

Н. А. МАГАЗАНИК

**ДИАГНОСТИКА
БЕЗ АНАЛИЗОВ
И
ВРАЧЕВАНИЕ
БЕЗ ЛЕКАРСТВ**

Переработанное и значительно дополненное издание

*Учиться и не размышлять – напрасно
терять время; размышлять и не учиться
– губительно.*

Конфуций (551 – 479 до н.э.)

*Я предпочитаю размышлять в тех
случаях, когда другие ограничиваются
чтением, и меня больше заботит быть
в согласии с истиной, чем с остальными
авторами.*

Томас Сиденхэм (1624–1689)

Москва
Издательство
КВОРУМ

УДК 616-01

ББК 54.1

Р 85

Магазаник Н. А. Диагностика без анализов и врачевание без лекарств. Переработанное и значительно дополненное. – М.: Издательство КВОРУМ, 2014. – 354 с.

ISBN 978-5-904750-18-3

Эта книга показывает, что уже во время первой встречи с больным, когда врач пользуется только расспросом, осмотром, пальпацией, перкуссией и аускультацией, можно диагностировать болезнь в подавляющем большинстве случаев. Вдобавок, умелое проведение этой встречи вызывает у больного доверие и симпатию к врачу. Каждый больной нуждается не только в лекарстве или в операции, но и в моральной поддержке. Автор дает подробные советы, как поступать, чтобы не только выяснить диагноз, но и успокоить тревогу больного, заразить его своим оптимизмом и вдохнуть надежду на благоприятный исход лечения. В результате лечение начинается еще до того, как больной получит рецепт и направления на анализы.

В отличие от обычных учебников пропедевтики, автор излагает только те признаки, получаемые с помощью перкуссии, аускультации и пальпации, которые оказались в его собственной практике наиболее полезными. Подробно изложены приемы пальпации сердца, крупных сосудов и живота, чему обычно уделяют мало внимания. Представлена дифференциальная диагностика одышки, болей в области сердца и болей в области живота, а также алгоритмы диагностики пневмонии и недостаточности сердца, которые позволяют решить диагностическую проблему непосредственно у постели больного без ЭКГ, рентгена и прочих вспомогательных методов. Более половины книги посвящено психологическим проблемам, которые часто возникают у любого врача. Специальные главы рассматривают общение с больным, потерявшим надежду на излечение; с больным обреченным (умирающим); с высокопоставленным (VIP) пациентом; с заболевшим врачом; с больным, который по той или иной причине вызывает антипатию у врача и т.п. Изложены практические советы, как завоевать расположение и доверие больного; как добиться, чтобы тот старательно выполнял все врачебные предписания; как проникнуть во внутренний, духовный мир больного для того, чтобы понять, какая помощь нужна ему на самом деле. Особое внимание уделено психологической оценке личности больного. Это позволяет увидеть, какие элементы сложной, нередко запутанной клинической картины являются невротическими наслоениями, а какие вызваны органическими причинами. Такой подход помогает врачу увидеть не только болезнь, но и самого человека, который просит о помощи. Множество личных наблюдений автора показывают, как применять на практике лозунг «Лечить не болезнь, а больного». Изложены многолетние размышления автора о том, что такое диагноз, и какую роль он играет в лечебном процессе. Много места уделено простейшим психотерапевтическим приемам, которые позволяют врачу благоприятно воздействовать на больного человека и усилить эффективность лекарственного лечения.

Автор намеренно избрал стиль дружеской беседы старого доктора с молодыми врачами, чтобы заинтересовать читателя и облегчить усвоение материала.

По сравнению с опубликованной издательством Ньюдиамед в 2011 г. книгой под тем же названием, предлагаемый вариант включает 20 совершенно новых глав (всего в книге 42 главы, вместо прежних 22); некоторые из прежних глав переработаны коренным образом (например, «Диагноз, болезнь и больной») или исправлены и значительно дополнены.

© Н.А.Магазаник

© Издательство КВОРУМ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие автора.....	5
Предисловие проф. А. С. Тиганова.....	9
Как расспрашивать больного.....	10
«Слушайте и внемлите...».....	18
Целебное прикосновение.....	27
Кашель.....	36
Одышка.....	40
Физикальное исследование легких.....	46
Диагностика пневмонии.....	56
Vis medicatrix naturae.....	61
Физикальное исследование сердца.....	70
Диагностика заболеваний сердца.....	79
Боли в животе.....	90
Пальпация живота.....	99
Ярмарка диет или суета сует.....	116
Психологическая оценка больного.....	124
Диагноз, болезнь и больной.....	137
Шутка Вольтера.....	151
По другую сторону баррикады.....	160
Два эксперта.....	167
«Наука умеет много гитик».....	174
Похвальное слово участковому врачу.....	179
Искренность и оптимизм.....	188
Пессимизм как фактор риска.....	200
Трудный больной.....	206
Врач как больной.....	209
Высокопоставленный пациент.....	215
Обреченный больной.....	222
«Каждый солдат должен понимать свой маневр».....	233
«Лекарства не помогают тем больным, которые не принимают их».....	238
За что ценят врача?.....	242
Искусство не навредить больному.....	253
Здравый смысл и доказательная медицина.....	259
Естественная история болезни.....	269
Гипертония на белый халат.....	274
Медицина патерналистская и медицина оборонительная.....	279
Перелетные птицы.....	284
Уверенность врача как лечебный фактор.....	288
Врач как лекарство.....	252
«...И всегда облегчать страдание...».....	298
О культуре врача.....	305
О психотерапии.....	309
Рассказ Чехова, или о психотерапии по переписке.....	321
Наука и искусство в медицине.....	337
Что значит, «Лечить не болезнь, а больного»?.....	344
Отзывы о книге.....	351

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

Есть давний афоризм: «Если больному не становится лучше после первой встречи с врачом, значит, это плохой врач». Молодому доктору это нравоучение нередко кажется отжившим свой век и не имеющим отношения к современной медицине. Может, в древности, когда врачи имели в своем распоряжении только клистиры, припарки, банки, микстуры и кровопускание, им, в сущности, ничего другого и не оставалось, как только подбадривать и утешать своих пациентов. Теперь же, когда у нас есть антибиотики, инсулин и другие чудодейственные лекарства, не говоря уже о пейсмейкерах, стентах или о всемогуществе хирургии, больного надо просто лечить, а не утешать! И в самом деле, что может сделать врач во время своей первой встречи с больным? Ну, разве что, расспросить его и назначить обследования. Ведь даже если он сразу выпишет какой-нибудь рецепт, то всё равно больной еще не купил это лекарство, и, значит, лечение не начато!

Но вот совсем недавно, в 1996 году знаменитый американский кардиолог Бернард Лаун рассказал забавный эпизод из своей практики в книге «Утерянное искусство врачевания» (есть русский перевод 1998 г.).

Несколько лет назад у меня работала молоденькая секретарша, которая однажды не выдержала и спросила меня о том, что мучило ее на протяжении долгого времени.

— Доктор Лаун, вы даете своим пациентам травку?

— Что?! — воскликнул я в полном изумлении.

— Марихуану, травку? — повторила она.

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

— Люди выходят из вашего кабинета в таком приподнятом настроении, словно парят по воздуху.

Если они не из нашего города, то почти всегда спрашивают, какой ресторан Бостона считается самым лучшим, так как хотят отпраздновать свой визит к вам.

Выходит, что вышеупомянутая фраза - это не докучливое замшелое нравоучение, а просто констатация *повседневного* медицинского факта!

Так что же такое особенное умеет делать хороший врач, что больному становится лучше уже при первой встрече с ним, еще до всех обследований и уж тем более до начала лечения?

Когда студент медик, обложившись толстыми учебниками, старательно штудирует всевозможные болезни, у него невольно создается впечатление, что болезнь – это что-то отдельное от человека: болезнь сама по себе, а человек сам по себе. Поэтому, когда он становится врачом, то нередко он видит перед собой не больного, а только его болезнь: камень в желчном пузыре, затромбированную артерию сердца, воспаленный аппендикс и т.д. Правда, на заднем плане смутно виднеются контуры какой-то человеческой фигуры с руками, ногами и головой, но это к делу не относится. Какая разница, кем является носитель болезни – есть ли у него семья, или он одинок, работает ли он, или его недавно отправили на пенсию, зажиточен ли он, или с трудом сводит концы с концами, уравновешенный ли у него характер или же он трусливый паникёр? Ведь всё равно, тромб останется тромбом, пневмония – пневмонией и аппендицит – аппендицитом. Обладатель новенького врачебного диплома твердо знает, какие анализы нужны, чтобы подтвердить предположение о болезни, и какие лекарства или опера-

ции лучше всего пригодны для лечения этой болезни. Ему кажется, что больше ничего и не нужно, чтобы называться профессионалом.

На самом же деле к врачу приходит не камень в желчном пузыре и не тромб в сосуде, а человек. И страдает также не камень и не тромб, а человек. Страдает же он не только от болей. Он вдруг осознает свою беспомощность и одиночество перед непонятными силами, нарушившими его благополучие. Его пугают эти новые неприятные ощущения. Растревожненное воображение рисует ему мрачные картины будущего – потерю трудоспособности, инвалидность, а то и смерть. Растерянность и паника – плохие помощники в любой борьбе, тем более в борьбе за жизнь. Вот почему больной нуждается не только в медикаментах, но и в моральной помощи. Поддержку такого рода нередко оказывают родные и близкие пациента, успокаивая и приободряя его. Но ведь у них нет медицинских знаний, и потому их уверения, что всё обойдется, не очень-то убедительны. Напротив, слова профессионала авторитетны, им невольно хочется верить, они убеждают и вызывают надежду. Это благотворное психологическое воздействие врача на больного невозможно заменить никаким другим медикаментом.

Но если молодой врач полагает, что для этого достаточно покровительственно улыбнуться и сказать уверенным тоном: «Да не волнуйтесь Вы! Ничего страшного, мы Вам поможем!», то он жестоко ошибается. Скорее всего, больной в ответ на это подумает: «Что за самоуверенный хвостун! Ведь он даже не понимает, какая беда обрушилась на меня, и как я страдаю! Нет, не будет от него толку. Хоть бы он меня потом профессору показал...».

Хороший врач редко пользуется этими штампованными фразами. Но зато он всегда поступает так, что больной сам убеждается и собственными глазами видит, что перед ним тот доктор, который обязательно поможет. Вот почему он безо всяких уговоров начинает успокаиваться и приободряется. Он уже верит каждому слову своего врача и готов выполнять все его назначения и советы. Как же возникает этот благотворный эффект?

Первое и главное – больной сразу чувствует, что доктор приветлив, относится к нему не как к надоедливому очередному просителю, а как к человеку, попавшему в беду. Он видит сочувствие и желание помочь. А то, что доктор так подробно расспрашивает о его жалобах и интересуется деталями его жизни, доказывает ему, что доктор и вправду внимателен и знает свое дело. Ведь больные инстинктивно знают ту простую и великую истину, что львиную долю всех сведений, которые нужны для выяснения диагноза, можно получить уже при добросовестном расспросе больного. Затем хороший врач непременно приступает к так называемому физикальному обследованию больного (осмотр, перкуссия, аускультация и пальпация). Делает это он потому, что твердо знает на основании своего громадного опыта, что эти простые методы дают в совокупности не меньше, а то и больше, чем любой самый сложный и дорогостоящий инструмент. Так, исследование, проведенное в Англии, показало, что 75 процентов информации, необходимой для правильной постановки диагноза, можно получить из истории болезни (анамнеза), 10% — по результатам физикального обследования, 5% — по данным простейших анализов, 5% — по результатам дорогостоящих инвазивных процедур, а оставшиеся 5 процентов информации поступают неизвестно каким образом (цитирую по упомянутой книге Лауна). Это подтверждает и недавнее исследование в США. Анализ серьезных диагностических ошибок в амбулаторной практике обнаружил, что они возникали, **главным образом** (79%), еще на этапе непосредственного общения врача и больного, то есть при сборании анамнеза и проведении физикального обследования (*JAMA Intern Med.* 2013;173(6):418-425).

Но физикальное обследование имеет не только диагностическую ценность. В это время врач входит в непосредственный, телесный контакт с больным, и тот буквально своей кожей ощущает, что попал не на прием к чиновнику с медицинским дипломом, который копает-

ся в каких-то бумажках и справках, а в умелые, надежные, хорошие руки. Сосредоточенное внимание, с которым врач выполняет эти свои манипуляции, показывает, что он старается добиться что-то очень важное для диагноза и лечения. Всё это производит на больного глубокое впечатление и преисполняет его надеждой.

Уже в результате такого расспроса и физикального обследования у доктора обычно создается довольно ясное мнение о болезни, которой страдает его пациент. Пусть это мнение надо еще подтвердить или уточнить с помощью различных лабораторных и инструментальных исследований. Но всё-таки теперь доктор действительно может высказать больному свое предварительное суждение уверенно и честно. И больной уже доверяет ему, ибо он убедился в его добросовестности и внимании. А если врач обладает к тому же искусством общения с больным человеком, то теперь он сможет провести эту начальную беседу в духе искренности и оптимизма и вдохнуть в больного бодрость и надежду. А разве это не является залогом успешного лечения? Да оно, в сущности, уже началось, хотя доктор ещё не успел выписать не только ни одного рецепта, но и даже ни одного направления на анализы!

Один американский врач шутливо пожаловался: «Для больных написано множество книг и брошюр на тему, что делать до прихода врача; но как мало книг для врачей, что делать до прихода анализов» (New Engl. J. Med. 1985, Vol. 312, No 21, P. 1396). Мне давно хотелось написать именно такую книгу, тем более, что особенности моей профессиональной карьеры могли способствовать этому. С одной стороны, многие годы я учился и работал в крупных больницах Москвы и Израиля и потому прошел отличную клиническую школу. Затем мне пришлось (а лучше сказать – посчастливилось!) поработать длительное время также и амбулаторным врачом.

Обычно авторами учебников для врачей являются представители так называемой академической медицины, то есть сотрудники и руководители кафедр, постоянно работающие в крупных клинических госпиталях. Там всегда в изобилии имеются всевозможные новейшие приборы для обследования больных. И хотя даже в этих условиях доктор тоже всякий раз начинает свою диагностическую работу с освященных обычаем простых методов (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), всё же он подсознательно полагается больше не на свои органы чувств, а на современную аппаратуру, которая всегда под рукой. В конце концов, не беда, если доктор не смог пропальпировать слегка увеличенную селезенку или не услышал нежный диастолический шум небольшой аортальной регургитации. Ведь можно сразу же назначить ультразвуковое исследование, и длинник селезенки будет измерен с точностью до миллиметра; точно также будет обнаружена самая незначительную степень регургитации и даже оценено её гемодинамическое значение. Кроме того, в гонке лихорадочного конвейера большого госпиталя врач не успевает разглядеть личность больного человека; времени хватает лишь на то, чтобы быстро решать самые неотложные вопросы диагностики и лечения.

Напротив, амбулаторный врач вынужден опираться, в первую очередь, на собственноручное обследование пациента. Что же касается инструментальных методов, то в условиях амбулатории ему доступны лишь простейшие из них. Ну, а вершинные достижения современной диагностики, вроде компьютерной томографии или зондирования сердца имеются, как правило, только в крупных медицинских центрах. Поэтому, чтобы получить более или менее надежные диагностические сведения, амбулаторный врач должен проводить расспрос больного и физикальное обследование с особой тщательностью: ведь это его главные источники информации.

Написанию этой книги способствовало ещё одно обстоятельство. На протяжении нескольких десятилетий я успешно работал также частно практикующим врачом. Частная медицинская практика в условиях советского режима существенно отличалась от аналогичной

врачебной деятельности в других странах. Власти относились к ней резко отрицательно. Приём в собственном официально зарегистрированном врачебном кабинете либо не разрешали, либо облагали непомерными налогами. Поэтому не больные приходили ко мне, а я посещал их на дому по их просьбе. Только некоторые из них могли предъявить какие-то анализы или выписки из госпитальной истории болезни; чаще всего больной оказывался необследованным. Но как сказать ему после первичного осмотра: «Пожалуйста, сделайте еще такие-то и такие-то анализы и покажитесь такому-то и такому-то узкому специалисту. Лишь после этого я смогу вас лечить». А ведь ему, быть может, уже сегодня надо уехать к себе в провинцию из столицы. За что же доктор взял деньги сейчас? Поэтому приходилось ставить диагноз и назначать лечение только на основании анамнеза и физикального обследования, то есть в условиях еще более примитивных, чем на приеме в поликлинике. И всё-таки, несмотря на это, диагноз должен оказаться правильным, а лечение успешным, иначе больные перестанут обращаться, и никакие ученые степени и звания не спасут от провала...

Стандартные учебники пропедевтики внутренних болезней знакомят будущего медика со всеми диагностическими приёмами и признаками. Студент старается запомнить всё. Ведь он еще не знает, какие из них по-настоящему очень важны и дают много сведений, а какие переходят из учебника в учебник просто как дань традиции. После многолетних проб и ошибок в моей практике физикального обследования осталась только небольшая часть того, что я так усердно заучивал в студенческие годы. Зато каждый из этих признаков - мой надежный друг и помогает безотказно. Именно с этими признаками я собираюсь познакомить читателя.

Предлагаемая книга не претендует на академическую полноту стандартного учебника. Это всего лишь изложение моего собственного полувекового опыта работы у постели больного человека и результатов «неотступного думанья» (выражение И.П.Павлова). Главное же, мне хотелось показать молодым врачам, как можно (и нужно!) общаться с пациентом, чтобы каждая встреча оказывалась такой же плодотворной, как это бывает у хорошего врача из афоризма, приведенного в самом начале...

Настоящее издание существенно отличается от предыдущего, опубликованного в 2011 г.: добавлено 20 новых глав, а многие старые главы исправлены и переработаны.

ПРЕДИСЛОВИЕ ПРОФЕССОРА А.С.ТИГАНОВА

В медицине последнее время практически нет книг, в которых обсуждаются вопросы взаимопонимания врача и больного, особенности личности пациента, дается психологическая оценка больного, советы как преодолеть скептицизм пациента, укрепить доверие к врачу и назначаемой им терапии.

Эти вопросы и многие другие детально обсуждаются Норбертом Александровичем Магазаником, известным врачом терапевтом, доктором медицинских наук, многие годы работавшем на кафедре терапии Центрального института усовершенствования врачей, возглавляемой академиком Вотчалом.

Книга эта предназначена для молодых врачей, однако она будет с огромным интересом прочитана врачами, имеющими достаточно большой стаж работы.

Советы автора изложены в деликатной и тактичной форме, не выглядят докучливыми нравоучениями, что является одной из привлекательных сторон книги.

Представляется важным поведение врача в момент расспроса больного; особое значение автор придает жалобам больного, к которым врач должен относиться максимально внимательно, ибо жалобы – это то, что мешает пациенту жить и снижает качество жизни.

Заинтересованность, желание помочь, доброжелательность, деликатность – качества, необходимые при диалоге врача с больным.

Не менее важным является физическое обследование больного, которое не только помогает врачу понять суть заболевания, но и устанавливает более тесный контакт между больным и врачом. Автор справедливо ссылается на мнение Бернарда Лауна, подчеркивавшего психологическую значимость прикосновения врача к больному.

Ряд глав монографии посвящен традиционным, но часто пренебрегаемым методам наблюдения и исследования при патологии сосудистой системы, заболеваниях желудочно-кишечного тракта и других видах болезней.

Тончайшие наблюдения автора не могут не помочь врачу терапевту правильно оценить те или иные виды патологии.

Значительная часть книги посвящена соматическим эквивалентам тех или иных невротических состояний; фактически речь идет о так называемых соматизированных депрессиях, где жалобы больных основаны на различных сенестопатиях – ощущениях, не связанных с нарушением деятельности тех или иных органов, а являющихся проявлением психической патологии или функциональными нарушениями деятельности тех или иных органов, так же не связанных с патологическими изменениями.

Наконец, представляет несомненный интерес раздел книги, посвященный доказательной медицине, где автор высказывает и аргументирует нетрадиционные взгляды, касающиеся этого направления в медицинской науке.

Следует признать, что публикация книги Н.А.Магазаника имеет несомненное значение для практики медицины и будет с большим интересом прочитана врачами различных специальностей.

Директор Научного Центра психического здоровья

Академик Российской Академии наук, профессор А.С.Тиганов

КАК РАССПРАШИВАТЬ БОЛЬНОГО

Доктор начинает встречу с новым больным с расспроса – на что тот жалуется, когда болезнь возникла, и как она развивалась вплоть до настоящего времени. Это называется сборанием анамнеза болезни (от греческого слова *анамнесис* – воспоминание). Однако собрание анамнеза – это не просто накопление сугубо медицинской информации. Это одновременно и **общение двух людей**, во время которого они присматриваются друг к другу, знакомятся, и в результате каждый оценивает своего собеседника. Доктору это дает возможность не только узнать многое о болезни пациента, но и понять, что за человек обратился к нему за помощью, что его заботит, чего он хочет на самом деле. Всё это помогает врачу выбрать подходящее поведение по отношению к своему подопечному и решить, какое именно лечение будет наилучшим в данном случае. С другой стороны, впечатление, возникающее у больного при этом общении, либо вызывает у него симпатию и расположение к доктору, либо, наоборот, недоверие и пренебрежение, а то и враждебность к нему. Как заметил знаменитый американский кардиолог Хёрст (J. Willis Hurst): «Именно во время собирания анамнеза больному становится ясно, кто перед ним – бесчувственный робот или человек, исполненный желания помочь». Таким образом, собрание анамнеза, – это, казалось бы, чисто профессиональное диагностическое действие – создает важные психологические последствия, которые сильно влияют на весь дальнейший лечебный процесс.

Вот почему при собирании анамнеза важно не уподобляться полицейскому следователю, для которого главное – это просто выяснить обстоятельства дела, узнать факты и заполнить протокол допроса. Когда инспектор дорожной полиции прибывает на место автомобильной аварии, он расспрашивает участников происшествия сухо и невозмутимо: ведь сам он не имеет никакого отношения к произошедшему. У него лишь одна задача – выяснить истинную картину случившегося. Совсем в другом положении находится врач: он не посторонний наблюдатель. Между ним и больным с самого начала неизбежно возникает эмоциональная связь: больной ждёт помощи и сочувствия, а у врача сразу возникает чувство ответственности за своего подопечного. Даже в обыденной жизни, когда мы знакомимся с новым для нас человеком, мы стараемся выказать приветливость и дружелюбие. А уж при встрече доктора с больным человеком это просто необходимо. Кстати, как показывает яркий образ Порфирия Петровича в романе Ф.М. Достоевского «Преступление и наказание», настоящий, опытный следователь отлично понимает, что успех его работы зависит не только от того, какие вопросы он задаст, но в немалой степени также от того, удастся ли ему вызвать доверие своего собеседника, наладить чисто человеческие отношения. Вот почему собрание анамнеза должно происходить в обстановке доброжелательности и сочувствия.

К сожалению, многие врачи либо не обращают на это внимание, либо даже не догадываются о психологических аспектах собирания анамнеза.

Рассмотрим некоторые «подводные камни», особенно часто возникающие при собирании анамнеза.

Одна из самых частых ошибок при расспросе больного связана с тем, что слово «анамнез» или выражение «история болезни» понимают просто как описание последовательности событий. Молодому медику иногда кажется, что жалоба – это лишь повод, побуждающий больного обратиться к врачу. Поэтому, задав начальный стандартный вопрос: «На что жалуе-

тесь?», и, записав в одной строчке ответ на него, доктор сразу переходит от этого вступления к самому главному, к **истории** болезни. Он как бы превращается в летописца и начинает расспрашивать о более важном, по его мнению, а именно: когда больной впервые почувствовал то, на что он жалуется, где и как его лечили в прошлом, какие изменения произошли затем в болезни и т.п. Этими сведениями он иногда заполняет целый лист, который называется «История настоящей болезни».

Напротив, для больного жалоба есть главное в его болезни: это то, что мешает ему жить. Да и в самом же деле, именно детальный анализ **жалобы** дает важнейшую информацию о сути заболевания. Вот почему этот вступительный вопрос должен быть первым не только по порядку, но и по важности. На нем следует остановиться особо.

Например, больной жалуется на головную боль. Врач тотчас спрашивает, не повышалось ли артериальное давление или же сам измеряет его. И если давление повышено, то дальше всё идет по накатанной колее - занимаются только гипертонией. Ведь мнение, что головная боль является её частым симптомом, очень распространено. В действительности же, высокое артериальное давление само по себе редко вызывает головную боль: почти ежедневно можно встретить больных с высоким давлением, которые не предъявляют никаких жалоб. Лишь иногда, при гипертоническом кризе, когда артериальное давление внезапно поднимается до очень высоких цифр, больные жалуются на головную боль. Но боль эта особенная: она разлитая, диффузная, «вся голова болит». Она сопровождается ощущением «тяжелой головы», чувством оглушенности, туманом перед глазами или мельканием «мушек». Все эти особенности легко объяснить тем, что вследствие генерализованного спазма артериол (что и вызывает очень высокое артериальное давление), ухудшилось питание мозгового вещества.

Гораздо чаще гипертоники жалуются на головную боль совсем другого характера. Она располагается, главным образом, в затылке и в подзатылочной области. Это боль ноющая, тупая, обычно не очень сильная. Она не сопровождается ни пульсацией, ни тошнотой, ни мельканием «мушек» перед глазами; при ней нет оглушенности. Ясно, что головная боль такого рода вовсе не свидетельствует о каком-либо нарушении мозгового кровообращения. Она вызывается длительным напряжением задне-шейных и затылочных мышц, что часто бывает при хронических состояниях тревоги и нервного возбуждения. Пальпация затылочных мышц обнаруживает при этом их повышенную чувствительность и, нередко, болезненные точки в местах прикрепления этих мышц к черепу. Всё это можно часто встретить даже у лиц с совершенно нормальным артериальным давлением.

Так на какую же головную боль жалуется наш больной? Если она невротического происхождения (*tension headache*), то есть, не является прямым следствием высокого артериального давления, то нормализация последнего не может сама по себе снять головную боль такого рода. Здесь помогают, с одной стороны, меры по уменьшению тревоги и нервного возбуждения (как психотерапевтические, так и медикаментозные), а с другой стороны, – местное воздействие на спастичные мышцы затылка и плечевого пояса (массаж и т.п.). Но головная боль в затылке может быть следствием и других причин, например, дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника, что нередко бывает у людей пожилых. В этих случаях боль усиливается при поворотах и наклонах головы и, нередко, сопровождается ощущением хруста; но ведь и артериальная гипертония тоже чаще бывает именно в этом возрасте! Достаточно часто можно обнаружить у одного и того же больного несколько вариантов головной боли. Все эти вопросы удастся выяснить, подробно расспрашивая больного. Только обогатившись полученными сведениями, врач окажется в состоянии лечить не просто повышенное давление вообще, а как раз того больного со всеми его индивидуальными особенностями, который сейчас пришел с просьбой о помощи.

Итак, жалоба больного – это не предисловие к истории болезни. Это важнейший элемент

самой болезни, который поэтому следует подробно рассмотреть. Кстати, постоянный интерес к конкретным подробностям каждого случая является наилучшим способом приобрести то истинное, а не книжное знание клинической картины болезни, которое позволяет опытному врачу нередко ставить диагноз уже во время расспроса.

Бывает, что молодой врач терпеливо выслушивает чрезмерно подробный рассказ больного, не прерывая его и не направляя в нужное русло. Делает он это из благого побуждения не обидеть больного и дать ему высказаться. Но ведь больной часто не знает, какие детали его рассказа по-настоящему важны в диагностическом отношении, а какие бесполезны.

Например: «Доктор, заболел я месяц назад. Сажу я у телевизора вечером, смотрю хоккей. Это было, как сейчас помню, в субботу 21-го. Вдруг мне стало плохо. Жена говорит: «Что с тобой?» А мне всё нехорошо, прямо спазмы какие-то. Тогда она говорит: «Давай вызовем скорую помощь». А я говорю: «Дай-ка мне лучше валидола». Дала она валидол – никакого толку. Тогда я принял нитроглицерин, потом но-шпу, а потом вызвал «скорую». Приехал молодой доктор, сделал укол и сразу уехал – ведь у них много вызовов. А мне лучше не становится. Вызвали мы снова «скорую». На этот раз приехал доктор постарше, он и говорит...». – В этом рассказе много бытовых подробностей, но нет ни одной, которая помогла бы выяснить сущность эпизода: было ли это внезапным нарушением ритма сердца (ощущение перебоев или сердцебиения, характер пульса), ангинозным приступом (сжатие за грудиной, холодный пот), острой левожелудочковой недостаточностью (одышка, кашель, хрипы в груди), мышечно-скелетной болью (колющая боль, невозможность глубоко вдохнуть и переменить положение) и т.д.

Конечно, больному хочется рассказать всё, но лишние подробности, вроде только что приведенных, только утомят внимание врача, притупят его интерес и поглотят львиную долю времени, отведенного для этого случая. Впрочем, даже если доктор терпеливо выслушает длинный и бестолковый рассказ целиком, это вовсе не значит, что больной зауживает его и проникнется доверием. Ведь каждый знает, что у хорошего доктора больных много, он всегда нарасхват. И если доктор не умеет распорядиться своим временем, то вряд ли он мастер своего дела...

Как же избежать этой ошибки? Позволим больному свободный рассказ в течение одной-двух минут. Сразу становится видно, богат ли он полезной информацией. Кроме того, это позволяет оценить интеллект, память и культурный уровень пациента, а также его эмоциональное состояние (спокоен ли он, встревожен, испуган и т.п.). Всё это позволит выбрать подходящий тон в дальнейшей беседе.

Если рассказ беден диагностическими сведениями, начнем задавать четкие, простые и конкретные вопросы по уже сказанному. Например: «Вот вы говорите, что вам стало плохо. А что это такое? – У вас боль появилась? Или вы стали задыхаться? Или потемнело в глазах?». Допустим, больной ответит, что у него возникла боль в сердце. Тогда сразу можно задать следующий вопрос: «А какая это была боль – колото как иголкой, или давило, стискивало?». Если же он скажет, что у него вдруг застучало сердце, то следует тотчас спросить, было ли это биение ровным, «как часы», или же сердце «спотыкалось»; было ли биение очень быстрым или просто каждый удар стал очень сильным – «бухало» и т.д. Такого рода вторжения в рассказ не обидят больного. Наоборот, он убедится, что доктор действительно заинтересован, и что он прерывает не потому, что торопится, а потому, что ему нужны какие-то подробности, которым сам больной не придает значения. Чем настойчивее доктор будет расспрашивать о конкретных деталях болезни («А какая была боль – то схватит, то отпустит, или постоянная?», «Какого цвета мокрота – серая или зеленая?», «Что вы называете головокружением – вас пошатывало, как пьяного, или всё вокруг вращалось, как на карусели?» и т. п.), – тем быстрее больной увидит, что доктор ищет что-то очень важное, и с доверием станет ему помогать.

Вопросы, задаваемые больному, всегда должны быть ясными и простыми. Иначе больной, не поняв и постеснявшись переспросить, может дать неправильный ответ, и сбить врача с правильного пути. Нередко больной отвечает на вопрос утвердительно просто потому, что ему кажется, что доктор ждет именно такого ответа, особенно, если вопрос был похож на подсказку, то есть имел *суггестивный* характер, вроде: «А в левую руку боль отдавала?». Вместо этого лучше спросить: «А боль куда-нибудь отдавала – в спину, в руку, в шею?». Прямой вопрос: «Есть у вас одышка при ходьбе?», лучше заменить нейтральной фразой: «Если вы опаздываете, можете вы подбежать к остановке или быстро перейти улицу?» – «Нет, я давно уже не могу быстро ходить» – «Что же вам мешает: ноги болят, или вы задыхаетесь, или сердце начинает сильно биться?». Такого рода вопросы называют *альтернативными*: они предлагают больному несколько вариантов ответа, из которых он сам сможет выбрать наиболее подходящий. Альтернативные вопросы особенно ценны тем, что они позволяют избежать неправильных ответов, вызванных непониманием или суггестией (подсказкой). Ответы на них гораздо надежнее, они приводят к более уверенным диагностическим заключениям. Кстати, альтернативные вопросы очень помогают при подозрении на симуляцию: ведь пациент не знает, какой ответ надо выбрать и начинает путаться...

Нередко больные перегружают свой рассказ подробнейшим перечислением дат и сроков пребывания в различных больницах, а молодой врач, тоже считая это важным, торопливо, не разгибая спины, записывает в блокнот «подробный» анамнез. Из внимательного, вдумчивого и заинтересованного слушателя он превращается в писаря. Тем самым, врач лишает себя непосредственного общения с больным – важнейшего условия психотерапии. Вот почему надо взять себе за правило – не делать подробных записей во время беседы с больным, а внимательно слушать и почаще смотреть ему в глаза!

Но как же тогда запомнить весь анамнез, почти ничего не записывая во время расспроса, как выделить наиболее важное в нём? Ответ прост: самое главное – это получить представление о клинической картине болезни, то есть о совокупности всех жалоб и ощущений больного, а также о ходе болезни во времени. Тогда все факты логически свяжутся друг с другом, их последовательность станет легко обозримой и хорошо уляжется в памяти. Ведь, в сущности, не так уж важно, был ли инфаркт миокарда пять или семь лет тому назад, и во скольких больницах лечился пациент (это может иметь значение разве что в случае нужды получить выписку из архивной истории болезни). Зато исключительно важно узнать, при какой нагрузке возникает у него стенокардия, не участилась ли она в последнее время, не появилась ли у него одышка или другие признаки недостаточности сердца и т. п.

Некоторые больные сразу обрушивают на врача все диагнозы, которые были установлены в прежних медицинских учреждениях, а то и просто начинают так: «Доктор, я к вам пришел по поводу своей ишемической болезни...». Доктора должно, в первую очередь, интересовать не то, что говорили другие врачи, а в чём состоит проблема больного именно сейчас. Ведь если предыдущие диагнозы были верны, то и применявшееся тогда лечение тоже было правильным. Тогда почему же этот больной сейчас просит помощи у меня, а не у своих прежних врачей? Значит, здесь что-то не так, и как раз это надо выяснить. Прошлые диагнозы могут даже оказаться серьезной помехой на первом этапе знакомства с больным, ибо, поддавшись авторитету солидных учреждений, врач невольно сокращает свои собственные диагностические усилия и может вслед за другими пойти по проторенной, но неверной дороге.

В этой ситуации лучше сразу заняться выяснением клинической картины. Больному можно сказать: «Погодите, давайте сначала выясним, что вас беспокоит теперь, а не когда-то в прошлом; мне нужно понять, что вам *сейчас* мешает жить, а уж потом вы расскажете про свои прежние диагнозы». Такой подход только поднимет авторитет врача в глазах больного, ибо он увидит, что врач желает самостоятельно, без подсказок разобраться в сущности болез-

ни. И только в конце беседы, когда у доктора уже сложилось собственное мнение, следует поинтересоваться предыдущими заключениями. И если его собственные выводы окажутся совсем другими, он придирчиво снова проанализирует ход своих мыслей, чтобы понять, на чьей же стороне истина; равным образом, и дальнейшее обследование (физикальное и инструментальное) он тогда проведет с особой тщательностью.

Во время беседы с больным никогда не осуждайте ошибки предыдущих врачей, даже если они кажутся вопиющими. И причина здесь вовсе не в ложной, «цеховой» солидарности. Во-первых, неизвестно, правильно ли сам больной излагает суть дела. Во-вторых, нам неизвестны те основания, которые побудили критикуемого врача поступить так, а не иначе. Наконец, осуждая своих коллег, мы вовсе не прибавляем авторитета себе. Больной справедливо посчитает, что если, как ему сейчас говорят, прежние врачи ошибались, то ведь и нынешний может ошибиться, а потому не стоит доверять и ему. Кроме того, критика других отдает само-рекламой, а это дурной тон, который может вызвать у больного презрение. Мудрый человек никогда не злословит! Есть восточная поговорка: «Хороший ученик не смеется над ошибками учителя, он учится на них».

На курсе пропедевтики внутренних болезней будущих медиков учат, что при собирании анамнеза надо выяснить не только историю той болезни, по поводу которой больной обратился к врачу. Эту часть расспроса называют «анамнез настоящей болезни» – *anamnesis morbi*. Кроме этого, полагается выяснить также ряд общих вопросов: чем больной болел раньше, каково его семейное положение, кем он работает, курит ли он и т.п. Все эти дополнительные сведения называют «общим анамнезом» (*anamnesis vitae*). Но если важность первой части совершенно очевидна, то общий анамнез казался мне в молодости каким-то бесполезным привеском.

Для первых занятий в больничных палатах нам, студентам третьего курса, выдали типовой вопросник для составления истории болезни. Его авторы, по-видимому, хотели приучить нас к методическому и всестороннему расспросу. Но в погоне за этой похвальной целью они перегрузили анкету массой ненужных и даже неуместных вопросов. Например, был там такой пункт: «Возраст начала половой жизни». Даже в гинекологической практике такие сведения нужны очень редко. И вот я, двадцатилетний юноша вынужден был выяснять это у 45-летней женщины с бронхиальной астмой, смущаясь и чувствуя, что и она понимает нелепость вопроса. Я думал: «зачем тратить время на выяснение всяких жизненных обстоятельств, не имеющих отношения к главной проблеме?» Правда, если больной занимается тяжелым физическим трудом, то после инфаркта миокарда он будет нуждаться в более длительном восстановлении, чем человек умственного труда. Но ведь такие детали нужны довольно редко. Разве лечение пневмонии изменится от того, есть у больного дети или нет, работает ли он бухгалтером или слесарем, женат ли он или недавно овдовел? Мне поэтому казалось, что общий анамнез нужен просто для того, чтобы показать старшим товарищам, что больной был обследован добросовестно и всесторонне, только и всего. И только с годами я постепенно понял, что такие детали нередко не менее важны для понимания всей клинической картины, чем, скажем, анализ крови, электрокардиограмма или рентгеновский снимок.

Как-то в Боткинскую больницу поступила женщина лет 35 из отдаленного грузинского селения с жалобами на боли в животе. Боли держались уже более десяти лет, были постоянными, то есть держались с утра до вечера ежедневно; они не были связаны ни с приемом пищи, ни с опорожнением кишечника, ни с менструациями, ни с ходьбой, ни с телодвижениями, а также не имели четкой локализации («весь живот болит»). Уже во время беседы с больной мне стало ясно, что боли такого характера не удастся объяснить какой-либо органической патологией кишечника, придатков, брюшины и т.п. Обращало на себя внимание печальное выражение лица больной. При дальнейшем расспросе выясни-

лось, что она давно замужем, но детей у нее нет. Бесплодие огорчает всякую женщину, но в деревне с патриархальным укладом и многодетными семьями оно вызывает особенно травмирующие, унижительные переживания. В такой ситуации желанным оправданием может оказаться мысль, что её бесплодие является следствием не какой-то врожденной женской неполноценности, а вызвано болезнью, обрушившейся на неё извне. Я поэтому подумал, что сущностью проблемы является невротическое расстройство, и что помочь в такой ситуации мы, к сожалению, не сможем.

Действительно, при тщательном всестороннем обследовании не было обнаружено никакой патологии; только рентгеноконтрастная клизма показала, что сигмовидная кишка значительно удлинена. Больную проконсультировал опытный хирург. Он диагностировал долихосигму и предложил устранить эту ненормальность оперативным путем. Я был удивлен такой рекомендацией и долго спорил с хирургом. Во-первых, долихосигма – врожденная аномалия, и если бы симптомы были связаны с нею, то они должны были бы длиться всю жизнь, а не только последние 10 лет. Во-вторых, каким образом может долихосигма вызывать боли? – Либо вследствие скопления в этом участке большого количества кала и перерастяжения кишки; но тогда опорожнение кишечника должно давать иногда хотя бы временное облегчение. Либо вследствие перекрута чрезмерно подвижной петли на длинной брыжейке; но тогда боли были бы перемежающимися, очень сильными и повторно давали бы картину заворота. Ничего этого у больной не было. Хирург не опровергал моих возражений, но упорно стоял на своём. Как и следовало ожидать, больная ухватилась за сделанное ей предложение, и я был вынужден перевести её в хирургическое отделение. Операция прошла успешно, женщина довольная уехала домой, но... через год вновь поступила в больницу с теми же жалобами. Теперь её боли стали объяснять послеоперационными спайками...

Конечно, далеко не всегда какие-то детали общего анамнеза оказываются столь важными для постановки диагноза и выбора лечения. Если речь идет о банальной простуде, острой диарее после диетической погрешности, мелкой бытовой травме и других незначительных и преходящих расстройствах здоровья, то в таких случаях собирание общего анамнеза сводится к минимуму. Однако если вы сталкиваетесь с хроническим или с неясным заболеванием, то здесь не стоит экономить время. Даже если формально диагноз ясен, например, гипертоническая болезнь, пептическая язва, ишемическая болезнь сердца и т. п. то и здесь знакомство врача с жизненными обстоятельствами больного помогает понять личность человека, обратившегося к нам за помощью. Только тогда врач оказывается в состоянии лечить не диагноз, а именно этого человека. Если же суть болезни неясна, то тем более необходимо узнать, что за человек обратился к нам. Очень часто это помогает понять, в чем истинная проблема этого человека, какой помощи он хочет от нас. Тогда мы начинаем понимать, в какой мере его заболевание обусловлено органической патологией, и какую её часть составляют функциональные, невротические наслоения.

Однако, выясняя обстоятельства жизни, надо быть деликатным. Здесь вопросы «в лоб» могут иногда создать впечатление неуместного любопытства и вызвать внутренний протест пациента. Например, у вас возникло мнение, что данная клиническая картина вызвана каким-то невротическим расстройством. Но если начать задавать вопросы, вроде «Вы считаете себя нервным?» или «Вы часто раздражаетесь?», или «А к невропатологу Вы не обращались?» и т.п., то пациент подумает, что доктор хочет всё свалить «на нервы». Как правило, больных обижает, когда им говорят, что их болезнь «от нервов»; им кажется, что, тем самым, им намекают, что болезнь несерьезная, что они просто выдумывают, или что они сами виноваты в своей болезни. Почувствовав это, больной может замкнуться, или он станет давать неверные ответы. В этой ситуации гораздо больше информации дадут такие, казалось бы, «нейтральные» вопросы, как: «Хорошо ли Вы спите?» (расстройство сна очень характерны

для состояний тревоги, внутреннего напряжения и, вообще, для различных невротических расстройств), «Всё ли у Вас благополучно на работе и в семье?», «Большая ли у Вас семья?» (одиночество – одна из самых частых причин депрессии).

Особенно тактичными и осмотрительными должны быть вопросы, касающиеся интимной жизни. Даже такой простой вопрос: «Вы замужем?» может оказаться неприятным для одинокой женщины. Лучше спросить: «Большая ли у Вас домашняя нагрузка?» или «Большая ли у Вас семья?». Такие вопросы не покажутся вторжением в личную жизнь; наоборот, они покажут, что доктор заботлив и внимателен.

Надеюсь, что примеры, приведенные в других главах этой книги, убедят читателя в том, что общий анамнез – не дань традиции или формальный довесок к истории болезни, а очень важная часть обследования больного.

Всегда приятно и поучительно наблюдать, как хороший, опытный врач расспрашивает и обследует больного. Работа мастера видна сразу: он не суетлив, его вопросы и действия понятны, экономны, изящны и последовательны. Когда он затем излагает свой диагноз и советы по лечению, то невольно соглашаешься с его объяснениями – настолько они логичны и убедительны. Но иногда зритель становится, вдобавок, свидетелем маленького чуда. Казалось бы, доктор задает самые простые, незатейливые, рутинные вопросы, которым обучают еще в медицинском институте на курсе пропедевтики. Однако он формулирует их так, и задает их в такой последовательности, что даже присутствующий при этом студент-медик с изумлением и восторгом видит, как ответы больного постепенно складываются в картину болезни, как кусочки мозаики, и диагноз возникает вроде бы сам собой, без всяких комментариев со стороны ведущего расспрос. Он еще не закончил свое обследование, еще ни слова не сказал о своем заключении, и не объяснил, на чём оно основано; но сторонний наблюдатель уже знает, каким оно будет, потому что он сам уже пришел к точно такому же выводу: ведь другого и быть не может!

