

Посвящается моей матери

Эта книга основана на моей клинической практике и медицинских репортажах. Некоторые имена и детали, включая личные данные пациентов, были изменены. В нескольких случаях я свела воедино разные истории, чтобы лучше осветить ситуацию и проиллюстрировать мои выводы.

Содержание

Введение	11
1. Можно перестать мычать	17
2. Десять процентов	35
3. Жизнь на батарейках	61
4. Ночные кошмары после отделения интенсивной терапии	83
5. Пробуждение.....	101
6. Там, где кончается мост.....	125
7. Почки в «Фейсбуке».....	147
8. Нежданное тридцатилетие.....	165
9. Начало пути.....	183
Послесловие	199
Благодарности	211
Об авторе	213

Что еще могу я дать?
Я несу вам мой рассказ,
Неуклюжий, но искренний.
Что еще могу вам дать,
Какие скромные дары
Обернуть иносказанием?
Что еще могу я дать?
Я несу вам свой рассказ.

Рэйчел Хейдас.
Каменные ступени

Введение

Прошло почти десять лет с моего первого ночного дежурства в отделении интенсивной терапии. Некоторые детали потускнели в памяти, но я прекрасно помню свой страх, колотящееся сердце и боль в запястьях при выполнении сердечно-легочной реанимации. Только утром, в полном изнеможении, я осознала, что именно этим и хочу заниматься всю жизнь. Сначала я собиралась просто изучать медицину, чтобы уметь диагностировать даже самые редкие болезни по данным осмотра и результатов анализов. Я встречала родственников у постелей пациентов, но не позволяла себе поддаваться исходящим от них страху и тревоге. Честно говоря, во время учебы в резидентуре у меня просто не было на это времени.

Меня считали врачом, который ни в коем случае не даст никому умереть. Я этим гордилась и, собственно, горжусь до сих пор. Тогда я была уверена: моя работа — сделать все, чтобы сердце пациента продолжало биться, будь то очередная процедура, введение повышающих давление лекарств, экстренная интубация трахеи, установление катетера в центральную вену или проведение срочного диализа. Разговаривая в те дни и ночи с родственниками больных, я не задавала вопросов. Мне было не о чем их спрашивать, и я изъяснялась декларациями вроде «Мы делаем все, что в наших силах», от души надеясь,

что это было правдой. Я хотела все делать правильно, и это был известный мне способ. «Мы делаем все возможное».

Достижения медицины ослепляли. Я слышала о невероятных изобретениях: искусственная вентиляция легких, гемодиализ, выполняющий работу почек; казалось, что хирурги способны вырезать практически любой орган у одного человека и пересадить другому. Экстракорпоральная мембранная оксигенация заменяла неработающие легкие, прогоняя венозную кровь через аппарат, насыщающий ее кислородом и удаляющий углекислый газ. Люди, которых всего несколько десятилетий назад болезнь убила бы во младенчестве, теперь могли жить дольше некоторых здоровых сверстников. Ни с чем не сравнимое чувство — знать, что я причастна к этим чудесам.

Но мало-помалу к этому чувству примешивалось что-то еще. На втором году резидентуры мне случилось заниматься пожилым человеком, страдавшим от тяжелой анемии в результате повторяющихся кишечных кровотечений. Специалисты упорно пытались обнаружить их источник, в кишки вводили эндоскоп, коагулировали поврежденные сосуды, но изо дня в день кровотечение повторялось, а анемия прогрессировала. Мы переливали пациенту все больше крови, но он слабел на глазах. По утрам я входила в палату, склонялась над стариком, прикладывала к его груди фонендоскоп, чтобы выслушать сердце и легкие, и каждый раз он смотрел на меня и спрашивал, можно ли ему покинуть больницу. Я отвечала, что пока нет, потому что нам еще не удалось остановить кровотечения. Он кивал, но на следующий день неизменно задавал тот же вопрос. Я снова говорила: «Нет, хотя очень надеюсь, что скоро мы сможем вас выписать».

Время шло, и однажды мой пациент сказал, что решил вернуться домой. «Это невозможно, — подумала я. — Вы каждый день истекаете кровью». Но для старика это уже не имело никакого значения. Он и слышать не желал о новых процедурах и переливаниях. Его руки были в синяках от беско-

нечных уколов. Каждый раз при переливании крови легкие пациента наполнялись жидкостью и ему не хватало воздуха, пока не начинали действовать мочегонные, которые отводили лишнюю воду. Этому человеку было 90 лет, он бесповоротно слабел, и лучше ему не становилось. Подходя к нему по утрам, я чувствовала себя немного виноватой и все-таки была удивлена его решением. Честно говоря, оно показалось мне в какой-то мере оскорбительным. Я пыталась переубедить своего пациента; призналась, как мне неловко от того, что мы не давали ему есть перед некоторыми процедурами, которые порой приходилось переносить на вторую половину дня. Я предложила приносить ему любую еду из больничного кафетерия — все, что он захочет. Я пыталась объяснить, что, если он останется у нас, ему может стать лучше.

Но он не хотел того «лучше», что мы могли предоставить. Этот человек скучал по своему дому, собственным кровати и телевизору, ночной тишине и солнечным лучам, которые по утрам освещали его спальню. Это был не тот дом, где он жил когда-то со своей семьей, но в гостиной у него было удобное кресло и любимые книги. В ответ на мои уговоры он решительно покачал головой. Он не желал еды из кафетерия. Он хотел домой.

«Что, если это говорит депрессия?» — подумала я и пригласила психиатров, в глубине души ожидая заключения о способности моего пациента принимать разумные решения. Врачи долго беседовали с пожилым человеком и убедились, что тот находился в здравом уме. Он вполне осознавал последствия: кровотечения будут повторяться, анемия усилится, он продолжит слабеть и в конце концов умрет от потери крови. Я была потрясена, но составила все необходимые для выписки документы и предоставила пациента его судьбе.

