

Глава 1

ВОСКРЕШЕНИЕ — НАША ПРОФЕССИЯ

Люди нашей профессии изменили у человечества отношение к смерти. До появления реаниматологов к тем, кто уходил в мир иной, вызывали священников, и они просто благословляли умирающих перейти грань между жизнью и смертью. Это была дорога в один конец. Теперь к умирающему вызывают нас. Приезжает скорая, проводится реанимация, и человек иногда возвращается.

Меня всегда впечатлял жизненный путь космонавта Георгия Берегового. Он начинал летать перед войной на фанерном биплане По-2, а всего через какие-то 30 лет совершил полет в космос на «Союзе-3».

В реаниматологии произошел примерно такой же прорыв. В 1952 году в издательстве «Медгиз» вышел учебник фармакологии академика Николая Вершинина. Он был обязателен всем врачам. И предписывал для снятия шока вводить подкожно коньяк. Такая вот была реанимация!

В 90-е годы аппарат искусственной вентиляции легких имел лишь две ручки и два индикатора: один показывал давление, другой — поток кислорода. А сегодня пульт управления такого аппарата сравним с кабиной истребителя: 10–15 ручек, а на дисплей выводятся 60–80 показателей. Разница примерно такая же, как между По-2 и «Союзом-3». А врач-реаниматолог — как пилот, он одновременно отслеживает 6–8 таких аппаратов.

Раньше, когда я готовил молодых ординаторов и проводил для них занятие по устройству респиратора РО-6 (Респиратор объемный, шестой), оно длилось полтора часа, и то последние 20 минут я не знал, о чем говорить. Сегодня я провожу для ординаторов три двухчасовых занятия по устройству аппарата искусственной вентиляции легких, и им все равно не хватает этого времени для усвоения материала. Еще пару десятилетий назад многие поражения легких были почти фатальны. Старые аппараты не позволяли обеспечивать больному искусственную вентиляцию легких дольше трех суток — после этого наступали серьезные осложнения. А сегодня мы сохраняем легкие и через месяц после подключения пациента к аппарату ИВЛ. Есть уже интеллектуальные системы, которые сами анализируют состояние больного и подбирают наилучший режим подачи в его организм кислорода и выведения углекислоты.

С каждым годом к нам везут все больше больных и все меньше из них умирает. С 1992 года, когда я при-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

шел работать в отделение реанимации НИИ имени Джанелидзе, летальность в реанимациях значительно сократилась — с 20 до 15 процентов. И только профессионал знает, чего стоит каждый отвоеванный у смерти процент.

Раньше язвенники годами не жили, а мучились изжогой и болями. В 1992 году у нас ни одно ночное дежурство не обходилось без операции, связанной с перфорацией язвы (*крайняя степень язвенной болезни, когда у человека уже образовалась дырка в желудке.* — Ред.). Теперь, благодаря появлению нескольких новых эффективных лекарств, таких больных очень мало.

В 90-е годы инсульт был приговором. Если после него человек вообще выживал, то становился глубоким инвалидом. Сейчас сотни больных за год уходят от нас на своих ногах. Современные технологии диагностики и лечения, если успеть вовремя их применить, позволяют восстановить мозговое кровообращение до того, как значительная часть мозга инсультника умрет, и во многих случаях человеку инвалидизация даже не грозит.

Мы все чаще оживляем людей с остановившимся сердцем.

В свое время я учился в мединституте на кардиолога. Наш курс в 1992 году был первым, кому отменили распределение. Казалось бы, вот она свобода — устраивайся куда хочешь. И мы носились по городу с высунутыми языками в поисках работы, а нас никуда не брали. И скоро я понял, что кардиологи в городе не нужны. Причем перед словом «не нужны» хотелось вставить еще одно, нецензурное ме-

ждометие. И это при том, что я из медицинской семьи (бабушка когда-то была главврачом Мариинской больницы, которая раньше называлась больницей имени Куйбышева), были какие-то знакомства, связи. Но такое общее настроение царило в обществе — никто никому был не нужен. Потому что год моего выпуска совпал с распадом СССР; в целом наш выпуск 1992 года напоминал пассажиров «Титаника» после встречи с айсбергом. Поэтому я ухватился за первую попавшуюся вакансию — реаниматолога в НИИ имени Джанелидзе. И за последующие три десятилетия ни разу об этом не сожалел.

Реаниматолог — это человек, стоящий на грани. Его взгляд обострен. Из реанимации многое вокруг видится иначе. И даже время для нас течет по-другому. Эта книга о здоровье и болезнях, о врачах и пациентах, о жизни и смерти.

Неизвестные болезни

Я закончил «Первый мед» Петербурга и до сих пор продолжаю полагать, что это — лучший медицинский вуз страны. Я хорошо учился, особенно на последних двух курсах, когда пошли клинические дисциплины. У меня были почти сплошные пятерки и вроде бы приличные знания. И вот я, гордый выпускник лучшего вуза, пришел работать в реанимацию НИИ скорой помощи имени Джанелидзе. И на первом же обходе у меня случился стресс. Мне пока-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

зывают больных и называют диагнозы, а я их не знаю! Никогда даже не слышал про такие болезни! Почему-то в институте нам не говорили про синдром Мэллори — Вейсса (*разрывы слизистой пищевода при упорной рвоте*. — Ред.). Я понимаю, есть редкие болезни — одна на миллион. А тут во время обхода у одного, второго, третьего пациента «неизвестная болезнь» — это потрясающие ощущения. У нас в институте из программы обучения как-то выпала нейрохирургия. А в реанимации НИИ имени Джанелидзе у каждого третьего — черепно-мозговая травма. Приходилось подчищать пробелы в знаниях.

