямо сейчас* и не направлять отделяемое из бронхов в микробиологическую лабораторию. Скорее, я скажу: «Принимайте вот это при лихорадке или если ваша мокрота станет зеленого цвета, но вам, быть может, и вовсе ничего от меня не нужно, а ваш организм исцелит себя сам: подождите и посмотрите».

**Диагностика путем выдвижения гипотез.** Мы формулируем гипотезу, а затем пытаемся ее подтвердить или опровергнуть. Доказательства трудны, но на практике кто усомнится в существовании кровообращения или в представлении о людях как о позвоночных?

**Диагностика путем избирательного оспаривания.** Традиционно пациенты «ненадежны», тогда как клинические признаки объективны, а лабораторные анализы практически совершенны. Когда диагноз поставить трудно, попробуйте поставить эту иерархию с ног на голову. Чем больше вы этим занимаетесь, тем лучше понимаете, что нет никаких незыблемых признаков и совершенных анализов. Но в медицинскую игру не сыграть, если вы сомневаетесь во всем, а потому сомневайтесь избирательно, одновременно памятуя о высказывании Витгенштейна: пока вы не можете усомниться в сущности, о вас никак нельзя сказать, что вы ее *знаете*.

**Компьютерная диагностика.** Использование компьютера — единственный способ полностью картировать все взаимосвязи заболеваний. Например,  $\text{Na}^+$  ↓ с эозинофилией указывают на *болезнь Аддисона*, но если при этом имеется еще и олигурия, врач без помощи компьютера может поставить ошибочный диагноз. Однако компьютер «знает», что олигурия — это характерный признак шока, а шок — осложнение болезни Аддисона. См. [www/emispdp.com](http://www/emispdp.com).

<sup>1</sup> Основные ошибки довольно широко распространены (примерно 20% для некоторых категорий болезней), но снижению их уровня способствует ультразвуковое исследование, начиная с 1972 → 1982 → 1992: 30% → 18% → 14%. Salomon F. // Lancet, 2000. — 255. — 2027.

Краткий анамнез позволяет выявить отдельные симптомы, оценка которых заставляет вас задавать новые вопросы и выполнять определенные анализы. Эти результаты приводят к очередным вопросам и анализам. С этой точки зрения, процесс сбора анамнеза никогда не заканчивается, и, по мере того как этот процесс повторяется, возникают разные диагностические возможности, и соответствующие диагнозы более или менее подтверждаются. «У меня сильное сердцебиение» — и врач немедленно проверяет пульс, находит его аритмичным и делает вывод о фибрилляции предсердий (ФП, с. 112). Ему хочется знать, откуда взялась ФП, а потому он спрашивает о потере веса и предпочтении холодной погоды. Если его предположения подтверждаются, это говорит о гипертиреозе (с. 276) как причине ФП. Проверяя пульс, он замечает пальцы в виде барабанных палочек, а потому мысленно отмечает необходимость сделать рентген грудной клетки на предмет обнаружения рака (могло ли это вызвать ФП? — да). Это напоминает ему задать вопрос о курении: попутно он спрашивает об алкоголе и допытывается, что пациентка действительно злоупотребляет им. «Почему сейчас?» «Потому что я потеряла работу». «Кого это больше беспокоит? Вас или вашего мужа?…» За время, необходимое для оценки пульса, у врача возникает уже немало перспективных подсказок, которым он может следовать, и он начинает формулировать диагноз в трех измерениях: соматическом, психологическом и социальном. У пациентки влажные ладони, а пульс слабый, так что врач знает, что ему следует действовать быстро и решительно, и он мягко разъясняет необходимость разнообразных обследований. После чего больная, до того сдерживавшая слезы, уже рыдает. Теперь доктор, держа ее за руку и продолжая изучать пульс, отмечает изменение ритма. Не синусовый ли это ритм, который, будто пробой Вальсальвы, был спровоцирован плачем? Поэтому врач говорит: «Ну, что же... давайте посмотрим, как вы будете себя чувствовать через час — вы поплачете, и вам станет лучше». «Да, вы правы, мне уже получше».

Таков микрокосмос клинической медицины, которого врач-систематик (или *только* систематик) никогда не поймет. Он перешел бы к пульсу лишь после сбора «полного анамнеза» и упустил бы из виду все. Диагноз чаще узнает первым тот доктор, который подготовлен к тому, что он может выглядеть растерянным, и который способен работать сразу на многих разных уровнях.

## Назначение лекарств

►Прежде чем выписать препарат, с которым вы недостаточно знакомы, справьтесь о нем в «Британском национальном своде лекарственных препаратов» (*BNF*) или в доступном для вас фармакологическом справочнике.

До назначения лекарства спросите у больного об аллергических реакциях. Ответ нередко бывает утвердительным, особенно в отношении антибиотиков — но не останавливайтесь на этом. Выясните, какого рода была реакция, ибо иначе вы рискуете лишить больного такого, быть может, спасительного и совершенно безобидного препарата, как пенициллин, из-за того лишь, что тот вызвал слабую реакцию: например, тошноту. Определите, была ли реакция **истинно аллергической** (анафилаксия, с. 726, или сыпь?), просто **токсической** (так, при приеме фениитоина в больших дозах неизбежна атаксия), **предсказуемой неблагоприятной** (например, желудочно-кишечное кровотечение после приема аспирина) или же **идиосинкразической**.

Помните правило: *primum non nocere* («главное — не навреди»). Чем меньше жалоб, тем больше веса придается этой заповеди. Чем серьезнее жалоба, тем активнее вступает в игру антитеза: *если ничем не рискнуть, то ничего не приобретешь*.

**Десять заповедей.** ►Эти десять заповедей должны быть написаны на каждой таблетке.

1. Изучите любые альтернативы медикаментозному лечению. Назначение лекарств приводит к зависимости от врача, что, в свою очередь, часто ведет к плохому лечению. Кроме того, лекарственные препараты обходятся дорого в Великобритании их приобретается на 5 триллионов фунтов стерлингов в год); цены растут гораздо быстрее общего объема денежной массы. Альтернативы следует искать в трех направлениях, среди которых первое: *Кладовка*, где есть лимоны и мед для лечения простуды, — вместо пенициллина. *Методология «классной доски»* (например, просвещение больного насчет вероятности самому провоцировать эзофагит вместо назначения ему ранитидина; советы не переедать, не курить и не злоупотреблять алкоголем, отказаться от слишком тесной одежды). *Наконец, посмотрите на себя*. Пожертвование частичкой себя, какое-то реальное сочувствие испуганным, убитым горем или уставшим от жизни больным принесет больше пользы, чем все имеющиеся в фармакопее лекарства. Один из нас много лет наблюдал пожилую женщину, страдающую паранойей, — ежемесячные визиты, включающие не только инъекции, но и дружеские объятия (несомненно, всегда искренние), пока однажды больную не перевели на специальное (для психически больных) медсестринское обслуживание. Каждый раз за ней ухаживали разные медсестры. Они не знали, что больную обязательно нужно дружески приобнять, ведь у них не устано-

вились личностные связи, и пациентка вскоре умерла.