Еще долго я находилась под впечатлением нашего последнего разговора. Я видела ситуацию так: пациент пришел к нам с проблемой, с которой мы не сумели справиться,

и ему пришлось вернуться домой, чтобы спокойно умереть. Мы потерпели фиаско. Тем сильнее было мое удивление, когда на сестринский пост в одном из отделений принесли букет сирени, в который было вложено адресованное мне письмо от сына того пожилого человека. Наверняка я сделала что-то не так. Нервничая, я вскрыла конверт и узнала, что с помощью работников хосписа мой пациент провел свои последние дни дома, как и желал. Теперь его сын хотел сказать спасибо врачам, лечившим отца во время последней из многих госпитализаций. Оказалось, тот высоко оценил наши усилия, понимал, как тяжело мы переживали его уход из больницы, и был нам благодарен. Я перечитала письмо. Пожалуй, это был первая весточка, присланная мне пациентом или его семьей после выписки. Я впервые получила благодарность, причем за решение, принятое не мной. Один цветок сирени я вложила в небольшой медицинский справочник, который всегда ношу с собой в кармане белого халата.

Я навсегда сохранию память о том пациенте и неожиданном подарке его сына. Размышляя об этой истории, постепенно я стала видеть ее в новом свете. Мой престарелый пациент сделал выбор и покинул больничную палату, чтобы по-своему прожить отведенный ему срок. Было ли это поражение, как мне казалось сначала, или своего рода успех? Что вообще означают эти слова? Когда я научилась видеть больше, учитывать долгосрочные последствия и результаты наших решений, то казавшиеся прежде четкими и ясными понятия стали не такими определенными.

Когда я пыталась убедить пациента продолжить лечение, мне казалось, что главное — остаться в живых. Пожалуй, так и должен думать врач, только-только начинающий свою карьеру. Но выживание — только начало. Это не черно-белое противопоставление «смерть или жизнь», на самом деле здесь целый спектр возможных вариантов. Сидя на амбулаторных приемах или проверяя показатели госпитализированных

больных, я начала задумываться: с чем придется жить этим пациентам после выписки? Как они приспособятся к новым реалиям? Станут ли жалеть о принятых ими решениях (или о решениях, которые были приняты за них)?

Поиск ответов на эти вопросы стал мотивом написания этой книги. За годы, прошедшие после первой ночи в отделении интенсивной терапии, я прошла интернатуру и резидентуру по внутренним болезням, а затем дополнительное узкоспециализированное обучение пульмонологии и интенсивной терапии. Теперь я работаю врачом отделения интенсивной терапии в больнице, в которой когда-то появилась на свет. Я тот человек, который ставит диагноз, встречается с родственниками пациентов и несет ответственность за результаты лечения. За время учебы я узнала, как работать с аппаратом искусственной вентиляции легких, как лечить сепсис и как диагностировать причины почечной недостаточности. Я научилась смотреть в лицо смерти, видеть момент, когда цепенеет тело пациента, ощущать тяжесть непоправимого и не отводить взгляд. Но я до сих пор толком не знаю, что испытывают те, кому удастся обмануть смерть, чьи жизни были продлены на месяцы и годы благодаря новейшим методам лечения и инвазивным технологиям.

По мере прогресса медицины число таких историй увеличивается. Мужчины и женщины с муковисцидозом доживают до зрелого возраста, о чем раньше не приходилось и мечтать; доноров почки ищут в Facebook; некоторые больные после проведения реанимационных мероприятий в отделении интенсивной терапии борются с посттравматическим стрессовым расстройством, другие оказываются до конца жизни прикованы к аппарату искусственной вентиляции легких в специализированных медицинских центрах. Некоторых из описанных в этой книге людей я лечила, с другими встретила как писатель. Все они столкнулись с болезнью или травмой и не остались бы в живых без достижений медицины. Размышляя

о них, можно долго восхищаться совершенством современных лекарств и технологий, но не это находит глубокий отклик в моей душе.

Самое необыкновенное во всех этих историях — то, что при ближайшем рассмотрении они абсолютно заурядны. Если проследовать за этими мужчинами и женщинами в их миры, где они живут с последствиями врачебного вмешательства, наука отступает на задний план. Мы окажемся рядом с обычными людьми, которые преодолевают возникающие трудности, переживают потери и, несмотря ни на что, торжествуют победу жизни над смертью.

Можно перестать мычать

Я работала врачом уже почти полгода, когда в Facebook подружилась с молодым человеком, умиравшим в отделении кардиологической интенсивной терапии.

Сэму Ньюмену было 28 лет, и его сердце отказывалось работать. Когда врачи поняли, что он болен слишком тяжело и они не способны помочь, то принялись обзванивать другие лечебные учреждения, надеясь отправить молодого человека в лучше оснащенную больницу. Не знаю, сколько времени ушло на поиск подходящего госпиталя, пока одной зимней ночью автомобиль скорой помощи не привез Сэма в отделение кардиологической интенсивной терапии Нью-Йоркской пресвитерианской больницы, где я тогда была интерном. Следует сказать, что на тот момент я была врачом всего-то, что называется, без году неделю.