Были и другие удивительные моменты. Например, в институте я был уверен, что если больной умер по неизвестной причине, то патологоанатом после вскрытия обязательно вам ее назовет. Меня ждало большое разочарование. Оказывается, больной, трудный и непонятный при жизни, может оказаться таким же трудным и непонятным и после смерти. Далеко не всегда болезни сопровождаются изменениями внутренних органов. А патологоанатомы тоже нередко разводят руками.

Правило «золотого часа»

Время для реаниматолога — самый дорогой ресурс. Существует правило «золотого часа». Организм человека в момент сильной травмы переживает шок. В этом состоянии у него нарушено кровоснабжение мозга, легких, по-

чек, желудочно-кишечного тракта. Большинство наших пациентов умирают от тромбозов или кровотечений. Но если человек после получения опасной для жизни травмы будет доставлен в больницу в течение часа, есть хорошие шансы его спасти. Если же эвакуация длилась дольше, то процессы в его организме примут необратимый характер. И тогда пусть нам даже удастся в первый момент стабилизировать какие-то жизненные параметры, все равно велика вероятность, что больной через неделю умрет от осложнений, от развития почечной недостаточности и т. д.

В течение первого часа его гораздо легче стабилизировать, особенно при инфаркте и инсульте. Их причина (в большинстве случаев) — тромб. Не позднее чем через 20 минут после доставки больного ему надо сделать компьютерную томографию, определить место тромба. Затем с помощью катетера зайти в нужный сосуд и быстро удалить этот тромб — зацепить его специальной ловушкой и восстановить кровообращение. Сегодня мы убираем у наших больных очень много тромбов. Ну а если имеем дело с внутренним кровотечением, наоборот, точно также с помощью катетера затыкаем сосуды.

Врачи и время

Время для реаниматолога очень насыщено. Когда одна наша ученица (которая теперь уже замечательный доктор) однажды, учась в ординатуре, сказала, что у нее

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

изменилось ощущение времени, я попросил ее не волноваться — просто она становится одной из нас. На это она мне заметила, что мой ответ, как из фильмов про вампиров.

Да, для нас время течет по-другому. На этой работе в сутках не 24 часа, а 1440 минут. Для нас болтать по телефону 20 минут — совершеннейшее безумие. Потому что всего за 3 минуты человек может умереть. Или за эти же 3 минуты мы можем успеть его подхватить и не дать умереть. 3 минуты для реаниматолога — вечность. За 5 минут развивается тот уровень гипоксии (нехватки кислорода), который становится необратимым. За 5 минут ты, спасая человека с гипоксией, три раза успеваешь вспотеть, у тебя пульс молотит, давление — 140. А когда ты его спас и тебя отпустило, ты смотришь на часы и видишь — прошло всего-то 2 минуты и 45 секунд. А тебе показалось, что ты прожил маленькую жизнь.

Такая насыщенность событий делает ощущение времени другим еще и тогда, когда ты оборачиваешься назад. Декабрь 2017-го, вспышка гриппа H1N1, тяжелые пневмонии. Прошло всего-то три года, а кажется, что это было вообще в прошлой жизни. С тех пор были и теракт в петербургском метро, и коронавирус, и еще тысяча других событий. Кажется, что грипп уже был в прошлой жизни.

Поскольку потерянное время очень сказывается на результатах нашей работы, мы и в водители ре-

нимационных машин стараемся отбирать не только высококлассных шоферов, но и людей определенного склада. Мы их называем «шумахерами» (*Михаэль Шумахер — известный гонщик «Формулы-1».* — Ред.). Я периодически езжу с нашими водителями. Это можно сравнить с катанием на очень крутых каруселях. Если наш реанимобиль пробивается через пробку, то 5 минут езды на нем бодрят лучше, чем термос выпитого кофе. Очень выручают вертолеты. С их помощью к нам доставляют больных из других регионов и с мест ДТП на Кольцевой автодороге, куда машинам скорой помощи не подъехать. Мы принимаем в среднем пять бортов в неделю.

Кого спасать тяжелее всего

В НИИ имени Джанелидзе сегодня насчитывается одно подразделение анестезиологии и 8 реанимаций: две хирургических разного профиля, кардиохирургическая, нейрореанимация, кардиореанимация, отделение тяжелого сепсиса, токсикологический и ожоговый центры.

Тяжелее всего работать в тех отделениях, где чаще умирают люди. Как бы мы профессионально не деформировались, смерть человека — это всегда стресс. Са-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

мые стрессовые реанимации в этом смысле — ожоговый центр и отделение тяжелого сепсиса. И там, и там летальность заведомо высока — около 30 процентов.

Раньше сепсис назывался заражением крови. Но сегодня мы понимаем, что это не только инфекция, но и дефекты иммунитета человека.

У пациентов этого отделения в организме произошла какая-то катастрофа. Очагом сепсиса может стать перфорировавший желудок, воспалившаяся поджелудочная железа или даже содранная заусеница на пальце. Но человек уже не жалуется на больное место, с которого все началось. Воспаление захватывает не локальный участок, а весь организм. Мы собираем таких больных со всего Петербурга.

А с ожогами к нам эвакуируют пострадавших со всего Северо-Запада — из Пскова, Новгорода, Мурманска. Когда был пожар в клубе «Хромая лошадь» в Перми, массово везли и оттуда. Наш Ожоговый центр очень хорошо оснащен. Например, для пациентов с обожженной спиной установлены такие кровати, где они как бы плавают в невесомости — в специальном мелкодисперсном песке, продуваемом воздухом... Но психологически там работать, пожалуй, тяжелее всего. Привезли больного, у которого поражено 80 процентов кожи. Он с тобой разговаривает. У него ничего не болит (поскольку все, что могло болеть, уже сторело). А ты знаешь, что его уже не спасти и через 2–3 суток этот человек, скорее всего, умрет.