2. Вы собираетесь назначить лекарственный препарат при каком-то мелком недомогании, так как хотите решить абсолютно все медицинские проблемы вашего больного? Но пациенту для счастья бывает достаточно знать лишь, что недуг незначительный. Узнав, в чем дело, он, может быть, будет счастлив жить с ним и дальше. Некоторые люди не верят в лекарства, и вы должны это принять.
3. Установите, отвечает ли больной за свои действия. Если он сейчас же проглотит все таблетки хинина, которые вы ему так заботливо прописали, то смерть будет быстрой.
4. Узнайте о других вещах, способных обратить ваши предписания во вред. Быть может, больной, чью «бессонницу» вы так усердно лечите, в настоящий момент размалывает ваш препарат, чтобы развести его и уколоться в отчаянной жажде кайфа. Возникнут ли у вас подозрения, если он вернется и скажет, что потерял ваш рецепт?
5. При назначении амбулаторной терапии задайтесь следующими 5 вопросами:
  - Сколько раз в день нужно принимать лекарство? (1–2 раза гораздо лучше, чем 4.)
  - Сколько еще лекарств будет принимать больной? Нельзя ли сократить их количество?
  - Пузырек: сможет ли больной прочесть инструкции — и сумеет ли его открыть?
  - Как вы узнаете, не забудет ли пациент прийти на контрольный прием?
  - Если пациент согласен, заручитесь помощью его супруги (супруга) для гарантии того, что он не забудет принимать таблетки. При следующем визите проверьте это — например, пересчитайте то, что осталось. Обрисуйте потенциальную пользу именно *этого* лекарства именно для *этого* больного.
6. Перечислите возможные факторы риска (побочные эффекты, противопоказания, лекарственное взаимодействие, риск аллергии). При каждой новой проблеме всегда спрашивайте себя: *побочный ли это эффект?*
7. Обговорите с больным соотношение риск/польза от прописанного препарата. Постарайтесь гарантировать подлинное совпадение (с. 3) ваших соображений по поводу лечения с соображениями больного.
8. Установите, каким образом вы будете пересматривать потребность пациента в каждом из назначенных препаратов.
9. Оцените продвижение (или его отсутствие) к поставленным целям — например, измерьте частоту пульса для оценки выраженности β-блокады или максимальную скорость выдохов при астме.
10. Запишите все принятые препараты. Дайте пациенту копию списка.

Сравните два лозунга: *Единственно хорошая медицина — это профилактическая медицина* и *Если это предотвратимо, почему не предотвращается?* Проводя значительную часть жизни в больничных палатах, врач имеет массу возможностей задуматься над преимуществами профилактической медицины, но обычно неосознанно отменяет их, предпочитая решать более насущные задачи, такие как постановка диагноза и выбор способа медицинского вмешательства, в том числе при помощи скальпеля, визуализирующей аппаратуры и взятия биопроб. Но если представить палату, где скальпель остается зачехленным и единственное, что остается у врача, — это обязательство делать больных здоровыми, то тут на первый план выйдет профилактическая медицина, и окажется, что из такой палаты люди могут выйти более здоровыми, чем из иных больниц. Первый шаг к этому — мотивация вашего пациента предпринять усилия для своего оздоровления, задавшись сократовскими вопросами: «Вы хотите курить?», «Что думают ваши родные о курении?», «Хотели бы вы, чтобы ваши дети курили?», «Будут ли у меня какие-нибудь преимущества, если я брошу курить?», «Почему мое здоровье важно для меня?», «Есть ли что-то более важное?», «Как потратить деньги, которые я смогу сэкономить?» Такого типа вопросы наряду со специальной стратегией профилактики (с. 79) принесут больше пользы, чем устаревшие лекции о раке легких. Резюме: при любых профилактических намерениях поставьте пациента на свое место — заставьте его захотеть измениться. Когда вы сделаете это, можно заняться непосредственно профилактикой, включающей следующие аспекты:

- Вакцинация (например, против гриппа для людей старше 65 лет).
- Профилактика остеопороза, если больной принимает стероиды (например, алендронат).
- Назначение аспирина, если имеет место сосудистая патология.
- Здоровое питание.
- Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний.
- Основные профилактические меры:
  - цервикальные мазки для исключения рака шейки матки;
  - маммография;
  - советы относительно курения;
  - советы относительно алкоголя
- Профилактика:
  - бытовых травм;
  - падений;
  - несчастных случаев;
  - врожденных заболеваний — генетическое консультирование, например если 2 родственника первой линии родства имеют генетические аномалии.

Иногда необходимо обратиться в другие службы — например, для генетической консультации, выбора метода контрацепции, консультации по проблемам бесплодия и невынашивания (ОНС, с. 94).

**Какие бывают виды профилактики.** Предотвращение болезни (например, при помощи вакцинации) — это **первичная профилактика**. Контролирование болезни на ранней стадии (например, рак *in situ*) — это **вторичная профилактика**. Предотвращение осложненной заболелости с выраженной симптоматикой — это **третичная профилактика**. Наилучший способ думать о профилактике — задать вопросом «Что я могу сейчас сделать для сидящего напротив меня больного?». В стационаре это чаще всего будет вторичная или третичная профилактика. Например, измерение артериального давления у больного диабетом, или выполнение колоноскопии при язвенном колите (исключение рака прямой кишки), или назначение эндоскопического исследования при эзофагите Барретта для исключения рака пищевода (с. 680). Чем сложнее и «высокотехнологичнее» процедура, тем менее вероятно, что афоризм, приведенный в самом начале этого раздела, окажется верен: в соответствии с законом распределения случайной последовательности для тех, кого труднее всего уговорить пройти профилактическую процедуру, она вероятнее всего закончится осложнением (например, перфорация прямой кишки при выполнении колоноскопии). Или вы найдете область вероятного злокачественного перерождения пищевода у больного с эзофагитом Барретта — и операбельный пациент вдруг умрет в результате постоперационных осложнений (эзофаготомия — опасная операция). Помня об этом, сосредоточьтесь на таких профилактических мероприятиях, которые наиболее просты, дешевы и практически не дают осложнений.

**Сообщение о риске для пациента**, если оно сделано необдуманно и с упором только на позитивные аспекты, может привести к неприятию, раздражению, спору. Если же вы опираетесь на анализ факторов индивидуального риска для конкретного пациента (возраст, анамнез, курение, уровень холестерина в крови, например, используя формулу, приведенную на с. 20), может ли такое сообщение о риске привести к изменению поведения? По крайней мере, такой способ будет действовать диалогом, который откроет двери, включит разум и даст возможности для выбора. Информированное участие — это стремление, а не пассивное принятие совета. Нет особых различий в подаче информации об абсолютном, множественном, высоком, среднем или незначительном риске.