Как же происходит это чудо? Как доктору удастся помочь больному *самому рассказать свой диагноз*? Когда я размышляю об этом, то нередко вспоминаю о двух разных манерах литературного творчества.

Одной из них очень часто пользовался Л.Н.Толстой. Каждый, кто хоть раз читал «Войну и мир», навсегда запомнил изумительные страницы, где описаны две встречи князя Андрея со старым могучим дубом – одну поздней осенью, а другую – в расцвете весны. С изумительным мастерством и проникновением автор показывает, как различен поток чувств и мыслей, которые возникают у князя Андрея в разное время года, и как всё это соответствует изменениям, наступившим в его духовной жизни. Но узнаем мы это не от самого героя, а из прямой речи автора. Текст изобилует фразами: «Князь Андрей подумал...», «Князь Андрей почувствовал...» и т.п. Мы соглашаемся с толстовским описанием переживаний князя Андрея, потому что они психологически верны и убедительны, но обо всем этом мы узнаем, как бы из вторых рук, от писателя.

Другая манера состоит в том, что автор ничего не объясняет сам и не пересказывает своими словами мысли и чувства своих героев. Зато он вкладывает в уста своих персонажей такие слова, сочиняет такие диалоги, что читатель (или зритель) по одним только этим словам и поступкам сам догадывается, о чем думает, и что испытывает каждый персонаж. Особенно широко этот прием используется в произведениях драматических, предназначенных для театра. Он создает иллюзию настоящей жизни: ведь когда мы разговариваем с кем-нибудь, никто

не объясняет нам, о чем думает в это время наш собеседник; мы сами догадываемся об этом. Требуется особенно высокое мастерство, чтобы диалог сам по себе, без всяких объяснений автора, позволил зрителю или читателю самостоятельно, без подсказки, узнать истинные мысли и чувства персонажей. Прекрасным примером служит сцена знакомства князя Мышкина с семейством генерала Епанчина в самом начале романа «Идиот» Ф.М. Достоевского. Автор вроде бы бесхитростно, со стенографической точностью, излагает разговоры во время утреннего визита. Однако беседа протекает таким образом, что читатель без всяких уверений автора, сам убеждается, что князь Мышкин и в самом деле умный, благородный, прекрасный и необыкновенный человек. Он сам видит, как собеседницы князя, встретившие его поначалу с насмешливым пренебрежением, начинают постепенно испытывать уважение и симпатию к нему, а в душе Аглаи – одной из главных героинь – зарождается любовь к нему. Автору нет надобности сообщать это читателю, ибо тот и сам видит, что происходит в душе каждого персонажа!

Точно также и опытному доктору удается иногда так построить свой расспрос, что стороннему наблюдателю кажется, будто больной сам нарисовал картину своей болезни и сам рассказал свой диагноз, а врач только помог ему сделать это. Это не только свидетельство высокой степени врачебного искусства. Выводы, которые позволяет сделать такой расспрос, особенно убедительны. Можно не согласиться с объяснениями и аргументами даже очень достойного врача, но как оспорить то, что говорит сам потерпевший?

Увы, обычно доктор, встретившись с многословием или косноязычием, отступает от дальнейшего расспроса и сразу переходит к объективному обследованию. Ему кажется, что больной ничего толком не знает и не скажет, и что упорствовать в расспросе – пустая трата времени. Напротив, искусный врач на основании своего громадного опыта убежден, что больной знает о своей болезни гораздо больше, чем кажется нам, и что грех не воспользоваться этой бесценной информацией. Вместо того чтобы безнадежно махнуть рукой, он терпеливо подлаживается под интеллектуальный уровень своего пациента, задает предельно простые и понятные вопросы, ободряет его попытки вспомнить что-то еще, и всем своим видом показывает больному, что его ответы интересны и очень важны. Вот тогда-то и возникает эта удивительная иллюзия, будто больной сам всё рассказал, и что потому диагноз просто не может быть другим...

ПОСТСКРИПТУМ. Знаменитый американский кардиолог Бернارد Лаун, подводя итоги своей необычайно долгой врачебной карьеры, написал недавно в своем интернет-блоге 26 апреля 2012 г:

«Шестьдесят лет профессиональной работы научили меня, что собирание анамнеза, а именно, выслушивание, является квинтэссенцией врачевания. Выслушать больного должным образом – это и умение, и искусство, и сердцевина профессионализма врача. Собирание анамнеза дает гораздо больше, чем одно лишь выяснение важных диагностических сведений. Это основа для создания доверия. Я убежден, что из всего того, чему обучают будущих врачей, труднее всего овладеть тонченным искусством выслушивания»...

«СЛУШАЙТЕ И ВНЕМЛИТЕ...»

«...Хороший врач слушает больного не только через трубочку...» (из услышанного)

Главный объект нашей медицины – это болезни с определенным материальным субстратом – так называемые органические болезни. Недаром при обучении будущего врача так много внимания уделяют патологической анатомии. Она страшит студентов своей трудностью и объемом, но, не изучив её, невозможно получить медицинский диплом. Заболевания же без анатомической основы («функциональные») явно занимают второе место. Их и диагностировать-то рекомендуют только после того, как тщательное обследование больного не выявит более серьезную, органическую причину страдания. В полном соответствии с этой стратегией сформировался и метод расспроса больного (собираение анамнеза). Студента приучают к тому, что вопросы задают в определенном порядке. Сначала необходимо выяснить, на что жалуется больной. Затем надо детализировать эту жалобу (например, где болит, что вызывает или усиливает боль и что её облегчает). Далее переходят к истории болезни (когда заболел, как болезнь потом развивалась, каким было лечение). В заключение полагается задать также несколько общих вопросов (семейное положение, вредные привычки, профессия, сопутствующие заболевания и т.п.).

Именно с анализа жалобы начинается процесс распознавания болезни. Содержание жалобы часто позволяет прийти к правильному диагнозу еще до физикального и инструментального обследования больного. Важно, чтобы задаваемые вопросы были четкие, простые и понятные. Тогда больной сможет дать ясные, однозначные ответы, которые с необходимостью приведут врача к правильному заключению. Например, на первый же вопрос: «Что Вас беспокоит?» больной отвечает: «Болит грудь» и показывает ладонью на грудину. У врача тотчас возникает предположение о грудной жабе, и он спрашивает: «Болит всё время или приступами?». Если больной отвечает, что болит лишь иногда, то следует третий вопрос: «Когда же болит – в покое или когда Вы идете?». В случае ответа, что боль за грудиной возникает только при ходьбе, диагноз грудной жабы становится просто неизбежным и почти достоверным. Все последующие вопросы нужны лишь для того, чтобы уточнить историю болезни и ее лечения. Эта методика кажется на первый взгляд настолько простой, что некоторые даже предлагают не занимать драгоценное время врача, а просто вручать больному анкету с соответствующими вопросами.

Однако этот верный и испытанный способ не оправдывает себя в случае заболевания без материального субстрата. Вот поразивший меня случай.

Женщина 45 лет жалуется на боли в области грудины. При расспросе оказывается, что боли беспокоят уже около года, длятся они весь день с утра до вечера, не связаны ни с быстрой ходьбой, ни с движениями туловища, ни с дыханием, ни с едой. Итак, все ответы ведут в никуда. Возникает мысль о невротической природе жалобы. Но ведь это только догадка, которую надо чем-то обосновать. Продолжаю расспрос в надежде обнаружить какое-то душевное неблагополучие или конфликт. У больной

две дочери; живет она с младшей, очень хорошей, а старшая уже замужем. Года два назад умер муж, 11 месяцев назад умерла мать (рассказывает об этом спокойно, без слез). – Снова поиск ничего не дает. Отрицательны и результаты объективного исследования: нет болезненности ни при пальпации грудной клетки, ни при нагрузке на позвоночник, ни при поворотах туловища. Анализ крови, мочи, ЭКГ, рентгенограмма грудной клетки также без патологии, и только на рентгенограмме позвоночника – умеренный спондилез шейного отдела. Что же делать, как подступиться? Опять возвращаюсь к распросу, чтобы хоть чем-то подтвердить предположение о неврозе. «Как Вы спите?» (нарушения сна характерны для невротических расстройств) – «Когда как...». – «Как Ваше настроение?» – «Стараюсь быть оптимисткой...» (Улыбается, но на глазах появляются слезы). – Слезы противоречат бодрым словам и говорят о давней печали и о попытке скрыть ее от посторонних. Я осторожно пытаюсь проникнуть глубже: «Наверное, ваша боль имеет двойную причину: есть начальные изменения в позвоночнике, но в основном, мне кажется, это нервное. Ведь всё-таки испытаний на Вашу долю выпало немало – умер муж, затем мама, как раз примерно тогда и начались боли...». – «Да, Вы знаете, мама долго болела, а потом и удавилась (!!!)... У неё была болезнь крови, лежала в больнице, а там мне всё время говорили, что она скоро умрет, да и кругом такие ужасные болезни...». Не надо быть глубоким психологом, чтобы понять, насколько потрясающим должно быть такое переживание. Характерно, что если дату смерти мужа больная назвала приблизительно (года два назад), то с момента смерти матери она продолжает отсчитывать каждый месяц (11 месяцев назад), что показывает исключительную важность этого события. Итак, сомнений в невротической природе болей теперь нет.

Решающими для диагноза в этом наблюдении оказались не те прямые вопросы, которые каждый врач привык задавать при сборе анамнеза. Важным направляющим сигналом оказался не словесный ответ, а эмоциональная реакция больной (слезы) на вроде бы нейтральный вопрос. После этого я не стал задавать новые вопросы. Вместо этого я попробовал предложить больной свое мнение о том, что жалобы имеют нервное происхождение. Сделал я это нарочито деликатно, отнюдь не в форме безапелляционного приговора: больные часто обижаются, когда их болезнь объясняют «нервами». Им кажется, что тем самым их проблему принижают, объявляют несерьезной, надуманной, и как бы намекают, что они сами виноваты в своей болезни. Я даже смягчил свое утверждение, указав также на возможность дополнительной, органической причины (спондилез). Такая тактика целиком оправдала себя: больная в ответ полностью раскрылась и рассказала такое, что вряд ли сообщала прежде другим докторам. Именно это признание тотчас объяснило всю проблему.

Почему же в описанном только что случае привычные и такие надежные диагностические приемы (анализ жалобы плюс физикальное обследование) не помогли распознать суть болезни? Дело в том, что мы привыкли рассматривать жалобу как сигнал **соматического** страдания. Это связано с молчаливым допущением, что любая поломка в человеческом организме непременно посылает какие-то сигналы в сознание. В результате у больного возникает неприятное ощущение. При этом его характер (боль, одышка, тошнота, головокружение и т.д.) зависит от сути этой поломки. Жалоба есть словесное описание того тягостного чувства, которое испытывает больной.

Однако человек нередко испытывает страдание совсем другого рода. Оно возникает при потере близкого существа, при гибели надежды, при отвергнутой любви, при мысли, что ты никому не нужен, при тревоге за себя или своих близких и т.д. Это страдание душевное, эмоциональное. Часто оно даже горше и сильнее, чем страдание физическое.

Эти два чувства различаются не только по своей сути. Страдание физическое – это ощущение, которое входит в сознание по чувствительным нервам из глубин организма. Оно является чем-то внешним, посторонним по отношению к нашему внутреннему миру, к нашему «Я». Поэтому оно доступно самонаблюдению, и его проще передать словами. Напротив, душевная мука – это страдание нашего «Я», нашей личности. Такое переживание трудно описать; часто оно остается бессловесным. Достаточно сравнить маловыразительную и,

казалось бы, бесцветную фразу «плохо мне» или «плохо себя чувствую» с ярким описанием боли соматической: жгучая, давящая, распирающая, колющая, пульсирующая, тупая, ноющая, схваткообразная и т.д.

Вот почему, если внимание врача устремлено исключительно на устную жалобу своего пациента, то ему открывается, в первую очередь, лишь та часть клинической картины, которая вызвана анатомическим повреждением. Ведь жалоба не сообщает ничего или почти ничего о моральном состоянии больного, о его страхах, тоске, заботах, желаниях. Поэтому, если заболевание не имеет материального субстрата, врач оказывается в диагностическом тупике. Впрочем, если врач и находит какое-то соматическое заболевание, всё равно, его диагноз окажется неполным, односторонним. Даже в таком далеком от медицины военном деле все понимают, что исход сражения зависит не только от количества солдат и их вооружения, но и от такого, казалось бы, нематериального фактора, как боевой дух войска. Врачу тем более важно оценить душевное состояние больного.

Но как заглянуть во внутренний мир больного человека, как увидеть его душевное страдание, как понять, что за эмоции бушуют его? Ни один из прямых, конкретных вопросов, которыми мы пользуемся при выяснении анамнеза, здесь не помогает. Когда имеешь дело с интимной и легко ранимой сферой внутренней жизни, вопросы «в лоб», к которым мы привыкли, могут показаться грубым вторжением и вызвать негодование. Больной замкнется, и контакт с ним будет потерян. Кроме того, причина, вызвавшая эмоциональное страдание, иногда оказывается такой неожиданной или причудливой, что просто невозможно придумать соответствующий вопрос. В этой ситуации невольно вспоминаешь английскую поговорку: **«Ask no questions and you'll be told no lies»** – «не задавайте вопросы, и вам не будут лгать». Ведь как трудно доверить чужому человеку свои сокровенные переживания, тревоги, горести, заботы.

Идеальным средством могла бы явиться длительная задушевная беседа. Но это совершенно нереально в условиях повседневной работы практического врача. Как же поступить? К счастью, чтобы заглянуть во внутренний мир больного, вовсе не обязательно тратить дополнительное драгоценное время, которого и так не хватает. Дело в том, что человеческие эмоции – страх, тревога, грусть, тоска, отчаяние, гнев – тоже говорят, но своим, особым языком. Даже в обыденной жизни мы иногда тревожно спрашиваем своего друга в самом начале встречи, еще до обмена приветствиями: «Что с тобой?» – Без всяких слов, только по неуловимым изменениям в поведении, в выражении лица, в тоне голоса мы догадываемся, что произошло какое-то несчастье.

Врач должен приучать себя не только слушать словесные жалобы больного, но и воспринимать всё то, что он сообщает нам дополнительно – своим видом и поведением, взглядами, интонациями, паузами, умолчаниями, междометиями. Для этого надо развивать свою наблюдательность, зорко и активно следить за больным на протяжении всей встречи с ним. Впрочем, внимание врача всегда должно быть пытливым, ищущим. Так, при аускультации сердца мы ведь не просто пассивно слушаем все поступающие в ухо разнообразные звуки. Мы активно выискиваем среди них только те, что важны для диагностики, например, хотя бы намек на ритм галопа, нежный диастолический шум на аорте, еле слышный шум трения перикарда и т.п. Точно так же, наблюдая за больным, мы должны активно искать даже не бросающиеся в глаза внешние проявления депрессии, тревоги, возбуждения и прочих отрицательных эмоций. Беседуя с больным, следует не только слушать. Призыв библейского пророка: «Слушайте и внимайте!» – это не прием ораторского красноречия, когда второе слово просто усиливает или поясняет первое. Это необыкновенно точное обозначение двух разных способов познания. Надо не только *слушать* то, что говорит больной, но и *внимать*,

то есть воспринимать нашего собеседника, вбирать его целиком всеми органами чувств. Кстати, в толковом словаре Даля слово «**внимательный**» объясняется, как «**слушающий и замечающий**». Такое пытлиное внимание существенно дополняет те сведения, которые можно извлечь из словесной жалобы больного.

Но почему же эта больная не рассказала о самоубийстве своей матери еще во время собирания истории болезни? Это потрясающее признание прозвучало чуть ли не в конце нашей встречи, уже после того, я закончил расспрос, провел физикальное исследование, ознакомился с анализами, кардиограммами и рентгеновскими снимками и даже начал излагать ей свое врачебное заключение.

Я полагаю, что её нежелание сразу раскрыться вызывалось двумя причинами. Во-первых, тяжело вновь пересказывать эти ужасные подробности. Но главная причина была другая. Нетрудно представить реакцию доктора, если ему расскажут этот эпизод в самом начале визита. Он тотчас объявит, что всё дело в «нервах», выпишет что-нибудь успокаивающее и решит, что его задача выполнена. Моя пациентка наверняка догадывалась, что именно это событие является истинной, или, во всяком случае, главной причиной её заболевания: у наших подопечных здравого смысла никак не меньше, чем у нас, а думают они о своих болезнях заведомо дольше и напряженнее, чем мы. Но в отличие от нас, больные не знают, какие клинические картины могут возникать в ответ на душевные травмы. Да, она понимает, что началась её болезнь вследствие самоубийства матери; но вдруг её сердце тоже пострадало, так что лечить надо не только нервы, но и больное сердце? Пусть доктор обследует её без подсказки, иначе он всё сведет только к «нервам». Быть может, он действительно найдет что-нибудь серьезное, и тогда лечение окажется более полным и разносторонним, чем просто валериановыми каплями... Только убедившись, что доктор расспросил и обследовал её самым добросовестным образом и не стал списывать всё на «нервы», хотя и заметил её душевное состояние, она прониклась *доверием* к нему. Именно это доверие и облегчило ей признание о пережитой трагедии. Отсюда и важный практический вывод: доверие больного (а его ещё надо добиться!) резко повышает полноту и надежность информации, которые он сообщает врачу.

Мы молчаливо предполагаем, что уж если больной пришел к нам за помощью, то он сам крайне заинтересован сообщить нам всё, что ему известно. Но вот поучительный случай. Ко мне обратилась больная, приехавшая из далекой провинции в Москву специально для консультации по поводу слабости и общего недомогания. Жалобы были очень расплывчатые, неопределенные. Все мои попытки выявить при расспросе хотя бы стертую депрессию или вообще невротическое расстройство оказались безуспешными. Другие причины слабости - скрытая инфекция, злокачественная опухоль, сахарный диабет и другие гормональные нарушения - также можно было с уверенностью отвергнуть, поскольку все лабораторные анализы были в пределах нормы, аппетит сохранен, и похудания не было. Я уже не знал, что и делать, но вдруг во время нашей довольно продолжительной беседы я заметил, что больная говорит как бы с некоторым трудом. Уж не скандированная ли это речь? Как только я подумал о рассеянном склерозе, то сразу с легкостью обнаружил интенционный тремор и еще несколько характерных признаков этой болезни. Оказалось, что этот диагноз уже был поставлен в провинции, но больная с ним не согласилась, и поехала в столицу «искать правду»...

Есть еще два ценных приема, позволяющих понять не только саму болезнь, но и человека, который просит нашей помощи.

Во-первых, поможем больному раскрыться. Для этого надо создать ободряющую атмосферу теплоты и симпатии. Пусть больной почувствует, что перед ним не равнодушный и торопливый чиновник, а доброжелательный собеседник, которому можно рассказать даже то, что, вроде бы, к делу не относится, но что для больного очень важно. Иногда при этом

всплывают такие факты, которые позволяют увидеть болезнь в совершенно другом свете. Но это не только облегчает диагностический поиск врача. Когда больной раскрывается, то он выходит из своего гнетущего одиночества и делится с врачом своими мыслями, страхами и заботами. Такое признание действует благотворно даже само по себе. Еще древние римляне знали: «**Dixi et anima levavi**» (сказал – и душу облегчил). Иными словами, выяснение анамнеза в обстановке сочувствия и взаимного доверия является одновременно и началом лечебного процесса...

Во-вторых, не надо сразу отмахиваться от тех замечаний больного, которые, на первый взгляд, не имеют отношения к проблеме. Нередко больной пытается намекнуть, что его привела к нам не только та жалоба, которую он только что изложил, но что-то еще, не менее важное для него. Так, во время измерения артериального давления пожилой больной как бы мельком и вне всякой связи произносит: «Что-то моя жена чувствует себя неважно в последнее время...». Что это, как не робкая просьба о сочувствии и помощи перед ужасной перспективой остаться одному? Врач может, вроде бы с полным правом, оставить эту фразу без внимания. Но если он обладает душевной чуткостью, он сразу поймет, почему гипертония у этого больного так плохо поддается лечению. Если же доктор в ответ на этот намек задаст дополнительный вопрос: «А что с Вашей женой?», то он не только проявит свою человечность и сочувствие, в которых так нуждается сейчас его подопечный. Быть может, тогда он окажется в состоянии дать какой-то здравый совет и тем самым реально облегчить тревогу бедного старика...

Молодой врач думает, что пациент приходит просто для того, чтобы решить какую-то медицинскую проблему, только и всего. Но ведь для больного человека его болезнь тесно и неразрывно связана со всеми остальными обстоятельствами его повседневной жизни. Поэтому он рассматривает своего врача как человека, с которым можно поделиться всеми своими мыслями, переживаниями и тревогами, вызванными болезнью. Он подсознательно рассчитывает, что врач не ограничится только ролью мастера по ремонту повреждения, и что он тоже увидит, как эта болезнь влияет на всю его жизнь. Однако весьма часто больные не решаются прямо рассказать о том, что их беспокоит, и ограничиваются лишь намёками в надежде, что доктор заметит эту робкую попытку и ответит на неё.

Как показало специальное исследование (JAMA 2000;284(8):1021–1027), проведенное в амбулаторных условиях (врачи общей практики и хирурги), пациенты высказывают такие намеки в половине всех своих визитов. Увы, как и следовало ожидать, в большинстве случаев врачи не обращали внимания на эти попытки и предпочитали заниматься только чисто медицинской задачей. Ясно, что одним из важнейших мотивов этого нежелания углубляться в душевный мир пациента является опасение, что визит слишком затянется. Как ни странно, оказалось, что в тех случаях, когда доктора положительно реагировали на эти застенчивые намеки, продолжительность визита оказывалась даже короче, чем в тех случаях, когда врачи не реагировали на них (в среднем, 17,6 минут против 20,1 минут)! Впрочем, этот неожиданный результат нетрудно объяснить: если больной наталкивается на непонимание врача, то он невольно будет стараться продлить визит в надежде, что доктор, наконец-то, услышит его повторный призыв о помощи.

Выходит, что отзывчивость врача не только похвальна в моральном отношении, но и облегчает его работу...

В этом отношении поучительно и другое исследование. Авторы записывали на видеопленку прием амбулаторных больных врачами общей практики. Сразу при выходе из кабинета больных спрашивали, сколько времени, по их мнению, длилась встреча с врачом. Оказалось, что больные, которые остались очень довольны приёмом, оценивали это время, в среднем, *на*

три минуты дольше, чем это было в действительности! (Цитировано по N Engl J Med 2012; 366:1849-1853).

Если же врач привык использовать только тактику формального допроса, то громадная область внутренней жизни пациентов останется для него неизвестной. В результате диагноз может оказаться неполным, а то и неверным. Увы, часто доктор не беседует с больным, а выстреливает вопрос за вопросом и торопливо записывает ответы. Он думает, что так он точнее и полнее соберет анамнез. Ему кажется, что больной слишком бестолков и многословен. Лучше оборвать его монолог и сразу перейти к вопросам. В 1988 г. в США, как показало специальное исследование, врачи давали больным в среднем **18 секунд** (!) для изложения своей проблемы, а затем переходили к активному допросу. Лишь единичным больным (2%) удавалось высказаться до конца. Действительно, такая тактика сберегает время. Но она позволяет врачу узнать только то, что **он сам** считает нужным. Это частая и прискорбная ошибка. Ведь не менее важно узнать, чем на самом деле озабочен больной, чего он хочет от нас. Кажется, что даже сверхделовые американские врачи начинают понимать это: в аналогичном исследовании 1999 г. больных обрывали не через 18 секунд, а уже через 23 секунды (JAMA 1999:281,283-287)... Поменьше писать, почаще глядеть больному в глаза, а главное – всем своим поведением показывать ему, что не только его проблема, но и он сам не безразличен для вас, и что вы искренно хотите помочь ему.

Надо стараться, чтобы беседа с больным не превращалась в формальный допрос. Очень помогают краткие ободряющие восклицания: «Да, конечно!», «Еще бы!», «Понимаю, понимаю...». – Больной видит, что вы слушаете его с интересом. Иногда вместо того, чтобы сразу переходить к следующему вопросу, бывает полезно просто повторить ответ больного, но с легкой вопросительной интонацией. Такое переспрашивание или уточнение заставляет память больного работать сильнее. В результате неожиданно всплывают давно забытые обстоятельства, и болезнь предстает совсем в другом свете. Больная 55 лет рассказывает, что три месяца назад у неё была пневмония, затем она долго кашляла, а недавно появилась бронхиальная астма. Вроде бы всё, как в учебнике: сначала инфекция, потом астма. Но не будем торопиться. «А раньше таких приступов не было?» – «Никогда» – «Значит, никогда не задыхались?» – Больная задумывается. «...Знаете, когда мне было 18 лет, во время лыжных соревнований у меня вдруг появилась сильная одышка, в груди всё свистело. Меня отвели к доктору, и он сказал, что это астма. Но больше это не повторилось» – «Так что до 55 лет хрипы в груди больше не повторялись?» – «Нет... Впрочем, когда мне было 33 года, меня долго мучил сильный насморк, и муж тогда говорил, что по ночам у меня в груди пищит». – Выходит, астма возникает не совсем так, как видится автору учебника...

Больной знает и понимает свою болезнь нередко гораздо глубже и лучше, чем кажется нам. И это не удивительно: ведь для него это жизненно важная проблема, и потому он постоянно думает о ней. Вот почему он замечает мельчайшие детали болезни. Наблюдательность и догадливость больных иногда просто поражают. Многие годы я наблюдал пожилую больную с бронхиальной астмой. Затем у нее возник острый инфаркт миокарда, осложнившийся отеком легких. После выписки из больницы она снова обратилась ко мне. Мне хотелось удостовериться, что эпизод одышки в стационаре действительно был отеком легких. Я спросил: «А что Вы слышали в груди во время приступа – то же самое, что и при обычном приступе астмы?» – «Что Вы! При обычном приступе астмы я слышу, будто котятка мяукает в груди, а в тот раз я слышала, будто борщ варили». Но чтобы получить в свое распоряжение эти драгоценные сведения, надо разговорить больного. Он должен почувствовать, что его собеседник отнесется к нему действительно с интересом.

Разумеется, такой подробный, «въедливый» расспрос нужен далеко не всегда. Во многих

случаях вполне оправдывает себя стандартная методика собирания анамнеза. Но при первой встрече с больным мы еще не знаем, что преобладает в данном случае – органическое или функциональное. Поэтому надо быть готовым повести свое исследование в любом направлении. Нам настойчиво рекомендуют переходить к поиску невротической причины болезни только после того, как мы исключим все органические причины. Действительно, если слабость в случае нераспознанного еще рака объяснять неврозом, последствия будут ужасны. Но эта разумная рекомендация противоречит другому важнейшему правилу диагностики – в первую очередь думать о наиболее частых болезнях. А ведь функциональные нарушения и всевозможные невротические расстройства являются повсюду одной из главных причин обращаемости населения к врачам. Нецелесообразно поэтому оставлять поиск невротических улик «на потом». Изучение больного во время расспроса идет сразу по всем направлениям, но в некоторые из них мы особенно углубляемся, в зависимости от обстоятельств.

Эти рассуждения отнюдь не носят отвлеченный, академический или узкоспециальный характер. Вспомним, что в самой массовой врачебной практике, а именно в практике участкового или семейного врача «функциональные» заболевания составляют никак не меньше трети или даже половины всех обращений. Впрочем, даже если заболевание явно относится к группе органических, оно всё равно содержит важный эмоциональный компонент. Прекрасно сказал об этом Дюбуа: «Строго говоря, не существует страдания физического; всякое страдание есть психическое, хотя бы это была боль от травмы или другого чисто анатомического повреждения. Страдает всегда наше чувствующее я; всегда в страдании заключается элемент сознания».

Предвижу недовольную реплику: «Всё это хорошо на бумаге, но где взять время для беседы в таком стиле? Ведь за дверью врачебного кабинета ждут другие больные, и на каждого из них отведено всего десять минут!». – Автор отлично знает трудности этой профессии, потому что он сам работал многие годы участковым врачом. Но ведь и обычное физикальное исследование такой врач не проводит в полном объеме у каждого больного. Иногда он ограничивается, скажем, аускультацией легких или же осмотром ротовой полости, или только измерением артериального давления и т.д. Если у больного типичное острое простудное заболевание или мелкая бытовая травма, то вся диагностическая работа врача сокращается до минимума. Точно так же обстоит дело и с психологической оценкой. Во многих случаях достаточно общего впечатления, которое невольно создается у врача в процессе его обычного контакта с любым больным. Так, если больной споткнулся и упал, то, естественно, в первую очередь мы будем выяснять, нет ли перелома или растяжения связок. Просто в любом случае надо постоянно быть открытым, готовым воспринять любую информацию, которую вольно или невольно предоставляет больной, короче – не зашоривать себя. Тогда, возможно, мы мельком отметим для себя, что слишком уж громкие стоны и непослушание при осмотре, наверное, указывают на истерический характер пациента.

Помимо стандартных вопросов (на что жалуетесь, где болит и т.п.) всегда уместно задать еще несколько, казалось бы, нейтральных вопросов, которые позволяют без насилия приоткрыть занавес перед душевным миром больного. Так, я всегда спрашиваю: «Как вы спите?» (цель этого вопроса объяснена выше). Самыми частыми причинами душевных конфликтов являются одиночество, нелады в семье и на работе. Здесь помогают вопросы, вроде: «Большая ли у Вас семья? С кем Вы живете? Кем Вы работаете? Всё ли благополучно на работе (или в семье)?». Если на какой-нибудь из таких вопросов больной отвечает как бы нехотя, кратко, это укажет на неблагополучие и на то, что эта тема для него тягостна. В таком случае я обычно не настаиваю на деталях и переключаю беседу на другое в надежде, что в будущем, когда больной будет доверять мне больше, он сам расскажет, в чем дело.

С легкой руки Фрейда многие стали считать нарушения в сексуальной сфере важнейшей

причиной возникновения невротических реакций. Профессиональные психоаналитики поэтому стремятся выяснить все мельчайшие детали этой стороны человеческой жизни. Вопросы подобного рода со стороны врача общей практики будут расценены пациентом как явно неуместные и даже оскорбительные. Профессор Б.Е. Вотчал как-то сказал мне с улыбкой, что в тех случаях, когда это было нужно для дела, он ограничивался полушутливой фразой: «Ну, а как у Вас с женским вопросом?». Мужчина, у которого в этом отношении проблем нет, недоуменно пожимает плечами и говорит: «Да так... ничего...». Если же в ответ больной смущается, мнетя и подыскивает слова, то ясно, что-то его гнетёт. Углубить ли расспрос в этом направлении или нет, зависит от обстоятельств, а также от здравого смысла и деликатности врача. Замечу, кстати, что вот уже полвека общаясь с больными и всегда интересуясь психологическим аспектом болезни, я ни разу не встретил случая, где невротическое нарушение можно было бы объяснить исключительно неблагоприятием в сексуальной сфере. Между прочим, знаменитый швейцарский психиатр Карл Густав Юнг, бывший одним из первых и любимых учеников Фрейда, впоследствии разошелся с ним именно по вопросу о роли сексуальности в духовной жизни человека. В своей интереснейшей автобиографии «Воспоминания, сны, размышления» он пишет: «У меня всё еще стоят в ушах слова Фрейда: «Мой дорогой Юнг, обещайте мне, что вы никогда не откажетесь от сексуальной теории. Это самое важное. Мы должны сделать из нее догму!». Такое не критическое отношение великого скептика и революционера к своей собственной теории вызвало у Юнга протест, и разрыв стал неизбежен. «Он так и остался жертвой собственной односторонности, и потому я вижу в нем трагическую фигуру. Он был великим человеком; более того, он был человеком, одержимым своим демоном».

Есть целый ряд признаков или сигналов, которые сразу же привлекают внимание врача именно к психоэмоциональной сфере больного. Жалобы, напрямую связанные с каким-то органическим поражением, как правило, бывают четкими, простыми, «как в учебнике». Если жалобы кажутся причудливыми, необычными, или не соответствуют фактам анатомии и физиологии, надо – не прекращая поисков органической причины! – сразу же подумать и о невротической подоплеке и прозондировать эту возможность. Скажем, больной говорит, что боли в сердце иррадиируют у него не только в левую руку, но и в левую ногу. Или же боли в сердце возникают не во время физической нагрузки, а спустя час или два после нее. Особенно подозрительны в этом отношении боли постоянные, длительные (многомесячные), ни с чем не связанные. Равным образом, пестрые, разнообразные и многочисленные жалобы, не укладывающиеся в единую картину, также характерны именно для невротических расстройств.

Чрезмерная детализация своих ощущений, подробнейший рассказ обо всех консультациях в прошлом с точным указанием дат, предъявление врачу вороха анализов и ЭКГ – всё это указывает, что болезнь стала главным интересом жизни. И даже если уже с первого взгляда ясно, что болезнь органическая, то можно заключить, что у этого больного имеются очень большие эмоциональные, психологические наслоения. Это поможет объяснить и некоторые особенности клинической картины («не как в учебнике»), а также безуспешность или малую эффективность лечения...

Начиная встречу с больным, мы еще не знаем, в каком направлении придется вести диагностический поиск. Но мы должны быть готовы к любому развитию. Хирург моет руки и надевает стерильные перчатки независимо от того, какая работа предстоит – сложная операция на сердце или вскрытие маленького подкожного гнояника. Так и мы, интернисты, должны в любом случае быть наблюдательными, с самого начала создавать теплую, доброжелательную обстановку, вести не допрос, а беседу, и, наконец, не только слушать ответы, но и внимать больному, - вот тогда мы обеспечим наилучшие условия не только для успешной диагностики, но и для всестороннего лечения.

Всё только что сказанное является как бы чисто деловым, профессиональным обсуждением «за закрытой дверью» с коллегами на тему, как следует врачу общаться с больным, чтобы тот смог довериться нам вполне и раскрыться. Но сколько бы мы ни говорили об этом между собой с самыми благими намерениями, все-таки мы остаемся по эту сторону баррикады, а наши пациенты – по другую сторону. А вот как сам больной реагирует на наше поведение, какими мы видимся ему? Вот поучительная иллюстрация для размышлений на эту тему. Это отрывок из подлинного дневника молодой девушки, опубликованный после её безвременной смерти в возрасте 28 лет. Недавно он был переиздан в Москве (Дьяконова Е. А. Дневник русской женщины. — Захаров, М. 2004. — 480 с.).

Елизавета Александровна Дьяконова родилась в 1874 г. в русской провинции в небогатой купеческой семье. Окончив гимназию с медалью, она, вопреки воле родных, поступила на Бестужевские курсы в Петербурге, а в 1900 году уехала в Париж, чтобы получить высшее юридическое образование (неслыханная до того вещь для России). Но жизнь за границей оказалась трудной: недоедание, плохие квартирные условия, постоянное нервное напряжение. У Дьяконовой появились сильные головные боли, головокружение, стало трудно запоминать прочитанное. Чтобы обратиться к частному врачу, нужны были большие деньги, и она решила искать помощи на кафедре нервных болезней Парижского университета, где прием больных велся бесплатно.

«Большая с низким потолком комната была переполнена студентами и студентками. Впереди возвышалась эстрада, а на ней, небрежно развалясь в кресле, сидел, очевидно, один из медицинских богов, окружённый своими жрецами-ассистентами. Перед ним стоял стул, на нём сидела женщина в трауре и горько плакала; рядом с ней стоял мужчина средних лет, - очевидно, её муж.

- Ну-ну, опять слёзы, опять чёрные мысли? - презрительно-свысока ронял слова профессор, не глядя на больную. Несчастливая женщина молчала, опустив голову и тихо всхлипывая.

- С самой смерти сына всё так, - ответил за неё муж. И за свой почтительный ответ был удостоен:

- Ну-ну?!

Ещё вопрос, ещё ответ мужа, и опять снисходительное: «Ну-ну?»

Опрос больной, очевидно, кончился.

Её свели с эстрады по лесенке; профессор написал рецепт и протянул его мужу. По их уходе он стал объяснять студентам болезнь, её симптомы и следствия. То, что он говорил, было, очевидно, умно, очевидно, хорошо, но, по-моему, не хватало одного, и самого главного: сострадания к несчастному человеку, - и своим грубым обращением с больной ученый профессор подавал самый плохой пример своим ученикам.

Бледный, худенький мальчик в сопровождении родителей-рабочих робко взошёл на эстраду и растерянно озирался кругом.

- Ну-ну, а тут что у нас? - снова раздался снисходительно-повелительный голос знаменитости, которая даже не шевельнулась при появлении больного.

Сердце болезненно замерло и остановилось...

Так неужели же и мне надо взойти на эту эстраду, вынести весь этот допрос перед сотнями любопытных глаз, мне, и без того измученной жизнью, перенести ещё всё это унижение

своей личности, служить материалом для науки, да ещё с которым обращаются так презрительно??

И эстрада показалась мне эшафотом, а профессор - палачом.

Взойти на неё добровольно?!

Голова кружилась всё сильнее и сильнее...

- Мсье... что это...

Стоявший рядом со мной студент, усердно записывавший всё время лекции в тетради, обернулся с недовольным видом.

- Это демонстрация больных и лекция. Идите в приёмную и ждите своей очереди.

- А нельзя... иначе?..

- В клиниках всегда так делается».

Добавлю только, что это был выдающийся французский невропатолог профессор Дежерин (J. Dejerine 1849-1917). Кстати, именно он написал похвальное предисловие к книге Дюбуа «Психоневрозы и их психическое лечение», – лучшей книге о психотерапии из когда-либо прочитанных мною...

ЦЕЛЕБНОЕ ПРИКОСНОВЕНИЕ

*...Твоя же речь ласкает слух,
Твое легко прикосновенье...
А.К.Толстой*

Полвека назад диагноз основывался в подавляющем большинстве случаев на сведениях, которые получали при непосредственном контакте с больным (анамнез и классические физикальные методы обследования больного – осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Конечно, и тогда мы тоже пользовались анализами крови и мочи, рентгеном, электрокардиографией; но недаром эти методы называли вспомогательными: они, как правило, только дополняли, контролировали и уточняли те данные, которые врач мог добыть, не отходя от постели больного. С тех пор многое изменилось. Появились такие диагностические приборы, о которых раньше и не мечтали. Ультразвуковое исследование позволяет увидеть все детали клапанов сердца, строение и размеры печени, селезенки, почек, обнаружить камни в желчном пузыре или в почечных лоханках – и всё это ничуть не обременяя больного. Гибкая волоконная оптика дает возможность подробно осмотреть изнутри желудок, весь толстый кишечник, бронхи и взять материал для биопсии. Компьютерная томография открыла глазам врача головной мозг, средостение и ретроперитонеальное пространство – области, недоступные для обычного рентгенологического исследования. Громадный прогресс произошел и в лабораторной медицине. Рутинными стали измерения концентрации в крови всевозможных гормонов, лекарств, факторов свертывания, антител и антигенов.

Молодому студенту-медику, которого впервые знакомят с премудростями перкуссии, аускультации и пальпации, кажется, что все эти методики нужны только для того, чтобы выяснить диагноз. Но ведь сейчас для этой цели можно использовать рентген, ультразвук и множество других инструментов и приборов и получить с их помощью несравненно больше диагностических сведений, которые к тому же еще и гораздо надежнее. Немудрено, что физикальное исследование начинают считать устарелой рутинной, просто данью традиции. В самом деле, стоит ли старательно аускультировать легкие и затем гадать, указывают ли обнаруженные хрипы на пневмонию или же на простой бронхит, когда рентгеновский снимок сразу и надежно ответит на этот вопрос. Или пытаться прощупать край селезенки (все знают, как это трудно), если ультразвуковой аппарат позволяет рассмотреть её всю целиком, хотя она спрятана под ребрами, и даже моментально измерить ее длинник с точностью до миллиметра. Так зачем же терять время на дедовские приемы, не лучше ли сразу воспользоваться новейшими достижениями науки и техники? И вот известный пульмонолог С. R. Woolf заявляет: «Старое правило – сначала обследовать самого больного и лишь потом обратиться к рентгенограммам – очень помогает почувствовать себя хорошим врачом, но не улучшает качества диагностики».

Такое снисходительное, и даже пренебрежительное отношение к прежним методикам я встречаю всё чаще. Среди моих пациентов довольно много пожилых мужчин. У них нередко возникают явления простатизма, и тогда я направляю их на консультацию к урологу. Но предварительно, чтобы облегчить его работу, я снабжаю их свежими анализами мочи и крови, включая содержание креатинина и PSA, а также ультразвуковым исследованием моче-

выводящих путей. Возвращаясь, больной нередко рассказывает мне с огорчением, что врач посмотрел все бумаги и сразу выписал рецепт, даже не прикоснувшись к пациенту.

Нетрудно представить ход мыслей консультанта. Зачем выходить из-за стола, надевать перчатки, ставить в неудобную позу пожилого человека, годящегося мне в отцы, вводить палец в прямую кишку и пальпировать предстательную железу, – и всё это только для того, чтобы лишний раз подтвердить диагноз доброкачественной аденомы простаты, совершенно ясный по анализам! Пока еще неприлично не приложить фонендоскоп к грудной клетке, если больной жалуется на кашель или на сердцебиение, или не коснуться рукой брюшной стенки, если больной жалуется на боли в животе. Но мы-то с вами – свои люди, профессионалы, мы отлично понимаем, что для диагноза гораздо важнее рентгенограмма, электрокардиограмма, ультразвук, Допплер, изотопное скеннирование и компьютерная томография! Прогресс всё убыстряется, и не за горами время, когда все эти новейшие исследования можно будет делать с помощью карманных приборчиков. Тогда мы и совсем откажемся от этих дедовских методов!

На первый взгляд, такой энтузиазм и безусловное предпочтение всего нового понятны и даже оправданы. Действительно, в прошлом врачи были ужасно бедны в своих диагностических средствах и приемах. Поэтому они старались извлечь из каждого признака всё, что только можно и даже сверх того. Например, влажные хрипы означают, в сущности, просто наличие в бронхах мокроты, и только. То есть эти хрипы могут быть и при банальном бронхите, и при опасном воспалении легких. Но ведь врачу нужна определенность. Чтобы добиться её, он пытался использовать мельчайшие детали, нюансы признака. Если хрипы звонкие, то это указывает на уплотнение легочной ткани, и, значит, можно склониться к диагнозу пневмонии. Если же хрипы не звонкие, то, вероятно, легочная ткань воздушна, и, стало быть, у больного только бронхит. Но такое виртуозное балансирование всё-таки не избавляло врача от неуверенности. В этом смысле рентгенограмма легких сразу дает четкий ответ и потому заслуживает предпочтения.

Впрочем, если вдуматься, то и рентгенограмма обладает тем же самым коренным недостатком. Ведь на снимке мы видим вовсе не воспаление, а только тень и ничего больше. Тень эта может быть вызвана пневмонией, но бывают и другие причины – фиброз, застой, опухоль и т.п. Так что и в этой ситуации заключение приходится делать на основании нюансов обнаруженного феномена (интенсивность тени, характер ее границ – четкие или размытые, и т.д.). И всё же теперь лечащему врачу гораздо легче: ведь ломать голову над этой проблемой будет уже не он, а рентгенолог. Иными словами, часть своей ответственности он переложил на другого врача. Ведь как не хочется блуждать в потёмках одному! Еще заманчивее совсем передоверить трудную диагностику нескольким врачам – узким специалистам. Этот психологический мотив способствует тому, что доктор перестает ценить диагностические сведения, которые он может получить сразу при собственноручном, непосредственном исследовании больного. Он начинает не доверять себе и предпочитает новые инструментальные методы диагностики, то есть заключения своих коллег.

Никто не спорит, новые методы обладают множеством реальных преимуществ, и во многих случаях они вытесняют прежние методы совершенно справедливо. Но печально, когда к этому закономерному процессу естественного отбора по принципу «лучшее – враг хорошего» присоединяется психологическая дискриминация всего старого просто потому, что оно старое, в пользу всего нового только потому, что оно новое. Среди старых диагностических феноменов есть, пусть и немногочисленные, но исключительно надежные, бесспорные и даже патогномичные признаки. По своей информативности они ничуть не уступают новейшим методикам, обладая в то же время бесценным преимуществом простоты. Для примера укажу хотя бы на шум трения плевры и перикарда, флюктуацию опухоли (как признак наличия в

ней жидкости), ритм галопа, свистящие сухие хрипы, скребущий систолический шум при «хирургическом» аортальном стенозе, абсолютную тупость как признак наличия жидкости в плевральной полости. Безотказность признаков такого рода проверена вековой практикой всех врачей, и нет никаких причин пренебрегать ими. Важным достоинством таких признаков является то, что врач получает их сразу, при первой же встрече с больным.