Острые отравления

В НИИ Джанелидзе действует Городской центр по лечению отравлений. Это — токсикология, это наука о ядах и противоядиях. На мой взгляд, изумительная, увлекательнейшая наука! Отравления бывают самые разные — и угарным газом от работающего автомобильного двигателя, и вдыханием паров лакокрасочных изделий, и от укусов змей, скорпионов и каракуртов (есть любители держать у себя дома индийских кобр; помню сюжет рассказа Артура Конан-Дойля «Пестрая лента» — мне всегда было интересно, знают ли об этом соседи). Психически нездоровые пациенты при помощи таблеток и средств бытовой химии пытаются свести счеты с жизнью — это тоже токсикология. А специальность токсиколога довольно редкая — во всей стране их около 200 человек в системе Министерства здравоохранения.

И все-таки, приходя на обходы в токсикологическую реанимацию, я чувствую досаду. Вот лежит рабочий — он вдохнул что-то ядовитое не по своей вине, это нарушение техники безопасности на производстве; вот лежит пожилой человек — он съел таблетки. Но гораздо больше, чем следует, — это явный дефект ухода за ним и косвенный признак его «брошенности». Психиатрический пациент пытался покончить с собой — он не виноват, это болезнь. Все перечисленные — это процентов 30. Остальные — взрослые, дееспособные, осознанно принимавшие наркотики, суррогаты алкоголя или сам

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

алкоголь в почти смертельных дозах. Да, врачебная этика предписывает нам одинаково относиться и к несчастной старушке, сбитой на тротуаре водителем-наркоманом, и к самому этому наркоману, переборщившему с дозой. Такие принципы врачебной этики абсолютно справедливы и правильны — по крайней мере с точки зрения наркомана и его родственников. А с точки зрения старушки? Не могу не завершить цитатой моего любимого поэта Михаила Светлова:

Товарищ! Певец наступлений и пушек,
Ваятель красный человеческих статуи,
Прости меня! — я жалею старушек,
Но это — единственный мой недостаток.

Реаниматологи — универсальные солдаты

Сегодня многие приходят в медицину для того, чтобы стать узкими специалистами, а мы в реанимации, наоборот, применяем мультидисциплинарный подход. У нас, конечно, работает команда врачей различных специальностей, но при этом каждый наш реаниматолог и анестезиолог должен быть и универсальным солдатом. Потому что есть дежурства по выходным и если что-то происходит, например в ночь с пятницы на понедельник, дежурному врачу приходится принимать важные решения самому. Какова бы ни была твоя специа-

лизация, ты должен уметь разобраться с ритмом сердца, остановить кровотечение или убрать гной.

Ежедневно к нам привозят по скорой около 200 больных. У нас 108 реанимационных коек. Для сравнения: в других крупнейших больницах Петербурга — по 60—80. На эти 108 коек у нас приходится 90 врачей и 160 медсестер. Много это или мало? Если вдруг попытаться привести наш штат к нормам, рекомендованным приказом Минздрава, то придется набрать еще 426 человек. Их даже разместить и переодеть будет негде. На одну ставку у нас никто не работает. В основном на полторы. Больше нельзя по закону. Есть старый анекдот, объясняющий почему в медицине все работают именно на полторы ставки. Потому что на одну есть нечего, а на две некогда.

В годы моей юности многие молодые врачи хотели попасть на работу в реанимацию, чтобы проявлять героизм. Но здесь, как и в армии, никакого подвига быть не должно. Потому что подвиг одного человека — это всегда следствие просчета другого. Я преподаю и по опыту знаю: из 8 студентов, которые приходят на кафедру учиться на анестезиолога-реаниматолога, 2—3 неизбежно отсеются, потому что эта профессия не для них. В ней, как и во многих других профессиях, у человека должна быть голова на плечах. Но даже очень умные и толковые врачи от нас уходили. Потому что они были «свободными художниками», а реанимация — командный вид человеческой деятельности. Поскольку здесь счет идет именно на минуты, от персонала требуется су-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

ровая внутренняя дисциплина и слаженность действий. Когда меня спрашивают, какими качествами должен обладать врач-реаниматолог, я отвечаю: качествами воина, пахаря и первопроходца. Плюс интеллект и много-много учебы. Ничего особенного, все это достигается упражнением.

Коллеги, наблюдавшие со стороны за нашей работой с вновь привезенным больным, бывали поражены: «Ты ничего не сказал, только руку поднял, а медсестра тебе уже в нее что-то вкладывает».

У нас есть система оповещения: во время чрезвычайных ситуаций дежурный обзванивает врачей, у которых в этот день выходной, те приезжают и формируют дополнительные бригады. Но когда в 2017 году в петербургском метро случился теракт, мы даже не успели никого оповестить. Все свободные врачи сами приехали, услышав о произошедшем по радио.

Врачи-спринтеры и врачи-стайеры

Помимо военной терминологии к реаниматологам можно применить и спортивную. Я бы разделил их на стайеров и спринтеров. Стайер придет в нейротравматологию, спринтер — в токсикологию. Именно в последнюю сегодня стремится попасть молодежь, и текучка там минимальная. Одно время я по этому поводу немало недоумевал. Представляете, какой в Токсиколо-

гическом центре контингент больных! Среди них есть, конечно, 20—30 процентов случайно отравившихся, но остальные — алкоголики и наркоманы — сами себя отравили, зачастую не будучи в здравом уме. Я спросил об этом феномене заведующего Токсикологическим центром. И он объяснил мне его так.

Помимо всех зарплат и социальных статусов, каждый врач хочет видеть плоды своего труда. А в Токсикологическом центре результат лечения очень наглядный. Отравление быстро развивается, но и быстро проходит. Уже через 2—3 дня большинство пациентов выздоравливают.

Также быстро можно восстановить человека после травмы, шока, кровопотери. И совсем другое дело черепно-мозговая травма, когда только острый период длится 2—3 недели и ты еще к концу этого срока не понимаешь, вылечил ты больного или нет, а потом его еще надо восстанавливать месяц. Или заражения крови, которые приходится лечить 2—3 недели.