## Что хорошего в этом новом препарате (анализ и мета-анализ)?

Этот вопрос часто возникает при чтении медицинских журналов. Не только авторам, но *всем* клиницистам приходится решать, какие новые средства рекомендовать, а какие проигнорировать. Оценивая полезность исследования, задавайте следующие вопросы:

1. Дает ли оно внятные, клинически и статистически значимые ответы на вопросы о лечении пациентов, аналогичных тем, которых лечу я?
2. Входит ли журнал в группу рецензируемых изданий? Хотя рассмотрение статьи экспертами до публикации — весьма несовершенный процесс, так как неизвестно, где проходит граница между стремлением отредактировать материал и научным соперничеством.
3. Адекватна ли статистическая обработка данных? Многое приходится принимать на веру, так как нередко требуются сложные вычисления. В некоторых статьях, увы, представлен «сырой» материал. Тем не менее можно найти явные погрешности, задавая вопросы такого типа:
  - Достаточно ли велика выборка, чтобы можно было выявить клинически важное отличие: скажем, снижение смертности от заболевания X на 20%? Если выборка мала, то шанс пропустить такое отличие велик. Если смертность от заболевания X составляет 10%, чтобы снизить этот шанс до величины менее 5%, необходима произвольная выборка из не менее чем 10 000 больных. Если небольшое исследование, которому недостает способности выявить подлинные отличия, приносит «положительные» результаты, то степень различия между группами наверняка преувеличена. (Эта ситуация известна как ошибка I типа; об ошибке II типа речь идет в тех случаях, когда результаты говорят об отсутствии эффекта, тогда как на самом деле он есть.) ► Поэтому относитесь настроенно даже к масштабным испытаниям, которые призваны показать равную эффективность нового способа лечения и уже устоявшегося.
  - Были ли сравниваемые группы выбраны произвольно? Получились ли в результате произвольной выборки группы, соответствующие друг другу по распределению больных? Были ли сравниваемые способы лечения выполнены врачами, одинаково владеющими и тем, и другим способом?
4. Был ли исследование проведено «двойным слепым» методом, т. е. ни врач, ни больной не знали, какое лечение получает пациент? Мог ли кто-то из них догадаться об этом, например, по метаболическим эффектам препарата?
5. Проводился ли в ходе исследования контроль с использованием плацебо? Хорошее исследование необязательно должно быть рандомизированным двойным слепым, но в этом случае нужно быть осторожнее с выводами:

например, при интермиттирующих симптомах «плохой» период (побуждающий к консультации) чередуется с «хорошим», из-за чего любое лечение, назначенное в «плохую» фазу, кажется эффективным. Во многих случаях наблюдается **регрессия к среднему**, например при повторных измерениях кровяного давления: из-за транзиторных или случайных изменений у большинства людей, у которых сегодня давление высокое, завтра оно снизится, и наоборот. Эта же закономерность прослеживается и у постели больного: если у человека, вялого после черепно-мозговой травмы, артериальное давление высокое, а при последующих измерениях оно оказывается *еще выше*, т. е. регрессии к среднему нет, то это говорит о «реальном» эффекте — например, о повышении внутричерепного давления.

6. Было ли время на то, чтобы в печати появились критические письма в адрес рассматриваемой статьи?
7. Будь я болен, захотел бы я воспользоваться новым средством?
8. Каково мнение экспертов Национального института клинического мастерства (NICE — National Institute for Clinical Excellence) по поводу нового препарата? Знайте, что заключения NICE нередко меняются — проблема всех интеллектуальных организаций.

**Мета-анализы.** Систематическое накопление данных аналогичных клинических испытаний и использование усовершенствованных критериев оценки их результатов помогают разрешению спорных вопросов и способны объяснить несоответствия. Это быстрее и дешевле проведения новых исследований и обеспечивает возможность обобщения результатов. *Будьте осторожны!* В одной работе при рассмотрении рекомендаций мета-аналитиков, где проводилось последующее «решающее» большое клиническое испытание, оказалось, что в 30% случаев мета-аналитики поняли его неправильно, и даже лучшим мета-аналитикам в 20% ситуаций не удается избежать необъективных заключений. Нельзя полагаться на то, что любой мета-анализ, даже выполненный при участии лучших специалистов, таких, например, как представители Международных Кохрейновских центров, свободен от предвзятости, связанной с лоббированием интересов фармацевтических фирм.

► Хорошо спланированное большое клиническое исследование может стоить столетий врачебной практики без критической оценки, но опыт недельной работы в палатах бывает ценнее многолетнего чтения журналов. Это главный парадокс в медицинском образовании. Как нам довериться собственным переживаниям, зная, что все они эпизодичны? Как открыться новым идеям, но избежать заурядного следования моде? Лучшей следует считать установку на осторожную широту взглядов.

Если бы какой-нибудь наивный человек или выдумщик заявил, будто нашей целью должно быть обеспечение величайшего счастья и полного здоровья для всех наших больных, то не стоило бы ждать аплодисментов от нестройных рядов медработников, занятых на ночном дежурстве. Скорее до наших ушей донесся бы недовольный ропот, ибо эти люди знают, что на кону стоит нечто гораздо более элементарное, чем счастье или здоровье, а именно — выживание. Мы говорим здесь о выживании нашем собственном, а не наших больных. В мирное время трудно представить себе больший вызов, чем эти первые несколько месяцев в отделениях и палатах. За первые недели, как бы ни сверкала ваша броня, она запянается и забрызгается — если не кровью, то позором от очень многих решений, которые были приняты без достаточной заботы и внимания. Не то что бы вы ленились, но *форс-мажорное* наступление на Природу и тяготы больничной жизни, которые мы внезапно осознаем, причают нас быть второсортными, так как настаивать на своей первоклассности во всех областях означает подписать смертный приговор многим нашим больным и, о чем уместнее здесь сказать, себе самим. Перфекционисту не выжить в палате или в операционной. Чтобы справиться с этим фактом или, если выразиться не столь безнадежно, процветать в этом новом мире, не полируйте свою броню заново (какие 10 причин фибрилляции предсердий? или их 11?), лучше оттачивайте ваш разум и питайте тело (регулярное питание и питье немного приглушат ваш полночный ропот). Не отказывайтесь добровольно от восстанавливающей силы сна.

Мы не можем подготовить вас к открытию того, что вам не слишком по нраву личность, в которую вы превращаетесь, и в той же мере не мечтаем навязать нашим читателям желательные режимы физических упражнений, диеты и душевного благополучия. В том и состоит искусство жить, чтобы выяснить, что именно способно провести вас через неприятности. Что вы выберете — физическое здоровье, боевые искусства, поэзию, карате, Нагорную проповедь, жонглирование, медитацию, йогу, любовные связи — или превратите

в искусство ироничное наблюдение за вашими современниками?

Многие питают свою внутреннюю личность религиозной верой и посещают мечети, христианские храмы, синагоги. Многоликое общество, в котором сосуществует множество культур, обеспечивает разнообразие и место для любого самовыражения. Помните, что не надо сравнивать себя с окружающими. Тот, кто шумит и посылает всех, зачастую *не плывет, а тонет*. Заранее планируйте свой отдых и используйте любое приобретенное богатство для новых и волнующих занятий. Начните задумываться о продвижении по служебной лестнице и наведите справки о последипломном образовании по выбранной вами специализации. Это прибавит вам сил в не слишком радостные часы работы в больнице и послужит мотивацией, если вы твердо вознамерились добиться цели. Заранее хорошенько обдумайте все, что вам понадобится для того, чтобы справиться с больничной рутинной, и составьте соответствующий план. Это, конечно, не гарантия того, что ваш план сработает, но если ваши йога, проповеди и фитнес пойдут прахом, то вы хотя бы будете знать, в каком направлении плюнуть.