Молодой студент приступает к изучению медицины в условиях крупной клинической больницы, где сосредоточены все диагностические службы. Это позволяет легко и быстро обследовать больного на самом высоком современном уровне. Благодаря этому студент получает полное и всестороннее представление о болезни во всех ее деталях. Это очень полезно для обучения. Но после получения диплома начинающий врач сразу обнаруживает, что подавляющее большинство больных находится не в стационаре, а у себя дома, и все эти уже привычные средства современной диагностики вдруг оказываются голубой мечтой. Скажем, вас вызвали к больному на дом по поводу высокой температуры и кашля. Возможно, это просто банальная простудная вирусная инфекция. Но нет ли вдобавок ещё и пневмонии? Больной недостаточно тяжёл, чтобы требовалась неотложная госпитализация (а всех больных гриппом во время эпидемии не отправишь в больницу!), но он и не настолько благополучен, чтобы тотчас послать его в рентгеновский кабинет поликлиники. Впрочем, даже если немедленно направить его туда, то ведь ответ придет, в лучшем случае, только завтра. А лечение надо начинать сегодня, сейчас! И хотя это происходит в столице, и на дворе уже двадцать первый век, врач всё равно вынужден ставить диагноз самостоятельно, без посторонней помощи, имея в своем распоряжении только самого больного, свои ограниченные знания и здравый смысл.

Прочтет эти строки молодой врач-счастливчик, работающий в клинике, и подумает: «Да, может быть, бедняге – участковому врачу и не остается ничего другого, как диагностировать примитивно, по-старинке, но меня это не касается: я работаю в престижной больнице с шикарной заграничной аппаратурой!». Но вот поучительное наблюдение. Меня пригласили на консультацию в крупную московскую больницу «к больному с пневмонией». Лечащий врач доложил, что у больного пневмония, подтвержденная рентгенологически, но что интенсивное лечение антибиотиками не помогает. Действительно, в протоколе рентгенологического исследования было сказано: «Имеется пневмоническое затемнение в нижней доле правого легкого». Я подошел к больному – старому человеку, который часто и с трудом дышал, лежа на высоком изголовье (ортопноэ). Начав обследование легких, как и положено, с перкуссии, я сразу обнаружил в правой половине грудной клетки от середины лопатки вниз абсолютную (бедренную) тупость – драгоценный, почти безошибочный признак наличия большого количества жидкости в плевральной полости! Буквально еще через две минуты всё стало ясным. У больного был массивный правосторонний гидроторакс из-за недостаточности сердца. Это подтверждали такие надежные и тотчас полученные признаки, как ритм галопа, набухшие шейные вены, увеличенная и болезненная печень, отеки на ногах. Ещё через полчаса был сделан прокол, удалено около одного литра жидкости, и одышка сразу исчезла.

Каковы уроки этого случая? Рентгенологическая картина гидроторакса достаточно характерна и резко отличается от пневмонии, даже крупозной. Если рентгенолог не смог отличить одно от другого, его квалификация никуда не годится. Но, быть может, кто-то перепутал истории болезни, и запись относилась к другому больному. Как бы то ни было, лечащий врач, смиренно полагая, что перкуссия и аускультация не могут тягаться с рентгеновским исследованием, слепо доверился ошибочному заключению и в результате постыдно оконфузился. Какой же прок от доктора, который так низко ценит сам себя и надеется только «на дядю»?

Многие годы я рассматривал это свое наблюдение как курьезный, почти невероятный случай, вроде старой медицинской шутки: «Лечили от желтухи, а оказалось – китаец!». Но вот совсем недавно в одном документальном фильме знаменитый кинорежиссер Алексей

Герман рассказал, как врачи в Петербурге **четыре раза подряд** лечили его от пневмонии, а потом оказалось, что это «вовсе не пневмония, а вода в легких из-за слабого сердца!» Выходит, что такая ошибка случается не так уж редко...

Мы не всегда знаем даже свои собственные сильные и слабые стороны. Недаром Сократ считал, что познать самого себя – самое трудное и самое важное для человека занятие. Так откуда же нам знать, насколько компетентен в действительности наш консультант-инструменталист, особенно, если мы сами не очень-то сведущи в этой частной области? Один врач остроумно заметил: «Перед современной аппаратурой я готов снять шляпу, но не голову!». Стало быть, даже в условиях полной доступности самых современных инструментальных методов лечащий врач должен критически оценивать эти внушающие почтение данные в свете собственного самостоятельного суждения, которое возникает у него в результате личного, непосредственного исследования больного.

Старые, традиционные методы диагностики (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) используют уже на протяжении многих поколений сотни тысяч врачей. Умнейшие, наблюдательнейшие из наших собратьев обогатили этот гигантский коллективный опыт по их применению. Ценность каждого симптома или признака проверена буквально миллионы раз. Вот почему результаты, получаемые с их помощью, так надежны.

С новейшими методами дело обстоит совсем по-другому. Непосредственно ими занимается очень небольшое количество врачей. Они по самой специфике своей работы не имеют того непосредственного и длительного контакта с больным человеком, который остается только у лечащего врача. Возьмем такую относительно «старую» дисциплину, как рентгенология, где, казалось бы, семиотика давно и хорошо разработана. Но ведь и теперь одна и та же рентгенограмма может быть истолкована по-разному несколькими рентгенологами. Что же тогда говорить о новейших методах, которые находятся пока в периоде становления и только набирают опыт? Все эти методы впечатляют и обнадеживают, но это лишь бросающаяся в глаза верхушка айсберга, тогда как немудреные, казалось бы, старомодные приемы классической диагностики остаются незыблемым фундаментом клинической медицины.

Но не будем расхваливать старые методы как диагностические средства. Я хочу привлечь внимание к их **психологической ценности**. Она важна для обоих участников лечебного процесса. Начнем с врача. Когда он обследует больного, то он получает сведения, обладающие особой убедительностью: ведь он сам слышал эти хрипы, сам прощупал эту опухоль. Пусть некоторые из добытых фактов можно истолковывать по-разному, но фундаментом для построения диагноза окажутся именно эти факты, а не чьи-то слова. Будут ли диагностические выводы правильными или нет, это отдельный вопрос, но, в любом случае, доктор выработает собственное, независимое мнение о больном. Затем, получив с помощью новейших приборов дополнительные сведения, врач сможет сопоставить их с тем, что он уже знает сам. Такой критический анализ обычно подтверждает и лишь уточняет первоначальный диагноз, иногда совершенно изменяет его, но изредка он позволяет обнаружить ошибку в инструментальном исследовании и, тем самым, страхует от слепой веры в непогрешимость прибора. Врач постоянно ищет, проверяет и думает. Он остается активной творческой личностью на протяжении всего диагностического процесса, а не становится чиновником-диспетчером, направляющим больного в разные кабинеты и лаборатории, чтобы там кто-то выяснил диагноз. Это придает врачу внутреннюю уверенность и постоянно совершенствует его диагностическое мастерство. Ясно, что такая независимая, самостоятельная роль дает гораздо больше удовлетворения, она спасает от скуки и равнодушия...

Это активное, сосредоточенное внимание врача, его уверенность не могут не произвести впечатления на больного. Тот ведь сразу заметит, если доктор приложил фонендоскоп только для вида, а сам в это время занят чем-то другим, или просто несколько раз наугад ткнул рукою

в живот. Когда больной видит, что доктор занимается им всерьез, его невольно охватывает чувство доверия и благодарности. Впечатление со стороны прекрасно изобразил французский хирург Мондор: «Насколько мучительно зрелище неопытной, грубой и не достигающей цели руки, настолько приятен и поучителен вид двух нежных, ловких и умелых пальпирующих рук, которые успешно собирают необходимые данные, внушая больному доверие... Движения врача в это время являются наиболее красивыми из всех его движений. При виде десяти пальцев, стремящихся обнаружить важную и серьезную истину посредством терпеливого исследования и тактильного таланта, перед нами ярко выступает всё величие нашей профессии».

Психологическое воздействие исходит от врача непрерывно, даже когда он просто сидит и собирает анамнез. Впрочем, одно дело, если больной видит заинтересованное лицо и внимательный дружелюбный взгляд, устремленный прямо ему в глаза, и совсем другое, если к нему обращена только макушка доктора, который, не разгибая спины, усердно строчит ответы на свои вопросы или копается в бумажках...

Еще более мощное воздействие оказывает на больного физикальное обследование. Недавно один американский врач, сетуя на возрастающую дегуманизацию медицины, рассказал, что его старый учитель любил повторять: «Всегда, в каждом случае старайтесь найти предлог, чтобы прикоснуться руками к вашему больному!». Это очень мудрый совет. Мягкое прикосновение уже само по себе успокаивает и обнадеживает больного; он физически осязает, что помощь близка; выражение «в надежных руках» обретает свой буквальный смысл. Человеческое прикосновение всегда благотворно, и не надо думать, что только Христос исцелял наложением рук. Даже наша речь подтверждает действие человеческого прикосновения на эмоциональную сферу. Недаром русское слово «тронуть» имеет два значения: 1) физически прикоснуться и 2) растрогать, умилиť. Совершенно ту же двойственность мы находим и в английском языке (to touch, touching), и в немецком (tuehren, beruehrt), и во французском (toucher, touchant). А разве не тому же учат нас наши домашние кошки и собаки, буквально требуя ласкового поглаживания? Вот почему, даже если удельный вес физикального исследования в диагностическом процессе уменьшился, его громадная психотерапевтическая ценность никогда не девальвируется.

Нередко больной, пришедший в поликлинику по какой-нибудь банальной причине (простуда, боль в спине и т.п.), в конце приема просит: «Доктор, померьте мне, пожалуйста, давление...». Судя по смущенной улыбке, он сам чувствует, что такая просьба вроде бы неуместна и отнимает у занятого врача драгоценное время. Да и врачу это кажется прихотью, которой он не должен потакать. Ведь больной обратился совсем по другому поводу, а всем измерять давление я не обязан. В конце концов, для этого есть медсестра. И, кроме того, какой толк в однократном, случайном измерении артериального давления без всякого повода?

Почему же эта просьба бывает такой частой? Ведь теперь широкое распространение получили автоматические приборы, позволяющие больному самому измерять свое давление дома. Но в том-то и дело, что когда больной сам измеряет давление, он получает просто некоторые цифры, только и всего. А вот когда давление измеряет врач, больной получает нечто гораздо большее. Во-первых, эти цифры, по его мнению, гораздо надежнее: ведь измеряет сам доктор! Но кроме сухих цифр, больной вдобавок может услышать ободряющие и, главное, авторитетные слова, что давление нормальное или повышено совсем немного. Наконец, и это еще важнее, он получает несколько мгновений активного врачебного внимания. Ведь в этот момент перед больным не чиновник, который укрылся от него за своим столом, как за баррикадой и копается в бумагах. Нет, сейчас врач совсем рядом, он сам укрепляет на его руке манжету, сам прикладывает свой фонендоскоп и внимательно выслушивает. Если, не дай Бог, что-то не так, он тотчас обратит на это внимание и поможет...

Так что если врач считает эту просьбу прихотью избалованного больного, которую надо сурово отвергнуть, он не прав. Когда наш пациент просит померить давление, он, в сущности, озабочен совсем не этим физиологическим показателем, реальное значение которого он вряд ли понимает. На самом деле, он просто хочет убедиться, что им занимаются всерьез, что доктор делает для него что-то реальное, осязаемое. Короче, он жаждет нашего *прикосновения*.

Так почему же не удовлетворить это желание? Эта нехитрая процедура займет всего 40-50 секунд, но она окажется не только актом любезности. Она вызовет чувство доверия и благодарности, что так важно для нашего положительного психотерапевтического воздействия на больного. Точно такой же полезный эмоциональный и психологический заряд несет в себе и подсчет пульса, и аускультация, и пальпация, и, вообще, любой элемент физикального обследования. Эти манипуляции (кстати, слово это происходит от латинского слова *manus* – рука!) приближают нас к больному в самом буквальном смысле, и тогда он действительно ощущает, что перед ним не чиновник с дипломом, а врач. Есть прописная истина, что лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать. Но, наверное, все согласятся, что еще надежнее *пощупать*. Именно физическое прикосновение обладает для нас наибольшей убедительностью. Об этом говорит и евангельская легенда о Фоме неверующем. Этот апостол уверовал только после того, как вложил свои пальцы в раны Христа! Итак, физическое прикосновение к больному является для врача не только источником информации, но и важным психотерапевтическим средством.

Забавной иллюстрацией нарастающего отчуждения врача от больного служит история аускультации. Врачи еще со времен Гиппократов иногда прикладывали ухо к грудной клетке своих пациентов, чтобы услышать шум сотрясения при гидропневмотораксе (*succusio Hippocratica*). Однажды Лаэннек (1781 – 1826) обследовал молодую пышнотелую женщину. Чтобы не смущать её непосредственной аускультацией, он скатал лист бумаги в трубку и приложил эту трубочку к больной. К его изумлению, звуки стали гораздо отчетливее! Так появился стетоскоп, с которого началась революция в диагностике вообще. Однако первоначальное назначение этого прибора состояло в том, чтобы отделить врача от больного! Сперва это была коротенькая деревянная трубочка (жесткий стетоскоп), и доктору приходилось придвигать свою голову почти вплотную к больному. Затем трубку удлиннили и сделали гибкой – получился современный фонендоскоп; аускультировать стало удобнее, но расстояние между врачом и больным увеличилось... Прогресс на этом не остановился. Ныне, когда больной обращается к нам за помощью, нередко он встречает вместо приветливого взгляда и мягких рук какой-нибудь новейший диагностический прибор, который своим холодным блеском, бесчисленными проводами, лампочками и мерцающим экраном создает атмосферу одиночества и тревоги. А рентгенолог вообще исследует больного, находясь совсем в другой комнате.... И вот ирония судьбы: стетоскоп, созданный когда-то в попытке отделить врача от больного, оказывается ныне чуть ли не единственным средством, заставляющим врача физически прикоснуться к своему пациенту!

Закончу наблюдением, которое натолкнуло меня на эти размышления. Несколько лет назад мне позвонил незнакомый больной и попросил проконсультировать его. «А что у Вас за проблема?» – «Год назад мне пересадили сердце, и у меня есть несколько вопросов». Мне за всю жизнь ни разу не пришлось встретиться с таким больным. Это было интересно, и я сразу согласился. Как и полагается, сначала я расспросил больного, потом выслушал его сердце и легкие в положении стоя и лежа, осмотрел шейные вены, прощупал живот – нет ли застойной печени, проверил на стопах пульсацию и наличие отеков, измерил давление, и только после этого рутинного осмотра, занявшего всего две-три минуты, уселся читать толстую пачку медицинских документов. В этот момент больной сказал: «Знаете, доктор, меня еще никто не смотрел так, как Вы...». Я ужасно удивился. Ведь перед такой ответственной операцией

больного обследовали в одной из лучших больниц страны десятки врачей. Конечно, в первую очередь, их заботили такие проблемы, как совместимость тканей, состояние почек, печени и легких, давление в малом круге, систолический выброс левого желудочка и т.п. Чтобы ответить на эти важные вопросы, требуются самые современные генетические, биохимические и гемодинамические исследования. И всё же достойно сожаления, что ни один из этих специалистов, несомненно, высочайшей квалификации не удосужился провести рутинное физикальное обследование.

А ведь наверняка каждый из них, подходя к больному, считал своим долгом для начала приветливо улыбнуться, поздороваться и представиться. Зачем же они тратили свое время на эти действия, которые уж подавно не имеют отношения к пересадке сердца, если они считают излишними даже перкуссию и пальпацию? Очевидно, не из одной лишь вежливости. Они поступали так, чтобы успокоить больного, расположить его к себе, завоевать его доверие, то есть создать благоприятную обстановку для обследования и лечения. Действительно, не надо быть глубоким психологом, чтобы понять, что больной ожидает любезного и вежливого отношения к себе и будет неприятно разочарован и даже возмущен, если этого не произойдет. Но разве больной ожидает от врача только вежливости? У него есть свое представление, каким должен быть хороший врач, как он должен поступать. Конечно, больной судит только о видимой стороне, но в наблюдательности ему не откажешь. Во французском медицинском журнале я прочел забавную шутку. Больной робко спрашивает: «Доктор, почему вы слушаете мое сердце справа, ведь оно находится слева?!» – «Вздор, мы уже давно всё переменили...». Больному не угнаться за нашим стремительным прогрессом, и он всё ещё надеется, что врач расспросит его, простучает, приложит фонендоскоп, прощупает живот. Так почему не уважить эти скромные и такие справедливые ожидания больного? Ведь это более полезный способ завоевать его доверие, чем простая вежливость...

Любой учебник семиотики и диагностики внутренних болезней обязан в целях академической полноты познакомить студента и начинающего врача со всеми диагностическими признаками и методами. В начале своего врачебного пути я еще не мог знать, что из этого изобилия пригодится по-настоящему, и потому прилежно старался запомнить всё. Но вот прошли десятилетия, и в моем арсенале осталось не так уж много средств. Зато все они мои надежные, испытанные друзья. Каждый день они помогают мне ставить *диагноз, не отходя от постели больного*. Вот об этих-то средствах и приемах, основанных на личном полувековом опыте врача общей практики, я и хочу рассказать молодым докторам. Конечно, такой подход неизбежно страдает субъективностью. Вполне возможно, что другие опытные врачи используют несколько другой набор диагностических приемов. В оправдание я могу честно заверить, что всё здесь не переписано из других книг на новый манер, а является результатом многолетних проверок прочитанного, собственных размышлений и поисков.

ПОСТСКРИПТУМ. Прочтет молодой врач это похвальное слово в защиту физикального обследования и, быть может, подумает, что все эти рассуждения справедливы для медицины бедной, отсталой, но потеряли актуальность в условиях двадцать первого века. И вот совсем недавно, в ноябре 2010 г., знаменитый американский кардиолог Бернард Лаун, опубликовал в своем Интернет-блоге специальную статью о громадной *психологической* пользе физикального исследования. Лаун всю свою долгую жизнь работал в Мекке американской медицины – в Бостоне, в условиях, которые даже для американской медицины являются просто роскошными, где врачи окружены несметным количеством всех мыслимых приборов, облегчающих диагностику и лечение. Тем более удивительно, насколько совпадают мысли двух старых докторов, обучавшихся медицине и работавших в столь разных условиях! Кстати, его статья имеет даже сходное название: “The Lost Touch” (утраченное прикосновение).

По словам Лауна, у него нередко бывала ситуация, когда после расспроса больного (со-

бирание анамнеза) он испытывал чувство неудовлетворенности. Ему оставалось неясным, почему этот человек обратился к доктору, и чего он хочет на самом деле. «Личность больного оставалась спрятанной за его жалобами». В этих случаях Лауну помогал следующий приём. Он, как и полагается, переходил ко второму этапу – физикальному обследованию. Но вдруг он приостанавливал этот процесс посередине и возвращался к расспросу; он вновь начинал выяснять жизненные обстоятельства пациента, его семейную ситуацию, его интересы, заботы и т. п. «Почти всегда беседа становилась оживленной, как будто бы открывался какой-то клапан; возникал свободный поток важной информации... Становилась ясной причина визита». После этого «мы уже не были чужаками. Физикальное обследование преображало наши отношения. Главным фактором этой перемены было прикосновение...». Лаун убежден, что весь ритуал перкуссии, пальпации и аускультации является не только анатомическим исследованием, но и *процедурой, способствующей возникновению доверия...*

ПОСТСКРИПТУМ. Уже после того, как рукопись этой книги была отослана в издательство, я нашел в Интернете интереснейшую книгу известного антрополога Эшли Монтегу (1905-1999) «Прикосновение: человеческое значение кожи» (Ashley Montagu TOUCHING: THE HUMAN SIGNIFICANCE OF THE SKIN, 2nd Edition, 1978, Harper & Row publishers). Автор показывает на обширном экспериментальном материале громадное биологическое значение тактильного раздражения кожи (телесный контакт при грудном вскармливании и во время сна, облизывание детеныша и т. п.) в периоде постнатального развития млекопитающих. Отсутствие такого контакта вызывает серьезные нарушения в созревании систем кровообращения, дыхания, пищеварения и иммунной защиты, и нередко приводит к гибели детеныша. У людей период превращения беспомощного младенца в самостоятельного взрослого человека необычайно продолжителен, и потому значение тактильной стимуляции кожи, включающее также еще и поглаживания, похлопывания, поцелуи и объятия, особенно велико. В заключении он пишет: «Человеческое значение прикосновения гораздо глубже, чем это понимали до сих пор. Кожа - это сенсорный рецепторный орган, который отвечает на контакт ощущением прикосновения; в свою очередь, это ощущение наполняется фундаментальным человеческим смыслом почти с самого момента рождения... Тактильная стимуляция является необходимым опытом для нормального развития норм поведения. Если в детстве ребенок не получал эту тактильную стимуляцию, у него не возникают нормальные контактные отношения с другими. Возмещая эту потребность даже у взрослых (курсив мой – Н.М.), мы даем им ободрение, в котором они нуждаются, убеждение, что они желанны и ценны для нас...».

КАШЕЛЬ

При банальной простуде наличие небольшого кашля настолько естественно, что больной обычно и не жалуется на него; на первом плане стоит общее недомогание, слабость, мышечные боли, чувство жара или познабливание. Да и с врачебной точки зрения такой кашель является второстепенным элементом клинической картины.

Кашель приобретает значимость, как для больного, так и для врача:

если он становится очень сильным или частым;

если он сочетается с заложенностью в груди и с плохим отхождением мокроты;

если он сопровождается обильной мокротой или кровохарканием.

То, что при астматическом состоянии часто бывает изнуряющий надсадный кашель (сухой или со скудной мокротой), известно каждому врачу. Но нередко приходится видеть больных, у которых единственная или главная жалоба – это приступообразный мучительный кашель, иногда по интенсивности напоминающий коклюш. При этом самая тщательная аускультация не обнаруживает никаких патологических признаков; слышно нормальное везикулярное дыхание без всяких хрипов. Рентгеновское исследование также не выявляет изменений в легких, нормальным оказывается и анализ крови. И только спустя некоторое время у такого больного развивается типичная бронхиальная астма. Вот несколько характерных примеров.

Больная Н., 47 лет. Четыре года назад была пневмония, после которой остался кашель. Вскоре он стал приступообразным. Затем появилось посвистывание в груди, одышка при физических напряжениях. Еще через четыре месяца начался вазомоторный ринит, появилась непереносимость анальгина (раньше больная с успехом применяла его при зубной боли, а теперь он повторно вызывал приступ удушья). Ещё через месяц начались типичные спонтанные приступы бронхиальной астмы.

Больная С., 44 лет. Двадцать лет назад всю зиму беспокоил сильный надсадный кашель, исчезнувший к весне без всякого лечения. Восемь лет спустя ночью возник приступ удушья, прошедший после какой-то инъекции. С тех пор приступы одышки в покое стали повторяться, сопровождаясь сильным сухим кашлем, а спустя ещё несколько месяцев эти приступы стали сопровождаться писками и свистами в груди.

Больная К., 56 лет. Ещё в возрасте 18 лет во время лыжных соревнований возник приступ удушья, тогда же расцененный врачами как приступ бронхиальной астмы. Затем длительный период полного благополучия. С 33 лет вазомоторный ринит с частыми обострениями. В 55 лет впервые развился приступ мучительного сухого кашля; при рентгеноскопии обнаружена «пневмония», назначены антибиотики. В результате этого лечения дневной кашель исчез, но приступы кашля по ночам остались. Прием преднизолона 15 мг в день быстро ликвидировал эти приступы, но после его отмены кашель вскоре возобновился, а ещё через три месяца появилась типичная бронхиальная астма.

Итак, сильный приступообразный кашель бывает не только во время приступа бронхиальной астмы, но также у лиц с аллергической реактивностью ещё до того, как они заболеют астмой. Следовательно, такой кашель при отсутствии каких-либо других патологических знаков может быть продромой, увертюрой или эквивалентом бронхиальной астмы. Возможно, этот кашель вызывается аллергическим воспалением слизистой трахеи, в частности бифуркации трахеи, где расположены наиболее важные кашлевые зоны. Пока это воспаление не спустилось в мелкие бронхи, нет одышки, хрипов и мокроты, а есть только кашель. Когда же этот патологический процесс охватит всё бронхиальное дерево, клиническая картина становится

многосимптомной и легко узнаваемой. Характерную приступообразность кашля легко объяснить легучестью аллергического воспаления, как это мы видим при крапивнице.

Но этот кашель имеет не только прогностическое значение, как предвестник бронхиальной астмы. Сильный, надсадный, пароксизмальный сухой кашель является для меня точно таким же важным и надежным признаком аллергии, как вазомоторный ринит, крапивница, отек Квинке или, наконец, сама бронхиальная астма. Конечно, такой кашель изредка бывает и при бронхогенном раке легких, и при туберкулезе бронха, и при инородном теле в бронхе. Но ведь эти заболевания встречаются довольно редко. В огромном, подавляющем большинстве случаев аллергическая природа этого варианта кашля подтверждается либо целенаправленным расспросом (поиск аллергических стигматов в прошлом), либо объективным исследованием (астматические симптомы, эозинофилия и т.п.), либо последующим течением болезни (переход в астму).

Практическое значение этого вывода заключается в следующем. Допустим, перед нами больной с несомненным инфекционным заболеванием легких (грипп, бронхит, пневмония). Здесь кашель является, так сказать, законной составной частью клинической картины и не привлекает особого внимания. Но наш пациент что-то уж очень жалуется на сильный кашель, так что эта жалоба выходит на передний план. В такой ситуации врач не должен ограничиваться рутинным назначением противокашлевого средства. Стоит задуматься, а не есть ли это сигнал, что у больного, помимо инфекции, возник вдобавок еще и аллергический процесс.

Любая аллергическая реакция имеет значительный воспалительный компонент, который также может вызвать повышение температуры, ознобы, лейкоцитоз, ускорение СОЭ и т.п. Но это воспаление особого рода, оно, если можно так выразиться, асептическое; часто оно протекает вообще без инфекции. Во всяком случае, антибиотики при таком воспалении помочь не могут: ведь у них совсем другая точка приложения. Более того. Как известно, антибиотики обладают большим алергизирующим потенциалом. Поэтому их применение во время активного аллергического процесса легко может дополнительно сенсибилизировать больного и привести его к бронхиальной астме, которой у него пока еще не было, а то и вызвать анафилактиксию.

Вот почему, столкнувшись с мучительным приступообразным кашлем, надо попытаться выяснить, что же преобладает у нашего больного – воспаление инфекционное или аллергическое. Это далеко не праздный вопрос.

Вот частая ситуация. У больного находят острое респираторное заболевание со всеми полагающимися признаками: повышение температуры, недомогание, кашель, хрипы в легких. Правда, кашель что-то уж особенно сильный, да и в прошлом есть указания на аллергию (крапивница на шоколад, полипы в носу). Но доктору эти детали представляются маловажными. Он убежден, что главное сейчас – это инфекция, воспаление, и без долгих размышлений он назначает антибиотик. Через несколько дней организм шлёт новый предупредительный сигнал: возникает крапивница или стоматит. Но и это не останавливает врачебного усердия: что ж тут особенного, просто у больного аллергия на данный антибиотик; его надо заменить другим и продолжить войну с микробами. Но вдумаясь. Аллергическая *реакция* на какое-то одно конкретное вещество свидетельствует о способности этого больного вообще реагировать необычно: он обладает аллергической *реактивностью*. Недаром так редко встречается моновалентная аллергия, то есть аллергия только к одному веществу. Как правило, мы видим больных с поливалентной аллергией, которая к тому же склонна расширять свой спектр. Не задумавшись над этим, один антибиотик заменяют другим, хотя, на самом деле, «виновато» не столько данное лекарство, сколько аллергический процесс, начавшийся в организме больного еще до начала лечения. Пусть даже в ответ на новое лекарство не возникнет крапивница, но температура не снижается, а то и ползет вверх; кашель усиливается, появляются много-

численные сухие хрипы и одышка. Иными словами, начинает разворачиваться лекарственная болезнь. Но врач непреклонен. Он продолжает борьбу с этими неуловимыми и какими-то необычайно упорными зловредными микробами. Он мечется от одного антибиотика к другому и использует такие дозы, которыми можно было бы вылечить несколько больных септическим эндокардитом. И только решительная отмена всех антибактериальных средств неожиданно приводит к улучшению...

Это происходит потому, что сильный приступообразный кашель не был расценен с самого начала как важный сигнал о возможном наличии наряду с инфекцией также и аллергического процесса. А быть может, у нашего больного сейчас вообще нет инфекции, и вся клиническая картина объясняется только аллергией, несмотря на то, что вокруг много больных с настоящим гриппом? Либо инфекция действительно была в начале, но к моменту нашей первой встречи с больным она уже закончилась сама по себе, и теперь мы имеем дело с чисто аллергической реакцией в ответ на инфекцию?

Вот какие вопросы возникают у меня, когда я осматриваю лихорадящего и сильно кашляющего больного. Дать антибиотик «на всякий случай» – плохая политика, ибо если инфекции нет, или она стоит на втором плане, то антибиотическая терапия может ухудшить состояние больного.

Как же решить эту проблему? За аллергическую природу воспаления говорит, кроме кашля, наличие бронхиальной обструкции, которая проявляется затрудненным надсадным дыханием и сухими свистящими хрипами в легких. Это воспаление обычно разыгрывается в интерстиции, и потому опеченения легочной ткани не происходит; значит, нет ни крепитации, ни бронхиального дыхания, ни усиленной шепотной речи. Наконец, очень важна эозинофилия в крови или в мокроте.

Наоборот, в пользу инфекционной природы воспаления свидетельствует интоксикация, учащенное дыхание с раздуванием крыльев носа, явно гнойный характер мокроты (впрочем, эозинофилы тоже могут придать мокроте желтый цвет), физикальные признаки уплотнения легочной ткани (см. ниже), левый сдвиг гемограммы.

В случае остающегося сомнения помогают следующие соображения. Если общее состояние больного относительно неплохое (температура всего лишь субфебрильная, нет одышки, интоксикации и значительной тахикардии), то можно спокойно воздержаться от антибиотиков в течение нескольких дней и ограничиться бронхорасширяющими и отхаркивающими средствами, иногда сочетая их с антигистаминными препаратами. Ведь больному ничто не угрожает, и повышать ставки не стоит. Даже если у него и есть пневмонический очаг, то, очевидно, он невелик, и больной сам с ним справится. Так почему не дать ему возможность сделать это, и, тем самым, заставить работать и укрепить собственный аппарат иммунной защиты? Ведь если понадобится, то мы рядом и тотчас поможем. Вспомним к тому же, что большое количество острых инфекционных процессов в легких имеет вирусную этиологию, и антибиотическая терапия в таких случаях совершенно бесполезна. Поэтому вовсе не обязательно сломя голову сразу и без разбору назначать антибактериальные средства.

И не надо бояться, что промедление с антибиотиками переведет воспаление в хроническую форму или будет способствовать возникновению бронхиальной астмы. Во-первых, в доантибиотическую эру число хронических бронхитов или хронических пневмоний отнюдь не было больше, чем теперь; скорее, они встречались реже. Во-вторых, переход в хроническую форму обусловлен, по моему твердому убеждению, не плохим или недостаточным лечением, а особой – аллергической – реактивностью больного. При достаточно целенаправленном и терпеливом расспросе можно в большинстве случаев хронического бронхита обнаружить указания на аллергию в прошлом, еще до появления бронхита; это подтверждают наблюдения, приведенные в начале этой главы.

Если же пациент очень стар или ослаблен, то есть когда даже минимальная инфекция может оказаться роковой, то, разумеется, медлить нельзя, и надо сразу назначать антибиотики. В такой ситуации риск аллергических осложнений отступает на второй план.

Есть еще одна разновидность кашля, которая имеет четкое и важное диагностическое значение. Это кашель, указывающий на **парез голосовой связки**.

При поражении возвратного нерва (сдавление его в средостении опухолью, лимфатическим узлом, аневризмой аорты и т.п.) голосовые связки не могут приблизиться друг к другу до полного, герметичного смыкания. В результате нарушается главный механизм кашля – сжатие воздуха в герметично замкнутом объеме с последующим внезапным выбросом его, когда голосовая щель вновь раскрывается. Поэтому при парезе голосовой связки кашель становится бессильным, «сиплым»; он теряет свое характерно внезапное, взрывное начало.

Парез голосовой связки сказывается также на голосе, который становится хриплым или сиплым. Но гораздо чаще охриплость бывает при банальном простудном ларингите. Чтобы выяснить причину хриплого голоса, попросим больного покашлять. При ларингите голосовые связки воспалены, но их смыкание не нарушено, и кашель сохраняет свою силу, эффективность и взрывной характер. Кроме того, возвратный нерв снабжает не только голосовые связки, но и мышцы глотки. Поэтому его парез нарушает также движения надгортанника при глотании, и больной начинает тогда поперхиваться. Это можно сразу проверить, дав пациенту выпить воды.

ОДЫШКА

Одышка является висцеральным ощущением, так же как боль, голод, слабость и т. п. Вот почему его трудно описать словами, и жалобы больных нередко бывают расплывчатыми, неопределенными. Это затрудняет анализ. Но если врач знает различные причины одышки и соответствующие клинические варианты, то достаточно задать всего несколько простых вопросов, чтобы картина стала ясной и понятной.

Чаще всего одышка возникает в результате заболевания сердца или легких. Но бывают и другие причины. Так, некоторые больные называют одышкой стеснение за грудиной, то есть стенокардию (*angina pectoris*). Ясно, что ошибочное истолкование жалобы поведет к совершенно неправильному лечению. В других случаях дополнительный расспрос обнаруживает, что под словом одышка больной понимает простую неудовлетворенность вдохом – чисто невротическое явление. Наконец, одышка, пробуждающая ночью, не обязательно указывает на сердечную или бронхиальную астму; при дыхании типа Чейн-Стокса больной пробуждается во время длительной дыхательной паузы и тоже жалуется на одышку.

Как же выяснить причину одышки? Первый вопрос, который следует задать, это: «Когда Вы чувствуете одышку – при ходьбе или в покое, днем или ночью?». Ответ сразу направляет дальнейшее исследование по одному из трех вариантов:

Одышка во время физической нагрузки;

Одышка в покое;

Одышка ночью или в горизонтальном положении.

Рассмотрим ход диагностического поиска в каждой из этих ситуаций.

Одышка во время физической нагрузки. Выясним сначала величину нагрузки, которая вызывает одышку (бег, быстрая ходьба, подъем на второй этаж, обычная прогулка, ходьба по комнате). Это важно как для оценки функциональных возможностей больного на момент нашего первого знакомства с ним, так и для оценки эффективности последующего лечения. Например, вначале больной задыхался даже во время ходьбы по комнате, а теперь, спустя две недели от начала лечения, может без труда погулять во дворе. Если одышка беспокоит уже давно, следует обязательно спросить, не влияет ли на неё перемена погоды и вообще, всегда ли одна и та же работа вызывает одышку.

Дело в том, что если одышка вызвана органическим заболеванием сердца, то переносимость физической нагрузки обычно меняется очень постепенно и долго остается на одном и том же уровне. Скажем, больной при подъеме по лестнице всякий раз вынужден останавливаться на третьем этаже, чтобы отдышаться и передохнуть. Напротив, при легочных заболеваниях, где одышка чаще всего связана с диффузной бронхиальной обструкцией (бронхиальная астма, хронический бронхит, эмфизема легких), величина бронхиальных просветов быстро и часто меняется, как спонтанно (даже на протяжении нескольких часов), так и под влиянием столь частых «простудных» заболеваний. Поэтому в некоторые дни больной легко подбегает к остановке транспорта, а случается, что и медленная ходьба по комнате вызывает одышку. Этот симптом «день на день не приходится» (Б.Е. Вотчал) указывает на преобладание функционального, легко обратимого механизма одышки. Ясно, что ни распространенность миокардиосклероза, ни степень гипертрофии миокарда, ни величина клапанного поражения не могут колебаться так быстро. Итак, одышка, при которой «день на день не приходится»,

сразу заставляет обратить особое внимание на легкие, тогда как постоянный уровень одышки скорее характерен для заболеваний сердца.

Впрочем, при стенокардии толерантность к физической нагрузке нередко тоже меняется в довольно больших пределах: утром больному приходится останавливаться при ходьбе гораздо чаще, чем днём; боязнь опоздать сразу вызывает загрудинное сжатие, а во время приятной и беззаботной прогулки оказывается возможной даже быстрая ходьба. Поэтому, чтобы не принять за одышку то, что на самом деле является стенокардией, надо спросить: «А как Вы дышите во время одышки – пыхтите, отдуваетесь, или же вас как бы душит, а дыхание спокойное? Заметно ли со стороны, что Вы задыхаетесь?». Иногда на такой вопрос больной отвечает: «Да нет, просто давит, воздуху нехватает» и очень характерно подносит к груди руку и сжимает её в кулак. Это поистине драгоценная улика: в данном случае «одышка» – это эквивалент стенокардии. Несколько дополнительных вопросов позволяют полностью удостовериться в этом. «Через сколько времени проходит одышка, если Вы остановитесь – сразу или через 5 – 10 минут?». – Стенокардия прекращается очень быстро. При недостаточности сердца скелетные мышцы тоже получают недостаточное количество кислорода; но поскольку их масса во много раз превосходит массу сердечной мышцы, то физическая работа создаёт гораздо более значительный кислородный долг. Для того чтобы его возместить, больной должен усиленно дышать после окончания работы еще несколько минут. Надо также осведомиться, помогает ли нитроглицерин, нет ли характерной иррадиации (кстати, наиболее характерна иррадиация вовсе не в левую руку, как часто говорят, а в шею, в нижнюю челюсть, в спину между лопатками и, наконец, в локти обеих рук сразу).

Но вернемся к анализу истинной одышки. Следующий, исключительно важный вопрос: «Не пищит ли, не свистит ли у Вас в груди во время одышки?» Больные отлично слышат те звуки, которые мы называем сухими хрипами и которые указывают не на скопление слизи в бронхах, как нередко пишут в учебниках, а на сужение бронхиальных просветов. Действительно, стоит больному сделать вдох из карманного ингалятора, как уже через минуту – две хрипы исчезают совсем, либо значительно уменьшаются, нередко без всякого откашливания мокроты. Механизм возникновения этих хрипов точно такой же, как при свисте: только при определённой степени сведения губ в трубочку возникает свист, который мгновенно прекратится, если отверстие станет хоть чуточку больше. Свисты и пiski с несомненностью указывают на сужение бронхов и, стало быть, на затрудненное прохождение воздуха в легкие. Именно это и вызывает чувство одышки. В дополнение можно спросить, не облегчается ли одышка после приема таблетки теофедрина или после вдоха из карманного ингалятора. Положительный ответ надежно подтверждает легочное (точнее, бронхообструктивное) происхождение одышки или, во всяком случае, указывает на важность этого механизма в возникновении одышки у данного больного.

Итак, благодаря всего лишь нескольким простым вопросам удастся быстро выяснить, в каком направлении надо вести дальнейший поиск. Но, прежде чем продолжить, уместны два замечания.

Во-первых, при *рестриктивных* легочных заболеваниях (разрастание в легких грубой соединительной ткани – пневмофиброз, массивные плевральные шварты и т. п.) симптом «день на день не приходится» отсутствует, если нет сопутствующей бронхиальной обструкции. Стало быть, мало меняющаяся толерантность к физической нагрузке вовсе не исключает легочного происхождения одышки. Впрочем, рестриктивные поражения легких встречаются гораздо реже (раз в 15–20), чем обструктивные, так что симптом «день на день не приходится» всё равно сохраняет свою громадную ценность. Кстати, рестриктивный характер поражения легких хорошо выявляется благодаря следующим простым признакам: свободное, но поверхностное и учащенное дыхание (больной не может глубоко вдохнуть), высокое стояние

диафрагмы по данным перкуссии (т.е. уменьшенный размер легких). При аускультации находят жесткое (во всяком случае, не ослабленное) дыхание и (часто) массу трескучих мелкопузырчатых хрипов.

Во-вторых, иногда причиной одышки оказывается банальное ожирение. Ведь и совершенно здоровый человек начнет задыхаться при долгой ходьбе с грузом 15–20 килограммов и более. Но, когда немолодой тучный человек жалуется на одышку, врач нередко сразу делает заключение о наличии недостаточности сердца, особенно, если нет явного заболевания легких, а на ЭКГ имеются к тому же какие-нибудь изменения, пусть даже и неспецифические. Диагноз здесь ставится по вероятностному принципу: раз больному за 50 лет, то велика вероятность ишемической болезни сердца с её последствием – ослаблением сократительной функции миокарда. Одышка напряжения только подтверждает, по мнению врача, справедливость его заключения. Но странное дело – ни мочегонные, ни дигиталис, ни другие кардиальные средства не помогают, хотя обычно они высокоэффективны даже при далеко зашедшей декомпенсации, когда имеются периферические отеки, увеличение печени и застойные хрипы в легких. Следовательно, если на одышку жалуется человек с ожирением, то прежде чем винить в этом сердце, надо поискать признаки, дополнительно подтверждающие его плохую работу. Такие признаки легко обнаружить уже во время расспроса.

При недостаточности сердца водный обмен нарушается еще задолго до появления видимых отеков. Почки начинают избирательно задерживать натрий и воду, хотя по-прежнему хорошо выводят все шлаки, в том числе и красящие вещества (уробилин и пр.). В результате моча становится концентрированной и цвет её более насыщенным. Поэтому полезно спросить: «А какого цвета у Вас моча – соломенно-жёлтая или как крепкий чай?». Темный цвет мочи в сочетании с одышкой напряжения – веский аргумент в пользу недостаточности сердца.

Во время ночного отдыха, когда сердце работает в более благоприятных условиях, выделение мочи усиливается, что проявляется никтурией. Поэтому стоит осведомиться, не встает ли больной ночью, чтобы помочиться. Впрочем, этот вопрос помогает реже: так, у пожилого мужчины никтурия может быть следствием доброкачественной гипертрофии предстательной железы.

Последний вопрос из этой серии – об эффекте мочегонных. Их широкое распространение привело к тому, что многие больные пользуются ими по собственной инициативе, «на авось». В таком случае надо обязательно спросить: «А много ли мочи вышло после мочегонной таблетки? И как Вы почувствовали себя на следующий день – лучше, хуже или без перемен?». Увеличенный диурез, после которого больной отмечает хотя бы временное облегчение одышки – бесспорный признак недостаточности сердца. Кстати, если больной скажет, что после мочегонного он почувствовал себя плохо из-за слабости, то это может указывать на возникновение гипокалиемии. Такую деталь надо запомнить, чтобы при назначении собственной терапии ограничиться калийсберегающими мочегонными или, во всяком случае, использовать фуросемид или дизотиазид в меньших, чем обычно, дозах.

Одышка в покое может быть приступообразной или постоянной. В последнем случае больной испытывает её даже во время врачебного осмотра, что облегчает диагноз. В самом деле, только очень тяжелая недостаточность сердца или легких приводит к тому, что больной задыхается не только при минимальной нагрузке, но и в покое. В этой ситуации диагностика облегчается, так как бросается в глаза масса дополнительных диагностических признаков. Так, при недостаточности сердца это – ортопноэ (больной задыхается в горизонтальном положении и потому предпочитает лежать на высоком изголовье) и периферические отеки. При обструктивной легочной недостаточности – затрудненное, надсадное, шумное дыхание с присвистыванием (wheezing). При рестриктивной легочной недостаточности, когда дыхатель-

ные экскурсии легких сильно ограничены (фиброз легких, массивные плевральные шварты, большой экссудативный плеврит, диссеминированный карциноматоз легких и т.п.), больной дышит очень поверхностно и часто; он не может выговорить до конца короткую фразу, и прерывает её для вдоха. При стенозе гортани или трахеи дыхание характерно замедленное. Особенно затруднен вдох: он шумный, «сиплый»; кожа в яремной ямке, над ключицами и в межреберьях западает при каждом вдохе. Всё это вместе образует незабываемую картину *стридорозного* дыхания.