Врачи-стайеры — это те, кто готов долго ждать результатов своего труда, а может быть, и вообще их не дожидаться. Врачи-спринтеры хотят получать удовлетворение от работы как можно быстрее.

В терапии чувства завершенности лечения гораздо меньше. Там пациент может прийти с хронической болезнью, его немного подлечат — астматик задышит, у сердечника исчезнут отеки, и он уйдет чуть менее больным, но все равно больным. И еще не раз потом к врачу вернется.

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

В любом случае для человека очень важны результаты труда. Если он делает бессмысленную работу, то смыслом его работы становятся деньги. И тогда человек перенастраивает свою философию: если деньги — моя конечная цель, то уже не важно, что я делаю для их зарабатывания. Это очень опасно. Если таких людей в стране станет критически много, то, в концов концов, мы можем построить общество, где все будут делать ничего.

У нас все серьезнее, чем в американском сериале

При том, что реаниматологи — частые герои фильмов и сериалов, мало где люди нашей профессии и работа реанимации показаны правдоподобно. Мой друг говорил: если в американском фильме советский офицер-подводник не ходит в милицейской фуражке — это уже большой успех Голливуда. Примерно то же самое и с фильмами про врачей. Даже если это трагическое кино, все равно смотреть его очень смешно. В одном из старейших учреждений Петербурга снимался эпизод какого-то фильма. Про любовь. Главный герой умирает, врачи его пытаются реанимировать, и ничего не получается. Но приходит девушка и поцелуем его оживляет. Моего друга и коллегу пригласили на этот эпизод консультантом. Он поглядел, как актеры играют реаниматологов, и сказал: «Отойдите, я лучше сам. Над нами

смеяться будут». Его спросили: «Почему? Мы же снимаем не про вашу больницу». Он ответил: «Потому что мы старейшее учреждение. Даже эти стены многим врачам знакомы, и я не могу позволить, чтобы в них такое происходило».

Помню, как после выхода сериала «Склифосовский» на одной конференции все смеялись над ребятами из «Склифа», а они краснели и оправдывались, мы, дескать, тут ни при чем.

Более или менее адекватен старый американский сериал «Скорая помощь», но его сценарий написан врачом. Правда, он сам признавался, что сгустил краски, преувеличил интенсивность работы — убрал паузы и сделал нарезку. В каждой серии один день сжат до 40 минут. С учетом такого сжатия в нашем институте, когда за день поступает около 200 больных, можно снять кино и покруче. Особенно про то время, когда я начал работать, — про 90-е годы.

Что я изменил бы в обучении медиков

Подготовка врачей кадров — исключительно важное дело. Есть ряд прогрессивных идей, которые не были приняты в мире, но мне очень нравятся. К сожалению, я не помню фамилию американского профессора-медика, который предлагал, на мой взгляд, гениальную идею. Но она и в США не прижилась, и у нас не звучит. Этот врач говорил, что первые два курса в медицинском вузе должны препода-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

вать практикующие врачи. То есть теоретическим дисциплинам должны учить практики. Например, анатомию может преподавать хирург, и это будет изумительно интересно. Он же не просто продемонстрирует анатомию руки, но и расскажет, как он пулю из нее доставал. Биохимию должен давать специалист из лаборатории. А физиологию, я уверен, должны преподавать мы, реаниматологи. Мы ее лучше всех знаем.

От преподавателей теоретических дисциплин должно пахнуть порохом и кровью. Тогда у молодежи глаза будут гореть. Если реализовать эту гениальную идею, в подготовке врачебных кадров будет большой прорыв.

Глава 2

ПАЦИЕНТЫ КАК ДЕТИ МАЛЫЕ

Пациенты-бандиты

Я писал эту книгу во время пандемии коронавируса. Меня часто спрашивают, бывало ли в моей медицинской практике что-то более опасное. Бывало. Что-то опасное происходило в начале 1990-х годов. Когда мы из мирного советского времени вошли в период бандитизма и стрельбы. Вошли в войну — внутреннюю, гражданскую. Надо смотреть правде в глаза: 1990-е — это гражданская война. В 1970-х годах в Ленинграде огнестрельное ранение случалось от силы три раза в год. Выросло поколение врачей, редко видевших ножевые ранения и практически никогда — минно-взрывную травму. И вдруг все это обрушилось на страну. Тогда, в 1990-е, нас, конечно, очень выручали военные медики — те, что прошли Афганистан. Они знали, что такое огнестрельное ранение живо-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

та. Гражданские хирурги не были виноваты в том, что не знают — они просто такого не видели.

Типичный пациент 90-х: три промиле алкоголя в крови, доза наркотиков и пистолет за поясом. Нам часто привозили раненых, а их «братаны» приходили их охранять. Бывало, они так переживали за больного, что, приняв наркотики, засыпали где-нибудь в коридоре. Иногда забывали у нас свое оружие.

Порой не сразу удавалось понять, чего «братан» хочет. Приходит такой посетитель, называет фамилию больного и говорит: «Доктор, мы очень волнуемся». Ты рассказываешь ему: «Да, привезли такого, у него черепно-мозговая травма, есть угроза для жизни. Сейчас нейрохирурги будут удалять гематому. Мы делаем все, чтобы его спасти». А посетитель: «Нет, доктор, вы меня не поняли. На нем цепочка была золотая. Мы волнуемся, не пропала ли».

Однажды к нам в реанимацию попал крестный отец местной группировки. Его братва самые дефицитные лекарства доставала за считанные минуты. Как доставала — второй вопрос. Его спасли, хотя шансов на это было мало — нам, врачам, объясняли, что наши шансы на выживание такие же, как у него.