Когда привезли Сэма, я не дежурила. Я была дома, в своей квартире, безуспешно пытаюсь уснуть. В том году я сильно уставала — это была тревожная усталость, когда засыпаешь, стоя в переполненном вагоне метро, и проезжаешь свою станцию, но, оказавшись в кровати, не можешь сомкнуть глаз и до утра ворочаешься без сна. Эти бессонные ночи были столь мучительны, что звонок будильника в пять утра приносил облегчение. Он означал, что можно встать, принимать

душ и собираться на работу. В то утро, приехав в больницу, я присоединилась к группе резидентов, готовых к утреннему обходу в отделении интенсивной терапии (ОИТ). Обход всегда начинался с самого тяжелого или с самого сложного пациента, а заканчивался больным, который практически не требовал внимания, — ждал перевода в обычное отделение или в реабилитационный центр. Сэм Ньюмен был самым тяжелым и самым сложным больным, так что обход начался с него.

Принимавший Сэма интерн с затуманенными после бессонной ночи глазами выступил вперед. Вокруг столпились студенты, надеявшиеся блеснуть знаниями. Самоуверенный, с иголки одетый фармаколог внимательно следил, чтобы мы от усердия не напортачили с дозировкой антибиотиков, калия или седативных препаратов. Я заняла свое место среди интернов (резидентов первого года обучения) и наших наставников — резидентов второго года. Одеты мы все были одинаково — белые халаты с желтыми воротниками, футболки и мятые хирургические штаны. Наша задача была практически невыполнимой: надо было одновременно слушать анамнез нового пациента, делать назначения, вносить в них исправления, сделанные фармакологом, и пропускать мимо ушей неумолчный шум.

Иногда этот фоновый шум становился единственным, что я слышала. Во-первых, это был странно мелодичный, крещендо — диминуэндо, звук *ду-ду-ду-ду*, издаваемый аппаратом искусственной вентиляции легких, во-вторых, ритмичное стаккато кардиомониторов, в-третьих, вой мощного пылесоса, который, казалось, включали в самые напряженные моменты разговора с родственниками. Оставалось только надеяться, что, несмотря на шум, не пропустишь ничего важного. К тому времени я была врачом полгода и уже забыла, каково это — выслушать целиком анамнез пациента. Вместо этого я научилась составлять для каждого пациента список необходимых дел, с которым буду сверяться в течение всего

дня. Данные о больном (результаты анализов и исследований) заносятся в специальную таблицу, в отдельные ячейки вписывают назначения (обследования, процедуры, лекарства), и моя задача — следить за их выполнением. Исчезли всякие представления о «до» и «после»; оставался только лист назначений и необходимость выполнить все пункты списка, прежде чем уйти домой. Связный анамнез, как и спокойный ночной сон, остались в далеком студенческом прошлом.

Но в тот день я все же слышала слова «28 лет», и в тот же миг шум аппарата ИВЛ, пиликание мониторов и вой пылесоса затихли, исчезли запахи телесных жидкостей, все отошло на задний план. Мы были почти ровесниками. Несмотря на то что коллега-интерн начал повествование лаконичным и сухим медицинским языком, в котором мы поднаторели за лето и осень («Пациенту 28 лет. Год назад на фоне нормального самочувствия отметил развитие отека нижних конечностей»), я впервые после получения диплома слушала анамнез, одновременно воссоздавая для себя историю жизни и болезни этого человека.

Сэм Ньюмен был инвестиционным банкиром. Он много и упорно работал — и однажды стал замечать, что в конце дня у него отекают лодыжки. Сначала он думал, что дело в сидячем образе жизни или алкоголе: работа была напряженной, и вечерами он снимал стресс. Сэм перестал пить пиво и, как только появлялось время, отправлялся на баскетбольную площадку. Но отеки усилились. По ночам Сэм просыпался от удушья, его бросало в пот. Чтобы нормализовать дыхание, ему приходилось садиться. Интерн описал это так: «Отеки нижних конечностей прогрессировали, сопровождаемые ортопноэ». Сэм решил, что это панические атаки, — видимо, слишком нервничает из-за работы. «Как же он был напуган», — подумала я тогда. Приятель сказал Сэму, что тот зря переживает, но на всякий случай посоветовал одного врача. Сэм тянул несколько недель, но в конце концов записался на прием.

Терапевт предположил (как и я на его месте), что у молодого человека действительно стресс, спровоцированный трудной работой. Доктор слушал рассказ Сэма и ободряюще кивал головой. Я легко могу представить, как, покончив с анамнезом, он приставил к груди Сэма фонендоскоп, чтобы выслушать легкие, — рутинный осмотр, просто чтобы удостовериться, что все в полном порядке. Но вместо свободного дыхания, какое следовало ожидать у здорового молодого человека, врач услышал потрескивание, какое бывает при расчесывании волос гребнем. Такой звук возникает, когда альвеолы, крошечные пузырьки в легких, заполняются жидкостью. Выражение лица врача изменилось. Он напрягся и перестал шутить. В кабинете повисла недобрая тишина.

«Откашляйтесь», — попросил терапевт, надеясь, что после этого влажные хрипы исчезнут. Сэм прочистил горло. Теперь и он, сам не зная почему, сильно разнервничался. «Все в порядке, доктор?» Но врач не ответил. Он сосредоточенно выслушивал легкие пациента, потом наклонился и ощупал его лодыжки. Они немного отекли. В другой ситуации врач, скорее всего, и не обратил бы внимания, но теперь этот отек приобрел совершенно иной смысл.