Низшие больничные должности — не просто фаза, которую надо миновать и радоваться этому при каждой возможности (обычно таких возможностей бывает *много*); они также наковальня, на которой нас бьют, придавая нам новую и, быть может, не слишком удобную форму. К счастью, не все мы сделаны из железа и стали, а потому вполне есть шанс, что при благоприятном развитии событий мы впрыгнем обратно в нечто, напоминающее нашу прежнюю форму, и, поступив так, сумеем осознать, что к вящей нашей пользе послужила наша слабость, а не наши силы.

Больничная работа нередко сопровождается огромным размахом колебаний в запасах энергии, мотивации и настроении, которые могут провоцироваться мелкими инцидентами. Если вы пребываете в депрессии больше суток, поговорите с сочувствующим вам другом или коллегой, что поможет вам справиться с этим в дальнейшем. ►Если вы испытываете сомнения, обсудите их с кем-нибудь.

## Качество, ОГЗЖ и исполнение желаний

**Распределение ресурсов: как решить, что кому достанется.** Распределение ресурсов сродни делжке пирога здравоохранения, размер которого задан. Какой кусок пойдет на трансплантаты, какой — на новые суставы, а какой — на обслуживание больных деменцией? Циники сказали бы, что это зависит от того, насколько горласта та или иная группа медиков. Но существуют и попытки найти рациональную основу для распределения ресурсов. Экономисты от здравоохранения («экономкраты») изобрели для этой цели специальный показатель — **ОГЗЖ**.

**Приготовление пирога.** Сосредоточение на том, как разрезать пирог, отвлекает внимание от главного вопроса: насколько он должен быть большим? На это можно ответить, что здравоохранение требует больших вложений не за счет какой-то прибыли от него, но за счет чего-то другого.

**Что такое ОГЗЖ?** Суть показателя ОГЗЖ (ожидаемые годы здоровой жизни) состоит в том, что он приравнивает ожидание года здоровой жизни к 1, а ожиданию года нездоровой жизни полагает значение  $< 1$ . Его точная величина тем ниже, чем хуже качество жизни больного человека. Если ожидается, что на старом препарате пациент проживет 8 лет совершенно здоровым, то  $ОГЗЖ = 8$ . Если новый препарат подарит ему 16 лет, но качество жизни будет составлять всего 25% от максимума, то ОГЗЖ составит всего 4. Мечта экономистов от здравоохранения заключается в том, чтобы на бюджетные средства можно было купить как можно больше ОГЗЖ. Иногда некоторые контролируемые здравоохранение организации типа NICE произвольно выбирают

максимальную стоимость ОГЗЖ (например, 30 000 фунтов стерлингов/ОГЗЖ) и, если какое-либо вмешательство стоит дороже, рекомендуют более точно определить его стоимость.

Для организации системы здравоохранения лучше использовать ОГЗЖ, а не голые показатели выживаемости, но здесь имеются свои проблемы: затруднительна точная калькуляция цен, аморален выбор между благополучием разных больных. Кроме того, ОГЗЖ не складываются: если одна ваза с цветами прекрасна, то 10 ваз (или ОГЗЖ) прекраснее в 10 раз — или исходящий от них аромат окажется уже невыносимым?

**Стоимость ОГЗЖ** <sup>6</sup>. По результатам различных исследований она составляет (в фунтах стерлингов):

Рекомендация врача общего профиля бросить курить	220
Предотвращение инсульта посредством лечения гипертензии	940
Имплантация водителя ритма	1100
Замена клапана (аортальный стеноз)	1140
Протезирование головки бедра (женщинам в возрасте 60–69 лет)	1470
Коронарное артериальное шунтирование при стенозе левой передней нисходящей ветви (с. 131)	2090
Трансплантация почки	4710
Скрининг по поводу рака молочной железы	5780
Пересадка сердца	7840
Домашний диализ	17 260
Удаление опухоли головного мозга	107 780
Интерферон для лечения рассеянного склероза (с. 356) <sup>6</sup>	834 000

## Обратный закон о медицинской помощи и дистрибутивное право

*Доступность качественной медицинской помощи имеет тенденцию изменяться в обратной пропорции к потребности в ней обслуживаемого населения. Наиболее полно это проявляется в случае, когда медицинская помощь максимально подвержена действию сил рынка... Рыночное распределение медицинских услуг усиливает неподобающее распределение медицинских ресурсов.*

В поддержку этого тезиса, сформулированного Тудором Хартом, говорит множество фактов. Не приходится сомневаться, что при желании внести позитивный вклад в здравоохранение нет ничего хорошего в том, чтобы только и делать, что открывать новые проводящие пути, блокировать рецепторы и изобретать лекарственные препараты. Чем больше этим занимаются, тем более острой становится потребность в дистрибутивном праве — той жесткой и неизменно проблематичной точке отсчета, с которой в то или иное время должны сверяться все цивилизации.

Если первыми бывают услышаны громогласные крикуны, то нам нужно знать момент, в который следует оглохнуть, — например, при решении, кого занести в неотложный список, а кого в обычный, или кого обследовать, а кого предоставить самому себе. Мы бессознательно выверяем свои жизни так, чтобы снизить стресс. Если мы сумеем научиться искусству избирательной глухоты, то эта потребность в безмятежной жизни станет менее настоятельной, и мы в тишине сможем чуть лучше познать свои профессиональные ценности.

► Психопатология часто встречается у коллег, пациентов и родственников.

► Обращайтесь за помощью, если у вас есть собственные проблемы. Найдите благожелательного врача общего профиля и запишитесь к нему или к ней. При необходимости вашего освидетельствования, лечения и госпитализации вы можете быть не самым подходящим экспертом.

**Оценка психического состояния.** ► См. *OHCS*, с. 324. «Осторожно продвигайтесь через ее мысли, как будто изучаете незнакомый сад».<sup>1</sup> Что сейчас цветет? Куда ведут эти тропинки? Что под этим камнем? **Сфокусируйте свое внимание** на внешнем виде больного, его поведении (тревожен, подозрителен?), речи (темп, содержание), настроении, убеждениях, наличии галлюцинаций, ориентации, памяти (текущие дела, имя известного государственного деятеля), способности концентрировать внимание. Отметьте пронизательность больного и степень контакта с вами, невербальное поведение.