Нам повезло, что мы пережили смутное время молодыми, задорными, дерзкими. Нам было лет по 25–32. Если смутное время приходится на более раннюю пору — лет на 18–20, то оно будет способствовать деформации твоего характера и личности. Если на 25–32, то для мужчины это как в армию сходить — то же самое, что кочевать на тачанке с батькой Махно и одновремен-

но его лечить, перевязывать. А вот после 45 лет мне бы уже не хотелось это все повторять.

В 90-е годы попадались не только интересные пациенты, но и интересные санитары. Раздевают привезенного коммерсанта, а у него из карманов «зелень» сыплется. А потом читаем в квитанции о принятых вещах: «Куртка кожаная грязная, брюки, запачканные кровью, один доллар США». Но это было чревато — могла приехать братва и потребовать финансового отчета. От таких санитаров мы, конечно, избавлялись. Набирали новых. Но там же, где и предыдущих, на улице. На Западе санитары — это так называемые «технишн» — специально подготовленные люди, прошедшие определенный отбор, сдавшие зачеты. Они зарабатывают небольшие деньги, но вполне приличные для людей без образования. А у нас еще лет 10 назад санитаром был человек с улицы. Зарплата маленькая, никто не хотел на такую идти. Выручали жители области, которые приезжали утром на электричке, и, отдежурив сутки, возвращались домой. Сейчас младший медпресонал все-таки проходит какие-то курсы. Пусть и формальные пока, но все равно дело сдвинулось с мертвой точки.

Пациенты-бизнесмены

Помимо бандитов в 90-е годы появилась еще одна категория пациентов и их друзей, которых раньше не было, — бизнесмены. По сегодняшним меркам, как

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

правило, довольно мелкие. Бизнесмен 90-х — очень маленькое, но безумно амбициозное и смешное существо. Человеку, заработавшему первую тысячу долларов, кажется, что сейчас он купит весь этот мир (но пока не покупает, ждет, когда акции подрастут). Диалог с мелким смешным бизнесменом у меня был всегда примерно один и тот же — стандартный. Он приходил и говорил:

— Здесь лежит мой братан (друг, родственник — нужное подчеркнуть). Доктор, сделайте, чтобы все с ним было хорошо.

— Давайте уточним, что значит, все хорошо, чтобы я понимал. Вы хотите, чтобы было, как в Америке?

— Да, точно. Как в Америке.

— Нет проблем. Первые четыре недели лечения черепно-мозговых травм — 72 тысячи долларов (так тогда было в США).

После этого следовала немая сцена. Надо было выдержать драматическую паузу (все по Станиславскому), пока до бизнесмена доходил смысл сказанного и он произносил правильную фразу:

— Но доктор, мы же с вами не в Америке.

— Знаете, мне очень приятно общаться с умным человеком, — говорил я. — А то некоторые не понимают, что мы не в Америке, и ждут от нас американских результатов.

После этого надувшийся от собственной значимости бизнесмен тут же сдувался, как воздушный шарик, и уплывал по больничному коридору.

Если же мелкий бизнесмен сам выступал в роли пациента, как правило, подвыпившего, и давал понять, что может купить больницу, то у моих коллег — врачей скорой помощи — была традиция возить их в больницу имени Красина. Она находилась между Ириновским проспектом и шоссе Революции. Очень старая, развалившаяся. Было ощущение, что она понемногу уходит под землю. Бизнесменов возили туда исключительно из гуманных соображений — такую больницу, как больница Красина, было гораздо проще купить по остаточной стоимости, чем какой-нибудь современный оснащенный «тысячник», да и полуразрушенной больнице Красина было бы весьма полезно, чтобы ее купил новоявленный меценат. К сожалению, однако, больницу имени Красина никто так и не купил.

Пациенты-чиновники

С некоторых пор появилась еще одна интересная категория пациентов — чиновники. Если выбирать между ними и бизнесменами, я бы предпочел бизнесменов. Когда лечишь крупного чиновника, ты всегда ему должен за то, что он доставил тебе счастье его лечить. Бизнесмен иногда поблагодарит, чиновник, который скажет «спасибо» — исключение. Выздоровливая, он начинает капризничать. Чиновник может сказать: «Вот в прошлом году я ездил на спа-курорт. Там лечебные

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

процедуры были не такие болезненные». Но у нас не спа-салон, а реанимация. У нас возникает много неприятных моментов. Даже укол — это больно. Чиновник может остаться недоволен. Я не говорю про всех — встречались и вполне адекватные люди. Я про некоего усредненного чиновничьего представителя. Бизнесмены тоже разные бывают, но в целом они как-то получше, особенно крупные.

Пациенты-силовики

Бывали среди наших пациентов и люди из правоохранительных органов, которых тоже удавалось спасти. Только без дорогих препаратов. В 90-е годы с ними тоже иногда случались инциденты. Одному нашему врачу, например, руку сломали. Но в то время сотрудники милиции могли не сильно отличаться от бандитов. А если говорить о нынешней ситуации, то пациенты в погонах на порядок отличаются в лучшую сторону от пациентов без погон. Полицейские, военные, прокуроры все-таки приучены к дисциплине, самоорганизации. Они люди системы, в которой просто так в любые руки оружие не дают. В этой системе человеку объясняют, что не может командовать тот, кто не умеет подчиняться. Общаться с людьми в погонах нам, врачам, намного проще. Они с порога угрожать не будут. Не начнут разговор со слов: «Я прокурор и всех вас посажу».

Консилиум призраков

Много хлопот доставляли и доставляют пациенты-алкоголики. Сегодня уровень алкоголизации в обществе снижается. Мы это видим. Количество алкоголиков среди пациентов нашего Токсикологического центра сокращается. А тогда, в начале 90-х годов, во времена «паленки» и спирта «Рояль», когда чуть ли не каждое второе предприятие разливало водку, реанимация была переполнена неадекватными людьми. Это рождало массу происшествий. В том числе и курьезных.