Доктор не стал делиться с Сэмом своими опасениями — не стоило расстраивать молодого человека до получения более полной информации. Сэм и без того так встревожился, что не мог задавать вопросы, ведь он боялся возможных ответов. Разговор был кратким. Врач немедленно направил Сэма на рентгенографию грудной клетки. На снимке легкие были затемнены скопившейся в них жидкостью. Тогда молодому человеку сделали эхокардиографию, УЗИ сердца и выяснили, что оно работает едва ли вполсилы. Доктор позвонил Сэму и сказал, что ему необходимо лечь в больницу. Почувствовав волнение молодого человека, врач решил ободрить пациента. Он предположил, что дело в поразившем сердце вирусе, и если это так, то после лечения Сэм почувствует себя лучше. Сэм

ухватился за эту идею, позвонил своему начальнику и сообщил, что у него какая-то пустяковая инфекция, нужно лишь отлежаться пару дней. Затем он позвонил матери, и, хотя говорил обтекаемо и изложил ситуацию в самых общих чертах, она встревожилась до дрожи в руках и слез. Чтобы успокоить ее, Сэм заверил: тревожиться не о чем, это банальный вирус, скоро ему станет лучше.

Но лучше Сэму не стало. Его выписали из больницы, назначив целую гору лекарств. Мама привезла ему специальную коробочку для таблеток и разложила в ней лекарства на утренние и вечерние. Так прошли две недели. Потом Сэму сделали биопсию. Он лежал на операционном столе, ступни свисали с края, было неудобно, холодно и страшно. Врачи ввели в крупную внутреннюю яремную вену, которая проходит рядом с сонной артерией, катетер, по которому направили более тонкий катетер с крошечными щипцами, чтобы взять кусочек сердечной мышцы и отправить его на исследование патологоанатому. После этого Сэму наконец поставили точный диагноз. Дело было вовсе не в вирусе, и надежд на скорое выздоровление не было. Иммунная система Сэма атаковала собственный организм, и ни одна из таблеток, которые он держал в купленной для него мамой коробочке, ни высокие дозы гормонов, никакие другие назначенные врачами лекарства со всеми их побочными эффектами, которые Сэм безропотно терпел, — боль в животе, онемение конечностей, подверженность инфекциям — ничто не могло остановить болезнь.

Сердце было поражено настолько, что вместо четкого и синхронного ритма камеры сердца начали сокращаться хаотично — это называется приступами желудочковой тахикардии. Врачи назначили огромные дозы лекарств, чтобы утихомирить внутренний шторм, но это не помогло. Тогда в сердце Сэма имплантировали миниатюрный кардиовертер-дефибриллятор — машину, которая мощным электрическим разрядом

прекращает смертельно опасное нарушение сердечного ритма. Когда это произошло в первый раз, Сэму показалось, будто в его груди взорвалась бомба. Потом разряды стали происходить все чаще и чаще, и Сэма направили в нашу больницу, надеясь, что здесь специалисты смогут помочь ему дождаться пересадки сердца. В ночь по приезде дефибриллятор срабатывал в груди Сэма трижды. Это означает, что он три раза мог умереть, если бы не эти электрические разряды.

Мой отец — кардиолог, и в детстве я любила играть с анатомической моделью сердца. Она было очень тяжелой и сложной. Каждую из четырех камер можно было открыть и заглянуть внутрь. Отец научил меня правильно называть все части сердца. Я узнала, как кровь, собранная со всего тела, поступает в правое предсердие, затем через клапан в правый желудочек, потом в легкие, откуда, насытившись кислородом, отправляется в левое предсердие и левый желудочек, после чего цикл повторяется. Много лет спустя в анатомическом классе мы, студенты, извлекали сердца из темниц грудных клеток, поражаясь красоте и фантастической сложности строения этого органа. Однако, стоя в палате Сэма Ньюмена, я понимала, что здесь неуместны красивые метафоры. Все было обыденно и страшно.

Пока мои коллеги, интерны и резиденты, внимательно изучали кардиограмму Сэма, перечисляя нарушения ритма, я поглядела на пациента. Тот потянулся за ноутбуком, лежащим на прикроватном столике. Я ощущала собственное сердцебиение, регулярное и размеренное. Этот молодой человек мог трижды умереть сегодня ночью, но он жив и пытается поймать больничный вай-фай, чтобы выйти в интернет.

Сэм Ньюмен был самым интересным больным нашего отделения интенсивной терапии. «Очень поучительный случай», — в первое же утро сказал мой наставник. Сэм был молод и страдал редким заболеванием в особенно тяжелой форме. Одного этого было достаточно, чтобы стремиться

участвовать даже в самых банальных процедурах обследования и лечения. Но этот молодой человек вызывал у меня страх, и я всячески избегала контактов с ним. Сначала это было легко. Когда мы с другими интернами делили задания, внесенные в лист назначений, я вызывалась брать анализы или сопровождать на разнообразные исследования других больных. Но однажды мой наставник попросил, чтобы я удалила у Сэма катетер из центральной вены. У него началась приступообразная лихорадка; мы не знали, что ее вызвало, но источником инфекции мог оказаться катетер, поэтому его следовало извлечь. В тот день я была интерном, отвечавшим за подобные манипуляции, поэтому удаление катетера поручили мне. Я откладывала процедуру, надеясь, что лихорадка пройдет или пустой квадратик у предписания «Извлечь катетер» сам собой заполнится галочкой. В час дня ячейка все еще была пустой. «Пойду вытащу катетер», — сказала я вслух, ни к кому, в общем-то, не обращаясь. Я взяла желтый халат, который следовало надевать перед процедурами, чтобы предотвратить передачу устойчивых к антибиотикам бактерий от пациента к пациенту, и вошла в палату Сэма.

Я видела его каждое утро на обходах, но осмотры всегда были краткими, а сам больной почти всегда спал или дремал. Сегодня я впервые заговорила с ним. Его лицо отекло, руки покрылись синяками из-за стероидов, которые несколько не помогали в борьбе со взбесившейся иммунной системой. Он был одет в больничную пижаму и компрессионные чулки для профилактики венозного тромбоза. На столе стояли открытки с пожеланиями скорейшего выздоровления.