Есть еще одна нечастая, но очень важная причина одышки в покое – это эмболия в легочную артерию. Внезапно возникшее препятствие для кровотока в малом круге сразу вызывает сильную одышку, чувство стеснения в груди, тревогу, беспокойство, часто кашель. При исследовании сердца и легких обычно не обнаруживают ничего особенного или, во всяком случае, ничего нового. Поэтому иногда даже создается впечатление истерической реакции. Но именно этот контраст между, как будто, вполне удовлетворительным состоянием сердца и легких, с одной стороны, и тревожной клинической картиной, где прямо-таки бросаются в глаза тяжелая одышка и явное страдание больного, заставляет заподозрить легочную эмболию. Веским дополнительным аргументом здесь будет также недавняя хирургическая операция, костный перелом, роды или длительное пребывание в постели. Необходимо внимательно осмотреть ноги больного – поискать признаки тромбоза или несимметричные отеки (как следствие тромбоза глубоких вен одной ноги).

Если же больной ощущает одышку в покое не постоянно, а лишь иногда, и врач осматривает больного уже после приступа, то и здесь несколько правильно сформулированных вопросов всё же помогают прийти к надежному диагностическому заключению. В этом случае приходится дифференцировать между приступом бронхиальной и кардиальной астмы или же приступом невротической неудовлетворенности вдохом. Рассмотрим сначала ситуацию, когда приступ одышки возникает днем, когда больной не спит.

Ретроспективный диагноз бронхиальной астмы не труден. Достаточно спросить, не было ли во время приступа одышки свистов и писков в груди, кашля и насморка (аллергический ринит нередко сопутствует приступу бронхиальной астмы и совершенно не характерен для астмы кардиальной). Кроме того, даже в межприступный период у таких больных часто можно выслушать хотя бы единичные сухие свистящие хрипы, указывающие на сужение бронхиальных просветов.

Довольно часто причиной жалобы на приступ одышки является невротическое состояние. Эти больные жалуются на нехватку воздуха, которая не облегчается даже при нарочито глубоком вдохе и выдохе. Им кажется, что «воздух не проходит вглубь», хотя никаких препятствий для дыхания, вроде бы, нет. Только изредка какой-то один вдох оказывается «удачным»: воздух «прошел до конца». Нередко во время такого приступа *неудовлетворенности вдохом* возникает судорожная зевота, которую больной впоследствии иногда пытается вызвать сам, заметив, что она помогает сделать «удачный вдох» и оборвать одышку.

Поэтому сформулируем наш вопрос так: «Что же, Вы дышите во время приступа, как рыба на суше – хватаете воздух, а он не проходит вглубь?». В ответ больной радостно кивает головой: «Да, да, именно так!». – «А зевоты при этом не бывает?» – «Иногда ужасно зеваю». И, наконец, решающая проверка нашего предположения: «А Вы можете немного пробежать, если опаздываете?» – «Конечно» – «И не задыхаетесь при этом?» – «Нет, только сердце забьется». Ясно, что в таком случае одышку больного нельзя объяснить сколько-нибудь выраженной недостаточностью сердца или легких. Кроме того, у этих больных легко заметить и другие признаки невротического расстройства, но этот вопрос будет рассмотрен отдельно.

Причиной пароксизмальной одышки может также явиться приступ аритмии сердца. В большинстве таких случаев больной, помимо одышки, ощущает также и перебои сердца или

просто сердцебиение и часто сам рассказывает об этом. Но иногда он жалуется только на нехватку воздуха. Надо помнить и о такой возможности и спросить, не сопровождалась ли одышка сердцебиением или перебоями сердца. Положительный ответ указывает направление для дальнейшего обследования (длительное наблюдение за ритмом сердца с помощью ЭКГ).

Одышка, пробуждающая ночью, представляет дополнительные трудности для диагноза, поскольку больные плохо помнят спронея подробности приступа. Но всё же и здесь целенаправленные, просто и понятно сформулированные вопросы позволяют придти к надежному заключению в подавляющем большинстве случаев.

Выше уже были рассмотрены диагностически значимые особенности приступа бронхиальной астмы (свисты и пiski в грудной клетке, кашель, насморк). Поэтому перейдем к рассмотрению других причин ночной одышки.

В отличие от приступов бронхиальной астмы, бывающих, кстати, не только ночью, но и днем, две разновидности сердечной одышки возникают только ночью или, вернее, только в горизонтальном положении: это сердечная астма и отек легких. Кроме того, ночью, точнее, во сне возникает или усиливается особое расстройство дыхания – дыхание типа Чейн-Стокса, которое также пробуждает больного из-за тягостного чувства удушья.

Для того чтобы стали понятны некоторые клинические проявления этих состояний, важные в диагностическом отношении, сделаем краткий экскурс в патофизиологию. В основе как сердечной астмы, так и отека легких лежит сердечная недостаточность, преимущественно левожелудочковая. Следствием этой недостаточности является задержка воды. Днем, когда больной находится в вертикальном положении, отеки собираются, главным образом, в ногах. Ночью же, когда больной лежит, условия для возврата отечной жидкости сразу улучшаются, и в нижнюю полую вену начинает поступать увеличенное количество плазмы. Правый желудочек исправно перекачивает этот возросший приток в малый круг, но декомпенсированный левый желудочек не поспевает за ним. Пусть левый желудочек за каждую свою систолу выбрасывает крови всего на одну каплю меньше, чем подает правый желудочек. Если частота сердечных сокращений равна 60 в минуту, то через одну минуту количество крови в малом круге увеличится на 60 капель, или, примерно, на два миллилитра. За один час избыток составит уже 120 мл, через 3 часа – 360 мл. В результате кровенаполнение сосудов малого круга значительно возрастает, легкие набухают, усиливается импульсация из многочисленных легочных интерорецепторов, и больной просыпается от тягостного чувства удушья. Инстинктивно он либо вскакивает, либо, по крайней мере, садится в кровати и свешивает ноги. В обеих позах приток крови к правому сердцу сразу слабеет, легочное полнокровие уменьшается уже минут через 20–30, одышка исчезает, больной вновь ложится и засыпает.

Из этого следует, что приступ кардиальной астмы или отека легких возникает не сразу после укладывания в постель. Больной успевает поспать несколько часов и пробуждается от одышки уже после полуночи. Кроме того, такой приступ в эту ночь уже не повторится: во-первых, часть отечной жидкости из ног уже ушла, во-вторых, еще через несколько часов наступает утро, и больной снова встает.

Периодическое дыхание Чейн-Стокса вызывается функциональной слабостью дыхательного центра, снижением его чувствительности к концентрации углекислого газа в крови. В результате дыхание постепенно слабеет, затем наступает длительная дыхательная пауза. Во время такой паузы (апноэ) углекислый газ, естественно, не выводится из организма, его количество в крови быстро возрастает; это сильно возбуждает дыхательный центр, и начинается гипервентиляция. Последняя быстро освобождает кровь от избытка углекислоты, дыхание успокаивается, но затем активность дыхательного центра вновь истощается, и цикл повторяется. Особенно легко возникает дыхание Чейн-Стокса во сне, когда деятельность дыха-

тельного центра закономерно снижается. Вот почему апноэ возникает уже в первые минуты сна. Больной просыпается от чувства нехватки воздуха, начинает усиленно дышать, быстро успокаивается и вновь засыпает с тем, чтобы еще через короткое время опять проснуться. В результате одышка пробуждает больного много раз в течение одной ночи.

Итак, если больной жалуется на одышку по ночам, спросим его: «А когда Вы просыпаетесь от одышки – сразу, как только начинают слипаться веки, или же Вы успеваете поспать несколько часов?» и «Сколько раз за одну ночь Вас пробуждает одышка – один раз или много раз?». В свете сказанного выше нетрудно сделать диагностическое заключение из полученных ответов.

Кстати, если возникло предположение, что ночная одышка была вызвана дыханием Чейн-Стокса, то для проверки можно использовать дополнительный прием. Сделайте вид, что вы сосредоточенно считаете пульс (чтобы больной не разговаривал и лежал спокойно), а на самом деле понаблюдайте за дыханием: очень часто у таких больных даже в бодрствующем состоянии дыхание остается слегка волнообразным – то слабеет, то усиливается, то прерывается вздохами.

Иногда возникает проблема дифференциального диагноза между отеком легких и приступом бронхиальной астмы, поскольку в обоих случаях дыхание шумное, и больной слышит хрипы в груди. Однако когда воздух проходит через суженные бронхи, то возникают свисты и писки, а когда воздух проходит сквозь жидкость, то образуются совсем другие звуки: хлюпанье, бульканье, клокотание, потрескивание. Чтобы различить это, вовсе не надо быть врачом. Одна моя больная многие годы страдала типичной бронхиальной астмой. Затем она перенесла инфаркт миокарда, и ночью в больнице у неё возник отек легких. Я спросил её, был ли этот последний приступ похож на предыдущие. Она ответила: «Нет, что Вы! Раньше у меня в груди пищало, будто котята мяукали, а на этот раз всё клокотало, будто борщ варился!».

Да, больной знает о своей болезни гораздо больше, чем нам иногда кажется. Искусство врача состоит, между прочим, также и в том, чтобы несколькими простыми, умело сформулированными ненавязчивыми вопросами помочь больному *самому рассказать свой диагноз*.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ

Учебник пропедвтики обязан ознакомить начинающего врача со всей семиотикой перкуссии и аускультации легких. Это и различные оттенки перкуторного звука, и определение полей Кренига, и измерение дыхательных экскурсий и т.д. и т.п. Но в дальнейшем, работая практическим врачом, убеждаешься, что многие из этих признаков и феноменов встречаются слишком редко или они ненадежны в диагностическом отношении, а то и просто бесполезны – дань традиции. В результате нетрудно и совсем разувериться в самостоятельной ценности перкуссии и аускультации, благо теперь есть рентген и другие точные методы, которые позволяют переложить ответственность за диагноз на кого-нибудь другого. Однако среди множества физикальных признаков есть такие, которые оказываются поистине драгоценным, иногда незаменимым средством для выяснения диагноза. Например, фибринозный («сухой») плеврит проявляется патогномичным шумом трения плевры, и никакой другой метод, кроме разве что торакоскопии, не может обнаружить его. Вот об этих-то признаках и пойдет сейчас речь.

Перкуссия легких позволяет обнаружить всего несколько, но зато очень информативных и надежных признаков. Главный из них – это «бедренная», или абсолютная тупость – почти бесспорное доказательство наличия жидкости в плевральной полости.

Вспоминаю, как работая в одиночку молодым врачом в деревне, я ужасно боялся сделать свой первый прокол при экссудативном плеврите, хотя тупость доходила спереди до третьего ребра: а вдруг это не плеврит, а пневмония, и я пораню иглой легкое? Меня смущало, что в зоне тупости было очень хорошо – прямо под ухом – слышно громкое бронхиальное дыхание. А ведь в учебнике было написано, что жидкость в плевральной полости ослабляет дыхательные шумы. С замиранием сердца я всё же сделал прокол... и получил более полутора литров жидкости! Уже спустя годы я понял, что ослабление дыхательных шумов при гидротораксе бывает только в том случае, если поджатое легкое не дышит. Если же легкое под слоем жидкости продолжает дышать, то дыхательные шумы будут отлично слышны, поскольку любая жидкость является прекрасным проводником звуков.

Итак, не аускультация, а именно перкуссия позволяет решить важный вопрос, есть ли жидкость в плевральной полости, и нужно ли делать прокол. Этот признак так надежен, что решение о проколе можно принимать даже без рентгеновского исследования. Кстати, вот еще один поучительный случай из моей практики. Лет сорок спустя, уже в Израиле, я познакомился и подружился с необычайно симпатичным пожилым профессором Ф. Он возглавлял отдел органической химии в знаменитом институте Вейцмана и заслуженно пользовался мировой известностью, как выдающийся исследователь. Как-то мы с женой были у него дома в гостях, и он рассказал, что в последнее время его беспокоит одышка. По этому поводу он уже обращался к своему семейному врачу, а потом и к консультанту – кардиологу, но прописанные ими сердечные лекарства не помогают. Я уединился с Ф. в спальне. В правой половине грудной клетки была тупость почти до угла лопатки и ослабленное везикулярное дыхание; в положении лежа шейные вены набухали, а печень прощупывалась на добрых три пальца ниже ребер. Таким образом, была несомненная картина недостаточности сердца и правостороннего гидроторакса. Я сказал профессору, что у него в грудной клетке большое количество жидкости, которую надо срочно удалить, чтобы облегчить дыхание. Ф. был удивлен категоричностью

моих слов, но обещал вновь обратиться к своему врачу. Через 10 дней он рассказал мне, что его подробно обследовали, сделали рентгенограмму грудной клетки, действительно нашли жидкость, госпитализировали и удалили около одного литра! Больше всего его поразила простота приемов, которые позволили мне так уверенно диагностировать его болезнь. В дальнейшем при каждой новой встрече я повторял несложное обследование. Иногда результаты были удовлетворительные, но иногда жидкость вновь скапливалась (уровень тупости поднимался), и тогда я советовал либо увеличить дозу мочегонных, либо повторить торакоцентез. Всякий раз профессор Ф. по-детски удивлялся, как это мне удается обнаружить жидкость в плевральной полости, не прибегая к рентгену. Надо добавить, что до переезда в Израиль профессор Ф. жил в Германии и в Англии, и по своему социальному положению всегда имел дело с хорошими врачами. По-видимому, эти врачи, в высокой компетентности которых я ничуть не сомневаюсь, принадлежали к новому поколению, полному энтузиазма и веры во всемогущество прогресса, и потому не пользовались или редко пользовались старыми немудреными методами диагностики непосредственно у постели больного...

Что же касается уплотнения легочной ткани, то даже при крупозной (лобарной) пневмонии никогда не бывает настоящей бедренной тупости, а лишь значительное укорочение, вроде того, какое слышно при перкуссии печени в области нижних ребер спереди. Мелкоочаговая же пневмония часто совсем не сказывается на перкуторном звуке. Или же укорочение это так незначительно, что строить диагностику на таком нюансе нельзя. Итак, спутать гидроторакс с пневмонией по данным перкуссии невозможно.

Правда, при массивном *ателектазе* можно изредка получить бедренную тупость. Но если уж ателектаз столь обширен, то соответствующая половина грудной клетки становится явно меньше противоположной, межреберья не выбухают, как при гидротораксе, а, наоборот, западают, средостение смещено в сторону поражения (это легко определить по эксцентричному положению трахеи в яремной ямке и по смещению сердечного толчка). Таким образом, и в этой ситуации вопрос можно решить еще до рентгеновского исследования.

Перкуссия очень помогает при диагностике *пневмоторакса*. Дело не в характерном, якобы, тимпаническом оттенке – чтобы отличить его от обычного легочного звука, требуется музыкальный слух. Да и сам легочный звук у разных людей отличается в зависимости от размеров грудной клетки, массивности её скелета и прочих особенностей, так что основывать заключение на такой детали, как оттенок перкуторного звука – занятие бесплодное. Но если жидкость при гидротораксе отлично проводит звук, то воздушная прослойка между легким и грудной стенкой надежно изолирует дыхательные шумы, даже если легкое под пневмотораксом дышит. Вот этот контраст между почти полным отсутствием дыхательных шумов *в одной половине грудной клетки* и обычным, нормальным (если не придирается к оттенкам) легочным перкуторным звуком, который указывает на присутствие там воздуха, является очень характерным для пневмоторакса. Я подчеркнул – в одной половине грудной клетки, ибо ослабление дыхательных шумов с обеих сторон сразу или же гнездно в каких-то ограниченных участках в сочетании с легочным или тимпаническим звуком часто встречается при эмфиземе легких. Здесь ослабленное везикулярное дыхание является просто следствием плохой вентиляции каких-то легочных сегментов.

Перкуссия облегчает и *диагноз эмфиземы легких*. Но искать надо не пресловутый коробочный оттенок, а другой, гораздо более отчетливый и надежный признак - *опущение нижней границы легких*. Это прямо указывает на увеличение объема легких, что является непременной принадлежностью эмфиземы. Исчезновение привычного притупления в проекции печени спереди и присутствие легочного (или пусть коробочного) звука сзади до XI – XII ребер свидетельствует о значительном вздутии легких. Такие находки бывают и во время приступа бронхиальной астмы, но если результаты перкуссии не меняются со дня на день, то

можно уверенно говорить о выраженной эмфиземе легких.

Аускультация легких дает гораздо больше важных и надежных сведений, чем перкуссия. Но чтобы правильно использовать все достоинства этого изумительного метода, подаренного нам гениальным Лаэннеком почти два века назад, надо правильно аускультировать.

Для этого следует, в первую очередь, обзавестись хорошим фонендоскопом. Что это такое? Еще Лаэннек подозревал, что качество аускультации зависит от конструкции стетоскопа, и если в первый раз он воспользовался просто скатанной в трубку тетрадью, то впоследствии он сам сделал и перепробовал несколько моделей. Сейчас имеется множество различных фонендоскопов (этим термином я для краткости буду называть как жесткие стетоскопы-трубочки, так и гибкие стетофонендоскопы, ибо, как будет видно из дальнейшего, принципиальной разницы между ними нет). Не надо обладать особо тренированным музыкальным слухом, чтобы заметить разницу в аускультативных данных при сравнении нескольких моделей. В чем же здесь дело?

Если бы фонендоскопы просто проводили звуки от грудной клетки к уху, то существенной разницы между ними не было бы, поскольку большинство из них сделано из одних и тех же материалов (резина, металл, пластмасса) с известной звукопроводностью. На самом же деле, любой фонендоскоп является не простым проводником звука, а **резонатором**. В зависимости от своей формы и других особенностей он резонирует, то есть избирательно усиливает только некоторые звуковые колебания, тогда как другие колебания он либо просто проводит без изменения, либо их ослабляет или даже гасит.

Для пояснения укажу на балалайку и гитару: оба инструмента примерно одинаковой величины и сделаны из одних и тех же материалов. Но их различная форма приводит к тому, что из первично одинаковых звуковых колебаний, вызываемых вибрацией одной и той же струны, избирательно усиливаются или, наоборот, подавляются разные обертона, так что спутать тембры этих музыкальных инструментов невозможно.

Если фонендоскоп резонирует в относительно узком диапазоне частот, то некоторые аускультативные признаки, лежащие ниже или выше этого диапазона, окажутся в зоне плохой слышимости. Естественно, врач расценит такой фонендоскоп как плохой. Но нет, и не может быть фонендоскопа, который одинаково проводил или, тем более, усиливал все звуки, интересующие нас, как не может быть музыкального инструмента, который имел бы одновременно тембр, скажем, скрипки и контрабаса. Вот почему большинство современных фонендоскопов снабжено двумя головками, чтобы обеспечить хорошую слышимость в разных частотных диапазонах.

Головка фонендоскопа в виде плоской чашечки с мембраной лучше воспроизводит благодаря своему резонансу высокие частоты, а головка в виде глубокой воронки или колокольчика позволяет лучше слышать низкие частоты. Большинство звуков, образующихся в легких, обладают довольно высокой частотой: это везикулярное и бронхиальное дыхание, влажные хрипы всех калибров, сухие свистящие хрипы, шум трения плевры. Только низкие (басовые) сухие хрипы, да некоторые варианты амфорического дыхания состоят, преимущественно, из низкочастотных колебаний, но всё же и они выше, чем, скажем, третий сердечный тон при ритме галопа или диастолический шум митрального стеноза. Практически это значит, что легкие лучше аускультировать плоской (мембранной) головкой фонендоскопа. Но это лишь общая рекомендация. Свойства различных фонендоскопов могут отличаться, как свойства различных скрипок. Любой музыкант знает цену хорошему инструменту и, раздобыв его, бережет и не расстается с ним. Наш фонендоскоп – тоже музыкальный инструмент. Поэтому, подобно музыканту, врач не должен хвататься за первый попавшийся фонендоскоп, а проверив в работе несколько моделей, выбрать для себя наилучшую.

Многие врачи даже не подозревают, что одной из ответственных частей фонендоскопа

являются... ушные оливы! Первое требование к любому фонендоскопу – оливы должны плотно, абсолютно герметично obturировать (закупоривать) наружные слуховые проходы. Достаточно мельчайшей щели, скажем, в один квадратный миллиметр, чтобы резко снизилась громкость всех звуков, поскольку уменьшится звуковое давление на барабанную перепонку. Кроме того, изменятся условия резонанса, некоторые частоты вообще выпадут, и врач может не услышать какие-то аускультативные признаки. Как бы ни был внешне привлекателен фонендоскоп, но если его оливы малы и елозят в ушах, такой фонендоскоп не годится, как не годится самая шикарная, но не по размеру ноги обувь. Вообще предпочтительнее крупные оливы, ибо они не проникают глубоко в ушные проходы и не вызывают там неприятных ощущений. (Впрочем, как остроумно заметил один американский медик, самой главной частью фонендоскопа является то, что находится между двумя оливами, а именно, голова доктора...).

Но вот хороший фонендоскоп приобретен, оливы плотно подогнаны, можно начинать аускультацию. Вот ещё несколько практических деталей, которыми, увы, часто пренебрегают, хотя они облегчают добывание нужной информации.

Наилучшее положение больного для аускультации легких – стоячее. В такой позиции дыхательные экскурсии ничем не стеснены, а симметричные участки легких действительно находятся в одинаковых условиях. Если больной сидит (особенно на низкой и мягкой кровати), то бедра прижаты к животу, а это стесняет движения диафрагмы. Если он лежит лицом кверху, то трудно обследовать спину, а в положении на боку оказавшееся внизу легкое сдавлено и дышит хуже, чем верхнее. Поэтому, если все же приходится исследовать больного не в положении стоя, то при истолковании аускультативных данных надо учитывать указанные обстоятельства. При выслушивании со спины попросите больного скрестить свои руки на груди («обнимите себя!»), чтобы лопатки отошли максимально вперед и освободили спину.

Больной должен дышать глубоко и обязательно ртом. Ведь все аускультативные феномены в легких образуются только из-за движения воздуха: когда больной не дышит, ничего не слышно. И наоборот, чем быстрее и мощнее воздушная струя, тем сильнее вибрируют легочные структуры, тем громче и отчетливее легочные звуки. Быстро подать в легкие большое количество воздуха через извилистые и узкие носовые ходы невозможно, даже если нет насморка. Вдох должен быть глубоким и довольно быстрым, выдох – свободным и без усилия («просто выпускайте воздух из легких»); лучше показать больному, как надо дышать при исследовании. Иногда больной в ответ на нашу просьбу начинает дышать не глубоко, а очень часто – это совершенно не нужно и только вызовет головокружение от гипервентиляции. Кстати, при длительной аускультации обязательно спрашивайте время от времени, не кружилась ли голова, и если больной ответит утвердительно, временно перейдите к аускультации сердца, воспользовавшись произвольной дыхательной паузой.

Следующий раздел ни в коем случае не может заменить соответствующую главу учебника пропедевтики. Это просто пояснения, выделяющие наиболее важное в практическом истолковании некоторых аускультативных признаков.

Громкость **везикулярного дыхания** указывает на интенсивность вентиляции исследуемого участка: чем оно громче, тем больше воздуха поступает туда; чем оно тише, тем хуже вентиляция. Вот почему диффузное ослабление везикулярного дыхания на фоне продолжающихся отчаянных дыхательных усилий при астматическом статусе является крайне тревожным признаком наступающей асфиксии!

При эмфиземе легких над большей частью легочных полей дыхание также ослаблено, в то время как в некоторых участках находят усиленное везикулярное или жесткое дыхание. Это отражает характерную для эмфиземы неравномерность вентиляции: почти весь вдыхаемый воздух поступает всего в несколько участков с относительно нормальной бронхиальной про-

ходимостью, тогда как большинство альвеол почти не вентилируется. Вот эта неодинаковая слышимость везикулярного дыхания в разных участках в сочетании с низким стоянием диафрагмы по данным перкуссии позволяет уверенно диагностировать эмфизему легких.

Ослабление везикулярного дыхания в задненижних отделах легких у лежачего больного является серьезным показанием к его активации и к назначению дыхательных упражнений во избежание ателектазов и пневмонии.

Если же участок ослабленного везикулярного дыхания располагается в таком месте, где обычно вентиляция хорошая (верхушки, передняя поверхность легких), то надо подумать о местном препятствии для струи воздуха (стеноз бронха вследствие опухоли, сдавление лимфоузлом и т. п.). Особенно подозрительно наличие стойкого и четко локализованного писка при вдохе или выдохе в зоне ослабленного везикулярного дыхания.

Бронхиальное дыхание. Движение воздуха по узким и ветвящимся трубочкам - бронхам обязательно должно создавать звуки. Но они не доходят до нашего уха, ибо бронхиальное дерево окутано со всех сторон бесчисленным множеством альвеол. Эта своеобразная пена гасит, как пуховая подушка, все звуки, идущие из глубины легких. Поэтому мы слышим только шум поступления воздуха в сами альвеолы – альвеолярное дыхание. Но если в каком-нибудь участке легкого звукоизолирующая альвеолярная «пена» заменена плотной средой (жидкость, воспалительный инфильтрат), то возникает как бы слуховое окно, через которое доносится шум движения воздуха в бронхах – бронхиальное дыхание.

Этот признак настолько важен, что его следует рассмотреть самым тщательным образом. Бронхиальное дыхание встречается теперь нечасто, как, впрочем, и условия, его вызывающие (крупозная пневмония, например). Поэтому, чтобы дать о нем представление, учебники часто советуют студентам выслушать и запомнить дыхательный шум на шее в области гортани. Но это очень грубое приближение. На самом деле, здесь мы слышим просто трахеальное дыхание. Оно существенно отличается от бронхиального своим гораздо более низким, грубым тембром. Многие молодые врачи почему-то полагают, что главным признаком бронхиального дыхания является хорошо слышимая и длительная фаза выдоха, тогда как при везикулярном дыхании фаза выдоха, якобы, очень коротка или совсем не слышна. Вот уж это совершенно неверно. У многих абсолютно здоровых людей можно найти участки грудной клетки, где фаза выдоха нормального везикулярного дыхания слышна так же хорошо и столь же длительно, как и фаза вдоха. *Главное, основное отличие бронхиального дыхания заключается в его характерно высоком резком тембре.* Это и понятно: мелкие узкие трубочки-бронхи могут создавать только высокие звуки, как это происходит в тонких трубках органа или во флейте.

Хорошее представление о бронхиальном дыхании дает следующий приём. Приготовьтесь произнести слово ХИ-трый, но остановитесь на первом слоге и, не меняя расположения губ и языка, начните дышать ртом. Возникнет звук высокого тембра, немного шипящий, похожий на шорох старой граммофонной пластинки. Это и есть бронхиальное дыхание. При аускультации настоящего бронхиального дыхания обычно кажется, что его источник расположен где-то очень близко, прямо под ухом.

Бронхиальное дыхание – прямой и потому самый надежный, поистине драгоценный признак уплотнения легочной ткани. Если его находят на фоне острого лихорадочного заболевания, можно без колебаний диагностировать пневмонию, причем пневмонию не интерстициальную (обычно вирусного происхождения), а «настоящую», паренхиматозную, имеющую чаще всего бактериальную этиологию.

Иногда бронхиальное дыхание находят в каком-нибудь участке стабильно, постоянно. В этом случае надо думать, естественно, не о пневмонии, а о фиброзе легочной ткани. Наконец, бронхиальное дыхание (чаще ослабленное) бывает при гидротораксе. Это совсем не обязательно говорит о наличии пневмонического очага под слоем жидкости в плевральной

полости. Просто сдавленная и потому маловоздушная легочная ткань лучше проводит звук движения воздуха в бронхах. Однако жидкость в плевральной полости ограничивает дыхательные экскурсии этого участка, воздушная струя оказывается слабой, и бронхиальное дыхание звучит негромко.

К сожалению, бронхиальное дыхание встречается далеко не в каждом случае пневмонии. Если воспалительный участок мал или расположен в глубине и потому со всех сторон укутан нормальными альвеолами, то бронхиальное дыхание либо совсем не доходит до уха, либо оно смешивается с везикулярным и теряет свои характерные свойства. Такой смешанный шум называют бронховезикулярным или везикобронхиальным, в зависимости от того, на что больше похож выслушиваемый феномен. Эти варианты уже не имеют такой диагностической достоверности, как настоящее бронхиальное дыхание. В таких случаях бесценным подспорьем оказывается *аускультация шепотной речи* (английский термин – whispered pectoriloquy).

Если приложить фонендоскоп к грудной клетке испытуемого и попросить его сказать что-нибудь вслух, то вместо отдельных слов мы услышим какие-то неразборчивые глухие, бубнящие, низкие звуки, как через подушку. Дело в том, что нормальная воздушная легочная ткань не просто вообще плохо проводит звуки. Она неодинаково проводит звуковые колебания разной частоты и особенно гасит, или глушит высокие частоты, тогда как низкие частоты распространяются лучше. Вот почему вместо отчетливой речи мы слышим только неясный шум.

Но если воздух в альвеолах замещен воспалительным экссудатом, то пенистая структура превращается в плотную однородную массу. В результате условия проводимости резко улучшаются, так что становятся слышны даже высокие звуки, которые раньше совсем не достигали нас. В результате, вместо неразборчивого шума мы начинаем ясно различать отдельные слова. Таким образом, задача состоит в том, чтобы подать в легкие звуковые колебания именно высокой частоты и проверить, проводятся ли они.

Больному предлагают шепотом, *очень тихо* повторять слова «шестьдесят шесть, шестьдесят шесть, шестьдесят шесть...». Шипящие и свистящие звуки уже сами по себе гораздо более высоки, чем, например, звуки «ррр» или «ууу», а при произнесении шепотом они приобретают особенно высокий тембр. Естественно, при аускультации нормального участка легочной ткани шепотная речь совсем не слышна. Но если под фонендоскопом оказывается пневмонический очаг, то возникает полная иллюзия, что больной шепчет вам прямо в ухо – так отчетливо слышно каждое слово, каждый звук его. Эта *усиленная шепотная речь* имеет такое же диагностическое значение, что и бронхиальное дыхание. Однако это более чувствительный признак уплотнения легочной ткани и потому наблюдается гораздо чаще. Вот почему *в каждом случае подозрения на пневмонию надо обязательно исследовать шепотную речь*. Это простой и очень эффективный прием, необременительный даже для тяжелого больного.

Между прочим, Лаэннек начинает свой трактат об аускультации легких именно с собственных наблюдений о выслушивании человеческого голоса в разных патологических условиях, а вовсе не с описания дыхательных шумов или хрипов. Больше того. В главе о крупозной (лобарной) пневмонии он специально подчеркивает, что в разгаре этого заболевания аускультация над массивным участком пневмонического уплотнения не обнаруживает *никаких* дыхательных шумов (т.е. здесь не слышно ни везикулярное, ни бронхиальное дыхание)! Вместе с тем, по его словам, именно в этой ситуации пекторилоквия слышна особенно хорошо. Собственно говоря, так и должно быть: если пневмонический участок стал в результате опеченения полностью безвоздушным, то он не может участвовать в вентиляции, и потому никаких дыхательных шумов в нем не возникает. Однако он будет отлично проводить звуки человеческого голоса, достигающие этот участок через бронхи!

Не надо путать шепотную речь с пальпацией голосового дрожания или с эгофонией – фе-

номенами, которые на практике совершенно не нужны. Во всяком случае, мне они не пригодились ни разу за полвека непрерывной работы у постели больного.

Хрипы в легких. Я не перестаю удивляться тому, как часто врачи принимают наличие хрипов в легких за доказательство пневмонии, хотя ни один учебник пропедевтики не утверждает этого. О чем же хрипы говорят на самом деле?

Все хрипы в легких можно разделить на три большие группы, имеющие разное значение:

Хрипы сухие;

Хрипы влажные;

Крепитация.

Сухие хрипы - это свистящие, гудящие или жужжащие музыкальные звуки. Они свидетельствуют, что просветы бронхов стали меньше обычного. Это сужение вызывается бронхоспазмом (самая частая причина), либо воспалительным набуханием слизистой и стенки бронхов, либо наличием слизи в просвете бронхов. При бронхиальной астме сухие хрипы закономерно встречаются всегда и потому они являются важным диагностическим признаком болезни. Их очень часто находят также и в тех вариантах бронхита, которые не имеют четко очерченных внезапных, классических приступов удушья, а характеризуются длительной, многодневной умеренной одышкой. У таких больных дыхание не беззвучно, как у здоровых людей, а с легким присвистыванием на выдохе и немного затрудненное; в английском языке для этого есть специальное слово wheezing. Отсутствие приступов и видимое отсутствие аллергических стигматов отличает такой бронхит от «настоящей» бронхиальной астмы. Но в остальном сходство так велико, что возник термин «астмоидный», или «астматический» бронхит. Впрочем, при достаточно настойчивом и детальном расспросе у этих лиц очень часто можно найти в анамнезе либо аллергические реакции, либо повторные простудные заболевания с приступообразным кашлем и свистами в груди. Кроме того, последующее длительное наблюдение за такими больными позволяет увидеть, как такой «астмоидный» бронхит через несколько лет трансформируется в несомненную бронхиальную астму. Бывает и наоборот – типичная приступообразная бронхиальная астма со временем постепенно приобретает затяжное течение и переходит в хронический обструктивный («астмоидный») бронхит.

Иногда скудные сухие хрипы случайно обнаруживаются при рутинной аускультации легких, когда больной обратился по поводу совсем другой болезни, скажем, гипертонии. Но не стоит отмахиваться от этой находки или объяснять её банальным бронхитом курильщика. И действительно, курят миллионы, а сухие хрипы мы находим только у некоторых курильщиков. Стало быть, причина не только (и даже не столько) в самом курении, сколько в особой, индивидуальной гиперреактивности бронхов, в их повышенной чувствительности к различным неспецифическим раздражителям, которая проявляется бронхоспазмом и сухими хрипами. Но ведь это вновь возвращает нас в круг аллергии, бронхиальной астмы и родственных ей состояний.

Вот почему, несмотря на то, что сужение бронхиальных просветов теоретически может быть вызвано самыми разными причинами, на практике, то есть **у постели больного полезно руководствоваться следующим правилом: наличие сухих, особенно свистящих хрипов, следует расценивать как признак аллергии**, аналогично крапивнице, вазомоторному риниту, экземе и т. п. – до тех пор, пока другие признаки или сам ход болезни не отвергнут это предположение. В этом смысле сухие хрипы имеют такое же значение, что и пароксизмальный кашель, рассмотренный ранее.

Практическое значение случайно обнаруженных сухих хрипов у нелегочных больных заключается в следующем. Во-первых, таким потенциальным или скрытым аллергикам надо особо осмотрительно назначать лекарства с высоким аллергизирующим потенциалом (например, некоторые антибиотики) и не прибегать без особой нужды к инъекциям и к ингаля-

циям во избежание анафилактического шока. Во-вторых, это диктует осторожность при назначении бета-блокаторов, ибо велика вероятность нежелательного бронхоспазма. В-третьих, в случае жалобы на одышку надо подумать, не играет ли бронхиальная обструкция важную роль в патогенезе одышки у данного больного.

Вот поучительное наблюдение. Больная К. 56 лет. В течение последних трех лет одышка напряжения, отеки ног. Полтора года назад был сильный кашель, свисты в груди, удушье; тогда лечили от бронхиальной астмы. Хорошо помогал эуфиллин внутривенно; некоторое время больная даже получала кортикостероиды. Последние два месяца по поводу «болезни сердца» принимает дигоксин по 0,25 мг три раза в день (!), верапамил (изоптин) по 40 мг три раза в день, фуросемид по 40 мг два раза в неделю. Несмотря на это, остается одышка даже при небольших напряжениях, плохой сон, ортопноэ, отеки ног. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Дыхание немного затруднено, «сиплое» (wheezing). При перкуссии легких – легочный звук, границы легких опущены. В легких везикулярное дыхание, единичные рассеянные сухие свистящие хрипы. Граница сердца расширено влево на 2 см, верхушечный толчок гипертрофирован; тоны громкие, на верхушке первый тон расщеплен, на аорте второй тон акцентуирован. Мерцательная аритмия, 96 сердечных сокращений в минуту. Артериальное давление 135/100 мм рт. ст. (по словам больной, обычно оно нормальное). Печень не увеличена. Голени отечны. На ЭКГ мерцание предсердий, гипертрофия левого желудочка. Итак, налицо совершенно несомненная болезнь сердца. Можно было бы поэтому объяснить единичные сухие хрипы просто застоем в малом круге (либо отечность бронхиальной слизистой, либо рефлекторный бронхоспазм). Но в анамнезе веские аргументы в пользу бронхиальной астмы (свисты в груди, приступы удушья, хороший эффект эуфиллина внутривенно, лечение кортикостероидами). Кроме того, больная получает в последнее время как будто достаточные дозы сердечных гликозидов и мочегонных, но, как ни странно, банальная недостаточность сердца не уменьшается. Поэтому я даже сократил лечение сердечной недостаточности (две таблетки дигоксина в день вместо трех, заменил фуросемид более мягким спиронолактоном), но зато добавил противоастматические средства: эуфиллин внутрь по 0,15 × 3, микроклизмы с эуфиллином на ночь, внутрь 3% йодистый калий по 30 мл × 3. Уже через неделю больная отметила значительное улучшение, а еще через неделю полностью исчезли хрипы в легких, нормализовался сон, спокойная ходьба совсем перестала вызывать одышку, число сердечных сокращений с 96-100 в минуту снизилось до 80-84 (на меньшей дозе дигоксина!), артериальное давление нормализовалось.

Таким образом, часть одышки этой больной вызывалась не заболеванием сердца, а бронхиальной обструкцией, причем последняя отнюдь не являлась следствием сердечной недостаточности, а вызывалась совершенно иной причиной – аллергической реактивностью. Для меня главным аргументом было не то, что полтора года назад была бронхиальная астма, а то, что в момент осмотра выслушивались сухие свистящие хрипы – скромный, казалось бы, признак незначительной бронхиальной обструкции. Нетрудно представить себе точно такую же больную, которая лишь в будущем, через несколько лет проявит свою аллергическую реактивность приступами бронхиальной астмы. Ведь бронхиальная астма обычно не возникает внезапно, как гром среди ясного неба; часто ей задолго предшествуют другие аллергические феномены. Так, в ответ на соответствующий вопрос эти больные нередко вспоминают, что в прошлом их «гриппы» или «простуды» сопровождалась не только кашлем, но и посвистыванием, попискиванием, «музыкой» в груди, то есть сухими хрипами. Вот почему для меня сухие хрипы - не банальная, ничего не значащая находка, а очень ценный, богатый информацией признак.

Всё сказанное относится к случаям, когда сухие хрипы диффузны, то есть присутствуют сразу в нескольких местах или же их локализация не постоянная, блуждающая. Если же сухие хрипы или, тем более, единичный писк неизменно отмечается в одном и том же месте, то надо подумать о стойком, органическом сужении какого-то одного бронха. Причиной может быть и опухоль, и рубцовая деформация, и сдавление извне лимфоузлом, и инородное тело. В таких случаях показано применение специальных диагностических методов для выяснения

причин локальной бронхиальной обструкции.

Влажные хрипы особенно часто принимаются многими врачами за доказательство пневмонии. На самом же деле только крепитация – звуковой феномен, возникающий исключительно в альвеолах, может при известных условиях подтверждать наличие пневмонии. Все остальные влажные хрипы зарождаются не в альвеолах, а в бронхиальном дереве. Поэтому, строго говоря, они могут свидетельствовать лишь о патологии бронхов, например, о бронхите, но не о пневмонии.

Как же отличить крепитацию от мелкопузырчатых хрипов? Причина крепитации – разлипание на вдохе альвеол, спавшихся во время предыдущего выдоха. При пневмонии воздух в альвеолах частично вытеснен воспалительным экссудатом. Объем воздушных пузырьков уменьшен, на выдохе они совсем спадаются, и стенки альвеол буквально слипаются. Поскольку альвеолы – самая массовая структура легких, то крепитация всегда складывается из очень большого количества отдельных однородных мельчайших тресков. Скучные одиночные потрескивания – это не крепитация. Кроме того, по самой сути своего возникновения крепитация может быть слышна только на вдохе, но никак не во время выдоха. Еще Лаэннек очень удачно сравнил крепитацию с теми звуками, которые возникают, если растирать пальцами прядь волос возле уха. Поэтому в случае сомнения можно тут же, не отходя от больного, проделать этот маневр самому, чтобы сравнить аускультуемый феномен с «эталоном».

Крепитация бывает и при расправлении спавшейся, ателектатичной легочной ткани. Как же различить эти две ситуации? Если ателектаз вызван не органической причиной (закупорка бронха), а просто временной локальной гиповентиляцией, то достаточно сделать несколько глубоких вдохов, чтобы спавшиеся альвеолы расправились, и тогда крепитация прекратится. Напротив, в пневмоническом очаге крепитация выслушивается стойко, она не исчезает при глубоком дыхании. Кроме того, воспаленная и потому уплотненная, менее воздушная легочная ткань не глушит высокочастотные колебания. Поэтому здесь крепитация слышна очень отчетливо, ясно, прямо под ухом – «звучная крепитация». Если же легочная ткань воздушна в нормальной степени, то звуки становятся отдаленными, глухими – «незвучная крепитация».

Влажные хрипы образуются, как показывает их название, вследствие лопания воздушных пузырьков в жидкости, которая находится в бронхах (мокрота, экссудат, трансудат). Поэтому количество и характер этих хрипов часто меняется после откашливания.

Похожие хрипы иногда бывают и при полном отсутствии мокроты. Тогда они могут указывать на выраженный склероз легочной ткани. В такой ситуации лучше говорить о *трескучих хрипах*. По-видимому, при дыхании здесь растягиваются, деформируются и буквально хрустят многочисленные рубцовые тяжи в нежной и податливой легочной ткани. Аналогичные звуки возникают, если комкать листок целлофана возле уха. Стойкие трескучие хрипы, особенно при отсутствии острого воспаления (нет лихорадки и мокроты) являются ценным признаком фиброза легких. Происхождение такого фиброза может быть самым разным – от специфического (последствия туберкулеза) до неспецифического (фиброзирующий альвеолит, синдром Хаман-Рича).

Физикальное исследование легких очень помогает, если есть **подозрение на недостаточность сердца**. При самом частом её варианте, а именно, при ослаблении преимущественно левого желудочка, застой крови возникает позади него, то есть в малом круге. Периферических отеков может ещё не быть, но легкие уже переполнены кровью. В результате плазма начинает просачиваться и в альвеолы, и в плевральную полость. Образуется гидроторакс. Стало быть, первое, что надо сделать, если мы подозреваем недостаточность сердца – это поискать притупление в задненижних отделах легких. Задача облегчается тем, что при сердечной декомпенсации жидкость скапливается почему-то преимущественно в правой плевральной полости. При перкуссии поэтому получается, что нижняя граница правого легкого оказывается

выше, чем слева. Вначале эта разница невелика, и на неё часто не обращают внимания, а если и замечают, то объясняют её просто неодинаковым стоянием обоих куполов диафрагмы, либо печеночной тупостью. Проверить эти предположения помогает аускультация. Если постепенно смещать головку фонендоскопа от угла лопатки вниз, то громкость везикулярного дыхания обычно не изменяется. Но, как только мы доходим до истинной нижней границы легкого, шум этот сразу слабеет, а еще чуть ниже совсем пропадает. Если же в плевральной полости есть жидкость, то слой её внизу, естественно, толще, чем сверху. Там, где жидкости много, легкое поджато сильнее и хуже расправляется при вдохе; чем выше, тем тоньше слой жидкости, и потому экскурсии легочной ткани свободнее. В результате, при перемещении фонендоскопа вниз мы обнаруживаем при гидротораксе *постепенное* ослабление везикулярного дыхания. Это особенно заметно, если попеременно выслушивать легкие справа и слева от позвоночника на одном и том же уровне.