Отдельной психиатрической службы в нашей клинике тогда не существовало. Не было специального отделения, куда можно было укладывать таких больных. Поэтому неадекватного пациента могли отказаться забрать из реанимации в отделение. А еще были спорные случаи — то ли он адекватен, то ли нет. Если это пациент с черепно-мозговой травмой, таких мы у себя в реанимации однозначно оставляли, потому что с ними много чего могло случиться. Но поступали и люди с нарушением ориентации в пространстве и времени на почве употребления алкоголя. Вот с ними возникали проблемы. Описываю реальную ситуацию: у нас лежит стабильный мужчина лет 45, водитель грузовика, как сейчас помню, после операции язвы желудка (раньше таких пациентов было очень много). С ним все нормально, его нужно увозить из реанимации, чтобы освободить место для другого тяжелого больного. Ведь места в реанимации — на вес золота. Подхожу к нему: «Анали-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

зы у вас неплохие, можно переводить на отделение». Он радуется: «Да, доктор, конечно, хочу на отделение. Мне у вас здесь все понравилось. Особенно пингвин, который в углу сидит и глазами зыркает. Но я же понимаю, что это фотоэлементы!» Стоп! «Только этого не хватало!» — думаю я. А мы уже вызвали персонал из хирургического отделения, куда водителя грузовика должны были переводить. Я тут же прокручиваю у себя в голове дальнейшее развитие событий. За ним сейчас придет, он заговорит о пингвине, и санитары из хирургического отделения откажутся его забирать. Меня это очень пугает, потому что уже заканчивается операция и на место шофера надо класть другого больного. Я спрашиваю тогда: «Вы сейчас пингвина видите?» — «Да». «Я тоже его вижу, — говорю я. — Но рассказывать о нем никому нельзя. Если скажете, вас объявят сумасшедшим, поставят на учет и лишат водительских прав». Для водителя грузовика лишение прав — катастрофа. Поэтому он прислушался к моим словам. За ним приехали санитары из хирургического отделения, стали перекладывать его на каталку. Он им улыбается. Он по-прежнему на позитиве. Но украдкой показывает мне глазами в угол, где сидит пингвин, и подносит палец ко рту. Показывает, что помнит наш уговор.

А осенью 1994 года я наблюдал самый уникальный случай уважительного отношения к врачам. У нас лежала женщина лет сорока. Она была в состоянии белой горячки. Общалась с галлюцинациями, которые ее окружали. Среди этих призраков были ее родные,

знакомые. Кого-то она отправляла за пивом, кого-то, видимо, из тех, кто помладше, воспитывала, у кого-то спрашивала советов. И в этот момент начинается обход. В палату вместе со мной входят два профессора Военно-медицинской академии, заведующие отделениями — солидные уважаемые люди. Эта женщина увидела нас, обвела взглядом все свои галлюцинации и сказала: «У меня сейчас консилиум. Все вон отсюда». Она проводила их взглядом, потом повернулась к нам и сказала: «Видите, что творится. У меня только что закончился свой консилиум». Такого уважения к медикам я больше не встречал и вряд ли когда-либо встречу. Человек выгнал свои галлюцинации из-за прихода врачей!

Правильная стратегия выздоровления

В поведении больных есть две крайних противоположности — полный уход даже в пустяковую болезнь и полное отрицание болезни.

Первые, как правило, лежат с томным взглядом, говорят тихим голосом. Такое поведение в основном ориентировано на окружающих — чтобы пожалели. Этим людям, видимо, в обычной жизни до болезни не хватало тепла, ласки, внимания, и они ухватываются за болезнь, как за средство получить недополученное в обычной здоровой жизни. Следующая стадия в их поведении:

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

если болезнь не приходит, я ее вызову и все равно получу то, чего мне недодали.

А есть те, кто вообще отрицает болезнь. Им вечно на работу надо. Реальная история: мой друг звонит мне с температурой 39 градусов, он задыхается, у него коронавирус. Звонит и просит меня: «Подскажи, как закрыть больничный, я на работе нужен». Я ему говорю: «Тебе не больничный надо закрывать, а вызывать скорую и ехать в больницу — ту, где могут дать кислород».

И тот, и другой тип поведения вредны. Но отрицание болезни опаснее. Самая эффективная психологическая стратегия выздоровления — это настрой на победу и сотрудничество с врачом.

Дружите с врачом, а не с болезнью

Еще Гиппократ говорил: есть трое — врач, пациент и болезнь. Если двое объединяются, они всегда побеждают третьего. Если пациент объединяется с врачом, то он борется. А если он теряет веру, то быстро угасает. Не всегда происходит именно так, но большая доля правды в этом есть. Были случаи, когда пациенты проявляли волю и мужество. От работы с ними получаешь большое удовлетворение.

У человека, который хочет выздороветь, должно быть понимание, что врач — его союзник и они воюют вместе. Должен быть оптимистичный настрой: мы победим, как бы ни было трудно. И должна быть воля. В каких-то слу-

чаях больному надо три дня полежать, а в каких-то, наоборот, сесть и посидеть, потому что хватит лежать (конечно, предварительно посоветовавшись с врачом). Это требует волевых усилий.

Синдром взрослого ребенка

Есть такой предмет «медицинская психология». На мой взгляд он не совсем правильно преподается в медицинских вузах. Нам рассказывали о психологии больных на 2-м или 3-м курсе, когда мы их еще в глаза не видели. Правильнее было бы читать этот предмет на 5-м курсе, когда студенты уже ходят из одной больницы в другую. Ну и еще гораздо серьезнее надо бы психологию преподавать. По крайней мере, серьезнее, чем было в наше время (не знаю, как это происходит сейчас).

Я нигде в учебниках по медицинской психологии не встречал того, о чем сейчас расскажу. Это мое собственное наблюдение, основанное на личном опыте и довольно большой практике. Я считаю, что, заболев, человек психологически переключается с программы «взрослый» на программу «ребенок».