— Привет, — сказала я. — Меня зовут Даниэла, я интерн. Сегодня я видела вас на обходе, но вы спали.

Сэм что-то печатал и едва отреагировал на приветствие. Я сказала, что следует удалить катетер из центральной вены, потому что он мог стать причиной лихорадки. Сэм неопределенно пожал плечами, что я истолковала как знак согласия.

— Вот что я собираюсь сделать, — начала я объяснять предстоящую процедуру. — Для начала я сниму швы, это может быть немного больно. Потом вытащу катетер и буду прижимать ранку, пока кровотечение не остановится». Да, у Сэма могла быть несколько повышена кровоточивость — жидкость, которую его сердце было неспособно нормально перекачивать, застаивалась в печени, и в результате страдала система свертывания крови. Сэму я этого не сказала, но попросила его помочь мне во время процедуры.

— Когда я буду тянуть катетер, я прошу вас мычать.

Он оторвался от компьютера.

— Мычать?

Я впервые услышала его голос. Он звучал так нормально и обыденно, что мне стало немного не по себе. Я объяснила, что мычанием он увеличит давление в грудной полости. Тогда в момент, когда я уже извлеку катетер, но прежде, чем прикрою отверстие марлевым шариком, вена с большей вероятностью не засосет пузырек воздуха, который может закупорить сердце и убить его вернее всякой болезни.

— Хорошо, — согласился Сэм. — Буду мычать.

Кажется, мое предложение его даже развеселило. Мы просили его выполнять так много разных действий во время врачебных процедур, что моя просьба могла показаться просто милой глупостью. Он закрыл ноутбук и убрал его на столик.

— С этим я, пожалуй, справлюсь.

Я осторожно удалила повязку, прикрывавшую место, где катетер входил в шею. Пинцетом я приподняла швы и срезала их ножницами — один за другим. Я склонилась так низко, что отчетливо слышала дыхание Сэма. От него веяло теплом и немного пахло потом, но не неприятно. Теперь нужно было извлечь катетер. Я привела в горизонтальное положение изголовье кровати.

— Все нормально? — спросила я.

— Угу, — ответил Сэм.

— Раз, два, три, поехали! Начинайте мычать.

— Ммммммммммм...

Я рывком выдернула катетер и закрыла место прокола марлевым шариком. Капля крови стекла на ворот пижамы Сэма. Я вернула изголовье в вертикальное положение, продолжая прижимать марлю.

— Еще пару минут.

За окном шел снег. Зима обещала быть холодной. Мы молчали.

— Как в Сибири, — я указала на окно, за которым снег укрывал белым покрывалом улицы Нью-Йорка.

Сэм повернул ко мне голову и поморщился от боли.

— Простите, — сказала я, — еще немного.

Он отвернулся, чтобы ослабить давление марлевого шарика на шею.

— Знаете, а я ведь однажды побывал в Сибири.

— Правда?

Я продолжала прижимать марлю. В тот раз я, кажется, провела с больным больше времени, чем за всю предыдущую врачебную практику. Сэм рассказал, что пару лет назад с несколькими друзьями пересек всю Россию по Транссибирской магистрали. Они побывали в местах, о которых я даже не слышала.

— Наверное, было очень интересно, — сказала я.

— Так и есть. Просто потрясающе.

— Как здорово увидеть все это.

— Вы есть в «Фейсбуке»? — спросил он. — Я выкладывал фотографии. Добавлю вас в друзья, чтобы открыть доступ.

Я отняла марлевый шарик от шеи Сэма. Кровотечение остановилось. Я наложила на ранку марлю, закрепила ее пластырем и выбросила внутривенный катетер в специальную корзину для биологических отходов. Надо было сказать сестре, что я испачкала кровью пижаму больного.

— Да, я есть в «Фейсбуке», — ответила я. — Всё, катетер удален, пойду скажу медсестре.

Выйдя из палаты, я вздохнула с облегчением. От волнения я даже вспотела, но с чувством выполненного долга заполнила пустой квадратик на листе назначений.

— Все прошло нормально? — спросил мой резидент.

— Конечно, — беспечным тоном ответила я. Удаление катетера нельзя даже назвать процедурой. — Все отлично. Что еще надо сделать?

Когда вечером я вернулась домой и открыла «Фейсбук», меня уже ждал запрос в друзья от Сэма Ньюмена. Поколебавшись, я кликнула «Принять» и перешла на страницу нового друга. Пациент, из центральной вены которого я сегодня днем удалила катетер, был одутловат от жидкости и стероидов, у него был вздутый живот и покрытые синюшными полосами руки и ноги, но с фотографии в соцсети на меня смотрел красивый молодой мужчина, и я сразу вспомнила о баскетболе и пиве. На странице было указано, что он холост, любит «Радиохед»* и Тома Клэнси**. Из больницы он продолжал писать в «Фейсбук». По этим записям можно было подумать, что он госпитализирован с чем-то вроде растяжения связок, но я знала правду.