Застой крови в легких вызывает пропотевание плазмы не только в плевральную полость, но и в альвеолы. Поэтому при аускультации мы слышим в зоне притупления не только ослабленное везикулярное дыхание, но и крепитацию или мелкопузырчатые хрипы («застойные хрипы»). Важно подчеркнуть, что эти застойные хрипы не исчезают после нескольких глубоких вдохов, в отличие от того, что бывает при расправлении ранее гиповентилированных участков. Итак, при недостаточности левого желудочка мы часто имеем характерную триаду: притупление перкуторного звука в основании правого легкого сзади, ослабление везикулярного дыхания там же и мелкопузырчатые хрипы.

ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ

Многие врачи, особенно молодые, полагают, что диагноз пневмонии ставится либо на основе аускультативных данных, либо – ещё надежнее – с помощью рентгеновского аппарата. Но ведь наши славные предшественники умели распознавать пневмонию за сотни лет до Лаэннека и Рентгена! Дело в том, что пневмония – это не просто воспаление какого-то участка легочной ткани. Это заболевание всего организма. Поэтому оно проявляется целым рядом *общих симптомов*, которые и являются тем фундаментом, на котором врач должен строить свой диагноз. Еще Гиппократ прекрасно описал общую картину пневмонии: «Вот что испытывает при ней больной: нападает сухой кашель, дрожь (т. е. озноб – Н. М.), лихорадка, затруднение дыхания, сильная боль в груди; он высовывает язык, как собака, которая летом распалена зноем воздуха; у него опухоль в груди (т.е. заложена грудь – Н. М.); едва говорит, в лице краснота, и тело зудит, и страдание мешает ему спокойно лежать, и он мечется в беспокойстве». Сходную клиническую характеристику дал и знаменитый средневековый врач Маймонид, или Рамбам (1138 – 1204 г. н.э.): «Главные симптомы пневмонии, которые имеются всегда, это: выраженная лихорадка, колющая боль в грудной клетке, учащенное поверхностное дыхание, зубчатый пульс и кашель, обычно с мокротой».

А вот по каким признакам рекомендовал диагностировать пневмонию современник Гете и Бетховена, знаменитый немецкий врач Гуфеланд (1762-1836), один из последних представителей старой, гиппократической медицины:

«Колотье или боль в каком-либо участке грудной клетки, усиливающиеся при вдохе...»

«Тяжесть, заложенность в груди в сочетании с мягким, малым, иногда аритмичным пульсом...»

«Кашель при каждом глубоком вдохе, а при сильном воспалении – даже при разговоре и при малейшем физическом напряжении. Это самый важный признак; он непременно присутствует в каждом случае пневмонии»

«Лихорадка со всеми своими атрибутами – жаром, жаждой, красной мочой».

Эти строки взяты из его книги «Enchiridion medicum» (1836 г.), отразившей полувековой опыт маститого автора. Следует подчеркнуть, что Гуфеланд уже был знаком с перкуссией и аускультацией. Но, по его мнению, результаты этих методов «очень обманчивы. Сами по себе они не могут обнаружить воспаление, если не учитывать других признаков, тогда как эти другие признаки вполне достаточны для постановки диагноза. Самое большее, они могут указать, где расположено воспаление; но они не помогают определить врачебные показания, и не влияют на выбор метода лечения».

Поэтому при мысли о пневмонии не надо сразу хвататься за фонендоскоп. Сначала просто несколько мгновений внимательно понаблюдайте за больным, оцените его общее состояние, характер и частоту дыхания, цвет лица (гиперемия, цианоз, бледность). Пусть даже вы нашли типичное бронхиальное дыхание, но если у больного нет одышки, учащенного дыхания, кашля, повышения температуры, тахикардии – это не пневмония или какая-то странная пневмония, и тогда больному показано не скоропалительное лечение, а углубленное обследование.

В еще большей степени это относится к рентгенологическому заключению. **Пневмония – диагноз не рентгенологический, а клинический.** Того, что рентгенолог видит на снимке, совершенно недостаточно, чтобы диагностировать пневмонию. Рентгенолог может лишь отметить затемнение той или иной интенсивности и характер его краев (четкие, нечеткие) или же интерстициальные изменения – и только. Но ведь такие же тени могут быть и при опухоли, и при аллергическом (не инфекционном!) воспалении, и при замещении легочной ткани рубцовой, склеротической. И если рентгенологи все-таки часто используют в своем заключении слово «пневмония», то делают они это лишь после того, как ознакомились с историей болезни данного больного или поговорят с лечащим врачом. Иными словами, рентгенолог ставит диагноз только после сопоставления рентгенологических данных с клинической картиной (лихорадка, лейкоцитоз и т.п.). Но ведь эту клиническую картину лечащий врач знает гораздо лучше и не с чужих слов: он сам осматривает больного, сам перкутирует и аускультирует его; он наблюдает больного многие дни подряд. Так зачем же делать верховным арбитром узкого специалиста, который всё равно не может поставить диагноз без помощи лечащего врача? Рентгенограмма очень помогает клиницисту в диагностическом процессе, но не надо молиться на неё: если клиническая картина не указывает на пневмонию, то рентгенологические находки потребуют иного истолкования (нет ли у больного саркоидоза, пневмокониоза, опухоли и т.п.).

Я настаиваю на главенствующем значении именно общих, а не локальных признаков в диагностике пневмонии, исходя из чисто практических, **лечебных** соображений. В самом деле, почему не только врачи, но и сами больные и их близкие так озабочены вопросом, есть пневмония, или её нет? Да потому, что это довольно серьезное заболевание, иногда опасное для жизни. Опасность же пневмонии заключается не просто в нарушенном функционировании какого-то участка легочной ткани: хирургическое удаление сегмента или даже одной доли легкого обычно не уменьшает повседневную активность человека. Решающее значение имеет не размер пневмонического очага, а интенсивность лихорадки, токсикоза и того воздействия, которое воспаленный участок оказывает на дыхание и кровообращение организма в целом. Вот два примера.

У физически крепкого 25-летнего мужчины на третий день банального острого простудного заболевания (был насморк, небольшой сухой кашель, общее недомогание, субфебрильная температура) вы находите единичные мелкопузырчатые хрипы ниже правой лопатки. Вместе с тем, общее состояние этого молодого человека просто хорошее: он бодр, отказывается лежать днем в кровати, пульс не учащен (74 в минуту), нет потливости, аппетит превосходный; температура вчера вечером 37,3 С, сегодня утром 36,5. И пусть рентгенолог сообщает, что справа в нижнем легочном поле легочный рисунок несколько усилен и смазан; пусть даже, в нарушение строгих правил, он напишет в заключении слово «пневмония». Разве это достаточное основание, чтобы пугать таким диагнозом больного (да и самого себя) и, сломя голову, обрушиваться на врага всей мощью новейших антибиотиков? Допустим, у нас еще нет анализа крови. Но не надо быть пророком или уж очень опытным врачом, чтобы заранее знать, что вряд ли в этом случае нам сообщат о значительном лейкоцитозе, резком сдвиге влево или о существенном увеличении СОЭ; вернее всего, гемограмма окажется нормальной или почти нормальной, то есть также не внушающей опасений. Да такого больного вообще не надо лечить – он выздоровеет и сам, не подвергаясь, в то же время, опасности анафилактического шока и других ятрогенных осложнений, возникающих иногда от чрезмерного врачебного усердия.

Совсем другое дело, если перед нами 80-летняя тучная и дряхлая женщина с давним сахарным диабетом, мерцанием предсердий и периферическими отеками. Пусть и здесь мы не находим ни притупления, ни бронхиального дыхания, а только участок скудных звучных мелкопузырчатых хрипов и лишь намек на усиление шепотной речи. Но у больной остро – со вчерашнего дня – наступило резкое ухудшение общего состояния: она оглушена, заторможена, лицо гиперемировано; дыхание учащено (28 в минуту), крылья носа раздуваются при дыхании; язык сухой; температура повышена слегка (37,3

С), но имеется значительная тахикардия. Больная часто кашляет, и, хотя мокрота не отходит, слышно, что кашель влажный, то есть в бронхах есть жидкое содержимое. Вот в такой ситуации будут оправданы и диагноз пневмонии, и самое активное безотлагательное лечение, несмотря на то, что пока мы не располагаем ни анализом крови, ни рентгеновским исследованием. Подчеркну, что здесь диагноз «пневмония» поставлен не просто «на всякий случай», наугад, исходя из принципа – предполагать и лечить наиболее опасное из возможных в данной ситуации заболеваний. Этот диагноз надежно обоснован и строго логически вытекает из всей клинической картины в целом; он опирается не на какой-то отдельный признак (будь то пресловутые «хрипы» или даже рентгенограмма), а на характерную совокупность различных симптомов и признаков.

Итак, что же надо делать, если возникло предположение о пневмонии? Сначала *расспросим* больного. Есть ли у него кашель? Этот симптом не только направляет мысль на патологию легких вообще; если кашля нет, то пневмония мало вероятна. Не больно ли дышать, не колет ли в груди при вдохе? Это укажет на раздражение плевры и сделает предположение о пневмонии более вероятным. Был ли в начале заболевания однократный озноб (крупозная, пневмококковая пневмония) или повторно познабливало каждый день (стафилококк, стрептококк)? Какого цвета мокрота? – Слизистая бесцветная или серая мокрота характерна скорее для вирусной, а не бактериальной пневмонии. Нет ли примеси крови в мокроте? – Это укажет на интенсивность воспаления или вызовет подозрение на распад. Не было ли недавно аналогичных заболеваний в близком окружении? (аргумент в пользу вирусной природы, поскольку бактериальные пневмонии мало контагиозны). Спросим также, не ощущал ли больной свистов и пískов в груди (значение этого вопроса рассмотрено ранее). Наконец, обязательно осведомимся, были ли в прошлом аллергические реакции, в особенности на антибиотики, чтобы уменьшить риск от будущего лечения. Ответы на все эти вопросы дают ценнейшие сведения и позволяют укрепить или отвергнуть первоначальное предположение о пневмонии.

Теперь перейдем к *осмотру*. Очень важно понаблюдать за спонтанным дыханием. Чтобы отвлечь внимание больного и заставить его замолчать, можно сделать вид, что вы считаете пульс, а на самом деле заняться подсчетом дыхательных движений. Польза этого показателя заключается в следующем. Как известно, один из самых характерных признаков воспаления – это боль. Она вызывается раздражением болевых рецепторов. Но в легочной ткани их нет, в этом смысле она нечувствительна и должна была бы молчать. Однако в ней имеется множество интерорецепторов, связанных с дыхательным центром. Их раздражение очагом пневмонии обязательно вызовет учащение дыхания (тахипноэ), даже если этот очаг невелик и нет гипоксемии. Спокойное, не учащенное дыхание делает предположение о пневмонии маловероятным.

Ритмичное *раздувание крыльев носа* также указывает на усиление дыхания и потому является тонким и ценным признаком пневмонии.

Что же касается физикального исследования, то *перкуссия* не играет существенной роли в диагностике пневмонии. Только при очень крупном очаге (доля или несколько сегментов) притупление перкуторного звука становится достаточно отчетливым и несомненным, чтобы на этом признаке можно было основывать свои умозаключения.

Если расположить *аускультативные признаки* в порядке убывающей надежности и специфичности, то получится следующий ряд: бронхиальное дыхание (самый доказательный, но, к сожалению, редко встречающийся признак), усиленная шепотная речь, крепитация, звучные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Существенной опорой для диагноза может стать и шум трения плевры: он возникает, если пневмонический фокус расположен непосредственно под плеврой.

Каждая пневмония сопровождается *тахикардией*. Это и понятно, в виду теснейшей связи дыхания с кровообращением. Поэтому отсутствие тахикардии заставляет усомниться в

диагнозе пневмонии. Впрочем, наличие тахикардии само по себе еще ничего не доказывает: так для астматического статуса также очень характерна тахикардия.

Итак, проанализировав все данные клинического обследования, мы пришли к заключению, что у больного пневмония. Теперь надо решить, что это за пневмония? Известны различные классификации пневмоний. По морфологическому принципу их делят на три большие группы: лобарная, очаговая и интерстициальная. Этиологическая классификация состоит из гораздо большего числа рубрик, в зависимости от возбудителя.

Однако у постели больного, при первичном осмотре, когда мы не располагаем даже простейшим анализом крови, не говоря уже о рентгенологическом или бактериологическом исследовании, **первый** и важнейший **классификационный вопрос** заключается в следующем: является ли эта пневмония бактериальной или вирусной? От решения этого вопроса во многом зависит выбор лечебных мероприятий.

Дело в том, что до сих пор мы не располагаем эффективными противовирусными средствами, полезными при пневмонии. Назначать же антибактериальные препараты (антибиотики или сульфамиды) при вирусной пневмонии – это стрелять заведомо мимо цели. Как-то я лечил больную от подострого септического эндокардита. Она получала в сутки 24 млн. ед. пенициллина внутривенно и внутримышечно и 1,0 Гр стрептомицина внутримышечно в сутки с хорошим эффектом – уже на протяжении нескольких дней температура была стойко нормальной. И вдруг снова возник сильный озноб, температура поднялась до 40,0 С, резко ухудшилось общее состояние. Я, было, решил, что это рецидив эндокардита и уже обдумывал, какие антибиотики дать в замену. Но на следующий день все соседки этой больной в многоместной палате заболели точно так же. Диагноз гриппа не вызывал сомнений, тем более, что в городе в это время была эпидемическая вспышка. Через несколько дней температура у этой больной вновь нормализовалась, дальнейшее выздоровление прошло гладко. Итак, даже громадные дозы пенициллина не только не смогли защитить больную от заражения гриппом, но и не сказались на его течении.

Можно, конечно, понять желание предупредить бактериальные осложнения первично вирусной пневмонии. Однако наслоение вторичной, уже бактериальной инфекции бывает слишком редко, чтобы оправдать огульное профилактическое назначение антибиотиков в каждом случае вирусной пневмонии. Не надо забывать о высоком алергизирующем потенциале этих далеко не безопасных средств. Поэтому такая мера целесообразна только в том случае, если больной ослаблен (дряхлость, недостаточность сердца, сахарный диабет, хроническое заболевание легких, лейкоз), поскольку здесь даже минимальное осложнение может оказаться роковым. Второе показание более ясно – уже возникшее бактериальное осложнение. Но здесь мы снова возвращаемся к вопросу, как же отличить вирусную пневмонию от бактериальной.

Бактериальная инфекция, в отличие от вирусной, обычно характеризуется выраженной лейкоцитарной защитной реакцией организма (фагоцитоз и пр.). Поэтому при бактериальных пневмониях мокрота часто содержит много лейкоцитов, что придает ей желтоватый или зеленоватый оттенок и делает её мутной – гнойная мокрота. (Кстати, по той же причине для бактериальной пневмонии характерен лейкоцитоз со сдвигом влево, тогда как при вирусных пневмониях такие изменения не наблюдаются, или они мало выражены). При вирусных же пневмониях, пока нет бактериальной суперинфекции, мокрота слизистая, стекловидная, прозрачная, бесцветная или сероватая, вроде крахмального клейстера или холодца; иногда в ней бывают прожилки крови.

При вирусных пневмониях воспаление разыгрывается, как правило, в интерстиции; воздушность альвеол при этом не страдает. Вот почему здесь мы не встретим ни бронхиального дыхания, ни усиления шепотной речи, ни крепитации. Наблюдающиеся при этом сухие и влажные хрипы объясняются просто сопутствующим бронхитом и лишь намекают, что

именно легкие являются ареной патологического процесса. Диагностика пневмонии в этих случаях основывается, с одной стороны, на общих симптомах (кашель, одышка, лихорадка, тахипноэ), с другой – на рентгенологических данных.

Напротив, при бактериальной пневмонии воспалительный экссудат локализуется преимущественно в альвеолах, что приводит к оплотнению, опеченению легочной ткани. Создаются все условия для возникновения классических аускультативных признаков пневмонии (бронхиальное дыхание и т. п.).

Наконец, наличие явной эпидемиологической цепочки (сходные заболевания в ближайшем окружении) является веским аргументом в пользу вирусной природы, ибо бактериальные пневмонии мало контагиозны, они не встречаются в виде очагов. Разумеется, речь идет о повседневных вариантах, составляющих 90% от всех пневмоний, а не о таких редких заболеваниях, как туляремия, болезнь легионеров и т. п.

Итак, уже непосредственно у постели больного врач может высказать достаточно аргументированное и уверенное предположение о наличии или отсутствии пневмонии. Ведь он сам обследовал своего больного и получил массу такой информации, которую невозможно добыть ни в рентгеновском кабинете, ни в лаборатории. Остается сопоставить свои собственные данные с результатами рентгенологического исследования и лабораторных анализов. Сделать это он теперь может не как доверчивый простака, а «на равных» или, вернее, «с позиции силы». Именно лечащий врач должен решать, как истолковать и использовать все дополнительные инструментальные данные. Эти данные могут просто подтвердить и уточнить его собственное первоначальное заключение, и тогда его дальнейшие, уже лечебные действия будут еще более уверенными. Или же они окажутся для него полным сюрпризом и будут так серьезно и веско противоречить его предварительному диагнозу, что придется его пересмотреть. Наконец, в некоторых случаях лечащий врач просто не поверит им, сочтет ошибкой или артефактом и потребует повторить исследование, поскольку все остальные факты, в первую очередь клинические, добытые им собственноручно, представляются гораздо более важными и неопровержимыми.

Здесь же, у постели больного, надо решить еще несколько вопросов. Во-первых, каково общее состояние больного – крепок он или же очень слаб. Это исключительно важно для выбора лечебной тактики, в частности, требуется ли в данном случае срочная госпитализация или нет. В этом отношении особое внимание надо обратить на состояние нервно-психической сферы: вялость, апатия, сонливость, оглушенность или, наоборот, возбуждение – всё это очень тревожные знаки, диктующие максимально активное, даже агрессивное лечение в условиях стационара. Во-вторых, следует выяснить, есть ли у больного серьезные сопутствующие болезни, например, мерцание предсердий, недостаточность сердца, хроническое заболевание легких (эмфизема, хронический бронхит, бронхиальная астма), сахарный диабет, недостаточность почек и т.п. На оценку общего состояния влияет также и возраст больного: у людей старше 50–55 лет, в особенности же у дряхлых, пневмония чаще протекает тяжело и потому требует особого внимания. Наконец, размер пневмонического очага: чем обширнее область, где обнаружены физикальные признаки пневмонии, тем серьезнее прогноз.

VIS MEDICATRIX NATURAE (ЦЕЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ПРИРОДЫ)

Давным-давно, во время учебы в клинической ординатуре я случайно вплотную столкнулся с тем, что официально называют «особо опасной инфекцией», а именно, с настоящей (натуральной) оспой. Как-то осенью 1959 года я дежурил по терапевтическому корпусу Боткинской больницы. Вечером сестра доложила, что у одного из больных внезапно поднялась температура до 40 градусов. Я поспешил к нему. Он поступил в нашу клинику некоторое время назад с жалобами на боли в области сердца, одышку и субфебрильную температуру. В сочетании с давним митральным пороком сердца этого было в ту пору достаточно, чтобы диагностировать обострение ревматизма и назначить стандартное тогда лечение – аспирин и дигиталис.

Больной рассказал, что уже со вчерашнего дня его стало сильно знобить, а сегодня резко поднялась температура. Я внимательно обследовал его. Никаких простудных явлений не было, суставы не болели, в легких было чисто, но при аускультации сердца я нашел не только признаки митрального порока, но и слабый дующий диастолический шум на аорте и в 5-й точке, не отмеченный в истории болезни. Это указывало на аортальный порок – наиболее частую локализацию подострого септического эндокардита! Это заболевание было мне хорошо знакомо: я уже несколько раз курировал таких больных, и давно решил для себя, что самым надежным и тревожным признаком этого заболевания являются повторные ознобы на фоне клапанного, особенно аортального порока сердца. Селезенка не была увеличена, узелков Ослера или других высыпаний я тоже не обнаружил, но уже не сомневался, что это начало подострого септического эндокардита – опаснейшей болезни, которая стала излечимой только совсем недавно – с наступлением эры антибиотиков. Я немедленно назначил пенициллин в максимальной дозе как внутримышечно, так и внутривенно, а утром рассказал об этом лечащему врачу. Он согласился со мной, и энергичное лечение было продолжено. Через несколько дней на утренней конференции очередной дежурный врач сообщил, что температура у этого больного снизилась, но появилась сыпь. Все решили, что это аллергическая реакция на пенициллин, которая, действительно, бывает довольно часто. Антибиотик спешно отменили, но состояние больного продолжало ухудшаться, а сыпь стала еще обильнее и покрыла все тело. В коридоре меня встретил доцент А. П. Никольский – пожилой и очень опытный врач – и сказал: «Н.А., Вы не видели этого больного с аллергией? О-ч-чень интересный случай, я такого никогда не встречал, советую посмотреть!». Я тотчас побежал в палату. Действительно, зрелище было незабываемое. Больной лежал оглушенный, вялый. Вся его кожа была багрово-красной, на ней имелось громадное количество мелких гнойничков, из которых буквально сочился желтоватый гной. Все постельное белье было в пятнах и в гнойных корках; его, очевидно, не меняли уже несколько дней. Отвернув простыню, я присел рядом, потрогал воспаленную кожу и гнойнички, выслушал сердце, поискал селезенку и, закончив осмотр, вышел из палаты. Как обычно, никаких перчаток я не надевал (в терапевтическом отделении мы их тогда даже не держали в кармане халата, на всякий случай, про запас!), халат не сменил... Сама палата была очень маленькой. В ней стояло шесть кроватей почти вплотную друг к другу, и я еще ужаснулся тому, в каких условиях находятся соседи этого больного. Увы,

таковы были тогдашние условия... Никаких мыслей о каком-то другом заболевании у меня не возникло.

Кстати, вот курьезная деталь об использовании перчаток терапевтами. Как-то попало мне первое издание книги Н.Д.Стражеско о пальпации живота, изданное на Украине году в 1924 (между прочим, значительно лучше и интереснее, чем второе, изданное большим тиражом в годы моей учебы, когда автор был уже знаменитым академиком). Описывая пальцевое исследование прямой кишки, автор ворчливо осуждал современных врачей, которые, дескать, избаловались настолько, что надевают резиновый напальчник! Ведь это притупляет тактильные ощущения! Я изумился: значит, в начале 20-го века принято было исследовать прямую кишку, так сказать, невооруженным пальцем! В дальнейшем и напальчник оказался недостаточным, все перешли на исследование в перчатке... А через много лет, в Израиле я видел, как врач перед ректальным исследованием надевал уже одну перчатку на другую – для пущей безопасности...

Тем временем, совсем в другом больничном корпусе, где располагалось отделение отоларингологии, заболел тамошний доцент, пожилой человек лет 65. У него появилась сыпь, похожая на ветряную оспу, и врачи вокруг всё удивлялись, как это возможно в таком преклонном возрасте заболеть детской болезнью? Лишь через несколько дней кому-то пришла в голову мысль – а уж не настоящая ли это оспа?! И только тогда вдруг вспомнили, что недели за две до этого в приемный покой Боткинской больницы скорая помощь доставила больного с неясным тяжелым заболеванием, который недавно вернулся из поездки в Индию. У него была очень высокая температура и обширные множественные подкожные кровоизлияния. Не приходя в сознание, он вскоре скончался. Диагноз остался неясным даже после вскрытия. Остановились на предположении о тяжелом токсическом диффузном поражении мелких сосудов – васкулите. Такое заболевание иногда бывает, как осложнение самых разных болезней – сепсиса, опухолей, коллагеноза и т.п. Пока этот больной находился в приемном покое, к нему на консультацию вызывали разных специалистов, в том числе того самого отоларинголога, а также терапевта из нашего мужского отделения. Теперь-то все стало ясно: у скончавшегося больного была оспа в самой тяжелой форме - геморрагическая, или «черная» оспа, которая протекает без характерной кожной гнойничковой сыпи и почти всегда оканчивается летально. Непосредственно от него заразился и заболел врач отоларинголог. Наш терапевт, также осмотревший больного в приемном покое, сам не заболел, но перенес инфекцию тому самому больному в нашем мужском отделении. Ознобы и высокая лихорадка в течение трех дней с последующим снижением температуры и высыпанием на четвертый день – типичное начало оспы! Немедленно всю больницу закрыли на карантин. К нам в клинику пожаловала целая бригада инфекционистов во главе с известным профессором и академиком - все в устрашающих многослойных больших марлевых масках, в защитных очках, резиновых перчатках и сапогах, в двойных халатах. После краткого осмотра был оглашен гробовым голосом приговор: у нашего больного настоящая, несомненная оспа!

Оспенного больного перевели в инфекционный корпус, в отдельный бокс, а всех остальных – и нас, врачей, и больных – заперли в нашем отделении. Сначала срок карантина определили в 14 дней, но потом для большей надежности его продлили до 21 дня. Ежедневно мы тщательно осматривали своих больных и друг друга, три раза в день измеряли температуру. На протяжении многих десятилетий вакцинация против оспы была в СССР обязательной и поголовной, так что у каждого на плече был след от прививки, сделанной в раннем детстве. Тем не менее, всем в отделении снова сделали прививку. Через несколько дней у меня на месте скарификации кожа покраснела, стала зудеть, появилось несколько папул и пустул. Именно такая реакция бывает у детей, когда им впервые прививают оспу. Значит, иммунитет от моей прежней прививки уже давно исчез, и, следовательно, при контакте с оспенным

больным я не был защищен! В отличие от меня, у большинства врачей и больных прививка не «принялась», что подтверждало наличие у них активного противооспенного иммунитета. Дни вынужденного заточения приближались уже к концу, как вдруг у одного больного совсем в другой палате (через несколько комнат!) возник сильный озноб, и поднялась температура. Этот больной был госпитализирован по поводу лимфогранулематоза, и поэтому сначала всем хотелось думать, что это просто обострение основной болезни. Увы, ознобы и высокая лихорадка продолжились, а на четвертый день появилась характерная сыпь – новый случай оспы! Карантин вновь пришлось продлить. На сей раз никто больше не заболел, и вспышка закончилась. Всего в Боткинской больнице оказалось четверо больных оспой. Из них выздоровел только один (отоларинголог), остальные погибли. Такая смертность – 75% – подтверждает, что и теперь, даже при поголовной вакцинации, это очень опасное заболевание.

Конечно, печально, что природа этой инфекционной вспышки была распознана с таким большим запозданием, хотя дело происходило в одной из лучших клинических больниц Москвы. Снова подтвердилось старое клиническое правило: «Чтобы диагностировать болезнь, надо сначала хотя бы подумать об этой болезни!». Оспа так давно не встречалась в Москве, что врачи в затруднительном случае думали о самых разных причинах, но никто не вспомнил оспу!

Однако для меня поучение состояло не только в призыве к большей бдительности. Меня ужасно удивило, что ни один из соседей по палате нашего первого больного не заболел оспой, хотя здесь контакт был не только длительный, но и необычайно тесный, а количество инфекционного материала просто ужасающим. В дальнейшем болезнь поразила также только еще одного больного, да и то совсем в другой палате. Интересно, что у этого последнего больного повторная вакцинация «принялась», как и у меня. Но почему же не заболел я? Я ведь тоже не имел активного противооспенного иммунитета в тот день, когда ощупывал оспенные пустулы с нарушением всех правил гигиены и простой осторожности. Наверное, меня защитило то, что просто я был молод, здоров и крепок, то есть, выражаясь научным языком, обладал хорошим *неспецифическим* иммунитетом. В отличие от меня, у последнего больного был лимфогранулематоз, который, несомненно, снизил эту самую общую, неспецифическую сопротивляемость.

То, о чем я сейчас говорю, конечно, не ново. Известно, что ни одна прививка против инфекционной болезни не гарантирует стопроцентную защиту: даже самая победная статистика всегда говорит лишь о значительном уменьшении числа заболевших. Стало быть, заразиться можно и в том случае, если человек привит и обладает активным специфическим иммунитетом против данной инфекции. Дело в том, что мы наделены также природным, неспецифическим иммунитетом, и потому можем сопротивляться любой внешней агрессии вообще. Если этот неспецифический иммунитет очень силен, то болезнь не возникнет даже у непривитого, как бы губительна ни была эпидемия. Наоборот, если эта неспецифическая сопротивляемость резко снижена, то не спасет и прививка.

Но что же такое этот неспецифический иммунитет? Почему один здоровый человек заболевает, а другой – в точно таких же условиях – нет? Все рассуждения сводятся, в конечном счете, к тому, что один из них крепче и здоровее. Но как измерить количество или силу здоровья? Даже сами эти понятия ускользают от четкого определения. Тем более трудно подступиться к их экспериментальному изучению. То ли дело выяснять конкретные и ясно формулируемые вопросы, например, какой микроб вызывает данную болезнь, какие вредные вещества содержатся в нем, каким образом он внедряется в организм, как в ответ на это внедрение вырабатываются специфические антитела, как затем эти антитела оказывают свое защитное действие и т.д. В центре внимания, как большинства исследователей, так и врачей оказался болезнетворный микроб, а не то, как защищается организм от инфекций вообще.

Этот односторонний взгляд еще более укрепился с наступлением антибиотической эры. Теперь при слове «инфекция» первая же ответная реакция у врача – «антибиотик!». Врач видит только вторгшегося врага, и спешит взять всё дело в свои руки. Он уже не думает о том, как бы помочь организму больного самому справиться с напастью. Ведь мы теперь так вооружены, что обойдемся и без помощников. Слава Богу, сегодня имеется столько противомикробных средств, что главная трудность – это выбрать наиболее подходящее. Оставим поэтому в покое пресловутую «целительную силу природы»! Больной может не беспокоиться и просто наблюдать, как мы один на один лихо справляемся с врагом!

В этих словах нет иронии. Я и сам так думал в молодости. Мне очень нравилось обыкновение моего шефа Б.Е. Вотчала назначать антибиотики в больших, а еще лучше – в максимально допустимых дозах, чтобы уж наверняка и быстро покончить с инфекцией. Но действительность не всегда хотела подчиняться этой простой и понятной логике. В нашей клинике было много легочных больных. Их главной особенностью было, что они очень часто – по нескольку раз в год – «простужались»: повышалась температура, усиливался кашель, появлялась гнойная мокрота и другие признаки инфекции. Мы тотчас назначали антибиотики, вспышка проходила, но через некоторое время больной возвращался с новым обострением. Быть может, наше лечение было недостаточно энергичным, и где-то в легких оставались недобитые микробы, которые потом снова размножились? Если так, то проблему хронического бронхита и инфекционно-аллергической бронхиальной астмы вроде бы можно решить: просто надо применять антибиотики в максимальных дозах и так долго, чтобы полностью стерилизовать легкие – ведь при подостром септическом эндокардите такая тактика полностью себя оправдывает!

Увы, мое рвение ни к чему не приводило. Больше того. После первых нескольких дней такого усердного лечения действительно наступало значительное улучшение, но затем нередко температура снова начинала повышаться, хотя уже не до прежних высоких цифр, а кашель и одышка опять усиливались. Озадаченный таким упорством инфекции, я менял антибиотик, иногда даже по нескольку раз, но и это не помогало. В результате больной непрерывно получал антибиотики в таком количестве, что их с лихвой хватило бы для излечения подострого септического эндокардита! Вдобавок, нередко возникали побочные аллергические реакции, и тогда приходилось, волей неволей, отменять антибиотики, так и не успев довести лечение до успешного конца. Мое огорчение сменялось изумлением, когда через несколько дней после такой вынужденной отмены не только стихали эти самые побочные реакции, но и температура, наконец-то, возвращалась к норме. Больной поправлялся, избавившись от моего лечения! Кстати, в Англии, где хронический бронхит особенно распространен, некоторые врачи пробовали давать таким больным антибиотики в холодное время года (с октября по май) без всяких перерывов, но даже это не защищало от инфекционных обострений.

Самое удивительное, что микробы, вызывающие повторные вспышки у хронических легочных больных, вовсе не являются какими-то особо зловердными. Часто эти же самые пневмококки, стафилококки и стрептококки мирно обитают в организме здорового человека и не вызывают никаких неприятностей, в отличие от таких безусловных патогенов, как, например, возбудители туберкулеза или сифилиса. Для хронических легочных больных характерно, что они необычайно легко «простужаются»: очередное обострение обычно возникает не в результате контакта и заражения от другого больного, а после самого незначительного охлаждения. Интересно, что обострение нередко начинается уже спустя всего несколько часов после пребывания на сквозняке. За такое короткое время болезнетворные микробы просто не могут размножиться настолько, чтобы вызвать болезнь. Значит, что-то «ломается» в самом организме, и поэтому он вдруг становится чувствительным или, точнее, беззащитным по отношению к тем самым микробам, на которых он еще вчера, так сказать, не обращал внимания.

Но врача это обстоятельство не смущает. Он озабочен лишь одним: как бы поскорее и основательнее уничтожить зловердного микроба. И действительно, антибиотик не подводит: ряды врага стремительно рedeют, больному становится лучше. Но... опустеваящее поле битвы неизбежно захватывают другие микробы, которые до сих пор мирно обитали в дыхательных путях в качестве сапрофитов. Впрочем, они являются «мирными» только для нас с вами, для здоровых людей. А у больного, у которого снижен неспецифический иммунитет, эти самые сапрофиты тоже могут вызвать воспалительную реакцию. Выражаясь ученым языком, наша антибиотическая терапия, особенно чрезмерно усердная, иногда вызывает дисбактериоз, который, в свою очередь, влечет за собой новое заболевание!

Этими сомнениями я поделился со своим другом В.Е. Нониковым, который как раз в это время работал над докторской диссертацией по лечению пневмоний у пожилых людей. Это заинтересовало его, и он стал у каждого своего больного брать мокроту на посев ежедневно. Оказалось, что в первые дни от начала антибиотикотерапии количество микробов в мокроте стремительно падало. Но в последующие дни количество микробов и, главное, их разнообразие вновь увеличивалось – и это несмотря на продолжение терапии антибиотиками! Ободренный таким экспериментальным подтверждением своей догадки, я стал применять антибиотики очень коротким курсом и отменял их, как только наступало клиническое улучшение, не дожидаясь полной нормализации температуры. Я предположил, что больной нуждается в антибиотиках, как в дополнительной помощи, только в начале и в разгаре заболевания. Когда же победный исход сражения становится ясным, то антибиотики можно отменить и позволить больному своими силами справиться с ослабевшим противником... И действительно, температура возвращалась к норме даже без антибиотиков, исчезала потливость, стихал кашель. В своей частной практике я пошел еще дальше: я стал рекомендовать легочным больным прибегать к антибиотикам только в том случае, если обострение достаточно серьезно и сопровождается подъемом температуры до 38 градусов или выше, и прекращать их приём уже через 4-5 дней – как только температура станет субфебрильной. Это противоречило общепринятой рекомендации – давать антибиотики до полной нормализации температуры плюс еще три дня (для надежности!). Однако больные часто рассказывали мне потом, что при такой тактике «простуда» проходила быстрее и легче.

Впрочем, сразу же оговорюсь: у ослабленных больных (дряхлость, сопутствующий диабет, сердечная недостаточность и т.п.) я использовал антибиотики даже при, казалось бы, небольших обострениях с субфебрильной температурой и проводил активную терапию более длительно.

В дальнейшем я стал еще более сомневаться в правильности догмы, что антибиотики являются достаточным или даже единственным врачебным ответом на инфекцию. Как-то в клинику Б.Е. Вотчала поступил больной с тяжелой бронхоэктатической болезнью. Каждый день он откашливал до стакана гнойной мокроты. Последние лет 5 температура у него ни разу не снижалась до нормы, а при температуре 37,3 – 37,5 он даже не брал больничный лист и продолжал работать. У таких больных нагноительный процесс нередко локализован по преимуществу в каком-то одном месте, и тогда возможно оперативно удалить этот участок легкого. К несчастью, у моего больного было поражено все бронхиальное дерево, так что оперативное лечение исключалось. Полный молодого задора, я энергично и уверенно взялся за дело. Ежедневно больной под моим руководством занимался постуральным дренажем, чтобы улучшить отхождение гноя из легких. С этой же целью он получал обильные ингаляции для разжижения мокроты. Но главное – я назначил ему внутрь тетрациклин – в те годы (1970) антибиотик наиболее широкого спектра – в максимально допустимой дозе, 2 грамма в день. В СССР тетрациклин выпускали тогда с содержанием всего 0,1 г в таблетке, так что больному следовало бы принимать двадцать таблеток антибиотика в день! Мой шеф профессор Б.Е. Вотчал

любил подшучивать над поликлиническими врачами, что они привыкли давать все таблетки по одной штуке три раза в день и только снотворные и слабительные средства назначают по одной таблетке в день. Я был уверен, что этот больной никогда прежде не получал адекватную дозу антибиотика. Поэтому я специально объяснил ему, что двадцать таблеток - вовсе не какая-то «лошадиная», а просто настоящая, эффективная доза, и он стал послушно принимать всё, тем более, что мои энергия и участие пробудили в нем надежду. Случилось так, что через несколько дней после начала лечения к нам в клинику поступил для клинического испытания тетрациклин в другой фасовке – по 0,5 г в одной таблетке. Я немедленно принес эти таблетки больному и сказал ему, что отныне этот антибиотик можно принимать всего по одной таблетке 4 раза в день. Он горячо поблагодарил меня за заботу. Увы, прошла неделя, десять дней такого энергичного лечения, но улучшение даже не намечалось – по-прежнему температура была 37,6 – 37,8, а мокрота была все такой же обильной и гнойной. Быть может, не все мои назначения выполнялись? Я стал проверять. Оказалось, что медсестра забыла мое указание и по-прежнему продолжала давать больному двадцать таблеток тетрациклина по 0,1 – помимо тех таблеток тетрациклина по 0,5, которые были на руках у больного. Сам же больной послушно принимал всё, что ему приносили, и, стало быть, ежедневно он получал *четыре* грамма тетрациклина в день – доза просто гигантская! Слава Богу, ничего дурного не случилось, но даже и такое количество антибиотика оказалась совершенно неэффективным. Что же еще сделать? Мой первоначальный энтузиазм исчез, стыдно было глядеть в глаза больному, так мне поверившему ...

Повторные посевы мокроты не обнаруживали каких-то особенно зловредных возбудителей – обычные стрептококки и стафилококки, вполне поддающиеся антибиотикам, в том числе и тетрациклину. Почему же ничего не получается? Вдруг я подумал об американцах, которые как раз в ту пору вели безнадежную войну в джунглях Вьетнама. Их войска, изобильно вооруженные танками, самолетами, напалмом, дефолиантами и прочими новейшими средствами, никак не могли справиться с тщедушными, голодными, полураздетыми партизанами, у которых не было ни танков, ни самолетов. Но их поддерживало местное население. Сколько бы партизан ни уничтожали, их ряды непрерывно пополнялись новыми добровольцами из окрестных деревень. Народ прятал, подкармливал и подбадривал партизан. Вместо непрерывных обстрелов и бомбежек американцам надо было бы попытаться переманить на свою сторону самих вьетнамцев, вот тогда ход войны сразу бы изменился!

Если бы у моего больного был туберкулез, то после уничтожения всех палочек Коха болезнь закончилась бы, ибо шансы на повторную встречу с этим возбудителем очень малы. Напротив, хронические неспецифические заболевания легких вызываются микробами, которые не столь уж патогенны, но зато необычайно широко распространены во внешней среде. Они постоянно попадают в наши легкие, но здоровый человек либо уничтожает их безо всяких антибиотиков, либо просто не реагирует на них, и они оказываются невинными сапрофитами. Сколько бы я ни уничтожил микробов, на их место приходят новые и поддерживают болезнь. Чтобы победить, надо не самому воевать с этими вездесущими микробами, а привлечь на свою сторону организм больного: помочь ему выработать, вернее, восстановить утерянную **невосприимчивость** к этим возбудителям!

В двадцатые-тридцатые годы прошлого века для лечения подобных заболеваний довольно широко использовали аутовакцины. Такие вакцины готовят индивидуально для каждого больного из тех микробов, которые вызывают заболевание именно у него. С наступлением антибиотической эры популярность этого метода сошла на нет. Только во французской медицинской литературе единичные энтузиасты всё еще иногда вспоминали о нем. Я подумал, что в случае с моим больным было бы гораздо разумнее применить аутовакцину, чем перебирать и дальше один за другим все известные антибиотики. В лаборатории Боткинской

больницы было специальное микробиологическое отделение. Там я нашел симпатичную старушку микробиолога, которая когда-то сама изготавливала аутовакцины. Мы разговорились. Она сожалела, что теперь доктора забросили этот метод, хвалила его эффективность и очень обрадовалась, что хоть один молодой врач вновь вспомнил о нем. Я принес ей свежую, еще теплую мокроту своего больного, и она взялась за дело. Изготовление аутовакцины хлопотный и длительный процесс. Сначала делают обычный посев. Затем надо идентифицировать, какие конкретно микробы содержатся в мокроте. Потом их надо изолировать друг от друга, получить чистые культуры и размножить их. После этого колбы с культурами нагревают, чтобы получить взвеси убитых, уже безвредных микробных тел. Наконец, эту убитую вакцину разливают в ампулы и запаивают их. Ясно, что все эти процедуры занимают много времени. Я не мог больше держать больного в отделении и выписал его, но постарался обнадежить и сказал, что как только вакцина будет готова, я его вызову для продолжения лечения. Он был явно огорчен, да и я не был уверен, что смогу ему помочь...

Наконец, я получил ампулки с мутноватой белесой жидкостью и вызвал больного. Я знал только, что процедура заключается в повторном введении подкожно или внутривенно возрастающих доз аутовакцины, но не нашел конкретных инструкций, с какой дозы надо начать. Боясь аллергических реакций, я для начала развел содержимое ампулы в 1000 раз, взял инсулиновый шприц и ввел под кожу 0,1 мл раствора. Прошло полчаса, ничего дурного не случилось, и я отпустил больного домой, сказав, чтобы он пришел на следующую инъекцию через три дня. Он недоверчиво взглянул на меня и спросил: «Неужели это может помочь?». По правде, мне и самому не верилось, что эти ничтожные манипуляции смогут хоть как-то повлиять на такую упорную и застарелую болезнь. Тем не менее, больной снова пришел в назначенный срок. Ни местной, ни общей реакции первая доза не вызвала, и поэтому во второй раз я ввел ему 0,3 мл раствора тоже в разведении 1:1000. Каждые три дня я продолжал осторожно наращивать дозу. Прошло недели две без всяких перемен. Я уже стал терять надежду, но вдруг больной сказал мне: «А знаете, доктор, мокроты у меня стало поменьше – раньше почти целый стакан набирался, а теперь меньше полстакана». Вскоре мокрота стала менее гнойной, а затем больной как-то сказал: «Знаете, доктор, у меня впервые лет, наверное, за десять температура стала совсем нормальной!». Я занимался с больным месяца два. За это время количество мокроты уменьшилось до 10-20 мл в сутки (вместо полного стакана прежде!), она стала прозрачной, слизистой, а не гнойной, температура стойко оставалась нормальной. К сожалению, потом больной уехал из Москвы, и я потерял связь с ним.

Это поразительное наблюдение я привел вовсе не для того, чтобы агитировать за возрождение давно забытого метода лечения. Применить его у других больных не удалось. Старушка микробиолог, любезно приготовившая аутовакцину, вскоре ушла на пенсию, а другие микробиологи не хотели заниматься этим хлопотным делом. Да это и не входило в их обязанности. Кроме того, я сам увидел большие недостатки этого метода: трудоемкость изготовления индивидуальной вакцины, большая длительность лечения, опасность серьезных аллергических реакций, отсутствие общепринятых стандартов по дозировке и по периодичности инъекций. Наверное, и в прошлом количество врачебных удач было не слишком велико, иначе этот метод не был бы забыт.