**Депрессия** возникает весьма часто и при этом часто игнорируется, что наносит колоссальный ущерб здоровью. «В ее положении у меня тоже была бы депрессия...», — так говорите вы себе и потому не считаете нужным предложить лечение. Обычные признаки (слишком раннее пробуждение утром, потеря аппетита и веса, утрата интереса к сексу и любимым занятиям) мало чем помогают в диагностике депрессии, поскольку они очень распространены в больницах общего профиля. **Два лучших вопроса.** «Беспокоило ли вас притупление ощущений, депрессия или чувство безнадежности в прошлом месяце?» Если это так, то спросите: «Беспокоило ли вас отсутствие интереса и удовлетворения от сделанного?» Если пациент ответит положительно, то можно с высокой вероятностью предположить, что у него депрессия. Для депрессии характерны чувства вины и собственной никчемности. ► *Не думайте, что распознавать и лечить депрессию — не ваше дело.* Постарайтесь организовать мероприятия по укреплению морального духа больного и его уверенности в себе; не лишайте его контактов с друзьями. Поделитесь своими мыслями с другими сотрудниками, имеющими дело с пациентом: с медсестрами, физиотерапевтом, другими врачами, а также с членами семьи (если больной этого пожелает). Среди этих людей пациент, быть может, найдет родственную душу, которая сможет дать ему понимание и реальную поддержку. ► При наличии сомнений попробуйте назначить антидепрессант (например, лофепрамин<sup>2</sup> перорально в дозе 70 мг через 8–12 ч, если у больного нет печеночной или тяже-

лой почечной патологии) и посмотрите, поможет ли он. О *селективных ингибиторах обратного захвата серотонина* (например, флуоксетин перорально в дозе 20 мг в сутки) см. *OHCS*, с. 340.

**Алкоголь.** Это распространенная причина проблем в больничном отделении (как злоупотребление, так и последствия воздержания). См. с. 228.

**Буйный больной.** Сначала обеспечьте безопасность для себя и окружающих. Не беритесь за буйных больных, пока поблизости не будет адекватной помощи (например, больничных санитаров или полиции). Распространенные причины: *алкогольная интоксикация, наркотики и лекарственные препараты* (принятые для удовольствия или по назначению), *гипогликемия, острые бредовые состояния* (с. 344).

По прибытии помощи попытайтесь побеседовать с пациентом, чтобы успокоить его, а также разобраться в его психическом состоянии. Если это не удастся, рассмотрите вопрос об ограничении его движений. Законодательство Великобритании позволяет это. Измерьте содержание глюкозы в крови или сразу введите внутривенно глюкозу в минимальной дозировке (с. 766). При отсутствии гипогликемии, прежде чем станет возможным дальнейшее обследование, может потребоваться химический ограничитель, например — галоперидол ~ 2 мг внутримышечно (до 10 или, в редких случаях, даже до 18 мг одновременно; обеспечьте мониторинг жизненно важных функций).

Вы можете предотвратить буйство, если будете внимательны к его ранним признакам — например, беспокойству, безостановочному расхаживанию в замкнутом пространстве, сжатым кулакам, угрюмому молчанию, пению или крикам. Постарайтесь интуитивно настроиться на развивающиеся проблемы. Оставайтесь в контакте с медсестрой, которая знает больного.

Если разумный взрослый человек отказывается от жизненно необходимого лечения, то иногда бывает уместным выказать уважение к этому решению, вызванному его уверенностью в собственной «компетентности», т. е. способности понимать последствия своих поступков. Заручитесь мнением более опытного врача. Подключите силу убеждения лиц, которых больной уважает.

**Акты об охране психического здоровья.** Ознакомьтесь с правовыми основами охраны психического здоровья, которые приняты в вашей стране. Законодательство разных стран, как правило, разрешает госпитализацию буйных больных в психиатрические лечебницы.

<sup>1</sup> Ian McEwan, 2001. — Atonement. — Vintage. — 150.

<sup>2</sup> Будьте осторожны при наличии в анамнезе заболеваний сердца, эпилепсии, дискразии крови, гипертрофии простаты, глаукомы, гипертиреоза и порфирии. Побочные эффекты препарата: сонливость, спутанность сознания, снижение АД, учащение пульса, рвота, сыпь, лимфоцитоз, недостаточность костного мозга ± антихолинергические эффекты (сухость во рту, запор, снижение зрения, задержка мочи, потливость, тремор). Взаимодействие: алкоголь, анестетики (аритмии), тироксин. Несмотря на это, лофепрамин обычно хорошо переносится по сравнению с более старыми трициклическими антидепрессантами.

## Пожилой пациент в стационаре

►Только в последние 200 лет ожидаемая продолжительность жизни человека превысила 40 лет. Старение популяции — признак успешной социальной и экономической политики государства, эффективного здравоохранения.

**Здоровое старение** вовсе не противоречие, так как здоровье — это не только «психическое и физическое благополучие» (определение ВОЗ), но еще и процесс адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды, росту и старению, к коррекции повреждений, страданиям и смерти. Понятие здоровья охватывает будущее, поэтому включает боль и муки, а также внутренние ресурсы человека, позволяющие жить с ними (ОНСЗ, с. 414). ►Старение — это непрерывный и постепенный процесс, представляющий собой накопление последствий стресса и приобретение механизмов для борьбы с ними.

**Остерегайтесь все списывать на старость.** Пожилой возраст ассоциируется с болезнями, но отнюдь не является неизбежной причиной их развития. В любом случае надо исходить из тезиса излечимости заболевания *до тех пор, пока не доказано обратное*.

1. Вопреки стереотипным представлениям большинство пожилых и старых людей вполне здоровы. 95% лиц старше 65 лет и 80% старше 85 лет не нуждаются в стационаре. Около 70% людей из второй возрастной группы способны самостоятельно подняться по лестнице и принимать ванну.
2. При любых проблемах со здоровьем не списывайте все на старость. Ищите патологию, которая поддается коррекции, анализируйте причины недомогания, социальные факторы.
3. Не ограничивайте объем медицинской помощи только по причине возраста больного. Старые люди очень разные. Сам по себе возраст — не аргумент для замены тщательного взвешивания пользы и риска от лечения.

**Характеристики болезней у пожилых людей.** Безусловно, существуют различия в подходах к лечению молодых и пожилых больных.

1. **Множественная патология.** Некоторые патологические процессы могут сопутствовать друг другу. Выясняйте все подробности, анализируя каждую жалобу (например, старческая катаракта + артрит привели к падению).
2. **Множественные причины.** Одно недомогание может иметь несколько причин. Коррекция одной из причин принесет немного пользы, большего успеха вы добьетесь, если постараетесь искоренить все причины заболевания.
3. **Неспецифичность проявлений.** Некоторые патологические признаки являются общими для большинства пожилых больных, например: «старческие преувеличения», недержание мочи (с. 346), малоподвижность, неустойчивость (вероятность падений), деменция/помутнение сознания (с. 344 и с. 3). Они могут сопровождать любое заболевание. В то же

время типичные для той или иной болезни симптомы могут отсутствовать (например, инфаркт миокарда без болей в груди; пневмония без кашля, лихорадки или мокроты).

4. **Быстрое ухудшение состояния, если лечение не начать вовремя.** Обычны осложнения.
5. **Более длительный период выздоровления.** Пункты 4–6 отражают несостоятельность гомеостатических механизмов и снижение физиологических ресурсов у пожилого человека.
6. **Изменение метаболизма и экскреции лекарственных препаратов.** Может потребоваться снижение дозы лекарства — большая вероятность развития побочных реакций.
7. **Социальные факторы** являются основными для оказания помощи пожилому больному и благополучного возвращения его домой.