На следующий день я не заходила в его палату и не сказала коллегам, что мы подружились в «Фейсбуке». Сначала я хотела об этом рассказать, но передумала. Это смахивало на нарушение субординации. Прошла неделя. На обходах мы обсуждали его лихорадку, которая исчезла, а затем появилась снова. В конечном счете оказалось, что внутривенный катетер был ни при чем. Вскоре цикл моего обучения в отделении кардиологической интенсивной терапии закончился, и я перешла в отделение общей кардиологии — очередное звено длинной цепи ротаций в программе обучения интернов. Дни были заполнены до отказа. Я редко вспоминала свой

* Radiohead — британская рок-группа. — *Прим. ред.*

** Томас Клэнси (1947–2013) — американский писатель, автор книг в жанрах технотриллера и альтернативной истории, а также сценариев к ряду компьютерных игр. — *Прим. ред.*

разговор с Сэмом, но иногда по вечерам просматривала его фотографии и читала публикации в «Фейсбуке», не переставая поражаться его оптимизму. После того, как спровоцированное инфекцией воспаление на ноге потребовало хирургического вмешательства, он написал: «Вернулся из операционной, чувствую себя СУПЕРРРР!» Из медицинских записей я знала, что его лихорадка продолжалась, а дефибриллятор срабатывал по нескольку раз в день. Сэм до сих пор ждал пересадки сердца, но ее могло и не случиться. Однажды, приблизительно через месяц после нашего разговора, я получила от него сообщение: «Я уже могу перестать мычать?»

Вариант этой истории: я ответила, дружелюбно, но сдержанно, а на следующий день пошла в ОИТ, чтобы навестить пациента. Наверное, на этот раз мне следовало бы сесть рядом, поговорить с ним подольше, поинтересоваться, где еще он побывал во время своих путешествий, какой была его жизнь до болезни и какой, как он надеется, она будет, если ему сделают пересадку сердца. Наверное, если бы я это сделала, он рассказал бы, каково в 28 лет оказаться в полной неопределенности, в постоянном мучительном ожидании — пересадки, новой инфекции, сообщения в социальной сети. Или все могло быть прозаичнее, и я бы просто немного развеяла его скуку перед полуденным осмотром. Но и этого не случилось. Я начала набирать ответ, но остановилась, сама не знаю почему. Наверное, поняла, что переступаю некую невидимую черту. Может быть, я не хотела, чтобы строки из листа назначений стали реальным человеком. Меня точно не беспокоило, что он мог бы увидеть мои фотографии с друзьями, на которых мы дурачились, примеряли нелепую одежду или пили шампанское из бутылки. Не в этом дело. Думаю, меня остановила недопустимая степень вовлеченности в его жизнь через посты и фотографии. Я отписалась от обновлений его страницы и перестала на нее заходить, опасаясь, что он каким-то образом сможет увидеть там мои следы.

Прошло несколько месяцев. Я перестала думать о нем, но однажды весной по какому-то капризу зашла на его страницу в «Фейсбуке». Фотографии и записи, которые я помнила наизусть, сменились десятками соболезнований. Я прочитала их все. Потом я вошла в электронный архив больницы, прекрасно понимая, что там найду. После того, как закончился цикл нашего обучения в ОИТ, сердечный ритм пациента наладился, и его перевели в кардиологическое отделение. Но сердечная недостаточность нарастала. Отказали почки, и Сэму назначили регулярный гемодиализ. В конце концов, когда стало ясно, что по состоянию здоровья он не перенесет операцию по пересадке сердца, а без нее он точно умрет, родители и врачи сказали: «Хватит».

Сэм умер. Однако его сообщение в моих входящих все еще ждет ответа. Я снова просмотрела его профиль, не зная, как долго хранится аккаунт после смерти пользователя, а потом выключила компьютер и пошла спать.

Весна закончилась, пришло лето. Я стала резидентом и отвечала за группу интернов. Я приспособилась к ритму жизни больницы, привыкла смотреть на пациентов как на списки в листах назначений, чему меня так долго и упорно учили. Я объясняла интернам, как правильно укладывать больных во время рентгенологических исследований, как брать кровь из тончайших вен на кисти и стопе. Я учила их дожидаться подтверждения от страховой, прежде чем вводить антибиотик амбулаторным больным (эти минуты на телефоне казались вечностью), и разговаривать с напуганными родственниками наших пациентов. Я казалась себе кем-то вроде авиадиспетчера, образцом эффективности, когда отвечала на телефонные звонки и оценивала данные лабораторных анализов. О главных целях работы я не задумывалась, памятуя, что наша задача — сохранить жизнь больного до его выписки. Прощание обычно было кратким — мы писали краткий эпикриз или, если реа-

нимационные мероприятия оказывались неэффективны, констатировали смерть. Времени на философские размышления у нас не было. Что говорить, времени едва хватало на уборку палаты до поступления нового пациента.

Время от времени я вспоминала о том оставшемся без ответа сообщении в «Фейсбуке» — во время предрассветных занятий на беговой дорожке или в полудреме между сном и явью. Я даже рассказала эту историю нескольким далеким от медицины друзьям — с тем же подтекстом «как странно все устроено в больнице», с каким описывала один из этапов констатации смерти: марлевым шариком прикасаются к роговице, чтобы удостовериться, что человек не моргает. Но что-то в этой дружбе в «Фейсбуке» все еще тревожило меня, не давало покоя. И однажды поздним вечером, после долгого дежурства, я решила написать об этом. Я изменила имя и диагноз пациента, но все остальное описала как есть. История была закончена тем же вечером, и я была очень удивлена и горда, когда ее опубликовали в разделе «Жизнь» газеты «Нью-Йорк Таймс» весной моего второго года в резиденуре. Через несколько дней меня вызвали к руководству больницы.

В тот день я была на дежурстве и, чтобы не тратить время в случае срочного вызова, решила не переодеваться, отправившись на встречу прямо в операционной форме. Я впервые попала на административный этаж и медленно шла по коридору, глядя на обшитые дубовыми панелями стены и удивляясь чистоте и тишине, особенно в сравнении с запахами и постоянным шумом ОИТ всего несколькими этажами выше.