Но зато я окончательно убедился, что нельзя слепо полагаться только на антибиотики. Надо все время пытаться так воздействовать на больного, чтобы он сам активно боролся с инфекцией. Но как это сделать? В своей частной практике за неимением аутовакцин я стал широко использовать стандартные поливалентные пневмококковые вакцины (например, Пневмовакс института Пастера), стафилококковый анатоксин, аутогемотерапию, гистаглобулин, большие дозы витамина С. Казалось бы, первым шагом должно быть закаливание, развитие выносливости к холоду. Об этом всегда твердил мой шеф Б.Е.Вотчал. Сам он, по

его словам, в случае простуды даже при температуре 38-39 не прекращал регулярный прием ледяного душа, и уже на другой день поправлялся! Я несколько раз пробовал подражать ему, но без успеха... Поучительна в этом отношении история одной моей больной, страдавшей инфекционно-аллергической бронхиальной астмой. Некогда она была чемпионом страны по плаванию и, естественно, проводила очень много времени в воде. Учитывая спартанские условия тех лет, вряд ли она всегда тренировалась в теплой воде и, наверное, была привычна к холоду. Но как только у нее появилась астма, она стала часто простужаться и вынуждена была прекратить занятия спортом. Выходит, закалка не уберегла ее от болезни! Зато после курса лечения аутогемотерапией и гистаглобулином у неё исчезли не только приступы астмы, но и склонность к простудам – без всякого закаливания! Возможно, необычайная чувствительность легочных больных к невинным сквознякам является просто другим выражением той же самой поломки неспецифического иммунитета, которая приводит и к аллергическим реакциям, и к частым воспалительным обострениям...

Прочтет эти строки молодой доктор, целиком принадлежащий уже к двадцать первому веку, и снисходительно улыбнется. – «Как наивны и убоги все эти рассуждения и рекомендации! Чем располагали врачи полвека назад, кроме пенициллина и стрептомицина? Для них даже тетрациклин был новинкой! Хорошо еще, что автор не упоминает красный стрептоцид! Конечно, при такой бедности приходилось надеяться на пресловутую «целительную силу природы» и заклинать ее всякими аутовакцинами и аутогемотерапией. То ли дело теперь! Одно лишь выражение «цефалоспорины третьего поколения» говорит о том, как далеко мы ушли, и какими усовершенствованными антибиотиками располагаем».

И вправду, успехи современной медицины грандиозны. Не удивительно, что они склоняют молодого врача к мысли, что больной поправляется исключительно благодаря *его* действиям и *его* лекарствам. Выражение «целительная сила природы» кажется ему в наш просвещенный век либо нелепостью, вроде понятия «флогистон», которым пользовались химики в восемнадцатом веке, либо мелочью, не стоящей внимания.

Но ведь каждый врач знает, что иногда больной, которого считали обреченным, вдруг выздоравливает, вопреки всем прогнозам. А это значит, что здесь эта туманная сила оказалась гораздо эффективнее и мощнее, чем все наши современные лекарства и операции. Впрочем, если вдуматься, то даже и в рутинной, повседневной практике наши усилия будут тщетными, если эти непонятные целительные силы вдруг откажутся нам помогать. Так, самая виртуозная хирургическая операция окончится неудачей, если разрезанные ткани не срастутся. А разве заживление раны, восстановление пострадавшей функции, сопротивление вредным воздействиям внешней среды, и всевозможные процессы приспособления и компенсации – разве всё это не суть проявления той самой целительной силы природы? Следовательно, и в наше время латинское изречение «*Medicus curat, natura sanat*» (лечит врач, но исцеляет природа) совершенно справедливо. Оно вовсе не принижает роль врача, а просто трезво констатирует роли этих двух участников в лечебном процессе.

К счастью, сила эта выручает нас так часто и так безотказно, что мы даже не замечаем её и потому не думаем о ней, как не замечаем мы воздух, которым дышим. Но если у какого-то больного наше лечение оказывается неэффективным, хотя другим оно помогает, то вместо того, чтобы просто пожать плечами, стоит подумать о том, что, быть может, в данном случае эта целительная сила природы почему-то ослабела, и что надо постараться помочь ей.

Французский медик Давид Серван-Шрейбер (David Servan-Schreiber) в своей интереснейшей книге "Anticancer" (есть русский перевод – "Антирак") приводит поразительный случай, заимствованный, по его словам, из солиднейшего американского журнала New England Journal of Medicine.

Женщине с терминальной почечной недостаточностью была пересажена почка. Операция

оказалась успешной. Пациентка перестала нуждаться в гемодиализе и только принимала иммуноподавляющие лекарства, чтобы избежать отторжения пересаженной почки. Однако через полтора года у неё возникли метастазы злокачественной кожной опухоли – меланомы в грудную железу и в окружность пересаженной почки. Странно было только то, что, несмотря на тщательные поиски, первичный, то есть кожный очаг не удалось обнаружить. Противораковое лечение не помогло, и больная скончалась. Поскольку первичного очага меланомы не было найдено, то для врачей осталось загадкой, каким образом возникли метастазы меланомы? Вскоре в том же госпитале у другого больного, которому также пересадили почку, тоже возникли метастазы меланомы; также и в этом случае врачи не смогли обнаружить первичный очаг опухоли. Углубленное исследование показало, что обе почки были взяты у одного и того же донора, а именно у женщины, у которой *восемнадцать лет назад* была удалена маленькая – 2,6 мм в диаметре – кожная меланома. Затем её наблюдали еще *пятнадцать лет* в специализированной клинике и, наконец, объявили «полностью излечившейся». Скончалась она от кровоизлияния в мозг, не имевшего никого отношения к предыдущему заболеванию.

Следовательно, у этой практически здоровой женщины на протяжении *восемнадцати лет* в почках существовали микроскопические метастазы меланомы. Они как бы дремали и ничем себя не проявляли, поскольку их надежно блокировала здоровая иммунная система. Но затем, вместе с пересаженной почкой, эти опухолевые клетки попали в другой организм, у которого иммунитет был намеренно подавлен для профилактики отторжения трансплантата; в этой среде они «проснулись», и рак победил... – Какая убедительная демонстрация *vis medicatrix naturae* как на вершине своего могущества, так и в своем бессилии!

Дорогой коллега, Вы совершенно правы, мои попытки воздействовать на эту силу были примитивны. Тем более удивительно, что даже они приносили явную пользу. Увы, я не знаю, как влиять на *vis medicatrix naturae* в духе новой, доказательной медицины. И всё-таки в руках каждого врача всегда есть, по крайней мере, одно средство поддержать или укрепить эту силу, если она ослабела. Не подлежит никакому сомнению, что одним из факторов, определяющих исход борьбы с болезнью, является мужество больного человека, его воля к жизни. Пусть мы пока еще не знаем, каким именно образом то или иное психологическое состояние влияет на глубинные процессы выздоровления. Но, помогая нашему пациенту преодолеть страх, отчаяние и растерянность, давая ему надежду, внушая стойкость и мужество, мы, тем самым, увеличиваем эту самую *vis medicatrix naturae*, даже если её сущность пока неизвестна. Тот же Серван-Шрейбер образно и остроумно заметил в другом месте: «Многочисленные исследования показывают, что, как и все солдаты, лейкоциты человека сражаются, во-первых, тем лучше, чем с большим уважением к ним относятся, и, во-вторых, если их командир [сам больной – Н.М.] сохраняет хладнокровие, то есть управляет своими эмоциями и действует спокойно».

Итак, не будем зазнаваться, и не будем отмахиваться от «целительной силы природы» только потому, что она не поддается пока нашему научному анализу, и мы не понимаем, что это такое...

ПОСТСКРИПТУМ. Совсем недавно, в 2007 году, в Am J Med vol. 120: 783-790 был опубликован сводный анализ 15 исследований, которые сравнивали лечение пневмонии антибиотиками коротким курсом (3 – 5 дней) и более длительным курсом (10 дней). Всего было пролечено 2796 больных обычной пневмонией (community-acquired pneumonia). Эффективность короткого курса оказывалась точно такой же, как и при стандартном, более длительном применении антибиотиков по всем показателям, а именно по динамике клинической картины, по числу осложнений, по бактериологическим данным и по смертности. Авторы осторожно добавляют, что даже наблюдалась некоторая тенденция (trend) к более благоприятному течению в случаях применения укороченного антибиотического курса...

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА

Пальпация. Приступая к исследованию сердца, многие молодые врачи сразу берутся за фонендоскоп. Но не надо торопиться. Сперва прикоснитесь ладонью к сердцу (всего на несколько секунд!), и вы узнаете очень многое.

Для начала положим (мягко, без нажима) всю ладонь и пальцы плашмя слева от нижней половины грудины. Размеры сердца колеблются в очень широких пределах; иногда верхушечный толчок смещается до средней подмышечной линии. Поэтому начнем двигать ладонь из указанного исходного положения влево, вверх и вправо, чтобы заведомо охватить всю область сердца.

При этом сразу можно выявить *расширение сердца* – очень важный и надежный признак его недостаточности. Почти у каждого человека можно прощупать верхушечный толчок. Его смещение кнаружи от левой срединно-ключичной линии и укажет на расширение сердца. Мой многолетний опыт говорит, что определять границы сердца с помощью перкуссии – дело мало надежное. Зато положение верхушечного толчка сразу дает бесспорную, буквально осязаемую левую границу сердца.

Остановимся на характеристике верхушечного толчка. Мощный, приподнимающий, но очень ограниченный по площади, локальный толчок (размером не больше ногтевой фаланги большого пальца) – непогрешимый признак *гипертрофии левого желудочка*. Такая находка сразу наводит на мысль, нет ли у больного недостаточности митрального или аортального клапана. Напротив, при артериальной гипертонии или при стенозе устья аорты такая гипертрофия встречается редко, и вот почему.

При недостаточности аортального клапана кровь поступает в левый желудочек во время диастолы не только из левого предсердия, как и положено, но также ретроградно из аорты. В результате желудочек растягивается больше обычного, но затем легко выбрасывает весь этот увеличенный объем во время следующей систолы, ибо аортальное отверстие велико. При митральной недостаточности сокращение левого желудочка также совершается очень свободно, ибо кровь оттекает сразу и в аорту, и ретроградно в левое предсердие. В диастоле же левый желудочек перерастягивается, ибо в него вливается из левого предсердия не только очередная порция крови, поступившая туда из легких, но и заброшенная из левого желудочка во время предыдущей систолы. Для обоих этих случаев характерно увеличенное диастолическое наполнение левого желудочка и его беспрепятственное опорожнение в систолу. Это напоминает прыжок спортсмена в длину: чтобы прыгнуть дальше, надо сначала отойти назад и разбежаться.

Напротив, при стенозе устья аорты и при артериальной гипертонии диастолическое наполнение левого желудочка не увеличено, оно нормальное, а вот для изгнания крови есть значительное препятствие. Возвращаясь к нашему сравнению, можно сказать, что это прыжок без разбега, да еще с грузом. Такие условия гораздо менее благоприятны для развития мышечной гипертрофии.

Обнаружение гипертрофированного верхушечного толчка сразу исключает чистый митральный стеноз или преобладание стеноза над недостаточностью при комбинированном пороке митрального клапана. Ведь при митральном стенозе в левый желудочек неизбежно поступает уменьшенное против обычного количество крови из левого предсердия, так что работа левого желудочка скорее уменьшена. Поэтому если типичная мелодия митрального

стеноза сочетается с гипертрофированным верхушечным толчком, то надо спросить себя, почему имеется такое несоответствие. Иногда причиной оказывается второй клапанный порок – аортальная регургитация. Аортальная регургитация создает характерный дующий нежный диастолический шум. Иногда он слаб, и его можно сначала не заметить. Поэтому, если обнаружен усиленный верхушечный толчок, надо с особым тщанием поискать этот шум. Наилучшее место для его выслушивания – не аортальная точка, а так называемая пятая точка: слева рядом с грудиной на уровне 4 – 5 ребер. Аускультировать больного надо и в положении стоя, и в положении лежа. Шум этот слышен яснее при использовании плоской головки с мембраной комбинированного фонендоскопа.

Верхушечный толчок образуется при ударе о грудную стенку верхушки сердца, которая состоит, на самом деле, исключительно из верхушки левого желудочка. Поэтому **гипертрофированный верхушечный толчок означает гипертрофию только левого желудочка**. Правый желудочек располагается спереди и вправо от левого и широко прилежит к груди и к левой парастернальной области. Вот почему **гипертрофия правого желудочка проявляется разлитым сердечным (не верхушечным!) толчком**. Скорее, это даже не толчок, а диффузное приподнимающее, вздымающее движение в нижней половине грудины и непосредственно слева от нее на довольно обширном участке; оно воспринимается всей ладонью, а не только указательным пальцем, в отличие от верхушечного толчка.

Гипертрофию правого желудочка можно определить еще одним приемом. Положим ладонь в эпигастрии таким образом, чтобы концы пальцев оказались чуть ниже мечевидного отростка и слегка вдавим их вглубь (к спине) и вверх (под мечевидный отросток). Мы ощутим кончиками пальцев пульсовые толчки, которые создаются в этом месте исключительно правым желудочком. Поэтому **усиленная надчревная пульсация** и укажет на гипертрофию правого желудочка. Самая частая причина гипертрофии правого желудочка – это гипертония в малом круге при хронических неспецифических заболеваниях легких (хронический бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма). Гипертрофируется правый желудочек и при митральном стенозе, но теперь это заболевание встречается редко.

С помощью пальпации можно обнаружить признак, прямо указывающий на плохое состояние сердечной мышцы. Это осязательное ощущение соответствует патологическому III тону. Данный феномен настолько важен, и его так часто не замечают, что он заслуживает подробного рассмотрения.

Здоровый миокард даже в периоде диастолического расслабления сохраняет определенный тонус. Чтобы это понятие стало ясным, пощупайте икроножную мышцу у себя и у больного, длительно прикованного к постели. В первом случае вы ощутите упругое эластическое сопротивление, во втором – дряблую, лишенную всякого тонуса ткань. Точно так же стенки здорового желудочка оказывают хотя и маленькое, но всё же некоторое сопротивление току крови из предсердия; они медленно отступают под действием этого напора, и желудочек наполняется постепенно. Больной же миокард теряет этот диастолический тонус. Поэтому, когда струя крови из предсердия устремляется в желудочек, она просто отбрасывает дряблую стенку, как тряпку, и та шлепает о грудную стенку. Это и есть дополнительный, диастолический толчок. Конечно, этот толчок не столь силен, как систолический, но он вполне ощутим. Вы чувствуете, как пальпирующая рука слегка и довольно медленно приподнимается, затем она снова опускается, и только после этого ощущается обычный энергичный, отрывистый систолический толчок. Если попробовать изобразить эти события графически, то получится подобие ЭКГ, где за небольшим и пологим зубцом Р следует высокий и остроконечный зубец R. Вот это первое мягкое разлитое приподнимающее движение **перед** систолическим толчком и есть осязаемый рукой эквивалент патологического третьего тона сердца, верный признак его недостаточности. Если его нет, то ладонь спокойно лежит и не испытывает никакого

движения, пока не возникнет систолический толчок. Только что сказанное объясняет, почему третий тон по своей природе является очень низким и тихим звуком. Именно поэтому он иногда лучше выявляется наощупь рукою, а не ухом.

Этот дополнительный толчок о грудную стенку нередко возникает по той же причине при **инфаркте передней стенки** – как в остром периоде, так и впоследствии, при замещении обширным рубцом (аневризма сердца).

Но этим не исчерпывается информация, которую может дать пальпация области сердца. Ладонь позволяет ощутить **систолическое дрожание аортального стеноза** и **диастолическое дрожание (мурлыканье) митрального стеноза**. Ценность такой находки не только в том, что она просто подтверждает аускультативные данные. Во-первых, если шум пальпируется, то он, несомненно, органический, а не функциональный. Во-вторых, и это особенно важно, пальпируемое дрожание указывает на очень значительное нарушение гемодинамики, то есть на резкий, «хирургический» стеноз. Здесь уместна одна практическая деталь. Вообще-то, самым чувствительным органом осязания и пальпации являются кончики наших пальцев. Но низкочастотную вибрацию лучше воспринимают суставы. Поэтому при поисках диастолического или систолического дрожания надо прикоснуться к исследуемому месту грудной стенки не кончиками пальцев, а тем участком ладони, где расположены метакарпофаланговые сочленения. Попробуйте это сделать – вы удивитесь, насколько отчетливее станет ощущение!

Иногда очень хорошо пальпируется хлопающий первый тон митрального стеноза или резко усиленный (акцентированный) второй тон во 2-м межреберье слева у грудины – признак высокой гипертензии в малом круге. В этих случаях создается впечатление, будто изнутри по грудной стенке ударяют металлическим молоточком.

Вот лишь наиболее важное из того, что можно моментально узнать, положив руку на сердце. Таким простым, но замечательным приемом надо пользоваться всегда, даже в самой большой спешке.

Аускультация. Перейдем к аускультации сердца. Первым делом оценим **громкость тонов** (нормальная, тоны громкие, приглушенные, очень слабые). Из внешних обстоятельств только эмфизема легких по-настоящему заглушает тоны сердца увеличенной воздушной прослойкой. Подкожный жир, даже если слой его очень толстый, не может существенно ослаблять звуки: ведь любая плотная однородная ткань обладает хорошей звукопроводностью. В этом легко убедиться, аускультируя сердце женщины сначала через грудную железу, а затем оттеснив её в сторону. Вот почему **глухость тонов сердца** при ожирении означает то же, что и во всех остальных случаях (кроме упомянутой эмфиземы), а именно, **субоптимальное состояние миокарда**.

В этой связи мне памятно одно наблюдение. Как-то во время дежурства на вечернем обходе терапевтического отделения я осмотрел по просьбе лечащего врача одного больного с частыми приступами стенокардии. Общее состояние его было хорошим, тоны сердца нормальными (почему-то я даже отметил это в своей записи осмотра). Ночью меня срочно вызвали к нему. Была развернутая картина кардиогенного шока, но особенно поразила необычайная глухость тонов сердца – они были еле слышны. Ни шумов, ни нарушения ритма, ни отека легких не было. Под утро больной скончался. На вскрытии обнаружили некроз двух третей всей массы левого желудочка.

Впрочем, глухость тонов не обязательно означает недостаточность сердца в клиническом смысле, а просто указывает, что миокард не в наилучшем состоянии. Такое бывает слишком часто, чтобы делать далеко идущие выводы. Но есть аускультативный признак, прямо свидетельствующий о значительном падении сократительной функции сердца – **патологический третий тон**.

Термин «патологический» применяют потому, что по неясным причинам третий тон иногда слышен у совершенно здоровых людей, особенно у молодых. Этот **физиологический третий тон** слышен, во-первых, гораздо громче и отчетливее, чем патологический; во-вторых, и это главное, общее состояние лиц, у которых он встречается, настолько хорошее, что нет ни малейшего основания думать о болезни сердца (они легко бегают, занимаются спортом и т.п.). Что же касается патологического третьего тона, то это очень тихий, глухой, низкий звук. Прочтя такую характеристику, молодой врач может подумать, что обнаружить его может только виртуоз аускультации. Но это не так. Особо музыкального или тонкого слуха для этого не требуется. Нужны лишь внимание и соблюдение некоторых правил аускультации.

Обычно при аускультации сердца мы слышим двучленный ритм: та-та, та-та, та-та... Но иногда создается впечатление, что ритм не совсем двучленный, как будто имеется еще какой-то элемент или намек на него: та-та-п, та-та-п, та-та-п... Если произнести звук «п» мягко, негромко, не напрягая губы, а просто смыкая их, то получится неплохое подражание патологическому третьему тону. Звук этот очень низкий. Поэтому, чтобы услышать его, лучше использовать стетоскопическую головку комбинированного фонендоскопа (в виде воронки или колокольчика, без мембраны) и очень легко, **без нажима** прикладывать её к коже. Дело в том, что туго натянутая кожа, точно так же, как мембрана фонендоскопа воспринимает преимущественно высокие частоты и «режет» низкие: сравните звук одной и той же струны, когда она натянута туго или слабо. Кстати, этим обстоятельством можно воспользоваться в случае сомнения. Если вы не уверены, имеется ли третий тон на самом деле или же это только кажется, плотно прижмите головку фонендоскопа к грудной стенке – ритм сразу станет бесспорно двучленным, без каких-либо намеков на что-то дополнительное. Затем снова ослабьте нажим – ритм опять станет подозрительно трехчленным.

Механизм образования этого тона рассмотрен ранее: он вызывается толчком дряблой стенки желудочка о грудную стенку под напором крови, поступающей в желудочек во время диастолы. Поэтому наилучшее положение для поисков третьего тона – лежа на спине. В этой позиции сердце отходит от передней грудной стенки, и создаются условия для шлепка стенки желудочка о грудную клетку в диастолу. Напротив, в вертикальном положении большого сердца плотнее прилежит к грудной стенке, так что амплитуда его движения во время диастолы уменьшена.

Вспоминаю поучительный случай. Меня попросили осмотреть соседа в доме, где я жил. Это был крупный полный мужчина лет 45 богатырского сложения. Жаловался он только на незаживающую язву на внутренней лодыжке ноги. При осмотре были признаки давнего тромбоза глубоких вен голени и бедра и несколько варикозно расширенных поверхностных вен. При аускультации сердца я услышал третий тон. У больного не было сердечных жалоб, и поэтому я тотчас спросил в недоумении: «У вас что, есть изменения на электрокардиограмме?». Больной необычайно удивился: «Откуда Вы знаете?». Очевидно, мой сосед был уверен, как и его врачи из очень привилегированной закрытой поликлиники для высокого начальства, что ЭКГ даёт гораздо больше сведений, чем простое выслушивание сердца. Как говорится, «Сильнее кошки зверя нет»... Действительно, на оказавшейся дома ЭКГ была блокада левой ножки пучка Гиса. С тех пор сосед проникся необычайным доверием ко мне. К сожалению, через несколько месяцев у него возник обширный инфаркт миокарда, и он скончался еще прибытия неотложной помощи...

Определение ритма сердца. Правильная, регулярная работа сердца в подавляющем большинстве случаев указывает на нормальный синусовый ритм. Только при очень медленном (менее 40-36 у даров в минуту) или при очень быстром темпе (свыше 130-150 в минуту) водителем ритма может оказаться не синусовый узел, а другой участок миокарда.

В случае уж очень выраженной брадикардии возникает мысль, а нет ли здесь **полной**

атриовентрикулярной блокады? Проверить это предположение еще до снятия ЭКГ помогают два признака. Во-первых, при достаточно длительном выслушивании (около минуты) можно заметить, что громкость первого тона не постоянная, как обычно, а меняется от удара к удару, причем изредка первый тон бывает особенно громким («пушечный тон»). Происходит это потому, что когда работа предсердия и желудочка не согласована (а это и происходит при полной поперечной блокаде), то диастолическое наполнение желудочка резко колеблется от удара к удару. Так, если систола предсердия успевает закончиться до начала очередного сокращения желудочка, то в последний поступит вся причитающаяся ему порция крови; его полость достаточно растянется, а створки атриовентрикулярного клапана успеют всплыть и сблизиться; поэтому они моментально сомкнутся в самом начале систолы желудочка. Если же сокращение желудочка произойдет раньше систолы предсердия, то желудочек еще не успеет заполниться, и исходное, предсистолическое положение створок в полупустом желудочке будет совсем иным. В этом случае створки ударятся как бы с разбега, и первый тон будет громче. Вот эта переменчивость первого тона и, особенно, наличие «пушечного» тона – ценный признак полной атриовентрикулярной блокады.

Однако описанный феномен бывает только в том случае, если предсердия продолжают сокращаться организованно и ритмично, то есть в синусовом ритме. Если же атриовентрикулярная блокада возникает на фоне мерцания предсердий (синдром Фридерика), то громкость первого тона будет постоянной. В этом случае выручает второй признак: строго фиксированная, неизменная частота желудочковых сокращений, на которую не влияют ни дыхание, ни даже физическая нагрузка. Предложите больному быстро пройтись по комнате, а если он в постели, то хотя бы присесть и снова прилечь несколько раз подряд: если брадикардия обусловлена полной атриовентрикулярной блокадой, то ритм не участится даже на 2-3 удара в минуту.

Когда же регулярные сокращения сердца в покое превышают 130-140 ударов в минуту, то это может быть вызвано не просто синусовой тахикардией, а патологическим ритмом – либо **суправентрикулярной**, либо **желудочковой тахикардией**. Помогают выяснению следующие моменты. Обычно больные хорошо замечают учащенные удары сердца, в особенности, резкие изменения ритма. Поэтому полезно спросить, началось ли сердцебиение сразу, внезапно («будто включили») или же сердце стало постепенно «разгоняться» всё быстрее и быстрее. Медленное, постепенное начало быстрого сердцебиения свидетельствует о синусовой тахикардии. Дело в том, что ненормальный, эктопический очаг автоматизма может работать только на одной, присущей ему частоте, в отличие от синусового узла с его огромным и плавным диапазоном частот. Второй прием – это массаж каротидного синуса. Нащупаем одну из сонных артерий и начнем поглаживать её вверх и вниз (продольно) и слегка прижимать на уровне щитовидного хряща (но ни в коем случае не сдавливать артерию до полного прекращения кровотока в ней!). Во время этого маневра надо непрерывно аускультировать сердце. Плавное замедление ритма укажет на синусовый характер тахикардии, тогда как внезапное и значительное замедление или же полное отсутствие эффекта будет аргументом в пользу эктопического ритма.

При **мерцании предсердий** сокращения желудочков становятся беспорядочными, теряется всякая закономерность. Иногда возникает сомнение, мерцание ли это или же просто частые экстрасистолы всё время сбивают правильный ритм. В этом случае помогает простой прием. Приложите фонендоскоп к сердцу и начните считать его удары. Если ритм правильный, вы легко и быстро встраиваетесь в него и уже знаете, когда наступит следующая систола. Поэтому ваш очередной счет всякий раз будет совпадать с очередным тоном: один-два-три-четыре... Экстрасистола на мгновение сбьет ваш счет, но затем вы снова легко встроитесь в уже найденный и привычный ритм: раз-два-тричетыре—пять-шесть-семь-восемь... При мер-

цательной же аритмии приходится всё время быть начеку, чтобы успеть назвать следующую цифру, ибо неизвестно, когда наступит следующее сокращение: раз-два---три----четырепять----шесть-семь----восемьдевять---.... Вот эта необходимость постоянно напрягать свое внимание при подсчете сердечных сокращений и указывает, что ритм потерян полностью, то есть имеется мерцание предсердий.

Шумы в сердце. Первый вопрос, который надо решить, услышав шум в сердце, - в какой части сердечного цикла он расположен, в систоле или в диастоле. Вроде бы это просто: если шум возникает вслед за первым тоном (между ним и вторым тоном), то это систолический шум; если же он следует за вторым тоном, то это диастолический шум. Но вот как отличить первый тон от второго? – Нашупайте сонную артерию или верхушку сердца. Тон, который совпадает с пульсовым или верхушечным толчком, и есть первый тон.

Выяснив место шума в сердечном цикле, займемся его более подробной характеристикой. Очень важно обратить внимание на *тембр шума*. Допустим, вы слышите систолический шум на верхушке сердца и во втором межреберье справа от грудины. Возникает вопрос – что же, у больного два порока сразу (недостаточность двустворки и аортальный стеноз) или же только один порок, а если один, то какой именно? Проблема значительно облегчается, если предварительно спросить себя, что мы слышим – два разных «голоса» или один и тот же «голос». Ведь голоса разных людей мы различаем не по громкости, а по характерному тембру. Но точно так же, как особенности гортани определяют индивидуальную, легко узнаваемую окраску голоса каждого человека, так и особенности каждого клапанного дефекта придают специфический оттенок (тембр) возникающему в нем шуму. Поэтому если, скажем, над верхушкой мы слышим шум дующий, мягкий, а во втором межреберье справа у грудины имеется шум скребущий, грубый, то совершенно ясно, что это два разных шума, которые образуются в разных отверстиях.

Диагностическое значение имеет также и то, какие звуковые частоты преобладают в шуме – высокие или низкие. При недостаточности клапанов аорты кровь во время диастолы устремляется из аорты назад в левый желудочек под очень высоким давлением, порядка 120-150 мм рт. ст. и более. Естественно, что струя, врывающаяся под таким напором, должна создавать высокочастотный шум, напоминающий звуки «ссс» или «шшш»; это шум дующий, свистящий или шипящий. Напротив, при митральном стенозе во время диастолы кровь вливается в левый желудочек из предсердия, где давление невысокое, порядка 10-20 мм рт. ст. Это уже не бьющий фонтан, а журчащий ручей. Вот почему диастолический шум митрального стеноза обязательно и характерно низок, он похож на звук «ууу» или «ррр»: это гудящий, рокочущий шум. Поэтому, если на верхушке сердца мы слышим высокий дующий диастолический шум, то думать надо не о митральном стенозе, а об аортальной регургитации.

Человеческое ухо гораздо лучше и отчетливее воспринимает высокие, а не низкие частоты: вспомним хотя бы, как хорошо слышен комариный писк, хотя источник звука очень слаб. По этой причине молодые врачи легче и чаще находят систолические шумы (почти всегда высокочастотные) и нередко не замечают диастолический шум митрального стеноза. Иногда этот шум похож на неясный гул, вроде того, который слышен, если приложить к уху морскую раковину. Отличие здесь в том, что гул этот слышен не на протяжении всего сердечного цикла, а только во время диастолы и только на определенном участке грудной клетки. В случае сомнения, фоновый ли это гул или сердечный шум, надо повернуть лежащего больного вполоборота на левый бок, **вновь найти пальцем верхушечный толчок** (он при этом маневре смещается) и поставить головку фонендоскопа именно в эту точку: как правило, в этом положении диастолический шум митрального стеноза слышен лучше всего и наиболее отчетливо.

Найдя шум и охарактеризовав его акустические свойства, займемся его *иррадиацией*.

Один мой знакомый кардиолог любил повторять, что «пути проведения сердечных шумов, как и пути Господни – неисповедимы». С этим нельзя согласиться. Шум хорошо распространяется по току крови, то есть вниз по течению от места его возникновения. Так, при стенозе устья аорты шум слышен не только во втором межреберье справа у грудины, но и на сонных артериях. И наоборот, если систолический шум слышен в проекции аортального клапана и над верхушкой, но не проводится в сонные артерии, то, скорее всего, этот шум указывает на недостаточность митрального клапана, а не на аортальный стеноз. По той же причине диастолический шум аортальной недостаточности нередко более отчетлив не на проекции аортального клапана во втором межреберье справа у грудины, а ниже, по току регургитационной струи, в месте прикрепления к грудины 4-5 ребер слева, в так называемой 5-й точке или даже на верхушке сердца. При митральной недостаточности систолический шум характерно иррадирует вверх от верхушечного толчка в левую подмышечную область. Объясняется это тем, что левое предсердие, куда бьет регургитационная струя, лежит кзади и кверху от левого желудочка. А систолический шум трикуспидальной недостаточности, слышимый слева у основания мечевидного отростка, распространяется вправо на уровне нижней половины грудины, ибо именно здесь расположено правое предсердие; зато этот шум плохо или совсем не слышен на верхушке, так как его распространению влево мешает межжелудочковая перегородка.

При истолковании шума надо принять во внимание звучность тонов сердца. Так, если систолический шум сразу следует за ослабленным первым тоном или, тем более, если этот шум полностью замещает («съедает») первый тон, то это говорит о гемодинамически очень большой митральной недостаточности: створки клапана так укорочены и так удалены друг от друга, что в систоле они не могут сомкнуться. В результате первый тон не возникает совсем или же оказывается очень слабым. Наоборот, сохранность тона говорит об удовлетворительном смыкании створок, то есть об их более правильном функционировании.

Для молодых врачей нередко единственным основанием для диагностики клапанного порока у постели больного служит шум, и, чем он громче, тем, вроде бы, и порок больше. Это так же неверно, как диагностировать пневмонию только на основании хрипов в легких.

Во-первых, есть довольно многочисленная группа функциональных шумов. Ведь клапаны сердца – это не просто механические заслонки, пассивно открывающиеся и закрывающиеся под действием разности давлений в смежных камерах. Так, сосочковая мышца не только препятствует тому, чтобы створка не вывернулась в предсердие во время желудочковой систолы, но и обеспечивает оптимальное натяжение створки, как это делают канаты с корабельным парусом. Если, скажем, систолическое сокращение сосочковой мышцы окажется чрезмерным, то створка клапана не сможет отойти от стенки желудочка на достаточное расстояние, чтобы коснуться противоположной створки. В результате возникнет систолический шум, хотя никакого анатомического повреждения клапана нет. Если же сосочковая мышца сократится недостаточно, то удерживаемая ею створка взметнется выше, чем противоположная, и полного, герметичного смыкания створок опять-таки не произойдет.

Смыкание створок зависит, кроме того, от величины клапанного кольца; если оно расширилось, то створки не смогут приблизиться примкнуть друг к другу. А диаметр кольца во многом зависит от тонуса мышцы сердца. Наконец, на протяжении одной и той же систолы размеры и геометрия полости желудочка непрерывно меняются, и, следовательно, изменяется взаиморасположение всех частей клапанного аппарата. Таким образом, герметичность клапана зависит не только от сохранности створок, но и от слаженного взаимодействия всех участков сердечной мышцы. Здесь требуется настолько точная регулировка и согласованность, что можно лишь удивляться, почему функциональные шумы не встречаются еще чаще.

Во-вторых, если даже шум органический, а не функциональный, то главное для практиче-

ского врача не просто констатировать порок, а выяснить, в какой мере он расстраивает гемодинамику, то есть насколько он серьезен. В этом отношении шум сам по себе, в частности, его громкость, редко позволяет сделать надежный вывод. Впрочем, *пальпируемое* систолическое *дрожание* на рукоятке грудины или диастолическое дрожание (мурлыканье) на верхушке с несомненностью указывает на очень *резкий («хирургический»)* аортальный или митральный *стеноз*.

Обычно же оценка тяжести порока основывается не на свойствах шума, а на целом комплексе других признаков. Например, давняя и значительная недостаточность митрального клапана обязательно вызывает гипертрофию левого желудочка и левого предсердия. Поэтому если систолический шум на верхушке не сочетается с усиленным верхушечным толчком, а на ЭКГ нет значительного отклонения электрической оси сердца влево и нет отрицательной фазы зубца Р, то митральную недостаточность можно смело расценить как незначительную.

Точно так же, если на аорте и в пятой точке слышен дующий диастолический шум, но нет гипертрофии левого желудочка, нет характерного скачущего пульса на сонных артериях и размах пульсового давления в пределах нормы, то аортальная регургитация, по-видимому, мала. При стенозе устья аорты судить о выраженности препятствия можно по результатам пальпации сонных артерий: уменьшенная амплитуда и замедленный характер пульсовой волны (**pulsus parvus et tardus**) указывают на значительный аортальный стеноз. У пожилых людей систолический шум на аорте встречается нередко. Он может быть обусловлен как склеротической деформацией и обызвествлением полулунных клапанов, так и неровной поверхностью эндотелия аорты. Обнаружение нормальной, хорошей пульсации сонных артерий позволяет оценить этот шум более благоприятно.

Перейдем к *пальпации пульса*. Очень полезно положить пальцы на лучевую артерию пациента уже в самом начале беседы с ним. Естественно, ваше внимание при этом занято другими аспектами исследования, но вы легко заметите отдельные экстрасистолы, не говоря уже о грубых нарушениях ритма. И если у вас в дальнейшем возникнет предположение, что какие-то жалобы больного обусловлены аритмией («проколы» в сердце, короткие эпизоды головокружения или слабости и т.п.), то в запасе уже будет фактический материал. Кроме того, прикосновение руки врача всегда оказывает успокаивающее и ободряющее действие на любого больного.

Наполнение пульса при хронической недостаточности сердца часто остается нормальным, и это вовсе не умаляет ценность рассматриваемого показателя. Ведь в этих условиях закономерно увеличивается масса циркулирующей крови. Зато малый, нитевидный пульс сразу указывает и на резко уменьшенный ударный объем сердца, и на запустение артериального русла – то, что бывает при остром кровотечении, шоке, коллапсе.

Но есть один пульсовой признак, прямо доказывающий плохую сократительность миокарда – *альтернирующий пульс*. При нем каждый второй толчок слабее первого. Похожее бывает и при бигеминии, но альтернирующий пульс отличается тем, что при нем все интервалы между ударами одинаковые: здесь нет нарушения ритма, это очень важное различие! В своей выраженной форме он встречается довольно редко, но это бесспорный признак тяжелого поражения сердца, и потому он важен в прогностическом отношении. Французы говорят: *Coeur alternée - coeur condamnée* (сердце альтернирующее – сердце обречённое). Кстати, альтернация не обязательно сочетается с периферическими отеками, так что если её не заметить, то можно недооценить серьезность положения.

Слабые степени альтернации легче обнаружить не пальпацией пульса, а при измерении артериального давления. Для этого надо просто помедленнее снижать давление в манжете и, дойдя до первых систолических толчков, остановиться. Если пульс альтернирует, вы заметите, что каждый второй толчок не дает коротковоскового тона, хотя стрелка манометра при этом

вздрагивает. И только когда давление в манжете снизится еще на 5 – 10 мм рт. ст., количество слышимых ударов сразу удвоится: теперь будут слышны как сильные, так и слабые удары. Специально искать альтернирующий пульс у каждого сердечного больного не стоит – это не столь частый феномен. Но если не забывать о его возможности при рутинном измерении артериального давления, то вы не пропустите факт одновременного появления коротковолновых тонов и получите важную информацию.

Особые формы пульсовой волны (**celer, altus, parvus, tardus**), которые подробно описывают в учебниках пропедевтики, встречаются в повседневной практике довольно редко. Это объясняется двумя обстоятельствами. Во-первых, по пути от сердца до лучевой артерии пульсовая волна неизбежно сглаживается, так что многие её особенности становятся незаметными, теряются. Следовательно, если для диагноза по-настоящему важно определить характер пульсовой волны, то с этой целью надо *пальпировать не лучевую, а сонную артерию*, расположенную в непосредственной близости от сердца. Во-вторых, если, несмотря на соответствующие аускультативные признаки в сердце, пульс не имеет характерных для данного порока свойств, то это значит, что в гемодинамическом отношении порок незначителен. Например, во втором межреберье у грудины справа слышен систолический шум, проводящийся в сонные артерии. Это вызывает предположение о стенозе устья аорты. Но если при этом пульсация сонных артерий хорошая, полная, если мы не находим здесь характерно замедленного, затрудненного систолического подъёма, да еще с малой амплитудой, то можно с уверенностью сказать, что этот стеноз не представляет пока серьезной опасности для сердца. Напротив, если пульс на сонной артерии характерно ослаблен, это обязательно означает, что имеется резкий («хирургический») стеноз, даже если систолический шум не громкий.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА

Если начальная жалоба больного или какой-нибудь объективный признак придают нашей мысли кардиологическую направленность, то в первую очередь надо подумать о трех наиболее крупных синдромах:

1. Недостаточность сердца, независимо от её происхождения. Главнейшими признаками здесь являются **одышка и отеки**.

2. Ишемическая болезнь в двух её важнейших проявлениях – **стенокардия (грудная жаба) и инфаркт миокарда**.

3. Функциональные нарушения, которые можно, в свою очередь, разделить на:

а) аритмии без явной органической подоплеки;

б) невротические расстройства (боли, сердцебиение и т.п.).

Диагностика недостаточности сердца. Как всегда, первые сведения можно получить уже при расспросе. Сначала уточним характер одышки. Напомню, что сердечная одышка, в отличие от легочной, характеризуется:

четкой и постоянной связью с физической нагрузкой;

отсутствием симптома «день на день не приходится»;

больной не ощущает хрипов и свистов в груди во время одышки.

Подробнее эти особенности рассмотрены ранее.

Далее выясним, нет ли задержки жидкости (темный цвет мочи, никтурия, олигурия, эффект мочегонных) – также см. выше.

Иногда жалобы на одышку так расплывчаты, что не удастся придти к какому-нибудь заключению; видимых и осязаемых отеков также нет. Спросим, не повышалось ли раньше артериальное давление? Наличие стойкой и длительной гипертонии окажется дополнительным аргументом в пользу недостаточности сердца, ибо постоянная дополнительная нагрузка в виде увеличенного сосудистого сопротивления обязательно утомляет его. Аналогичное значение может иметь обнаружение в анамнезе стенокардии, инфаркта, порока сердца или мерцания предсердий.

Что дает **осмотр** для диагностики сердечной недостаточности? Шейные вены – вот на что надо взглянуть в первую очередь. У здорового человека, если он стоит, они находятся в спавшемся состоянии и почти не видны; даже в положении лежа на невысоком изголовье эти вены лишь слегка намечены, ибо кровь в них не задерживается и свободно изливается в сердце. Но если правый желудочек ослабел, он не успевает перекачивать кровь дальше, в легкие. Образуется застой – сначала в правом предсердии, а затем и выше. В результате шейные вены набухают, растягиваются и становятся хорошо заметными. Чтобы их лучше рассмотреть, надо уложить больного на кушетку с несколько приподнятым изголовьем и попросить слегка повернуть голову в сторону. В этом положении вены на боковой поверхности шеи становятся особенно рельефными. Если же шейные вены вздуты даже в вертикальном положении больного, это означает очень высокое венозное давление и тяжелую недостаточность сердца.

У больных с недостаточностью сердца можно увидеть **акроцианоз**. Ослабевшее сердце с трудом проталкивает кровь в сосудах. Она продвигается медленнее и успевает поэтому отдать тканям больше кислорода, чем обычно. В результате кровь теряет свой алый цвет и становится темно-вишневой. Вот почему самые отдаленные от сердца участки (пальцы, кончик

носа, уши, губы), где замедление кровотока особенно выражено, приобретают синюшный оттенок и холодны наощупь. Напротив, при легочной недостаточности вся кровь, поступающая в большой круг, оказывается недонасыщенной кислородом. Поэтому в синюшный цвет окрашиваются все ткани, как периферические, так и вблизи от сердца; это **диффузный, или центральный цианоз**. При таком цианозе пальцы и кончик носа теплые.

Перейдем к **пальпации**. Положив ладонь плашмя на область сердца, мы сразу получаем несколько ценных сведений. Так, увеличение размеров сердца, его гипертрофия, обнаружение систолического или диастолического дрожания, пальпаторный эквивалент патологического третьего тона сердца – все эти находки делают предположение о сердечной недостаточности весьма вероятным. Все эти признаки были уже рассмотрены ранее.

Для диагностики недостаточности сердца очень полезна также **пальпация печени**. Если сердце плохо перекачивает кровь, то она скапливается, в первую очередь, сразу выше по течению, непосредственно перед сердцем – в шейных венах и, особенно, в печени, поскольку её вместимость громадна – до нескольких литров. При этом она разбухает, увеличиваясь иногда настолько, что нижний край её опускается до пупка, а то и ниже. Важно подчеркнуть, что застойное набухание печени возникает часто задолго до появления периферических отеков на голенях и пояснице, и потому является более ранним симптомом.

Если недостаточность сердца возникла внезапно (инфаркт миокарда, острое нарушение ритма, легочная эмболия), то быстрое растяжение печеночной капсулы вызывает сильную боль в правом подреберье, тошноту и рвоту. Пальпация такой печени болезненна. Если, вдобавок, край печени выступает из-под ребер, то, ощущая пальпирующей рукой плотную переднюю поверхность печени, врач может принять эту резистентность за мышечное напряжение брюшной стенки и диагностировать по совокупности всех этих признаков острый холецистит.

А между тем, чтобы не попасть впросак, не надо иметь седину в висках или многолетний врачебный стаж. Те многочисленные признаки, которые были только что рассмотрены (одышка напряжения, олигурия, набухание шейных вен, пальпация области сердца) позволяют в большинстве случаев понять истинную причину болей в правом подреберье. Кроме того, при остром застойном набухании печени весь её край становится равномерно болезненным по всему периметру, тогда как при остром холецистите боль концентрируется, главным образом или исключительно, в области желчного пузыря. Приемы пальпации печени и желчного пузыря описаны в разделе «Пальпация живота».

Несколько слов о **пальпации отеков**. Казалось бы, чего проще – ткни пальцем в голень над лодыжкой и, если получится ямка, значит, есть отек. В том-то и дело, что **не надо тыкать!** Положите концевую фалангу указательного пальца **всей ладонной поверхностью** (не ногтевым концом!) на тыл стопы или на нижнюю треть голени и плавно, неторопливо начните вдавливать палец, постепенно усиливая нажим. Действуя так, вы не только избавите больного от болезненных ощущений, но – и это главное – дадите отечной жидкости время уйти из-под пальца по узким внутритканевым щелям. Отняв палец через две-три секунды, погладите кожу в этом месте: если образовалась вмятина, она сразу станет ощутимой.