Чем ребенок отличается от взрослого (если, конечно, его жизнь не протекает в экстремальных условиях — где-нибудь в Африке, где не хватает еды и воды)? Жизнь ребенка беззаботна. За него обо всем думают родители. Ребенок может принимать решения, но не отвечает за

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

их последствия. Взросление — это, собственно, переход к самостоятельному управлению собой и принятию ответственности за последствия своих решений.

Так вот, когда наступает болезнь, особенно если это происходит внезапно, и человек не успевает адаптироваться от режима здоровья к режиму болезни, он пугается. И превращается в ребенка. Ему страшно принимать какие-то решения — например, ехать в больницу или нет. Его надо уговаривать. «Давай сделаем укол?» — «Нет». Ребенку в такой ситуации надо дать конфетку, игрушку. Если есть такая возможность, врач это и делает. Но бывают острые ситуации, когда уговаривать некогда.

Привезли человека с желудочным кровотечением. Мы это видим по характерным клиническим признакам — рвота кровью или содержимым цвета «кофейной гущи», черного цвета стул, бледная холодная кожа, снижение давления. Картина достаточно типичная. Но чтобы найти источник кровотечения, ему нужно сделать гастроскопию или, как говорят обыватели, проглотить кишку. И я вас уверяю, сегодня в 80–90 процентов ситуаций этой кишкой все и решается. Пациенту не нужно резать живот, отрезать желудок, как делали раньше при язвенных кровотечениях. Но гастроскопию надо провести вовремя. Потому что пациент теряет кровь, а это конечный ресурс (у мужчины 70 миллилитров на килограмм массы тела, у женщины — 65), который убывает. И без согласия больного мы не можем дать ему проглотить эту кишку. Он взрослый человек. Но говорит: «Нет, не буду глотать — мне страшно». Ему можно сказать, что мы сдела-

ем обезболивающий укол, он будет в полудреме и ничего не почувствует. А если все-таки откажется? Что делать? Просто смотреть, как он умирает? Или совершать над ним насилие? Вызвать четырех санитаров, привязать его и что-то делать против его воли? Но насилие над человеком жестко регламентируется нашими законами. Теоретически можно было бы прибегнуть к психиатрическим препаратам. Психофармакология — великая дисциплина. Сегодня абсолютно не нужно работать в гестапо и кого-то пытаться. Сломать сознание и волю человека можно в любую нужную сторону этими препаратами. Но мы не имеем права это делать без медицинских показаний. В данном случае их нет, и если человек отказывается глотать кишку, остается один выход: воздействовать на него чисто психологически — беседой.

Если пациент юридически взрослый, а психологически у него в голове что-то щелкнуло и он переключился в регистр «ребенок», доктор должен научиться без медикаментозных и физических воздействий переключать этот тумблер в обратную сторону. Вот это как раз серьезный пробел в обучении студентов-медиков.

Есть разные психологические приемы. Например, такой — очень хороший, хотя и жесткий. Врач возвращает пациента в реальность, предлагая ему подписать бумагу-согласие, в которой говорится, что если он не проглотит кишку, то через два часа может умереть. Пожалуйста, он — свободный человек свободной страны, который сам решает свою судьбу. Имеет право не лечиться и умереть. В этой ситуации человек уже не может оставаться ребен-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

ком. Он будет вынужден сам свой тумблер переключить. И я вас уверяю, в 99 случаях из 100 пациент, нахмутив брови, будет смотреть на врача секунд 30–40, а потом скажет: «Ну, хорошо, давайте сделаем вашу гастроскопию, раз так дело обернулось». Это простой пример. С такими случаями мы сталкиваемся едва ли не каждый день. Очень важно, чтобы об этой особенности человеческого поведения знали не только врачи, но и все остальные. Например, читатели этой книги. Моя книга для здоровых. Но все здоровые когда-нибудь заболевают, и они должны быть готовы к болезни психологически. Должны уметь свое поведение контролировать и понимать, что врач действует ему на благо. Сейчас, увы, наши люди часто этого не понимают. Русский человек мелочиться не любит. Если ему в какой-нибудь больнице вкололи в попу болезненный укол, он будет жаловаться. И жалобу напишет не главврачу больницы, а на имя президента.

Родственники пациентов

В 90-е годы, когда я пришел работать в НИИ скорой помощи, со страной происходили стремительные перемены. И сегодня я имею возможность сравнивать то, что было, с тем, что стало. Если эффективность лекарств и методов лечения, качество аппаратуры улучшились, то «качество» людей ухудшилось. Это очень хорошо заметно на родственниках пациентов.

Дарю социологам прекрасную модель. Стоит очередь куда-нибудь — поставьте там скрытую камеру и снимайте весь день. Вы увидите, что каждые восемь из десяти человек стоят спокойно, а двое хотят пролезть без очереди. Так же и с нашими пациентами, и их родственниками. Восемь нормальных, а двое нет. Но эти двое могут испортить врачу весь день.

Сегодня, если доктор выходит на беседу с родственниками больных в приемном покое, то двое из десяти обязательно будут ему откровенно хамить. Но самое прискорбное даже не в этом — хамы были и в советское время. Хуже всего то, что остальные восемь нормальных родственников ничего этим двоим не скажут. В СССР такого бы не было. Хамов обязательно бы остановили, одернули, поставили на место. Советское общество было с чувством локтя и коллективной ответственностью; это было здоровое общество. Мое убеждение: 90-е годы и были устроены для того, чтобы люди утратили чувство коллективной ответственности, чтобы сидели и молчали. Кто-то ворует, лезет без очереди — а все сидят и молчат. Если сунешься — можешь получить пулю. То же самое и в приемном покое. Большинство людей хорошие, но когда они видят подонка, молчат. Индивидуализм приводит именно к этому. В 90-е годы, когда общество перевели в режим потребления, коллективизм был утрачен, а самое главное, вместе с ним утрачен оказался и здравый смысл. В Великом Новгороде врачи скорой помощи устраивали пикеты. Одним из их требований было обеспечить дежурные бригады новыми

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

машинами (старые выработали свой ресурс и вот-вот грозили развалиться). При этом население города никак не поддержало врачей. Но давайте зададим себе простой вопрос: кому больше нужны новые машины скорой — населению или докторам?