### Специальные вопросы при сборе анамнеза.

Оцените все выявленные нарушения, затем остановитесь на следующих вопросах:

- Бытовые подробности жизни больного (подъем по лестнице, пользование туалетом, повышенная тревожность).
- Лекарства. Какие? Когда? Оцените, как ориентируется больной в медикаментах (с. 3). Сколько различных таблеток он может принимать, не путаясь? Возможно, не более двух. Соответственно, определите, какие лекарства нужны ему в первую очередь. Вы должны уметь вычлнить препараты, от которых можно отказаться, или попросить, чтобы больному кто-то (супруг, друг, сосед) помог правильно их принимать. Можно распределить утреннюю, дневную и вечернюю порции таблеток по контейнерам, и сложная схема их приема сведется к простым действиям: выпить утреннюю порцию таблеток перед завтраком, дневную — перед обедом, вечернюю — перед ужином.
- Социальные контакты (визиты, семья, друзья).
- Детали домашнего ухода: доставка продуктов, обслуживание медицинскими сестрой, кто еще помогает?
- Поговорите с окружающими — родственниками, соседями, сиделкой и т. п.
- Составьте **план оказания помощи**, включая вопросы питания. Если пакет с едой поставить рядом со слепым человеком и не помочь вскрыть его, больной может остаться голодным. Невнимательный врач может направить его на компьютерную томограмму, подозревая кахексию, тогда как пациенту надо просто помочь нормально питаться и прооперироваться по поводу катаракты.

**Специальные вопросы при обследовании.** Измерьте артериальное давление в положении лежа и стоя (постуральное снижение вероятности падений). Ректальное исследование: задержка мочи в мочевом пузыре, исследование мочи вследствие переполнения пузыря (парадоксальная ишурия). Если недомогания носят неспецифический характер, часто требуется детальное неврологическое обследование.

► Начните планировать выписку домой с первого дня пребывания пациента в больнице. Самые обычные вопросы на обходе звучат так: «Может ли данный пациент получать необходимое лечение дома? Мы сделали для него все, что можем, но безопасно ли его выписывать домой?» Отвечая на эти вопросы, надо учитывать следующие обстоятельства:

- Пациент живет один? Помогают ли его родственники сиделке? Есть ли у нее другие подопечные (например, ребенок с ограниченными возможностями)?
- Большинство пациентов мечтают поскорее вернуться домой. Если это не так, надо выяснить почему.
- Удобная ли квартира у больного? Лестница? Туалет на том же этаже?
- Если туалет труднодоступен, может ли больной пересаживаться со стула на судно?
- Может ли он открыть консервную банку, пользоваться телефоном, включать электрический чайник, сварить суп?
- Поддержка родственников реальна или всего лишь возможна теоретически?
- По-дружески ли настроены соседи? «Но я не хотел бы беспокоить их!» Проверьте это, спросив соседей, что бы они делали, зная, что сами вполне здоровы, а их сосед нуждается в помощи.
- Достаточно ли хорошо взаимодействуют социальная помощь и гериатрическая служба? Или сотрудник, который обеспечивает доставку обеда, проигнорирует пациента, если это не принесет ему выгоды? Адекватные программы помощи с определенными обязательствами, обеспечивающие интеграцию социальной и гериатрической служб, могли бы оказать реальную помощь больным и обеспечить экономию средств (около 20%). Примеры такой интеграции редки, но ее возможно обеспечить в Великобритании прежде всего благодаря организации Объединений первичной медицинской помощи, которые несут ответственность как за медицинскую, так и за социальную помощь населению.

## Национальная структура обслуживания пожилых пациентов в Великобритании

Разработано 8 стандартов помощи пожилым больным:

1. **Искоренение дискриминации по возрасту.** Медицинская помощь должна быть оказана независимо от возраста больного, только на основании того, что он в ней нуждается. Службы социальной помощи не используют возраст в качестве лимитирующего критерия, чтобы ограничить доступ нуждающихся в ней.
2. **Персонализированная помощь.** Пожилые больные, получающие медицинскую помощь, являются личностями, которые имеют право сделать свой выбор.
3. **Промежуточная помощь.** Пожилым больным должна быть доступна промежуточная помощь на дому или в специально подобранных условиях независимо от органов NHS, чтобы избежать госпитализации, не являющейся необходимой. Реабилитационные центры должны создавать условия для ранней выписки больных из стационаров и упреждать случаи предоставления преждевременной или необязательной долговременной медицинской помощи по месту жительства.
4. **Лечение в больницах общего профиля.** Оказание помощи пожилым пациентам в больницах осуществляется соответствующими специалистами и больничным персоналом, имеющим права и необходимые навыки для удовлетворения потребностей больных.
5. **Инсульт.** При подозрении на инсульт пожилым людям должна быть оказана диагностическая помощь и назначено специалистами необходимое лечение. Они должны быть включены (вместе с теми, кто обслуживает их на дому) в мультидисциплинарные программы вторичной профилактики и реабилитации.
6. **Падения.** У пожилых пациентов необходимо предупреждать падения и переломы. Сотрудники специальной службы должны давать советы, как уберечься от падений.
7. **Сохранению психического здоровья** пожилых людей должна содействовать специальная медицинская служба, которая обеспечивает эффективную диагностику, лечение и поддержку больных и тех, кто за ними ухаживает.
8. **Поддержание здоровья и активная жизнь в пожилом возрасте.** В Великобритании здоровье и благополучие людей в старости являются целью специальной программы, в реализации которой принимают участие различные структуры (в частности, NHS, муниципалитеты).

## По поводу занятости: потайная дверь Корригана

Беспреданные требования, растущие ожидания результатов лечения, рост числа пожилых пациентов в сочетании с введением все новых сложных методов лечения — все это, на первый взгляд, является заговором, направленным на то, чтобы занятость врачей стала еще больше. На самом деле врачи всегда были занятыми людьми. Сэр Джеймс Пейджет, например, ежедневно осматривал более 60 больных, иногда проделывая много миль по пути к их домам. 150 лет назад сэр Доминик Корриган был занят настолько, что вынужден был соорудить в своей приемной потайную дверь, через которую мог иногда сбежать от постоянно растущей очереди нетерпеливых больных.

Явление безнадежного перенапряжения знакомо нам всем — равно как и мечта о потайной двери Корригана. Взаимоисключающие, неотложные и синхронные требования делают невыполнимой любую задачу: сотрудник пытается сделать внутривенную инъекцию больному, находящемуся в состоянии шока, и в этот момент звучит сигнал другого вызова. Пока он идет к аппарату, больной почти вываливается из постели, удерживаемый лишь зримо удлинившимся катетером (на установку которого потрачен час). Врач знает, что должен остановиться и помочь, но вместо этого берет трубку и начинает говорить сестре об «этом мужчине, болтающемся на катетере» (в душе понимая, что худшее уже произошло). Но тут его прерывает глухой удар, доносящийся от постели женщины, которую только что прооперировали на предмет варикозного расширения вен: однако это не она, это навещающий ее супруг потерял сознание в результате сердечного приступа. В этот момент звонок, способный довести до инфаркта, взрывается, зовя врача к какому-то другому больному. В отчаянии он поворачивается к сестре и стонет: «Должно же это когда-нибудь кончиться!»