У лежачих больных отечность надо искать не на ногах, а на крестце или чуть выше. Даже если вы усаживаете больного только с целью выслушать легкие, обязательно проверьте, нет ли отечности на пояснице. Такой жест должен стать просто автоматическим.

Аускультация сердца позволяет обнаружить несколько косвенных и один прямой признак недостаточности сердца. Косвенными признаками являются глухость тонов и их расщепление, наличие шумов, частых экстрасистол или мерцательной аритмии. Все эти находки просто указывают на ненормальности в работе сердца и делают предположение о его недостаточности вероятным, хотя и не доказывают его. Прямым же, бесспорным признаком является

патологический третий тон, в особенности, когда он создает ритм галопа, то есть слышен на фоне тахикардии. Поэтому при подозрении на недостаточность сердца надо настойчиво и внимательно искать этот важный и ценный признак, подробно рассмотренный выше. Надо заметить, что если искать его внимательно, то он встречается не так уж редко.

Недостаточность того или иного желудочка неизбежно влечет за собой застой выше (позади) по току крови. Так, при правожелудочковой недостаточности набухают шейные вены и печень, а затем уже появляются периферические отеки. При недостаточности же левого желудочка застой возникает, в первую очередь, в малом круге, в легких. А поскольку левожелудочковая недостаточность встречается гораздо чаще, чем правожелудочковая (артериальная гипертония, ишемическая болезнь и т. п.), то у каждого сердечного больного надо обследовать легкие с особым вниманием.

Застойное полнокровие легких проявляется, в первую очередь, одышкой напряжения. Во время физической нагрузки увеличивается возврат крови к сердцу от работающих мышц. Эту кровь правый желудочек исправно перекачивает в легкие, но ослабленный левый желудочек не успевает своевременно и в том же количестве перебросить её дальше, в большой круг. Увеличенное кровенаполнение делает легочную ткань более жесткой, неподатливой, что затрудняет работу дыхательной мускулатуры. Кроме того, внезапное перерастяжение легочных сосудов вызывает усиленную импульсацию интерорецепторов в дыхательный центр, непомерно возбуждая его. Оба эти обстоятельства доводят акт дыхания до сознания и вызывают тягостное ощущение одышки.

Длительный, хронический застой в малом круге вызывает не только полнокровие, но и отечность легочной ткани. Это проявляется крепитацией и мелкопузырчатыми влажными хрипами. Отечная жидкость всегда скапливается внизу – под действием силы тяжести. Поэтому в легких эти «застойные хрипы» слышны в задненижних отделах, книзу от лопаток. Еще более длительный или выраженный застой приводит к тому, что жидкость просачивается на поверхность легких и скапливается в плевральных полостях, особенно справа. Поэтому, даже если у больного и нет массивного гидроторакса, то всё же очень часто при левожелудочковой недостаточности можно отметить укорочение перкуторного звука в задненижних отделах и ослабление дыхательных шумов там же, особенно справа. Это проявляется, в частности, тем, что нижняя граница правого легкого оказывается по данным перкуссии выше, чем слева, тогда как в норме этот уровень одинаков с обеих сторон. Эти признаки, то есть приподнятая нижняя граница правого легкого, застойные хрипы и ослабленное везикулярное дыхание ниже лопаток – всё это подтверждает предположение о левожелудочковой недостаточности еще до рентгеновского исследования, которое в этом случае покажет застойное полнокровие легочных корней, а то и наличие жидкости в плевродиафрагмальном синусе.

Диагностика стенокардии. Если больной жалуется на боли «в сердце» или вообще в левой половине грудной клетки или в левой руке, то первый вопрос, который надлежит выяснить – есть ли это стенокардия (*angina pectoris*) или же боли вызваны другой причиной.

Ведь источником неприятных ощущений в этой области может быть не только сердце, но и кожа с подкожножировой клетчаткой (фиброзиты), ребра и их хрящи (остеохондроз), грудные и межреберные мышцы (миозиты), плевра. Нередко в область сердца иррадиируют боли, вызванные дегенеративными изменениями шейных и грудных позвонков (спондилез). Наконец, лица с невротическими расстройствами часто фиксируют свое внимание на сердце, как на жизненно важном органе и проецируют туда всевозможные неприятные ощущения. Недаром, когда мы слышим выражение «камень на сердце», то в первую очередь мы думаем о том, что у нашего собеседника какое-то горе, а вовсе не о том, что у него болезнь сердца.

Начнем с утверждения, что разбираться в этой сложной проблеме и решать её врач обязан без посторонней помощи, один на один с больным. И не потому, что необходим срочный,

неотложный диагноз, а просто потому, что здесь вам не помогут ни консультанты, ни (как это ни покажется странным) ЭКГ, ни проба с физической нагрузкой, ни рентгенограмма позвоночника, ни еще более современные и сложные исследования.

В самом деле, допустим, что с целью выяснить причину болей мы назначили, казалось бы, самое надежное исследование – коронароангиографию. Допустим, далее, что у нашего больного будет действительно обнаружен стеноз венечной артерии. Но из этого факта следует лишь то, что у больного несомненно есть ишемическая болезнь сердца, и что, стало быть, он, если так можно выразиться, «имеет право» на истинную стенокардию. Но, во-первых, не у каждого больного со стенозирующим атеросклерозом венечных артерий бывают ангинозные боли. Есть даже термин: «бессимптомная ишемическая болезнь». Во-вторых, коронарный атеросклероз нередко сочетается с другой патологией, например, со спондилезом, и боли в области сердца могут вызываться именно этим вторым, менее серьезным заболеванием.

Поясню примером из другой области: если у больного рак сигмовидной кишки и одновременно имеется такое несравненно более частое заболевание, как геморрой, то примесь крови к калу совсем не обязательно обусловлена опухолью – она могла еще не изъязвиться и «молчать» клинически, тогда как геморроидальные узлы уже кровоточат.

В еще большей степени сказанное относится к ЭКГ. Многие её изменения вообще не специфичны. Так, отрицательный зубец Т бывает не только при ишемии миокарда, но и при разных обменных нарушениях, а то и просто при гипервентиляции, которая нередко возникает от волнения в момент регистрации ЭКГ. Но даже бесспорные признаки ишемической болезни, например, патологический зубец Q документируют лишь перенесенный инфаркт миокарда, и отнюдь не доказывают, что жалобы больного *в данный момент* обусловлены именно стенокардией, а не чем-то иным. Единственным бесспорным электрокардиографическим доказательством стенокардии является временное смещение сегмента S-T *в момент боли*. В этом отношении полезные сведения дает длительная, многочасовая регистрация ЭКГ (проба Хольтера), но она достаточно громоздка, чтобы использовать её у каждого больного с подозрением на ишемическую болезнь.

Даже регистрация ЭКГ во время физической нагрузки не решает эту проблему полностью. Действительно, иногда при проведении этой пробы можно наблюдать одновременно и появление ангинозной боли, и соответствующее смещение сегмента S-T. Но нередко исследование приходится прекращать при появлении одышки, усталости или других неприятных ощущений, не дождавшись возникновения на ЭКГ характерных изменений. Равным образом, появление значительного горизонтального смещение сегмента S-T также считается показанием для прекращения пробы, даже если нет стеснения за грудиной. В обоих этих случаях причина болей, на которые жалуется пациент, останется не выясненной до конца.

Точно так же, если на рентгенограмме шейного и грудного отдела позвоночника будут обнаружены несомненные признаки остеохондроза, это отнюдь не докажет, что жалобы больного вызваны именно этим заболеванием. Повседневный опыт учит, что даже самые грубые изменения позвоночника нередко вообще не дают никаких симптомов. Непосредственной причиной вертебральных болей является не раздражение нервов «шипами» или «солями»: это стабильные образования, существующие 365 дней в году, тогда как боли то возникают, то исчезают. Истинной причиной здесь являются такие преходящие факторы, как растяжение или воспаление связок и суставных капсул, подвывихи мелких суставов позвоночника, растяжение или рефлекторное напряжение отдельных мышечных пучков, раздражение надкостницы и т. п., то есть всё то, что невозможно увидеть на рентгенограмме. Впрочем, чтобы выяснить причину болей в области сердца, не нужны никакие приборы. Несколько умело поставленных вопросов и краткое физикальное исследование позволяют выяснить диагноз с такой достоверностью, которой могут позавидовать многие инструментальные методики.

Зададим первый вопрос: «где болит?». И если больной в ответ покажет одним-двумя пальцами на какую-то болевую точку в области сердца или левее его, в подмышечной области, можно сразу и с уверенностью отвергнуть предположение о стенокардии. Дело в том, что только при раздражении чувствительных окончаний поверхностных, *соматических нервов* мы локализуем боль (от ушиба, укола, ожога) с точностью буквально до миллиметра, и поэтому показываем на это место кончиком пальца. Напротив, ощущения, исходящие из внутренних органов, снабжаемых *вегетативными нервами*, никогда не бывают так четко локализованными. В этом случае пациент показывает болевой участок всей ладонью; нередко он, вдобавок, «размазывает» ладонью по еще большей площади, как бы подчеркивая неопределенность ощущения. Следовательно, четкая локализация боли означает либо раздражение какой-нибудь поверхностной структуры, иннервируемой соматическими нервами (кожа с подкожной клетчаткой, ребра, межреберные мышцы и т.п.), либо на невротическую фиксацию в области жизненно важного органа.

Кстати, истинная стенокардия проецируется, как правило, в области грудины, то есть по срединной линии, а вовсе не слева от неё, где, по мнению непосвященных, будто бы находится сердце. Поэтому локализация боли слева, в особенности в области верхушечного толчка или кнаружи от него – серьезный аргумент против стенокардии.

Что касается *иррадиации* болей, то диагностическое значение этого вопроса часто преувеличивают. На самом деле, во-первых, боль в подавляющем большинстве случаев вообще никуда не отдает и остается просто за грудиной. Во-вторых, типичная, будто бы отдача в левую руку – не более чем миф. Такая иррадиация встречается довольно редко, хотя жалобы на боли в левой руке бывают необычайно часто. Обычно именно такая локализация пугает больного и приводит к врачу. Как правило, эта боль оказывается обусловленной не заболеванием сердца, а другими причинами (спондилез, шейно-плечевой плексит, бурсит, артроз плечевого сустава и т. п.). Если нет характерной иррадиации *в области, иннервируемой локтевым нервом* (медиальная поверхность плеча, локоть, четвертый и пятый пальцы), то боли в левом плечевом суставе или руке заставляют скорее подумать о только что перечисленных локальных причинах, а не о стенокардии.

Гораздо чаще, чем в левую руку, истинная стенокардия иррадирует вверх по срединной линии: в шею, нижнюю челюсть, в зубы нижней челюсти. Такая иррадиация вызывается только стенокардией и ничем больше, так что такая жалоба сразу повышает достоверность диагноза. Стенокардия иррадирует также в спину между лопатками (не в левую лопатку!) и иногда в оба локтя сразу – тоже очень специфичный и характерный признак.

Выяснив, где болит, спросим далее: «Что же вы чувствуете, какая это боль – колет, давит, ноет, жмет, жжёт?». Ангинозная боль никогда не бывает колющей. Обычно это давящая, ломящая, иногда распирающая боль. Важно помнить, что очень часто стенокардия воспринимается вообще не как боль, а просто как чувство сжатия, давления за грудиной, удушья. Иногда больной вообще жалуется только на одышку, но при детальном расспросе оказывается, что этим словом он называет не настоящую одышку, которая бывает у каждого при большом физическом напряжении, а неопределенное чувство сдавления и как бы нехватки воздуха. Многие больные, желая показать место неприятного ощущения, подносят ладонь к груди и непроизвольно сжимают её здесь в кулак – это очень характерный жест и ценный признак, подтверждающий предположение о стенокардии.

В других случаях больные испытывают жжение где-то за грудиной или еще глубже, у позвоночника; это ощущение приходится дифференцировать с изжогой. Для этого надо выяснить связь с физической нагрузкой, а также эффект от приёма нитроглицерина и щелочей. Никогда не отмахивайтесь от этой жалобы, не списывайте её сразу на обычную изжогу без детального выяснения. Можно даже сказать, что жалобу на жжение за грудиной следует рас-

смаковать более серьезно, чем жалобу на сильную боль в области сердца: если стенокардия воспринимается как боль, то боль эта, как правило, несильная (кроме, конечно, инфаркта миокарда).

Третий вопрос особенно важен, практически именно он решает диагностику: «В каких обстоятельствах возникает боль – при ходьбе или в покое, ночью, днем?».

Самым характерным, наиболее диагностичным признаком стенокардии является её тесная связь с физической нагрузкой. Это ощущение возникает **во время** нагрузки (не после!) и быстро – через 2-3 минуты исчезает после прекращения или уменьшения нагрузки. Действительно, чтобы подать вступившим в работу скелетным мышцам нужное количество крови, сердце само нуждается в усиленном питании. Суженная венечная артерия не обеспечивает достаточной подачи крови, возникает острая ишемия миокарда и её клиническое проявление – стенокардия.

Разумеется, деятельность сердца возрастает в ответ на любую мышечную работу, но при нагрузке на плечевой пояс и руки могут возникнуть совсем другие боли – мышечные, суставные, вертебральные. Поэтому, если больной жалуется на боли в области сердца при физической работе, надо узнать, что эта за работа. Если боль возникает, скажем, при переноске тяжести или при стирке белья, надо спросить: «А что бывает, если вам надо поторопиться, например, подбежать к остановке или перебежать улицу?». Появление боли или другого неприятного ощущения за грудиной при нагрузке такого рода, когда плечевой пояс и шейно-грудной отдел позвоночника находятся в относительном покое, является бесспорным и достаточным доказательством стенокардии.

Однако очень часто больные жалуются на боль не во время физической нагрузки, а после её окончания – вечером, или в покое, например, лежа, особенно под утро. Это обстоятельство сразу вызывает сильное сомнение в связи такой жалобы с заболеванием сердца. Кроме того, помогают выяснить диагноз следующие признаки. Во-первых, истинная стенокардия – это всегда довольно кратковременное ощущение порядка двух – пяти минут. Если боль длится всего несколько секунд, как при «проколе» (кстати, это частая жалоба), – это наверняка не стенокардия. С другой стороны, даже при инфаркте миокарда боль продолжается не более нескольких часов кряду. Поэтому очень уж длительные боли (много часов подряд, весь день, а то и целую неделю без перерыва) заставляют думать о совсем других заболеваниях. Наконец, нитроглицерин безотказно прекращает стенокардию через две-три минуты, и если боль не стихает от нитроглицерина, то это либо совсем не стенокардия, либо (редко) инфаркт миокарда.

Диагностическое значение нитроглицеринового эффекта столь велико, что нельзя просто ограничиться утверждением больного, что таблетка помогла (или, наоборот, не помогла). Иногда больной говорит, что нитроглицерин ему не помогает, но при расспросе выясняется, что на самом-то деле боль проходит очень быстро, но ненадолго; вскоре она повторяется, и тогда больной заключает, что это лекарство не помогает. Очень важно выяснить время наступления эффекта. Так, больной может сказать, что после таблетки нитроглицерина боль прошла, но оказывается, что улучшение наступило минут через двадцать-тридцать. Ясно, что в этом случае больной ошибочно приписывает лечебный эффект принятому лекарству: в этой ситуации ему помогла бы любая таблетка.

Нередко больной затрудняется ответить на вопрос, прошла ли боль через 2-3 минуты или же через 15–20 минут: «Доктор, я на часы не смотрел». Тогда выручают следующие вопросы: «А в голову вам «ударило» после нитроглицерина?» – «Да» – «А когда прошла боль – уже после того, как «ударило» в голову или же одновременно?». Если сначала возник прилив крови к голове, а боль ослабела значительно позже, это значит, что нитроглицерин не был эффективен в интересующем нас смысле, и, стало быть, боль эта не ангинозного происхождения.

Выше уже говорилось, что для стенокардии очень характерна четкая связь её с физической нагрузкой. Более того. Часто стенокардия закономерно возникает в ответ на одну и ту же величину нагрузки. Скажем, при спокойной ходьбе она появляется у данного больного через каждые 100–200 метров. Это так называемая **стабильная стенокардия**. Но иногда точно такое же ощущение возникает и в покое, как будто без всякой причины, даже ночью в постели. На такую жалобу надо обратить сугубое внимание и тщательно расспросить больного. Дело в том, что если это действительно стенокардия покоя, то она указывает на очень значительный коронарный стеноз. Если боль пробуждает ночью, то, нередко, больной затрудняется описать её. Поэтому, в первую очередь, надо спросить, была ли похожа эта боль на то ощущение, которое он испытывает при ходьбе. Положительный ответ подтверждает диагноз стенокардии. Очень важно спросить также, помог ли нитроглицерин ночью, а если больной его не принял, то обязательно посоветовать ему держать нитроглицерин рядом с кроватью, чтобы тотчас принять его при пробуждении от боли. Тогда при повторной встрече этот важный вопрос будет разрешен.

Если стенокардия покоя появилась совсем недавно (в последние дни или недели), или же если ангинозные боли в последнее время стали возникать даже при малых нагрузках (скажем, уже через 10–20 метров, вместо ранее привычных 100–200 метров), то такая перемена – **нестабильная стенокардия** – является очень тревожным знаком. Она указывает на быстро прогрессирующий коронарный стеноз, который может в ближайшем будущем привести к инфаркту миокарда.

Итак, с помощью всего нескольких простых вопросов нам удалось либо подтвердить, либо отвергнуть предположение о стенокардии. Допустим, что мы пришли к отрицательному выводу. Теперь боли пациента теряют в наших глазах свой грозный характер, но ведь он всё-таки от них страдает. Пусть это не стенокардия, но что же это?

По моим наблюдениям, в широкой амбулаторной практике жалобы на боли в области сердца чаще всего обусловлены раздражением мышечно-скелетных структур: это, примерно, половина всех случаев; истинно ангинозными боли оказываются только в трети случаев, а невротические боли составляют около одной шестой всех случаев. У некоторых больных жалобы обусловлены комбинацией нескольких причин.

Этот ориентировочный подсчёт я сделал давным-давно, в 1980 году, исключительно для себя из чистого любопытства, когда я работал в платной консультативной поликлинике. И вот, спустя тридцать лет – 20 апреля 2010 года – интернет-журнал Family Practice опубликовал статью нескольких немецких врачей, посвященную анализу причин болей в области сердца в условиях обычной поликлинической практики (<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/cmj024v1>). В исследовании участвовало 74 врача общей амбулаторной практики. Было отобрано 1212 пациентов в возрасте 35 лет и старше. Клиническое обследование и последующее наблюдение в течение полугода позволили установить, что источник этих болей в **46,6%** находился в мышечно-скелетных структурах грудной клетки. Такое совпадение результатов, полученных в разных странах и в разное время, позволяет считать, что эти данные отражают реальное положение вещей. В только что процитированной статье очень интересен один факт. Больные, жаловавшиеся на боли в грудной клетке, которые при дальнейшем анализе оказались несердечного происхождения, как правило, производили на врачей впечатление невротиков: «Пациент кажется не совсем обычным», «Что-то с моим пациентом неладное», «Пациент нервный», «Пациент бледный» и т.п.

Каковы же критерии, позволяющие распознать мышечно-скелетное происхождение болей в области сердца? Нередко доказательством служит появление или усиление болей при поворотах и наклонах туловища или головы, при движении рук (особенно левой) и плечевого пояса. Частая жалоба на колющие боли при глубоком вдохе имеет такое же объяснение:

ведь при этом сокращаются межреберные мышцы, натягиваются связки и капсулы реберно-позвоночных сочленений. Если жалобы больного не укладываются в типичную картину стенокардии, полезно спросить: «А не усиливалась боль при глубоком вдохе, наклоне или повороте туловища?». Утвердительный ответ: «Да, я просто не могла вздохнуть» или «Нельзя было пошевелиться от боли» – веский аргумент в пользу мышечно-скелетного происхождения болей.

Сюда же относится подавляющее большинство болей, возникающих в лежачем положении (ночью или утром при пробуждении). Длительное неудобное положение, особенно во время крепкого сна, легко может привести к перерастяжению каких-то связок или мышц и вызвать различные неприятные ощущения, в том числе и в области сердца. Суставные капсулы снабжены не только соматической, но и обильной вегетативной иннервацией. Поэтому их раздражение может вызывать вегетативную боль, то есть нечеткую и разлитую. Это обстоятельство делает иногда эти боли похожими на другое висцеральное ощущение – стенокардию. Но сходство это поверхностное. Конечно, встречается ночная стенокардия и стенокардия горизонтального положения. Однако в этих случаях и локализация, и длительность, и само качество ощущения, и действие нитроглицерина – все эти признаки сохраняют свои характерные для ангинозной боли особенности, что позволяет легко распознать ишемическое происхождение жалоб.

Кроме того, стенокардия горизонтального положения редко бывает изолированной; в подавляющем большинстве случаев она сочетается с обычной стенокардией напряжения. Поэтому, если больной жалуется на боли в области сердца по утрам и вообще в покое, но без труда подбегает к остановке транспорта (или испытывает при этом лишь сердцебиение или обычную одышку), то предположение об ишемическом характере болей становится весьма сомнительным.

Проблема сложнее, если у больного имеется бесспорная стенокардия напряжения, и, кроме того, он испытывает боли в покое. Здесь лучше всего просто спросить, похожи ли эти два ощущения. Нередко отрицательный ответ бывает таким уверенным, как будто больной сам об этом думал и только ждал вашего вопроса. Разумеется, тогда предположение о стенокардии покоя сразу снимается. Кстати, истинная стенокардия покоя встречается нечасто, если не смешивать её со стенокардией *нервного напряжения* (волнения), которая может возникнуть и во время физического бездействия.

Чтобы отличить ангинозные боли от мышечно-скелетных, следует воспользоваться также физикальным исследованием.

Сначала ощупаем переднюю поверхность грудной клетки – ребра, межреберья, грудину. Пальпацию надо вести методично сверху (от ключиц) вниз (к реберным дугам) обеими руками сразу, сравнивая чувствительность симметричных участков справа и слева. При этом часто обнаруживается четко ограниченная болезненность либо какого-то реберного хряща, либо межреберных тканей. У женщин прощупаем также молочные железы; особое внимание надо обратить на складку кожи под левой железой, где нередко можно найти резко болезненную точку. Такие находки ценны не только как ключ к диагнозу. Они позволяют наглядно и просто объяснить больному внесердечное происхождение его жалоб: «Вот сейчас вам больно, но ведь я не сердце трогаю, а всего лишь ребро (или межреберье). Ваша боль просто располагается в области сердца, но болит-то не оно!».

Затем осмотрим спину, лучше всего в стоячем положении больного. Иногда вместо плавного физиологического верхнегрудного кифоза мы видим на уровне лопаток ненормально выпрямленный участок позвоночника – «плоская спина». Даже если больной наклоняется вперед, этот участок по-прежнему остается плоским, что указывает на прочную фиксацию позвонков D 3–6 в этом неправильном положении. Нетрудно понять, что в этом случае

соответствующие мышцы и связки постоянно находятся в сокращенном состоянии и потому становятся болезненными. Действительно, при пальпации длинных мышц спины на этом уровне нередко можно найти спазм и болезненность.

Теперь попросим больного наклониться вперед, свесить руки и округлить спину, чтобы сделать рельефными остистые отростки позвонков, и начнем перкутировать их снизу вверх – от поясницы к затылку. Удобнее всего постукивать согнутым проксимальным суставом третьего пальца правой руки. Обычно, даже довольно энергичное постукивание бывает совершенно безболезненным, но когда мы доходим до интересующего нас уровня, перкуссия вдруг становится резко болезненной. Это указывает на ненормальное состояние надостной связки и надкостницы.

Болезненными бывают не только эти участки ненормальной статики. В отдалении от позвоночника, но в тех же сегментах можно обнаружить дополнительные болевые точки. Возьмем в складку кожу и подкожную клетчатку справа и слева от позвоночника, оттянем эти складки и покатаем их между пальцами. При этом иногда оказывается, что какой-то участок кожи гораздо плотнее и чувствительнее, чем симметричный ему с другой стороны. Я не знаю природу этого феномена, но весьма вероятно, что он является следствием вегетативно-трофических рефлексов сегментарно-verteбрагенного происхождения.

После этого усадим больного перед собой на стул, сядем напротив и зажмем его колени между своими, чтобы зафиксировать таз. Затем возьмем руками его плечи и повернем его туловище до отказа сначала вправо, потом влево. Если такой маневр вызовет боли в области сердца, это будет хорошим доказательством вертебрагенного происхождения жалоб не только для нас, но и для больного.

Всё только что сказанное о «плоской спине» относится и к другим нарушениям статики позвоночника (сколиоз, кифоз).

Описанный симптомокомплекс встречается в полном виде нечасто; обычно можно обнаружить просто болезненность либо остистых отростков, либо реберных хрящей, либо межреберных тканей слева у грудины. Но даже и такие скромные находки в сочетании с явно не ангинозным характером болей позволяют уверенно говорить о мышечно-скелетной природе жалоб, избавить пациента от необоснованных страхов и с помощью несложных назначений (лечебная физкультура, анальгетики, массаж) быстро купировать эти боли.

Но вот перед нами больной, жалобы которого не укладываются ни в рамки стенокардии, ни мышечно-скелетных болей. Его спонтанный рассказ, еще до врачебного расспроса, обнаруживает явные невротические черты: фиксированность на болезни, чрезмерная детализация неприятных ощущений, мнительность, тревогу, депрессивность, нарушение сна и т. п. Описание болей крайне расплывчатое, неопределенное («просто плохо с сердцем», «мне как-то нехорошо», «тяжесть в сердце»), либо, наоборот, слишком яркое, картинное («гвоздь в сердце», «огнем горит», «ужасные боли», «сдавливаются сразу все четыре желудочка сердца»). В ответ на просьбу показать, где болит, такой больной показывает или на точечный участок одним пальцем или же захватывает слишком уж обширную для истинной стенокардии область (и спереди, и подмышкой, и сзади). Характерен, далее, блуждающий характер болей: у одного и того же больного они то в области верхушки сердца, то под левой ключицей, то в области левой лопатки. Пальпация указанных участков оказывается безболезненной. Все эти признаки недвусмысленно указывают на *невротическую природу кардиалгии*.

Такие больные нередко приносят с собой буквально кипы ЭКГ за многие годы, массу медицинских справок и выписок. Они с видимым удовольствием рассказывают, в скольких больницах они лечились, часто они даже помнят даты всех госпитализаций и сообщают, что перенесли не один инфаркт, а много – три, а то и пять(!). Кстати, последняя деталь для настоящей ишемической болезни совсем не характерна. И действительно, при детальном расспросе

больной нехотя признает, что при некоторых госпитализациях первоначальное предположение об инфаркте не подтверждалось, и при выписке говорилось о «микроинфаркте» или же диагноз оказывался еще более расплывчатым.

В заключение подчеркнем, что в реальной жизни очень часто встречаются различные комбинации кардиалгий. Для блага больного очень важно, чтобы врач не только расчленил эти жалобы, но и хотя бы ориентировочно оценил удельный вес этих компонентов.

Например, перед нами больной, перенесший год назад бесспорный крупноочаговый инфаркт, что подтверждается и убедительной выпиской из больницы, и сохраняющимся даже на только что снятой ЭКГ патологическим зубцом Q. Больной жалуется на одышку и боли в области сердца. Казалось бы, диагноз стенокардии и недостаточности сердца столь же очевиден, как и диагноз ишемической болезни. Но при детальном расспросе выясняется, что одышкой больной называет неудовлетворенность вдохом в покое, тогда как в свою квартиру на третьем этаже он поднимается довольно свободно и без остановки. Что же касается болей, то чаще всего он ощущает их при пробуждении утром в кровати, а также при лежании на левом боку и при ношении тяжестей, особенно в левой руке. Эти боли локализируются в области верхушки сердца и кнутри от левой лопатки; они довольно длительные и не снимаются нитроглицерином. Кроме того, когда он волнуется, то бывают ноющие боли во всей левой половине грудной клетки несколько дней подряд. Наконец, изредка, зимой при встречном ветре, и особенно когда он боится опоздать, у него появляется неотчетливое сжатие или давление за рукояткой грудины. Это ощущение быстро проходит, если он остановится и отвернется от ветра или зайдет в подъезд.

Мы видим, что на первом плане у этого больного, несмотря на несомненную ишемическую болезнь, не стенокардия, а мышечно-скелетные боли; даже невротические боли у него бывают чаще, чем истинно ангинозные. Теперь понятно, почему нашему пациенту не становится легче, хотя он глотает пригоршнями таблетки пролонгированных нитратов, бета-блокаторов, антагонистов кальция и других сердечных средств. Успокоим больного, скажем ему, что его сердце не такое уж плохое, что преобладающая часть его жалоб связана с «отложением солей», тогда как истинная стенокардия бывает у него нечасто. А затем назначим аналгетики, массаж, лечебную физкультуру для позвоночника и малые дозы седативных средств, а главное, разрешим ему более активную жизнь. Можно не сомневаться, что уже через неделю ему станет гораздо лучше.

Диагностика острого инфаркта миокарда. В отличие от стенокардии, диагностика этого заболевания опирается, главным образом, на соответствующие изменения ЭКГ и некоторые биохимические показатели. Но заподозрить, что у больного возник инфаркт, позволяют следующие особенности клинической картины.

Во-первых, боль, хотя и похожа на ангинозную по локализации, иррадиации и качеству, но длится необычайно долго – час, два часа подряд. Впрочем, если боль держится уж слишком длительно, скажем, весь день, а то и несколько дней подряд, то ее коронарное происхождение становится весьма сомнительным. Во-вторых, нередко эта боль оказывается гораздо сильнее, чем «привычная» стенокардия. Далее, весьма подозрительно, если ангинозная боль сопровождается обильным потоотделением («холодный пот») – это очень важный признак. Если после ангинозного приступа внезапно возникают признаки недостаточности сердца (от одышки напряжения, которой не было раньше, до отека легких) то это прямо указывает на выпадение значительного участка сократительного миокарда.

Наконец, в случае подозрительного приступа надо подробно расспросить больного о его самочувствии в предшествовавшие дни или недели. Дело в том, что инфаркт довольно редко бывает совершенно внезапным событием («гром среди ясного неба»). Гораздо чаще катастрофе предшествует уже за несколько недель или дней беспричинное, казалось бы, уси-

ление и учащение «привычных» ангинозных болей, либо их появление у здорового до того человека. То есть, инфаркту очень часто предшествует *период нестабильной стенокардии*. По-видимому, это связано с внезапно начавшимся и быстро прогрессирующим тромбозом какого-то коронарного сосуда. Вот эта нарастающая увертюра, заканчивающаяся необычным и тревожным клиническим эпизодом, является исключительно ценным симптомом, позволяющим диагностировать инфаркт миокарда. Кстати, если больной с заведомо несомненной и стабильной стенокардией вдруг начинает жаловаться, что в последние дни приступы стали чаще и возникают теперь от минимальных нагрузок, то это очень тревожный факт; такого больного следует срочно направить в больницу для углубленного обследования и более интенсивного лечения.

БОЛИ В ЖИВОТЕ

Чтобы облегчить анализ этой трудной и важной проблемы, расчленим её сперва на несколько наиболее частых клинических ситуаций, а именно:

Острые боли, внезапно возникшие всего несколько часов или сутки назад;

Боли, которые беспокоят уже несколько недель или месяцев;

Многолетние боли.

Недавно возникшие («острые») боли. Боли в животе, начавшиеся внезапно и недавно, всего несколько часов или день-два назад, требуют от врача наивысшей бдительности, ибо они могут указывать на внутрибрюшную катастрофу и необходимость экстренного хирургического вмешательства. В первую очередь надо подумать о перфорации полого органа (например, пептическая язва), об остром воспалении (аппендицит, холецистит), о колике (почечной, печеночной), о механической непроходимости, о перекруте кисты, об острой закупорке кровеносного сосуда. Но, несмотря на серьезность ситуации, не будем торопиться. Сначала просто понаблюдаем за больным, а чтобы окружающие не обвинили нас в бездеятельности, возьмем за пульс. Если воспалена брюшина (аппендицит, холецистит, перитонит), то каждое движение усиливает боль, и потому больной старается не шевелиться, даже дышит поверхностно. Напротив, боль от спазма не облегчается даже в покое, и больной буквально корчится от болей, не находит себе места. Понаблюдав за больным и попутно оценив тяжесть общего состояния (бледность, апатия, оглушенность, заторможенность, холодный пот, выражение страдания, осунувшиеся черты лица – всё это очень важные и тревожные признаки!!!), перейдем к расспросу.

Где болит? Когда начались боли? Боль непрерывная или схватками (то возникает, то отпускает)?

Боль схваткообразная указывает на повторно возникающий спазм гладкой мускулатуры какого-то полого органа. Простейшая иллюстрация – это всем знакомые схваткообразные боли при банальном поносе, вызванном пищевой токсикоинфекцией. Такие более или менее ритмично повторяющиеся боли медики называют коликообразными – от слова colon (толстая кишка). Однако больные нередко полагают по созвучию, что колика – это колющая боль. Поэтому важно выяснить, что понимает больной под этим словом, если он его употребляет. Дело в том, что колющие боли не имеют никакого отношения к висцеральной патологии. Колющие боли всегда точечные, и потому указывают на раздражение поверхностных, соматических нервов, тогда как раздражение висцеральных, вегетативных нервов может давать лишь довольно разлитое ощущение тупой или ломящей боли, давления, распирания, жжения. Ощущения такого рода больной локализует не очень четко – всей ладонью, а не указательным пальцем.

Более серьезными причинами схваткообразных болей могут быть прохождение мелкого камня по желчным путям или по мочеточнику, острая механическая непроходимость кишечника.

Напротив, боль постоянная, не ослабевающая ни на минуту, скорее указывает на воспаление (холецистит, аппендицит, панкреатит и т. п.). Впрочем, внезапная закупорка выхода из почечной лоханки камнем вызывает сильную непрерывную распирающую боль, хотя в диагностическом плане здесь также говорят о почечной колике.

Важно спросить, была ли рвота и (или) понос. Сочетание того и другого наводит на мысль о банальной пищевой погрешности. В таком случае надо выяснить, не заболел ли кто-нибудь в ближайшем окружении (совместная трапеза). Разумеется, надо исключить и более серьезные заболевания. Во всяком случае, повторный жидкий стул, особенно обильный, сразу позволяет отвергнуть механическую непроходимость кишечника.

Что касается рвоты, то она бывает не только вследствие раздражения желудка из-за пищевой погрешности (тогда рвота приносит облегчение). Рвота может быть просто рефлексом на раздражение другого органа (желчная или почечная колика, перекрут кисты), и тогда она не облегчает даже на время.

Диагностическое значение иррадиации преувеличивают. Не так уж часто можно встретить «типичную» иррадиацию желчной колики в правую лопатку и в надплечье или иррадиацию почечной колики в пах и в половые органы. Кстати, такая отдача бывает только, если камень уже спустился и находится в нижней половине мочеточника. Если же камень застрял на выходе из почечной лоханки или в верхней части мочеточника, то боль ощущается только в пояснице и глубоко в верхней половине живота, и она никуда не иррадирует.

Спросим также, не было ли в прошлом язвенной болезни, камней в почках или в желчном пузыре, не бывало ли желтухи, обесцвеченного (точнее, сероватого) кала или, наоборот, черного кала, не было ли таких же болевых приступов раньше.

Только после такого краткого осмотра и расспроса перейдем к *физикальному исследованию*.

Обязательно осмотрим язык и проведем по нему пальцем: сухой язык говорит об обезвоживании больного – важный и тревожный признак! Осмотрим также склеры (желтуха!) и конъюнктивы (их бледность укажет на анемию). Сравним цвет ногтей на руках больного со своими: при анемии они бледны, а синюшный оттенок (акроцианоз) свидетельствует о замедлении кровотока.

Какой бы серьезной ни казалась ситуация, прежде, чем приняться за исследование живота, приложим фонендоскоп к сердцу и к легким, а также измерим артериальное давление, чтобы потом в спешке не забыть об этом. Даже если мы не обнаружим ничего особенного, наши исходные данные могут оказаться очень важными потом, при изменении клинической картины.

Только проделав всё это, *мягко* положим всю ладонь плашмя на живот больного и начнем методично его ощупывать. Наша первая задача – выяснить, нет ли защитного напряжения брюшных мышц. Это драгоценный признак раздражения брюшины или перитонита – локального или разлитого. Это напряжение произвольно и не зависит от сознания больного, в отличие от того сокращения брюшных мышц, которое иногда возникает из-за страха перед врачебным исследованием. Вот почему пальпация живота всегда должна быть, во всяком случае, в начале, мягкой, деликатной, неторопливой. Руки обязательно должны быть теплыми, а если они холодны, то либо умойте их горячей водой, либо начните пальпировать через простыню или рубашку. Все сколь-нибудь болезненные маневры надо оставить под конец исследования. Поэтому не надо сразу устремляться к больному месту, а начинать пальпацию вдали, в симметричном месте; не торопиться с глубокой пальпацией; в особенности не надо сразу же проверять симптом отдачи (rebound, симптом Блюмберга-Щеткина). Кстати, выдающийся английский хирург Захари Коуп (Zachary Cole), автор классической и до сих пор лучшей монографии «Ранняя диагностика острого живота», выдержавшей множество переизданий, вообще сомневается в дополнительной диагностической ценности этого признака и не советует им пользоваться именно из-за его болезненности.

Есть очень простой способ отличить произвольную мышечную защиту от сокращения брюшного пресса из-за страха перед врачом. Предложим больному дышать ртом и поглубже,

но не часто. Если мы имеем дело с истинной мышечной защитой, брюшная стенка останется твердой, неподатливой. В противном случае пальпировать сразу станет легче. Разница эта так заметна, что я до сих пор не устаю восхищаться эффективностью этого немудреного приема.

Кстати, при этом совсем не надо просить больного «дышите животом»: это только собьет его с толку, он станет надувать живот, и пальпация станет невозможной. Детали пальпации описаны в специальной главе.

Если мы нашли истинную мышечную защиту у больного с незадолго до того появившимися болями в животе, особенно если эти боли достаточно сильные, и если к тому же имеется симптом отдачи, то предположительный диагноз острого живота вполне обоснован, и необходима срочная консультация хирурга или направление в больницу.

Если же мышечной защиты нет, то надо продолжить исследование, имея в виду несколько возможностей. Во-первых, есть серьезные хирургические ситуации, которые не сопровождаются раздражением брюшины (перекрут кисты яичника, острая механическая непроходимость кишечника, острый панкреатит и т. п.). Эти случаи встречаются нечасто, но не подумать о такой возможности непростительно. Во-вторых, желчная или почечная колика, а также боли при остром пищевом отравлении или инфекции (кстати, наиболее частый вариант в практике поликлинического врача). Наконец, в третью группу можно отнести случаи, где даже последующее наблюдение и дополнительные исследования не позволяют с уверенностью диагностировать какое-либо конкретное заболевание: больной поправляется, а суть приступа остается неизвестной.

Итак, что же делать, если больной жалуется на недавно возникшие боли в животе, а мышечного напряжения нет?

Во-первых, подумаем о самом опасном – острой непроходимости кишечника и еще раз выясним, когда был стул в последний раз и отходят ли газы. Обязательно приложим к животу фонендоскоп: нормальные перистальтические шумы возникают каждые 10–20 секунд, они не очень громкие. При механической непроходимости кишечная мускулатура пытается изо всех сил преодолеть препятствие. Поэтому перистальтические шумы становятся очень громкими и звонкими, а при паралитическом илеусе исчезают совсем (очень тревожный знак!). Внимательно осмотрим и ощупаем пахово-мошоночные области (грыжа и её ущемление!). Наличие послеоперационных рубцов в брюшной стенке должно напомнить нам о возможности внутривентриальных спаек – частой причине механической непроходимости.

Допустим, что данных за непроходимость нет, живот мягкий, но боли остаются и требуют дальнейшего диагностического поиска. Снова **оценим общее состояние больного**. При внутривентриальной катастрофе (перекрут кисты, тромбоз брыжеечной артерии, острый панкреатит) сразу бросается в глаза, что больной серьезно болен и страдает по-настоящему: он немногословен, стонет от болей, апатичен, часто покрыт холодным потом, лицо осунувшееся. Наличие этих, казалось бы, неспецифических признаков вполне оправдывает предварительный диагноз «острый живот» и срочное направление в больницу, особенно если осмотр происходит на дому.

Но во многих случаях общее состояние больного остается удовлетворительным, несмотря на боли. Поскольку мышечной защиты нет, перейдем к глубокой скользящей методической пальпации (её приемы описаны в другой главе).

Иногда при этом удается обнаружить дно и тело желчного пузыря, что наводит на мысль о желчнокаменной болезни и её осложнениях. Несколько раз полным сюрпризом для меня оказывался выступавший над лобком на ладонь, а то и больше (!) мочевого пузырь без каких-либо указаний в анамнезе на дизурию или острую задержку мочи; срочная катетеризация выводила при этом до 1,5 литров мочи. Нередко удается прощупать спастичную и болезненную сигмовидную кишку, а иногда и другие участки толстого кишечника, также болезненные.

Тогда стоит подумать о дивертикулезе или дивертикулите – довольно частом заболевании. Обязательно проверим, не вызваны ли боли заболеванием почек. С этой целью попытаемся (мягко и плавно!) проникнуть пальпирующими пальцами вглубь и вверх в правое и в левое подреберье, то есть туда, где расположены почки. Они пальпируются не так уж часто, но если это глубокое проникновение болезненно, то, естественно, возникает предположение о почечной патологии; болезненность при поколачивании поясницы с той же стороны укрепляет это подозрение. Это в сочетании с высокой температурой или ознобом наводит на мысль об остром пиелонефрите или почечной колике.

Вообще надо приучать себя в каждом случае болей в животе, если только нет выраженной мышечной защиты, обязательно использовать пусть осторожную, щадящую, но глубокую пальпацию, а не «сплавлять» сразу больного на рентгеновское, ультразвуковое или иное инструментальное исследование.

Мягкий живот в сочетании с повторным жидким стулом и рвотой склоняет к предположению о банальном пищевом отравлении; и если общее состояние вполне хорошее и не внушает опасений, то можно ограничиться несложным лечением в домашних условиях. Но если рвота и понос многократные и обильные, то имеется угроза обезвоживания. А если к тому же есть признаки обезвоживания (сухой язык, пониженный тургор кожи, гипотония), то показано срочное направление в больницу.

Наконец, встречаются больные, которые жалуются на сильные боли в животе, но без поноса, рвоты и дизурии, и где пальпация не обнаруживает ничего существенного, кроме, разве, умеренной болезненности при надавливании. Общее состояние таких больных также остается вполне удовлетворительным. Нередко можно подметить невротические черты – чрезмерно картинное и детальное описание болей, контраст между жалобами на очень сильные боли и общим удовлетворительным состоянием, прекращение стонов и жалоб при отвлечении внимания. При дополнительном расспросе часто можно обнаружить предрасполагающие к депрессии факторы (одиночество, недавняя потеря близкого человека, семейный конфликт и т. п.). В такой ситуации можно подумать о дискинезии желчных путей или о каком-нибудь другом функциональном расстройстве, либо просто о неврозе. Как бы то ни было, при такой клинической картине можно успокоить больного, сказав, что ничего опасного не случилось, оставить его дома, наметив план дальнейших инструментальных и лабораторных исследований (анализы мочи, крови, кала, ультразвук, рентген, эндоскопия), а с лечебной и терапевтической целью ограничиться назначением на несколько дней щадящей диеты, спазмолитиков и анальгетиков.

Боли, длящиеся несколько недель или месяцев. При такой ситуации предположение об острой внутрибрюшной катастрофе отходит на задний план, так что мысленно приходится перебирать другие заболевания.

Опять-таки, сначала спросим, в каком месте болит. Локализация болей в верхней половине живота наводит на мысль о функциональном блоке желудок-двенадцатиперстная кишка-желчный пузырь-желчные протоки или же о заболевании почки. Боли вокруг пупка и в левом нижнем квадранте подозрительны, в первую очередь, на заболевания кишечника. Кстати, очень длительные боли в правом нижнем квадранте также гораздо характернее для патологии толстой кишки, а не для так называемого хронического аппендицита, существование которого даже вообще отрицается многими серьезными авторами. Наконец, боли над лобком заставляют подумать, в первую очередь, об органах малого таза (мочевой пузырь, простата, матка с придатками, сигмовидная кишка).