Секретарь с аккуратной прической и в строгом костюме проводила меня в нужный кабинет, где я уселась за большой деревянный стол. До этого я не слишком задумывалась, зачем меня вызвали. Только сидя в этом кабинете, немного замерзнув в своей медицинской одежде и ощущая ее неуместность,

я поняла, что сильно нервничаю. Я уже готовилась получить дисциплинарное взыскание за то, что приняла запрос в друзья от пациента. После публикации я получила много негативных отзывов. Люди писали, что я черствый человек, отказавший в ответе смертельно больному человеку, и ужасный врач. Некоторые предлагали мне уйти из медицины или хотя бы сменить специальность, например стать патологоанатомом, так как он меньше общается с больными. Эти выпады меня не обижали, но я беспокоилась, что моя заметка могла расстроить родителей Сэма. Пожалуй, я поступила неправильно, присвоив историю о моменте, который я разделила с их сыном. От этих мыслей у меня заболел живот. На столе стоял контейнер с жевательными конфетами, я повернула ручку, и полдюжины драже высыпалось в мою ладонь. Я посмотрела на часы: интересно, долго еще это продлится?

Через секунду в кабинет вошел заместитель директора, высокий мужчина в стереотипно безупречном костюме. Мы поговорили о моей резидентуре, о прекрасной погоде — еще не наступила изматывающая жара. Я съела пару липких конфеток, таявших в моей руке. Наконец администратор перешел к истории с «Фейсбуком». Теперь руководству больницы придется думать, допустима ли дружба в социальной сети между пациентом и врачом. Причем я не только приняла запрос в друзья, но и заглянула в историю болезни пациента, почерпнув защищенные конфиденциальные сведения, — надо заметить, когда уже не занималась лечением больного. Это было бы объяснимо, если бы я, например, собирала данные для клинического исследования, но даже в этом случае следовало получить соответствующее разрешение. Мной же двигало исключительно любопытство. Это, конечно, не повод для серьезного дисциплинарного взыскания, но само мое действие вызвало некоторое недоумение руководства. В конце разговора он выразил надежду, что когда я соберусь публиковать следующую историю, — а он

надеется, я продолжу писать (я кивнула), — то предварительно согласую содержание с администрацией больницы (я продолжала кивать).

Его слова были справедливы. Я приняла запрос в друзья и действительно отследила перевод пациента из ОИТ в кардиологию и обратно, пользуясь электронной историей болезни. Я хотела знать, что с ним произошло. Тогда я не задумывалась о своих мотивах, но теперь, сидя в кабинете заместителя директора, чувствовала себя неловко. С моей стороны это было чистое, ничем не прикрытое любопытство, и я пересекла черту. По окончании цикла обучения в ОИТ, когда пациент оказался вне сферы моей ответственности, видимо, должен был исчезнуть и мой интерес к нему.

Еще в университете я прошла курс так называемой нарративной, или повествовательной, медицины. В основе курса лежит убеждение в том, что знание личных историй наших пациентов, понимание смысла опыта болезни и выздоровления в контексте жизни человека и его взаимоотношений с другими людьми поможет нам стать лучше как врачи. Мы ходили на экскурсию в Метрополитен-музей, где смотрели на такие произведения искусства, как картина «Смерть Сократа» и античная мраморная статуя раненого воина, в надежде, что созерцание страданий углубит наше понимание ощущений больного человека. Эта идея мне нравится. До поступления на медицинский факультет я работала репортером, освещающим вопросы здравоохранения. Хороший журналист всегда рассказывает историю со связным сюжетом, и мне казалось вполне естественным вплести историю пациента в мои действия по его лечению. Пока мы бродили по залам музея, я неопределенно — как в импрессионистской живописи — представляла себя сопровождающей пациента на его пути к выздоровлению как проводник и друг. Однако по окончании экскурсии мы не размышляли о страданиях, а отправились в ближайший бар опрокинуть по стопке виски. На следующий день в лекци-

онном зале, слегка помятые и сонные, мы в шутку обвиняли нарративную медицину в своем похмелье.

Но втайне я считала, что в этом что-то есть. Может быть, не требовалось посещать Метрополитен-музей, чтобы поразмышлять об этом, но мне и самой хотелось стать таким врачом, который прежде всего видит в пациенте человека и в своих действиях использует не только разум, но и эмпатию. Я всегда буду задаваться вопросами о страхах и надеждах больных. Я никогда не стану назначать лекарство или выполнять даже самую несущественную процедуру, пока не объясню пациенту смысл моих действий. Я никогда силой не прижму руку пациента к кровати, чтобы взять из его вены кровь. Я не подойду к больному, когда он использует судно по назначению, и не стану — даже извинившись — выслушивать его легкие, если он в туалете. Пообещав больному зайти днем, я никогда не забуду об этом и не приду только на следующий день.

Но в реальной жизни все оказалось иначе. Я делала все это, и не один раз. Казалось, что работа резидента заключалась в том, чтобы как можно быстрее выполнить задачу и не тормозить процесс, задавая слишком много вопросов. Чтобы успешно совмещать работу и получение информации, следовало приспособиться к системе, которая требовала эффективности, часто за счет пропуска личной истории пациентов. Перейдя из студенческой аудитории в больницу, я узнала, что социальный анамнез — выяснение условий жизни больного, его окружения, наличия собаки, пристрастия к наркотикам или особенностей работы — хоть и может быть интересен, но, в общем-то, не необходим. К середине первого года резидентуры я начала копировать социальный анамнез из предыдущих записей в истории болезни, порой даже не вчитываясь в слова, всякий раз, когда торопилась или была слишком усталой, то есть почти всегда. Надоедало задавать одни и те же вопросы снова и снова. Да и насколько значимы для меня могли быть ответы, если моя роль естественным

образом заканчивалась, как только больные покидали ОИТ или кабинет амбулаторного приема?