В такие периоды мы все нуждаемся в Корригане, который забрал бы нас тенью своей руки и прошествовал с нами через свою потайную дверь в мир внутреннего покоя. Чтобы это произошло, максимально упростите для себя некоторые моменты.

Во-первых, как бы ни было вам одиноко, обычно вы не одни. Не гордитесь тем, что никого не зовете на помощь. Если решение простое, поделитесь им с коллегой. Во-вторых, пользуйтесь любым случаем присесть и отдохнуть. Выпейте кофе с персоналом или с дружелюбно настроенным пациентом (пациенты не только отнимают ваши силы, но и придают их). В-третьих, не пропускайте приемов пищи. Если нет времени сходить в столовую, запаситесь едой заранее, чтобы поесть, когда вам выпадет возможность: тяжелая работа и недостаток сна вдвое хуже, когда вы голодны. В-четвертых, не придумывайте себе работу. Молодые врачи слишком легко, будучи захвачены своим образом чрезмерной занятости и шантажируемые неуместным чувством вины, остаются на рабочих местах, переформливая истории болезни, переписывая дневники или перепроверяя результаты в часы, когда пора позаботиться о себе. В-пятых, когда дежурство все больше и больше идет наперекосяк, запланируйте что-нибудь хорошее на свободное время, ожиданием чего можно утешиться долгими ночами.

Наконец, помните, что каким бы напряженным ни был прием, ваше дежурство закончится. Для вас, как для Макбета:

*«Будь что будь!*

*Мы время вспять не властны повернуть.»*  
(У. Шекспир «Макбет», пер. Ю. Корнеева. — «Избранные произведения». — Л.: Лениздат, 1975).

В нашей публичной медицинской деятельности мы часто поступаем так, как будто мораль состоит лишь в следовании общественным установкам. Мы делаем это не столько из лени, сколько потому, что создаем, что пусть лучше люди считают нас старомодными или тупыми, нежели злыми. Но в тишине наших консультационных кабинетов, когда под микроскопом оказываемся мы сами, тогда, увиливая от ответа, как умеем, мы не в силах убеждать от нашей судьбы, которая столь же часто приводит нас в сферу этики, сколь и уводит из нее. Поэтому нам придется вернуться к основополагающим принципам и временно проигнорировать общественные ожидания.

**Наш анализ** начинается с нашей основной цели — творить добро, делая людей здоровыми. *Добро*<sup>1</sup> есть самое общее условие похвалы и охватывает 4 главных обязанности:

1. Не навредить. Эту обязанность мы должны выполнять по отношению ко всем людям, а не только к нашим больным.
2. Творить добро. Это особенно важно, когда речь идет о наших пациентах.
3. Соблюдать справедливость, т. е. справедливо распределять скудные ресурсы (с. 14) и уважать права: законные права; право на конфиденциальность; право на получение информации, право на осведомленность обо всех возможностях и право знать правду.
4. Поддерживать независимость. (Это признается не повсеместно: в некоторых культурах, сталкивающихся с голодом, это не имеет значения или даже может иметь подрывной смысл.)

**Здоровье** означает пребывание в телесной и душевной крепости, а также обладание силами для роста, развития, выздоровления и восстановления. *Сколько людей на сегодняшний день вы сделали здоровыми (или хотя бы здоровее)?* И в достижении этого — сколько кардинальных принципов вы проигнорировали? В этом заключается основная отличительная черта медицины. Мы не можем проводить много времени в отделениях и операционных, стараясь сделать людей здоровее, пока не нарушим все кардинальные обязанности, особенно (3) и (4). Важно ли это? Зачем иметь принципы, если они постоянно игнориру-

ются? Они нужны, чтобы обеспечить контекст для общения с пациентами. Если мы хотим быть лучше как доктора, то для этого существует много худших отправных точек, чем попытка привести эти принципы в действие. Когда мы пытаемся это сделать, неизбежно случается, что они вступают друг с другом в конфликт. Чем нам руководствоваться, когда принципы конфликтуют? Это случай, требующий не просто самостоятельного решения на основе вышеприведенного анализа. Есть смысл обратиться к синтезу, конечно, если у вас есть на это время (очень часто случается, что его как раз нет, но нередко позднее, когда дела пойдут плохо, вы начинаете понимать, что этого бы не произошло, если бы вы *нашли* время).

**Синтез.** Когда нам приходится действовать в условиях двух конфликтующих обязанностей, одна из них на самом деле *не является* таковой. Как же определить, какая именно? Попытка понять это подразумевает знание наших больных и постановку некоторых вопросов:

- Выполняются ли желания пациента?
- Что думают ваши коллеги? Что думают родственники? (Сначала спросите у пациента разрешения.) Блудят ли они его интересы в глубине души?
- Желательно ли, чтобы основание к действию было доступно унификации? (Речь идет вот о чем: если я скажу, что этот человек слишком стар для такой-то и такой-то операции, то буду ли я рад сделать это универсальным правилом для всех — «закон» Канта.)<sup>2</sup>
- Если бы у меня в голове сидел пылкий журналист (знавший, таким образом, все мои мысли и поступки), то стало бы ему скучно или он бы занялся написанием желчной статьи для завтрашней газеты? И если так, то смог бы я ему ответить по каждому пункту? Доволен ли я своими ответами? Или это тактические умпостроения, имеющие целью перехитрить его?
- Что подумает представитель пациента: например, избранный руководитель группы поддержки, состоящей из больных (ОНС, с. 440)? Эти мнения ценны, потому что легкодоступны (если такая группа существует) и способны удерживать процесс принятия решения от опасности чрезмерной медикализации.

<sup>1</sup> Не думайте о добре и зле как о неизменно противоположных вещах: добро может порождаться злом, и наоборот: эта фундаментальная путаница объясняет, почему мы большему научаемся у наших беспутных пациентов, чем у святых.

<sup>2</sup> Существуют проблемы унификации: только интуиция может подсказать, как разрешить конфликт между универсальными принципами. Кроме того, любая этическая дилемма уникальна, так что нет таких моральных правил, которые можно было бы однозначно применить к ней.

«Никакого решения не будет найдено, пока врач и больной не превратятся друг для друга в загадку».