Был и другой скандал: под Екатеринбургом в Нижнем Тагиле вдруг решили уволиться все хирурги. У них была низкая зарплата, к ним предъявлялись какие-то претензии. У людей накопело. Они дошли до какой-то точки и решили уволиться. Это тоже очень интересный пример. Обыватели любят нам говорить: не нравится — увольняйтесь! И несколько нижнетагильских хирургов (всего трое, но это все, кто был в той больнице), услышав рекомендации обывателей, взяли и написали заявления об увольнении. Для справки читателям сообщаю, что для поддержания круглосуточного дежурства необходимо как минимум 4,75 ставки специалиста. Сразу скандал, сразу истерика! Почему? Вы же сами рекомендовали им уволиться. В чем проблема? Значит, когда вы советуете врачам увольняться, вы уверены, что они не последуют вашему совету? А представьте себе на мгновение, что такое иногда случается. До этого момента всем было наплевать, сколько получают хирурги. А сегодня у обывателей случилась истерика: они завтра уволятся, и мы останемся без хирургической помощи. Но что мешало просчитать на один ход вперед и поддержать этих людей, выйти на митинг? Обычно на это возражают: «Ну нельзя же чуть что — сразу на митинг». Почему нельзя? За Химкинский лес вон ведь

как общественность бурлила! Почему бурлила? Деревца жалко! А врачей вам, господа из гражданского общества, когда-нибудь было жалко? Хирург лечит, он каждый день спасает чьи-то жизни. Нужно иметь совсем немного ума и воображения, чтобы понять, что «чьи-то» — это именно ваши!

Если речь заходит о тяжелом положении врачей, остальные граждане сегодня обычно рассуждают так: «Это не моя проблема, сами сделайте, чтобы у вас было нормальное оборудование, нормальная зарплата, а я уж приеду к вам и, так и быть, полечусь. Я ведь плачу на логи». Пока мы не изменим вот такую общественную позицию, ничего не только в медицине, но и в стране по-настоящему не наладится.

Проверенное средство — звонок министру

В любой больнице родственники приходят на беседы с лечащими докторами в специально отведенные для этого приемные часы. При этом нередко повторяется одна и та же ситуация. Ты честно рассказываешь родственникам о ходе лечения пациента, о его самочувствии, прощаешься. А дальше начинается что-то гротескное, но, к сожалению, типичное. Раздаются звонки. Звонит бывшая жена моего школьного друга. Звонит главврач соседней поликлиники. Звонит ува-

Истории реаниматолога из «петербургского Склифа»

жаемый профессор медицинского вуза. Все звонят, чтобы узнать состояние того самого больного. Оказывается, вот те родственники, которые приходят к тебе каждый день в 12 часов, и ты все им рассказываешь, почему-то считают, что ты что-то от них утаил. И пытаются дознаться правды разными способами. Но если я говорю напрямую родственникам о больном все, как есть, то, пройдя через нескольких человек, информация может исказиться. Как в детской игре «испорченный телефон». Сравнивая сведения из разных источников, родственники могут подумать, что здесь что-то не так! Это порождает конфликты.

Второй вариант действий родственников — попытка повлиять на процесс выздоровления больного через демонстрацию врачу своих связей. Я называю этот способ «звонком министру рыбного хозяйства». Если человек не знаком с министром здравоохранения, но знаком с министром рыбного хозяйства, он обязательно ему позвонит. Для того, чтобы тот позвонил министру здравоохранения. А уже он в свою очередь — в комитет здравоохранения Петербурга. Сам его председатель, наверное, не будет звонить лично мне. А вот его заместитель может (мы знакомы, у него есть номер моего телефона). Я встану по стойке смирно и доложу о состоянии больного. Он передаст мои слова председателю комитета, тот — министру здравоохранения, он — министру рыбного хозяйства и т. д.

Для чего это делается? Для того, чтобы я понял, что пациент не простой, а со связями на самом верху. То

есть на как бы крыше их как бы автомобиля установлена как бы мигалка. Наверное, родственники думают, что после этого я испугаюсь, и если до этого плохо лечил больного, то теперь после звонка из Кремля, ФСБ, ЦРУ (Центральное ревизионное управление РФ, чтобы вы плохого обо мне не подумали) начну лечить хорошо. На мой взгляд, это грани безумия. Эти люди не понимают, что врач лечит в меру своих способностей, знаний, опыта и навыков. Лечить хорошо для любого врача — это нормальное состояние. А лечить плохо для него трудно — надо перестроиться.

С другой стороны, если эти люди, звонящие в Минрыбхоза, привыкли делать что-то качественно только под угрозой административной расправы — тогда все логично, ибо всем нам свойственно судить о других по себе...

Однажды мы на двух машинах приехали из Петербурга в другой город, чтобы забрать там двух пациентов из местной реанимации. Они были действительно очень тяжелые. Нуждались в немедленной транспортировке в НИИ имени Джанелидзе, их жизни угрожала опасность. Но в местной больнице был и третий больной. В совершенно стабильном состоянии, он даже не находился в реанимации и в транспортировке в Петербург не нуждался. Но рядом с ним была его мама. Она настаивала на перевозке. Из ее уст прозвучала чудовищная по своей нелепости фраза: «А у меня знакомые на 1-м канале российского телевидения». Я сделал удивленное лицо и сказал: «Никогда не знал,