В администрации меня отчитали, во-первых, за нарушение границ, когда я приняла запрос в «Фейсбуке», а во-вторых, за желание узнать, что произошло с пациентом потом. Я извинилась. Мне стало стыдно за мое любопытство, которое в тот момент мне самой показалось недостойным. Я не должна заглядывать в историю болезни пациента, если перестала его лечить и нести за него ответственность. Впрочем, едва ли у меня останется на это время — в ОИТ всегда есть чем заняться. Как раз в этот момент раздался пронзительный сигнал моего пейджера, оторвавший меня от раздумий. «Прошу меня извинить, — я кивнула на пейджер. — Мне надо идти». В ОИТ поступил новый пациент, которым мне предстояло заняться. Я повесила на шею фонендоскоп, взяла папку с историями болезни и вышла из кабинета, не оглядываясь.

Десять процентов

Я уже несколько месяцев проходила специализацию по интенсивной терапии, ради чего переехала из Нью-Йорка в Бостон, когда одним субботним днем пришла на подработку в отделении респираторной интенсивной терапии (ОРИТ) в Массачусетской больнице общего профиля. Здесь мне должны были платить \$80 в час за работу с пациентами, выписанными из отделения интенсивной терапии, но полностью не восстановившимися. Обычно эти больные не могут дышать самостоятельно, и их приходится держать на аппарате искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Такие пациенты подвержены инфекциям, часто бредят, возбужденное состояние сменяется затишьем. Достаточно «стабильные», чтобы не нуждаться в постоянном наблюдении, но слишком больные для перевода в общее отделение или дом инвалидов, эти пациенты оказываются в этом специальном подразделении больницы, где проводят недели или месяцы. Я считаю это место настоящим чистилищем. Но у меня оставались свободными выходные, а получая зарплату резидента, я научилась не слишком привередничать с подработками, особенно если работать можно было днем, а не ночью.

На моем попечении было десять больных. Один из них, 75-летний мужчина по имени Джордж О'Брайен, находился

в больнице почти год. В отделение интенсивной терапии он поступил с тяжелой инфекцией, спровоцировавшей падение артериального давления, что в конце концов привело к отказу почек. Повторные пневмонии, вызванные устойчивыми к антибиотикам штаммами бактерий, истощили его легкие настолько, что пациент утратил способность самостоятельно дышать. Согласно истории болезни, за два месяца до этого был единственный день, когда он был близок к выписке. Какие-то незначительные нарушения состояния задержали перевод в отделение реабилитации, где согласились еще сутки поддержать для него койку. Но на следующий день ухудшилась функция почек и резко снизился гемоглобин, и пациент остался в своей палате в ОИТ. После этого, как мне представляется теперь, окно возможностей для него захлопнулось навсегда. Прошло более 300 дней, а мистер О'Брайен оставался в больнице без надежды когда-либо ее покинуть.

Я ознакомилась с историей болезни, и почти год жизни человека спрессовался для меня в несколько абзацев и короткий список инфекций и антибиотиков. Я перечитала показатели жизненных функций мистера О'Брайена и направилась в его палату, чтобы начать утренний обход. На двери висело предупреждение «карантин», так как больной страдал диареей, вызванной микроорганизмом *Clostridium difficile* — особо заразной инфекцией, часто свирепствующей в больницах и домах инвалидов. Я надела желтый противоэпидемический комплект, бахилы, натянула пару фиолетовых перчаток. Теперь я могла войти в палату. Мистер О'Брайен лежал так неподвижно, что сначала я не поняла, жив ли он. Все признаки человека были налицо — руки, ноги, туловище, голова, но все это было лишено чего-то неуловимого, но важного — жизненной силы. Глаза были полузакрыты, а грудь поднималась и опускалась в такт работе аппарата ИВЛ. Ноги отекали, из мелких волдырей на голених сочилась желтоватая жидкость. В палате пахло тальком, антисептиками и телесными выделениями.

Когда я приложила к его груди холодный фонендоскоп, мистер О'Брайен не шевельнулся. Только склонившись над пациентом, я заметила его жену, тихо сидевшую на стуле в углу палаты. Ну, конечно, она была здесь. Я слышала, что и она живет в больнице последние 300 дней. Это была высокая, худая женщина, чьи одежда и кожа потускнели под стать цвету стен в палате. Она молча следила за тем, как я осматриваю ее мужа.

— Доброе утро, мистер О'Брайен, — громко произнесла я с фальшивой бодростью. Он никак не отреагировал на мое приветствие. — Мистер О'Брайен? — повторила я, потрепав его по плечу. Однако месяцы тяжелой болезни и несколько микроинсультов лишили пациента сознания. Я согнула его руку, и больной поморщился. («Реагирует на боль», — запишу я в истории болезни.)

Я вздрогнула, услышав голос жены.

— Какие у него сегодня показатели крови, доктор? — отрывисто спросила она. Наверное, мне надо было поговорить с ней, спросить, как она жила с мужем до того, как он попал в эту палату, но я работала там первый день, а женщина была явно не настроена разговаривать. Хорошо, что я заранее посмотрела все данные и могла ответить на вопрос.

— Гемоглобин ниже, чем вчера, — сказала женщина, взяла ручку, блокнот, куда она вносила лабораторные данные мужа и записала мой ответ. Что-то неуловимое в этой фразе удивило меня и заставило ощутить неясную вину. Я ненадолго надавила пальцем на голень пациента, чтобы оценить толщину отека. Когда я убрала руку, на этом месте осталось углубление. Жена внимательно смотрела на меня.

— Ему нужно переливание крови, доктор?

Переливание было не нужно; хоть гемоглобин и понизился — может быть, из-за забора крови на анализы, — но не настолько, чтобы переливать кровь.

— Как у него сегодня работают почки, доктор?