Этот афоризм Юнга несправедлив для выполнения половины из наших профессиональных обязанностей: анестезиологу, например, для обеспечения действия анестетика ни к чему, чтобы больной превратился в загадку. Но, как бывает со всеми лучшими афоризмами, несправедливость является меньшей из их проблем. Великие афоризмы наполнены смыслом потому, что они выбивают из колеи. Наше спокойное и самодовольное удовлетворение к моменту беспроблемного окончания смены слишком часто бывает признаком провала. Мы поддерживали хаос без изменений, тогда как, будь мы более «великими», мы сумели бы обуздать его. Половину нашей профессиональной жизни мы проводим как бы во сне, «на автомате», следуя за протоколами и предписаниями к некоему избитому пункту назначения, или же грезим о том, что могли бы свершить, имея мы больше времени, необходимые ресурсы и, может быть, других коллег. Но сиди у нас в кармане Юнг, он тормозил бы нас, заставляя бодрствовать, ниспровергая наши предписания и салютуя нашим попыткам рискнуть и вступить в подлинное общение с нашими больными, сколь бы оно ни было бестолковым и сколько бы боли мы ни причиняли и ни получали. (В конце концов, боль неизбежный попутчик жизни.<sup>1</sup>) Для бездумного врача и для всякого среднего ума такое общение есть анафема; его следует избегать всеми возможны-

ми способами, так как оно выводит нас из состояния бесчувственности, ведя к непредсказуемому результату, в неизведанном направлении.

Итак, время от времени, старайтесь испытывать удовольствие от работы с трудными больными: теми, кто задает нам вопросы; кто не поддается лечению или, наоборот, жалуется, когда это лечение срабатывает. Очень часто будет казаться, что все, что вы ни скажете, неверно понимается, не так передается, искажается сознанием, с которым вы сталкиваетесь, — возможно, из страха, от одиночества или в силу прошлых переживаний, о которых вы можете только догадываться. Если такое случается, *заткнитесь* — но *не отступайте*. Продолжайте усердно работать со своим пациентом и его родными. Слушайте все, что он говорит (или не говорит). А когда вы чуть-чуть поймете вашего больного, вступайте с ним в переговоры, обхаживайте его и даже спорьте — но не залуговывайте и не шантажируйте («Если вы не согласитесь на операцию для вашей дочери, я расскажу ей, что вы за мать...»). Когда вы почувствуете, что снова отдаляетесь от больного, вернитесь и скажите: «Так не годится, согласны? Давайте начнем сначала». И без колебаний зовите на помощь коллег: не чтобы победить числом, а с тем, чтобы посмотреть, не будет ли плодотворным иной подход. Благодаря такому процессу можете вырасти и вы, и ваш пациент. Возможно, дело кончится даже тем, что тот останется в конечном итоге доволен. А довольный пациент стоит тысячи протоколов.

<sup>1</sup> «Иногда говорят, что мир это юдоль слез, я же считаю, что это место совершенствования души», сказал Джон Китс, студент-медик, впервые сформулировавший этот тезис о боли. Это не сделало его счастливым — он слишком рано умер, но, вероятно, поможет нам стать лучше: если мы каждый день будем пытаться хоть раз подлинно вникнуть в проблемы больного, вне зависимости от профессионального исследовательского интереса, медицинской необходимости, желания выставить напоказ свои воззрения или провести день без лишних волнений.

Давайте начнем с элементарного наблюдения: *нет по-настоящему знаменитых врачей среди живущих*, хотя на самом деле *нет знаменитых умерших врачей*. Самые знаменитые врачи — это литературные герои: доктор Ватсон, доктор Франкенштейн, доктор Фауст.<sup>1</sup> Это демонстрирует воистину великую силу печатного слова. Когда, сидя в кресле-качалке, мы наслаждаемся чтением, мы можем погружаться в свои размышления, так как находимся наедине с собой. Когда мы читаем, нет смысла притворяться. Мы имеем определенный взгляд на предмет обсуждения и полагаем, что, пока читаем сами себе, никто не может быть нам судьей. Затем вдруг, когда мы становимся наиболее открытыми и беззащитными, литература берет нас за горло — и взгляд, который еще несколько минут назад был таким твердым и уверенным, теперь, возможно, станет не таким ясным, или наше сердце пропустит биение, или кожа покроется мурашками больше, чем от сибирского мороза. Не так часто за несколько десятилетий земной жизни нас постигают серьезные потрясения, но сила слова, литературы и искусства состоит в том, чтобы усилить нашу способность к сопереживанию.

Есть, конечно, врачи, которые известны всем: Артур Конан Дойль, Уильям Карлос Уильямс, Сомерсет Моэм, Антон Чехов — и все они художники. А что вы скажете о Зигмунде Фрейде? Это лишь исключение, которое подтверждает правило — подтверждает в смысле проверки, ибо в действительности он не является исключением. Мы можем согласиться с тем, что Фрейд входит в шеренгу великих, только пока его метод рассматривается как художественный, а не как научный. Наука со временем прогрессирует и без Фрейда, но как искусство его работы и его интуиция переживут века и останутся, как заключил Бернард Шоу, единственным доказательством величия.

Причина превосходства искусства над наукой очень проста. Мы, ученые, на нашем скромном профессиональном пути интересуемся только объяснением действительности. Художники тоже преуспели в этом, но они еще и создают действительность. Наши наиболее сильные впечатления рождаются в наших умах, но являются не простым

ощущением, а ассоциацией идей. Уникальное свойство разума состоит в том, что человек получает удовольствие от процесса познания и хочет познавать еще и еще: жизнь преломляется опытом, свет преломляется в драгоценном камне, а прогулка через лес преобразуется в Пасторальную симфонию. Наш мир — мир метафор, фантазий и иллюзий.

Какое все это имеет отношение к повседневной практике врача? Ответ заключается в слове «беззащитный», упоминавшемся выше. Когда мы читаем в одиночестве для собственного удовольствия, мы беззащитны и ничего не скрываем от литературных героев. В нашем кабинете или в больничной палате мы часто стараемся сделать все зависящее от нас, чтобы надежнее спрятать свои чувства под белым халатом или за покровительственным тоном. Очень часто такая профессиональная отдаленность — это то, что остается после многих лет привыкания к повседневным столкновениям со слабостью, обманом и противоречиями тяжелых судеб наших больных. Эта та точка, где искусство и медицина сталкиваются, потому что врач может снова вернуться к бегу жизни и снова прочувствовать те эмоции, которые вдохновляли или вселяли ужас в его пациентов. У каждого из нас есть своя ахиллесова пята: эта та часть нашего внутреннего Я, которую невозможно возместить, когда мы погружаемся в воды реки Стикс, смывающие боль наших утрат. Искусство и литература, помимо всего прочего, могут превратить эту ахиллесову пята в залог нашего выживания, заставляя нас размышлять, тонко ощущать бытие, сопереживать нашим больным.

Американский подход к решению этой проблемы — готовить специалистов, одинаково хорошо ориентирующихся в медицине и в литературе и развивать концепции типа «пациент как художественное произведение». В большинстве американских медицинских школах преподают курс литературы, пытаются укоренить этические принципы и размышления в умах будущих врачей. Здесь же мы просто намеревались продемонстрировать, хотя и весьма примитивно, то, что каждый контакт врача с больным имеет не только чисто техническое, но этическое и гуманитарное измерения.

<sup>1</sup> Без сомнения, доктор Фауст, знаменитый шарлатан, колдун и знахарь из средневековой Германии, имел реального прототипа. Фактически их могло быть двое — тех, кто в совокупности и послужил материалом для создания мифа о дьяволоподобном необузданном наукопоклоннике без каких-либо моральных принципов.