Если больной жалуется на боли в верхней половине живота, то сначала я стараюсь выяснить, нет ли здесь одного из очень частых заболеваний – пептической язвы и желчнокаменной болезни. Оба они беспокоят в период обострения не один-два дня, а недели и месяцы.

Однако между ними есть существенное различие. При язве боли повторяются каждый день или почти каждый день на протяжении всего периода обострения, то есть, по крайней мере, несколько недель подряд. Затем наступает светлый промежуток длительностью в несколько месяцев. Таким образом, за год бывает не более двух-трех обострений. Напротив, при холелитиазе и, вообще, при холецистопатиях и дискинезиях ритм болей гораздо капризнее: обострение длится от нескольких часов до нескольких дней; затем следует период благополучия совершенно неопределенной продолжительности (от недели до многих месяцев и даже лет), так что иногда за год бывает много таких обострений.

Поэтому первое, что надо выяснить, – как давно началось настоящее обострение. Если боли беспокоят ежедневно уже неделю или больше, то вероятность пептической болезни в наших рассуждениях увеличивается.

Теперь надо выяснить связь с едой. Вопрос, вроде бы, простой, но в действительности не так-то легко получить у больного четкие сведения, которые могли бы служить надежной основой для наших последующих умозаключений. Мы едим, по крайней мере, три раза в день, так что про любую боль можно сказать, что она возникла после (или, наоборот, до) еды. Нередко на вопрос: «Когда же у вас болит – до еды или после?» я слышу недовольный ответ «Да всё время болит!» (дескать, какой непонятливый доктор, и какую ерунду он спрашивает). И, не переводя дыхания, больной продолжает свой рассказ, желая сообщить гораздо более важные (как ему кажется) сведения, например, что говорили ему разные врачи, или что он сам думает по этому поводу. Тогда я прерываю: «Что же, вы и ночью просыпаетесь от боли?» – «Нет...» – «Ну, вот, видите, значит, не всё время болит...».

Лучше всего попробовать вместе с больным припомнить динамику болей на протяжении одного из последних дней с утра до вечера. «Вот вы проснулись утром, боли были?» – «Нет» – «В котором часу вы позавтракали?» – «Часов в восемь» – «А когда стало болеть?» – «Часов в 9–10» – «А когда вы обедали?» – «В три» – «И что же, боль держалась без передышки до самого обеда?» – «Нет, днем вроде бы отпустило» – «А после обеда болело?» – «Да» – «Сразу, как пообедали или погодя?» – «Нет, уже под вечер» – «А если вы долго не едите и проголодались, болит?» – «Ой, прямо сосет под ложечкой, обязательно надо перекусить». Вот теперь можно с уверенностью резюмировать для себя: боли возникают через час-два после еды и на голодный желудок, облегчаются от приема пищи. Полученное таким образом заключение не менее весомо в диагностическом отношении, чем результаты инструментального исследования. Больше того. Известно, что типичные «язвенные» боли иногда бывают при отсутствии язвы или других органических изменений; тогда приходится довольствоваться несколько расплывчатым диагнозом «пилородуоденит». Но поскольку лечение в таких случаях точно такое же, как и при несомненной пептической язве, то значение нашего диагностического заключения, полученного на основании расспроса, становится особенно важным.

Чтобы еще более утвердиться в нашем предположении о пептической болезни, спросим об изжоге, а также постараемся выяснить, что делает больной, чтобы облегчить боль (прием соды? пищи?). Положительные ответы явятся дополнительным веским аргументом.

Если же описанный диагностический поиск окажется отрицательным, следует проверить второе предположение – холецистопатия. Но предварительно следует предостеречь от двух распространенных ошибочных мнений. Многие больные и даже врачи убеждены, что горечь во рту и непереносимость некоторых видов пищи (яйца, жирное, жареное) будто бы надежно свидетельствуют о болезни желчного пузыря. На самом деле, горечь не связана с задержкой желчи. Об этом говорит хотя бы тот факт, что больные с механической желтухой редко жалуются на горечь, скорее – на потерю аппетита и на неприятный вкус во рту. Что касается горечи, то удовлетворительного объяснения этой жалобе нет до сих пор. Возможно, что в результате деятельности некоторых микробов в межзубных промежутках и в других ротовых

щелях образуются горькие вещества, наподобие того, как прогоркнет кефир, если во время его приготовления в молоко попали нежелательные микробы. Горечь во рту указывает, скорее, на плохую гигиену рта, а не на заболевание печени или желчных путей. Равным образом, в значительной степени мифом является непереносимость некоторых видов пищи. Например, в прошлом для рентгеновского исследования желчного пузыря – холецистографии больному полагалось через некоторое время после приема контрастного вещества выпить сразу два яичных желтка (для сокращения желчного пузыря). Эта процедура не вызывала, как правило, никаких болей. Детальный расспрос обнаруживает, что болевой приступ возник не потому, что было съедено что-то запретное, а потому, что больной попросту объелся: недаром большинство таких обострений возникает после обильной праздничной трапезы.

Главная, диагностически важная особенность болей, связанных с желчным пузырем, – это их причудливость, непредсказуемость, отсутствие *регулярной* связи с приемом пищи. Кроме того, они более длительные, чем язвенные боли: последние возникают как бы пунктиром – поддержатся час – два и стихают, либо сами по себе, либо от очередного приема пищи. Боль же при холецистопатии может длиться полдня или даже весь день подряд без передышки.

Обязательно надо расспросить, не бывало ли в прошлом обесцвеченного или очень светлого кала: желчнокаменная болезнь может вызвать не только явную и длительную механическую желтуху с ахоличным (обесцвеченным) калом, но и преходящую кратковременную закупорку желчных путей. В таком случае дело не доходит до явной желтухи, заметной даже для окружающих. Но поскольку часть кишечного содержимого всё же не прокрасилась желчью, то одна порция кала может оказаться светлой.

Анамнестические сведения такого рода, в особенности в сочетании с чувствительностью в правом подреберье при пальпации, и, тем более, если мы прощупали дно или тело желчного пузыря – всё это вместе укрепит наше предположение о холецистопатии. Тогда направление на ультразвуковое исследование окажется логически обоснованным, и нам не придется обременять больного целой батареей всевозможных, иногда неприятных исследований (эндоскопия, бариевая клизма), которые нередко обрушиваются на больного наугад в надежде, что, авось, одно из них прояснит диагноз...

Как при пептической болезни, так и при холецистопатиях нарушения стула обычно находятся на втором плане; больные жалуются на боли и обычно только в ответ на соответствующий вопрос сообщают о склонности к запору или о неустойчивом стуле (понос вперемежку с запором). Напротив, при **заболеваниях кишечника** больные жалуются не только на боли в животе, но и обязательно на *расстройства стула*. Такая комбинация (боль в животе плюс расстройство стула) заставляет подумать о третьей большой группе заболеваний, входящих в начальный диагностический процесс после уже рассмотренных двух. Иногда расстройство стула даже доминирует в клинической картине, например, истощающие обильные поносы при нарушенном всасывании в тонком кишечнике или кровавый понос при дизентерии или язвенном колите. Но такие заболевания редко встречаются в повседневной практике амбулаторного врача. Гораздо чаще больной жалуется просто либо на хронический запор, либо на чередование запора и поноса.

Для этой группы (болезни кишечника) характерны боли либо вокруг пупка, либо в подвздошных областях (чаще слева), но иногда и в эпигастрии.

Из-за стыдливости или брезгливости больные не детализируют эту важную часть своего рассказа, ограничиваясь только словами «понос» или «запор». Но врача эти термины не должны удовлетворять. В особенности это касается поноса. Нередко больной называет поносом просто жидкое испражнение, даже если оно бывает всего один раз в сутки. Сколько раз в день был стул, хотя бы приблизительно: три-четыре раза или десять, а то и больше? Каков характер кала – каша или как вода? Каким по объему было каждое испражнение – обильным или

всего несколько капель? Наступало ли хоть временное облегчение после дефекации или по-прежнему тянуло на низ (тенезмы)?

Такие вопросы помогают увязать расстройство стула с преимущественным поражением либо толстого кишечника (*колит*), либо тонкого (*энтерит*). Для энтерита характерны обильные водянистые или кашицеобразные испражнения без тенезмов и обычно без примеси слизи и крови. Напротив, частые и скудные испражнения, в особенности, многократные ложные позывы (тенезмы) с несомненностью указывают на раздражение конечных отделов толстого кишечника (проктосигмоидит), ибо рефлекс на испражнение возникает именно здесь. Примесь слизи к калу также означает вовлечение толстого кишечника, ибо она именно здесь и продуцируется, чтобы облегчить прохождение плотных каловых масс через задний проход.

Сразу оговорюсь, что термины «колит» и «энтерит» использованы здесь расширительно, просто как удобные обозначения для двух клинических синдромов, которые, несомненно, существуют и часто встречаются. Но эти слова вовсе не подразумевают воспалительную или, тем более, инфекционную сущность обоих состояний. Например, синдром энтерита может наблюдаться не только при брюшном тифе или (гораздо чаще) при банальной пищевой токсикоинфекции, но и при недостаточности ферментов поджелудочной железы или кишечника, а синдром колита – не только при дизентерии, но и при дисбактериозе, некоторых аллергических реакциях и при чисто функциональных расстройствах (раздраженная толстая кишка).

Точно так же надо расшифровать и жалобу на запор. Как часто всё-таки бывают испражнения: через день, раз в два-три дня или еще реже? Когда стул был в последний раз? А когда перед этим? Иногда при таком расспросе выясняется, что стул бывает практически ежедневно, но больной регулярно употребляет слабительное, *боясь* запора. Это ценная психологическая деталь, которая показывает, насколько больной озабочен своим кишечником. Как же в такой ситуации не заподозрить чисто функциональную природу страдания и не сместить свой мысленный взор с живота к голове больного! Каковы каловые массы – в виде овечьих шариков, плотной колбаски или жидкие? Чем питается больной? С этой целью лучше всего расспросить, что он ел вчера. Нередко оказывается, что пища очень бедна клетчаткой и вообще шлаками. Принимает ли больной слабительные регулярно и какие именно (некоторые слабительные при длительном приеме вызывают боли в животе).

Закончив расспрос, перейдем к пальпации живота. При пептической болезни и при холецистопатиях обычно можно обнаружить только чувствительность в эпигастрии или в правом подреберье. Впрочем, и у совершенно здоровых людей глубокая пальпация правого подреберья иногда вызывает неприятные ощущения, тогда как левое подреберье остается нечувствительным; поэтому ценность такой находки невелика. Если же данные расспроса указывают на заинтересованность кишечника, то попытаемся с особым вниманием прощупать толстый кишечник. Приемы этой пальпации описаны далее в особой главе.

У здорового человека все отрезки толстого кишечника совершенно безболезненны. Поэтому, если при проскальзывании какого-то сегмента под пальцами возникает боль, это указывает на ненормальное состояние толстого кишечника.

Иногда какой-то участок толстого кишечника оказывается наощупь плотнее соседних, вплоть до хрящевой консистенции, но гладким и смещаемым. Прежде чем сразу диагностировать опухоль, надо исключить более частую причину – спазм. Прекратим пальпацию на несколько минут, занявшись чем-нибудь другим, и только в конце осмотра вновь вернемся к подозрительному участку. Иногда расслабление кишечной мускулатуры происходит прямо под пальцами при повторном перекатывании оплотневшего тяжика. Но даже если какой-то участок остается уплотненным на протяжении всего исследования, то желательнее повторить его через несколько дней, ибо иногда уплотнение обусловлено комком кала. Особенно это касается нисходящей и сигмовидной кишки, где кал вообще довольно плотный. Однако стойкое

уплотнение по ходу толстого кишечника очень подозрительно на опухоль, и в таком случае инструментальное исследование совершенно необходимо.

В большинстве случаев жалобы на понос или запор обусловлены относительно неопасными заболеваниями. Но иногда, особенно у людей старше 40–50 лет причиной этой жалобы является рак толстого кишечника. Не надо думать, что это заболевание обязательно должно давать картину непроходимости кишечника или, по крайней мере, тяжелого запора. Нередко вначале больной жалуется на понос или на неустойчивый стул (чередование поноса и запора). Настораживать должно то, что характер опорожнения кишечника изменился в последнее время (несколько недель или месяцев). В таких случаях надо обязательно подумать о возможности опухоли и, вдобавок к тщательной пальпации живота назначить повторные анализы кала на скрытую кровь и бариевую клизму (ирригоскопию).

Хронические (многолетние) боли в животе. Если больной заявляет, что боли делятся очень давно – многие месяцы, а то и годы, то врачу не позавидуешь. Наверное, больного уже обследовали многочисленные специалисты в самых различных лечебных учреждениях, и если до сих пор нет ясного диагноза и эффективного лечения, то вряд ли мы окажемся удачливее своих предшественников...

Во многих таких случаях (я думаю – в большинстве) эти боли обусловлены невротическим состоянием: вот почему многократные и разнообразные исследования не смогли обнаружить какой-либо четкой и понятной органической причины. Не желая признать свое бессилие, врач нередко хватается за какой-нибудь спасительный расплывчатый диагноз, вроде хронического аппендицита, хронического панкреатита, спаянной болезни, диафрагмальной грыжи и т. п. Однако вдумчивый анализ сразу же показывает, что такой диагноз не соответствует клинической картине и не объясняет предъявляемых жалоб.

Уточним характер болей: где болит и, главное, как часто? Многие отвечают: «Каждый день болит». – «Неужели так-таки каждый день?» – «Да» – «И так 365 дней в году?» – «Да». Одного этого достаточно, чтобы отнести такие боли в разряд невротических, ибо никакое заболевание, кроме рака в последней стадии, не вызывает постоянных и непрерывных болей. Чтобы удостовериться в нашем предположении, спросим также: «А ночью вы просыпаетесь от болей или нет?». Как правило, невротические боли не прерывают сон, они беспокоят только во время бодрствования. Впрочем, бессонница, но не как следствие болей, а как самостоятельная жалоба, довольно часта у таких больных и также указывает на невротическое расстройство.

Английский врач Роберт Хатчисон (R. Hutchison, 1871-1960) остроумно назвал такие случаи «хроническим животом» в противоположность хорошо известному выражению «острый живот». По его словам, если «острый живот» - это катастрофа, то «хронический живот» – это загадка» (BMJ, 1923, p.667-669). Встретившись с такой пациенткой (подавляющее большинство – это женщины), следует не ограничиваться пальпацией живота и направлением в рентгенологический или эндоскопический кабинет, но особое внимание обратить на психоэмоциональную сферу. Такой подход не только может сделать ненужными повторные и часто обременительные обследования (а то и неоправданные хирургические операции). Понимание личности откроет пути для психотерапевтической помощи, в которой такие больные нуждаются больше всего. Очень часто удается освободить их от необоснованных страхов и, по крайней мере, вернуть к нормальной разнообразной диете, которой они были лишены многие годы. Ипохондрическую склонность вряд ли удастся ликвидировать, но быть может, вы научите их относиться более стойчески к тем, в сущности, незначительным неприятным ощущениям, которые они испытывают. Практические подробности, как оказать такую моральную поддержку, описаны в других главах этой книги.

Но с другой стороны, эти многолетние нудные страдальцы могут со временем заболеть

еще какой-нибудь болезнью, уже органической, например, холелитиазом, пептической язвой, а то и раком. Поэтому первое, что надо выяснить в этой ситуации, это – не изменилась ли клиническая картина за последние, скажем, полгода? Не изменилась ли сила болей, их локализация, частота, ритм? Нет ли похудания, потери аппетита, изменения стула и вообще каких-то новых явлений? Отрицательные ответы будут означать, что перед нами стабильное состояние, и потому вряд ли стоит повторять сложные и обременительные исследования, которые уже были сделаны в прошлом и ничего не прояснили. И наоборот, если возникли перемены, то к ним надо отнестись очень серьезно и именно в этом направлении сосредоточить наш диагностический поиск. Особенно тревожными в этом отношении являются следующие особенности клинической картины:

Лихорадка.

Похудание, потеря аппетита.

Боль, прерывающая сон.

Наличие крови в кале или в моче.

Желтуха.

Отеки.

Наличие в животе пальпируемого образования или увеличенного органа.

Любой из этих признаков обязывает врача провести самое детальное обследование больного с использованием всех современных средств инструментальной диагностики.

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

Пальпация живота – один из важнейших методов физикального обследования. Нередко она дает настолько ценные и исчерпывающие сведения, что диагноз становится ясным тут же у постели больного. К сожалению, многие врачи недостаточно владеют этим методом и потому обнаруживают лишь самые грубые изменения, вроде огромной печени или селезенки. Но поскольку такие находки бывают крайне редко, то пропадает желание использовать этот метод ежедневно, у каждого больного.

Знаменитый французский хирург А. Мондор нашел для пальпации удивительно проникновенные слова: «Насколько мучительно зрелище неопытной, грубой и не достигающей своей цели руки, настолько приятен и поучителен вид двух нежных, ловких и умелых пальпирующих рук, которые успешно собирают необходимые данные, внушая больному доверие. Мне приходилось наблюдать изумительные по своей законченности и тонкости пальпаторные приемы. Движения врача являются в это время наиболее красивыми из всех его движений. При виде десяти пальцев, стремящихся обнаружить такую важную и серьезную истину посредством терпеливого исследования и тактильного таланта, перед нами ярко выступает всё величие нашей профессии. Урок пальпации должен быть одним из первых и самых продолжительных. От него благо больного зависит в большей мере, чем от самых пространственных теоретических рассуждений»...

Увы, в те далекие годы, когда нас, будущих врачей, обучали премудростям клинического обследования, уроки пальпации были скудными и поверхностными. Смутно ощущая это, я тогда же не поленился прочесть несколько статей В.П.Образцова (1849–1920) о пальпации. Они буквально очаровали своей изящной простотой и убедительностью. Ведь в его время еще не было рентгеновского метода для контроля, но В.П.Образцов мог логично доказать, что пальпируемые им образования действительно являются сегментами толстого кишечника, желудком и даже аппендиксом! Эти статьи выгодно отличались от скучного и не совсем ясного изложения «пальпации по Образцову–Стражеско» в учебнике пропедевтики. Потом, уже перед самым окончанием учебы, мне посчастливилось купить в букинистическом магазине книгу Ф.О.Гаусмана о пальпации живота, изданную в 1912 г. Он работал простым земским врачом в Орле, когда познакомился с работами В.П. Образцова. Он стал ежедневно использовать его метод и затем изложил свой опыт в увлекательнейшей книге, настоящим шедевре. К сожалению, в годы моей учебы его имя было вычеркнуто из советской медицины – говорили, что его, уже старого почтенного профессора из обрусевших немцев, гитлеровцы назначили бургомистром оккупированного Минска.... Уезжая на свою первую работу в Карелию, я взял эту книгу с собой вместе с остальными учебниками. Там, в деревенской глуши, работая в одиночку, я всегда старался пальпировать своих больных, но редко испытывал удовлетворение...

Спустя три года я поступил в Москве в клиническую ординатуру на кафедру профессора Б.Е.Вотчала. Моим непосредственным наставником стал чудесный доктор Виктор Абрамович Каневский. Я внимательно смотрел, как он пальпирует больных. Он делал это вроде бы просто, но даже со стороны было видно, как под его пальцами проскальзывает край печени или селезенки. Такая пальпация убеждала лучше всяких слов. Я тут же попытался повторить

его движения, но безуспешно. Тогда Виктор Абрамович положил мою ладонь на живот больного как надо, попросил больную глубоко вдохнуть, слегка подтолкнул мои пальцы своими, и я совершенно отчетливо ощутил движение края печени! Этого простого урока было вполне достаточно, чтобы я ухватил самую суть скользящей методичной пальпации. Все ранее прочитанное стало вдруг по-настоящему усвоенным! Как радовался я своему успеху, и как уверенно я стал отныне пальпировать!

Совсем по-другому пальпировал профессор Б.Е.Вотчал. У него были очень красивые руки с длинными пальцами, и движения их были изящны и осмыслены, хотя и несколько картинны. Но толк в пальпации он знал: ведь в свое время он учился в Киевском университете и видел, как пальпируют Образцов и Стражеско – основоположники этого метода. Опять-таки по иному пальпировал Наум Александрович Долгопоск – еще один замечательный врач, с которым мне посчастливилось встретиться. Своими короткими толстыми пальцами он как бы просто мял живот. Пальпация у него была жесткая и нередко болезненная, и все же он действительно обнаруживал то, что искал. Мне такая манера не нравилась, и я потом тайком проверял его, но все сходилось!.. Впрочем, как-то мы оба обследовали одного больного с подозрением на подострый септический эндокардит. Очень важным признаком этого заболевания является увеличенная селезенка. Наум Александрович не нашел ее и заключил, что сепсиса нет. Я же селезенку прощупал и сказал ему об этом. Он снова вернулся к больному, долго пальпировал – просто замучил его и, наконец, согласился со мной. Я снова убедился, что мягкая, не вызывающая неприятных ощущений пальпация не только щадит больного, но и дает гораздо больше сведений!

С тех пор на протяжении десятков лет я ежедневно упражняюсь в искусстве пальпации и полагаю, что подробное описание и советы, как это делать на практике, будут полезны молодым врачам.

Пальпация живота преследует две главные цели. Во-первых, изучить состояние самой брюшной стенки. При этой **поверхностной пальпации** мы выясняем наличие и локализацию поверхностной болезненности, что может указывать на травму и воспаление брюшных мышц, гематому и т.п., а также проверяем, нет ли грыжевых выпячиваний, расхождения мышц и т.д. Очень важной задачей поверхностной пальпации является оценка податливости брюшной стенки при надавливании – поиск мышечной защиты, или ригидности.

Совсем другая цель у **глубокой пальпации**. С её помощью мы пытаемся прощупать возможно большее количество органов в брюшной полости и позади неё, выяснить их размер, конфигурацию, смещаемость, чувствительность, болезненность.

Прежде чем детально описывать по порядку приемы поверхностной и глубокой пальпации, укажем общие правила, которые совершенно обязательны в каждом случае.

Чтобы достичь максимального расслабления брюшных мышц, надо уложить больного на удобном, но **жестком ложе с вытянутыми ногами и руками, положенными вдоль туловища**. Каждое из этих простых, казалось бы, правил очень важно для успеха дела. Чтобы убедиться в этом, посмотрим, что произойдет, если поступить наоборот.

Например, попросим больного слегка согнуть ноги и приподнять колени (кстати, очень частая, но ошибочная рекомендация!). Казалось бы, это выгодно: лобковые кости несколько сблизятся с мечевидным отростком, и натяжение брюшных мышц должно уменьшиться. Однако для того, чтобы удерживать ноги в полусогнутом положении с приподнятыми коленями, больной должен напрячь целый ряд мышц. Полного покоя в таком положении уже не будет, при этом невольно повысится также тонус брюшных мышц. Пальпация отнюдь не станет более легкой. Только в том случае, если мы положим подушку или валик под колени испытуемого, ноги окажутся согнутыми пассивно, что позволит избежать этого нежелательного напряжения мышц. Но гораздо легче просто предложить больному лечь поудобнее и вытянуть

ноги! Кроме того, при пальпации плашмя всей ладонью предплечье врача тоже касается или почти касается брюшной стенки, и локоть будет часто упираться в приподнятые бедра больного, мешая свободе движений.

Если же больной заложит руки за голову, то грудная клетка сместится вверх, к голове. Но поскольку таз останется на прежнем месте, то брюшные мышцы натянутся. Опять-таки, пальпация станет более затруднительной.

Наконец, если больной окажется на слишком мягком ложе (перина, продавленная кровать или «раскладушка»), то его спина согнется, расстояние между реберными дугами и тазом значительно уменьшится, живот как бы провалится, и пальпировать его станет неудобно.

Что же касается врача, то он должен сесть справа от больного (врач-левша – слева) и также устроиться поудобнее, чтобы у него не уставали мышцы спины и плечевого пояса. Руки обязательно должны быть теплыми, чтобы не вызвать защитный спазм брюшных мышц. Если же руки холодные, то либо вымойте их в теплой воде, либо начните пальпировать через простыню или рубашку. Иногда дети боятся щекотки и судорожно сокращают мышцы живота при каждом прикосновении чужой руки. В этих случаях выручает очень простой прием. Положите на живот руку пациента, а на неё – свою и начинайте пальпировать через такую «прокладку». Как правило, живот сразу становится податливым. Наконец, **исключительно важно всегда пальпировать мягко**, не прилагая значительных физических усилий. Но дело здесь не только и даже не столько в стремлении не причинить боль; как будет видно из дальнейшего, именно мягкая, деликатная пальпация дает наибольшее количество сведений.

Один многоопытный американский врач начинает свои рекомендации по пальпации со следующего мудрого замечания: «Сперва мягко положите свою теплую ладонь на область эпигастрия и расслабьте её. Это подсознательно убедит пациента, что его обследует опытный и внимательный врач; больной успокоится и расслабится».

Поверхностная пальпация. Мягко положим правую руку *плашмя, всей ладонью* на живот, а затем слегка вдавим дистальные и средние фаланги II-IV пальцев вглубь. Даже при мягкой брюшной стенке достаточно погрузить концы пальцев всего на 1–2 см. Если же брюшная стенка неподатлива, то всё равно совершенно не нужно применять сколько-нибудь значительное усилие: наша цель сейчас не в том, чтобы обязательно проникнуть вглубь живота. Важно просто оценить тонус брюшной стенки, причем именно ее собственный, самостоятельный тонус. Ведь в ответ на грубый нажим обязательно возникнет рефлекторное защитное сокращение брюшных мышц, и наше вмешательство исказит то исходное состояние, которое нас интересует.

Повторим такое достаточно деликатное надавливание пальцами два-три раза, затем перенесем ладонь на другой участок и там снова повторим точно такой же маневр. Последовательно перемещая ладонь по всем четырем квадрантам живота, мы быстро выясним состояние брюшной стенки во всех её участках, а также самым щадящим образом обнаружим возможные болезненные места. Кстати, если больной еще при расспросе укажет, где болит, то начинать поверхностную пальпацию надо подальше от этого места, и только в самом конце положить ладонь именно туда. Если жалоб на локальную боль нет, то обычно начинают пальпировать сперва левую подвздошную область и затем последовательно двигаются против часовой стрелки (левое подреберье – эпигастрий – правое подреберье – правая подвздошная область – надлобковая область).

Только у многорожавших женщин и вообще у лиц с очень дряблой брюшной стенкой пальпирующая рука не испытывает практически никакого сопротивления при погружении. Обычно же мы ощущаем некоторое противодействие, иногда довольно сильное. Важно подчеркнуть, что в норме это сопротивление выражено одинаково в симметричных участках. Как правило, оно несколько сильнее в области прямых мышц живота и несколько слабее по

бокам: здесь, в области косых мышц брюшная стенка как бы «мягче». Ненормальной и потому заслуживающей внимания находкой является наличие несимметричного участка ригидности. Это может объясняться двумя причинами: либо здесь имеется локальное тоническое мышечное сокращение, либо непосредственно под этим участком брюшной стенки находится какое-то плотное тело, например, печень.

Небольшое тоническое сокращение может возникнуть рефлекторно в ответ на боль, исходящую из какого-нибудь органа в животе. Скажем, в случае неосложненной почечной колики иногда обнаруживается чуть большая ригидность брюшной стенки на пораженной стороне по сравнению со здоровой. Некоторая асимметрия тонуса брюшной стенки бывает также у больных с гемипарезом.

Однако настоящая мышечная защита возникает только в том случае, если раздражена париетальная брюшина, находящаяся непосредственно под исследуемым участком брюшной стенки. Так, если у больного возникнет неосложненная печеночная колика вследствие закупорки камнем пузырного протока, то сначала живот останется довольно мягким. Пальпаторные данные не изменятся еще и тогда, когда вследствие этой закупорки возникнет воспаление стенки желчного пузыря. И только когда в воспалительный процесс будет вовлечена висцеральная брюшина, покрывающая пузырь, и прилегающий участок париетальной брюшины, мы обнаружим в правом подреберье увеличенное сопротивление, мышечную защиту – драгоценный признак «острого живота».

Однако найдя участок повышенного сопротивления, не будем сразу же вызывать хирурга. Сначала убедимся, что мы имеем дело с мышечной защитой, а не с подлежащим плотным телом.

Если брюшная стенка не вдавливается просто потому, что в этом месте под нею расположено какое-то плотное образование, то мягкая поверхностная пальпация часто позволяет обнаружить четкую границу между этим участком и остальной, более податливой брюшной стенкой. И чем мягче, деликатнее будет наше давление, тем заметнее окажется эта разница. Действительно, грубый нажим может отдавить вглубь даже подлежащее массивное тело, например, край печени. С другой стороны, резкое грубое надавливание рефлекторно вызывает усиленное мышечное сопротивление даже там, где под брюшной стенкой лежат только воздухосодержащие кишечные петли. В случае же истинной мышечной защиты такого резкого раздела нет. Далее, если плотное тело непосредственно прилежит к брюшной стенке, то перкуссия обнаруживает здесь притупление. Наконец, дополнительные сведения в этом смысле сможет дать и глубокая пальпация (см. ниже).

Не всякое мышечное напряжение является признаком острого живота. Если мы случайно обнаружим повышенную резистентность у пациента, который не жалуется на боли и общее состояние которого вполне удовлетворительное, то такая находка не должна вызвать тревогу, хотя и следует попытаться выяснить причину такой резистентности. Совсем другое дело, если это напряжение мы находим у больного, который жалуется на *недавно возникшие боли* (часы, десятки часов) и у которого *пальпация* вдобавок *болезненна*. Вот в такой ситуации мышечная защита становится сигналом опасности. А чтобы окончательно утвердиться в своих подозрениях, сделаем следующее. Попытаемся *плавно и медленно* вдавить кончики лежащих плашмя II-IV пальцев в участок мышечной защиты до появления умеренной болезненности, а затем внезапно, резко полностью оторвем руку от живота. Если мышечная защита была вызвана раздражением (воспалением) подлежащей париетальной брюшины, то больной ощутит в этот момент усиление боли. Этот феномен отдачи (**rebound tenderness**), или симптом Блумберга-Щеткина сделает наши опасения особенно вескими и повлияет на дальнейшую врачебную тактику. Более щадящим приемом, но имеющим то же самое диагностическое значение, является легкая перкуссия кончиками сложенных вместе II-IV пальцев:

когда мы подходим к подозрительному месту, больной вздрагивает и морщится от боли.

Поверхностная пальпация помогает выяснить, где локализуется боль – непосредственно в самой брюшной стенке или же в глубине живота. Заподозрить поверхностное происхождение боли нередко удается уже при расспросе. Если больной четко указывает на место боли одним пальцем, а не «размазывает» всей ладонью по животу, это значит, что раздражены поверхностные, соматические болевые рецепторы. В соответствии с этим при поверхностной пальпации также можно обнаружить четко очерченный болезненный участок. Напротив, глубинные, висцеральные боли, в проведении которых участвует вегетативная нервная система, никогда не бывают так четко локализованы, они всегда расплывчатые и несколько неопределенные. Для того, чтобы убедиться, что источник боли находится не в глубине живота, попросим пациента приподнять голову от подушки, чтобы у него напряглись брюшные мышцы. Если и в этих условиях пальпация подозрительного участка будет по-прежнему болезненной, то все сомнения отпадают: источник боли расположен в самой брюшной стенке. Причины могут быть разными: гематома, ушиб, растяжение брюшных мышц при неловком падении, ущемление комочка предбрюшинного жира между волокнами апоневроза в области белой линии живота и т. д.

Глубокая пальпация. Неопытные врачи нередко ощупывают живот так, как поступают все люди, ища в темноте выключатель или замочную скважину: просто шарят и тычат рукой наугад, как попало. Это не имеет ничего общего с методичной глубокой скользящей пальпацией, разработанной В.П.Образцовым, Ф.Ф.Гаусманом и Н.Д.Стражеско. Описанные ими приемы очень остроумно используют некоторые факты из физиологии тактильного чувства и топографической анатомии.

Чтобы успешно использовать эти приемы, надо ясно понимать их смысл. С этой целью сделаем предварительно несложный эксперимент, похожий на фокус. Положим на стол лист бумаги и накроем его толстой мягкой тканью, например, пледом или хотя бы полкой пиджака. Попробуем прощупать лист сквозь эту внушительную преграду. Казалось бы, это невыполнимая задача: сколько бы мы ни шарили рукой по покрову, тактильное ощущение будет везде одинаковым, и найти лист бумаги не удастся. Но не будем отчаиваться. Положим правую ладонь плашмя на сукно таким образом, чтобы ногтевые фаланги II-IV пальцев оказались на листе, а остальная часть руки была бы там, где под сукном листа нет. Слегка прижмем этими пальцами сукно к столу, а левой, свободной рукой **быстро** вытащим лист, потянув его из-под пальцев по направлению продольной оси правой руки. В этот момент мы совершенно отчетливо ощутим не только то, как край листа проскальзывает под пальцами, но и получим ясное представление об очертаниях этого края (ровный он или зазубренный), а также о его толщине.

Этот простенький опыт, описанный Ф.Ф.Гаусманом в его замечательной книге «Основы методичного прощупывания желудочно-кишечного тракта» (Москва, 1912 г.), наглядно иллюстрирует **суть скользящей пальпации: для того, чтобы прощупать какой-нибудь объект, надо слегка прижать его и затем заставить быстро сместиться, проскользнуть под исследующими пальцами.**

Как же это сделать? Во-первых, можно воспользоваться дыхательной подвижностью, присущей некоторым органам. Так, печень, селезенка, почки, желудок и поперечно-ободочная кишка опускаются при вдохе вместе с диафрагмой к тазу, а при выдохе возвращаются вверх, к грудной клетке. Если к тому же в момент дыхательного смещения исследуемого объекта мы вдобавок сдвинем пальпирующие пальцы навстречу (противонаправленное движение), то скорость проскальзывания увеличится. В результате наше пальпаторное ощущение станет еще более отчетливым. Итак, **первое условие успешной глубокой пальпации живота – глубокое диафрагмальное дыхание.**

Второе, еще более важное условие – скользящие движения пальпирующих пальцев. Не тыкать пальцами, а скользить! Этот маневр становится особенно необходим при пальпации тех органов, которые сами не смещаются при дыхании. Например, как прощупать сигмовидную кишку? Сколько бы вслепую не тыкать пальцами в левой подвздошной области, вы не найдете эту кишку, если только она не заполнена плотными каловыми массами. Поступим иначе. Положим кончики полусогнутых II-IV пальцев правой руки заведомо кнутри от предполагаемой проекции сигмовидной кишки, мягко вдавим их до задней стенки брюшной полости и скользящим движением начнем смещать вдавленные концы пальцев кнаружи перпендикулярно к предполагаемому длиннику сигмовидной кишки. В какой-то момент этого движения мы обязательно наткнемся на медиальный край кишки, но сначала мы это не почувствуем. При дальнейшем движении кнаружи пальцы увлекут кишку за собой, её брыжейка натянется, а потом кишка неминуемо выскользнет из-под пальцев, чтобы вернуться на свое прежнее место. Именно в этот момент мы сразу получим удивительно ясное представление и о размере (диаметре) кишки, и о её тонусе, и о плотности её стенок, и о наполненности её каловыми массами.

Вот почему при глубокой пальпации рука не просто перемещается и шарит по животу. Необходимо постоянно производить скользящие движения, причем направление скольжения всякий раз должно быть осмысленным, определяться топографической анатомией: либо навстречу движениям респираторно смещаемого органа, либо перпендикулярно длинной оси смещаемой кишечной петли.

Как же с максимальной выгодой использовать респираторную подвижность брюшных органов? Иногда с этой целью больного просят: «Дышите животом!». Однако в ответ больной делает совсем не то, что нам нужно: при вдохе он расправляет грудную клетку («грудь колесом») и втягивает живот, а при выдохе выпячивает, надувает живот. Поэтому лучше не фиксировать внимание больного на брюшном дыхании, а просто сказать ему: «Дышите поглубже, ртом, но не торопитесь». При свободном глубоком дыхании диафрагма непременно придет в движение, и амплитуда смещения брюшных органов окажется вполне достаточной для нашей цели.

Нередко больной послушно делает несколько глубоких вдохов, но вскоре возвращается к спокойному, то есть весьма поверхностному дыханию. Вот почему надо постоянно, на протяжении всего исследования управлять дыханием больного и при необходимости вновь побуждать его дышать поглубже. Поскольку нам нужно не просто перемещение объекта под пальцами, а достаточно быстрое его проскальзывание, то вдох должен быть не только глубоким, но и довольно быстрым. Поэтому больной должен дышать обязательно ртом, а не носом и выдыхать чуть быстрее обычного. Вместе с тем, не надо форсировать выдох: в противном случае неизбежно будут напрягаться брюшные мышцы, и пальпация станет затруднительной. Выдох должен быть пассивным, но не нарочито замедленным. Очень часто приходится повторно показывать больному, какой тип дыхания нужен врачу для исследования. Как правило, уже после нескольких таких показов совместная работа становится слаженной и удобной. Иногда больной делает паузу между вдохом и выдохом. Это также мешает, ибо как раз внезапное изменение движения на 180 градусов делает пальпаторное ощущение особенно ясным. В таком случае я говорю: «Дышите глубже, но непрерывно, не задерживайтесь!» и при необходимости вновь сам показываю, что мне нужно. Не надо жалеть время, чтобы пациент понял свою задачу, ибо в результате мы можем получить по-настоящему надежные и ценные сведения.

После этих общих предварительных, но совершенно необходимых деталей, перейдем к описанию приемов пальпации различных органов.

Пальпация печени. Часто я вижу, как врач уже с многолетним опытом, потыкав живот

больного своей рукой - лопатой, и ничего, конечно, не обнаружив, переходит от этого бесплодного (по его мнению), но почему-то обязательного этапа к более надежному, как ему кажется, методу – определению нижнего края печени посредством перкуссии. Всякий раз я думаю при этом: «Бедняжка, как же тебе не повезло! Не обучили тебя пальпации печени, а ведь это так просто!». И снова с горячей благодарностью вспоминаю своего замечательного учителя В. А. Каневского.

Что же касается популярного совета определять нижний край печени с помощью перкуссии, то для его оценки вспомним некоторые анатомические факты. Печень в сагиттальной плоскости напоминает острый клин, верхушкой обращенный кпереди и книзу. Только на значительном удалении от края толщина печени становится достаточной, чтобы вызвать притупление перкуторного звука. Если к тому же учесть, что изменение оттенка звука приходится искать на фоне громкого кишечного тимпанита, то становится ясной вся сомнительность, можно даже сказать – безнадежность этого диагностического приема. И действительно, если не полениться и найти край печени с помощью пальпации, то он обязательно окажется, по крайней мере, на 3–5 см ниже, чем это представляется по данным перкуссии. Вот почему я лично никогда не пользуюсь перкуссией с этой целью. Если печень увеличена хотя бы на два сантиметра, ее можно прощупать почти всегда. Как же это сделать?

Для предварительной ориентировки *мягко* положим правую ладонь плашмя на живот в правом подреберье так, чтобы направление пальцев совпало с длинником туловища, а их концы легли чуть ниже реберной дуги. Затем слегка погрузим несколько раз в живот чуть согнутые ногтевые фаланги II-IV пальцев. Если печень выступает из-под реберного края, то мы ощутим некоторое сопротивление, резистентность. Тотчас, пока не забыто это ощущение, перенесем ладонь в симметричный участок левого подреберья и повторим тот же маневр. Вы сразу почувствуете, что на сей раз погружение происходит гораздо легче, и это не удивительно – здесь пальцам противостоят лишь петли кишок или желудок. Снова вернемся в правое подреберье, но теперь положим руку чуть ниже (ближе к тазу) и повторно слегка вдавим пальцы в живот. Такая попеременная *легкая поверхностная пальпация* с обеих сторон по направлению от реберных дуг вниз, к тазу позволяет быстро и совершенно безболезненно определить примерное положение нижнего края печени: это граница между нормальной и увеличенной резистентностью. Само собой разумеется, если печень не увеличена, то никакой дополнительной резистентности в правом подреберье не будет, и пальпаторные ощущения справа и слева будут одинаковыми.

Можно поступить несколько иначе. Попытаемся погрузить пальцы, как было только что описано, непосредственно под правой реберной дугой, а затем сразу перенесем пальпирующую руку как можно ниже в правую подвздошную область и снова повторим этот маневр. Здесь, внизу пальцы заведомо не встретят сопротивления. Приняв это последнее ощущение за «эталон», начнем постепенно передвигать руку вверх, по направлению к искомому краю печени, всякий раз лишь слегка погружая кончики пальцев. Как только ногтевые фаланги лягут на переднюю поверхность печени, мы сразу и отчетливо ощутим, что резистентность увеличилась.

Для успеха дела давление пальцев должно быть мягким, деликатным, ибо только тогда можно уловить разницу в резистентности двух смежных участков брюшной стенки. Не надо вдавливать пальцы очень глубоко; наоборот, глубина погружения не должна превышать одного-двух сантиметров. Если же надавить грубо, изо всей мочи, то стенка живота обязательно прогнется, уйдет вниз, независимо от того, что лежит под ней - кишечная петля, заполненная воздухом, или плотная печень. Пальпаторное ощущение в обоих случаях окажется одинаковым. Итак, нежная, щадящая пальпация предпочтительна не только из гуманных соображений: она к тому же и гораздо более информативна! Между прочим, любой вор-карманник

предпочитает совершать кражу в густой толпе, в условиях давки: он отлично знает, что на фоне сильного давления добавочное легкое прикосновение почти незаметно. Вот почему, если пальпирующая рука давит сильно, то пальцы не ощутят дополнительного легкого перемещения искомого органа под ними!

А теперь проверим себя. Положим ладонь на живот таким образом, чтобы ногтевые фаланги II-IV пальцев оказались чуть ниже найденной нами границы печени и вновь погрузим их в живот, но на сей раз чуть поглубже. Зафиксировав погруженные пальцы, попросим больного глубоко вдохнуть (все предыдущие маневры проводятся при спокойном спонтанном дыхании). Как только больной по нашей команде вдохнет, мы сразу почувствуем, как что-то плотное проскользнуло под нашими пальцами. Чтобы сделать это ощущение более отчетливым, сделаем встречное движение: как только начнется вдох, быстро сместим пальцы вверх, к ребрам, вместе с кожей; при этом пальцы должны по-прежнему оставаться полусогнутыми и слегка погруженными в живот. А во время следующего выдоха вновь сдвинем полусогнутые ногтевые фаланги, но теперь уже вниз, к тазу. При этом последнем маневре часто возникает ощущение, будто пальцы соскальзывают с какой-то ступенечки. Описанные приемы позволяют легко и совершенно безболезненно найти край печени даже при очень толстой брюшной стенке.

Если обнаруженный таким образом край выступает из-под ребер на много (3–5 см или больше), то надо сразу же обследовать и переднюю (верхнюю) поверхность печени – гладкая ли она или бугристая. С этой целью положим ногтевые фаланги II-IV пальцев правой руки на переднюю поверхность печени, то есть между найденным краем и реберной дугой и вновь сделаем несколько скользящих движений: при вдохе вверх (к ребрам), а при выдохе вниз (к тазу). При этом давление пальцев также должно быть небольшим, чтобы не притупить тактильные ощущения; пальцы должны смещаться вместе с кожей. Перемещая таким образом пальцы, мы легко обнаружим даже небольшие неровности на поверхности печени. При пальпации в области прямых мышц живота иногда можно прощупать западения, обусловленные поперечными сухожильными перемычками, характерными для этих мышц. Чтобы выяснить, принадлежит ли эта неровность печени или же брюшной стенке, достаточно предложить лежащему больному слегка приподнять голову. Мышцы брюшного пресса напрягутся, и, если неровность останется, значит, она находится в прямой мышце.

Обнаружив, таким образом, край печени, то есть её нижнюю границу, постараемся затем выяснить свойства этого края – острый он или нет, степень его плотности и чувствительности. Для этого используют несколько иные пальпаторные приемы. Положим ногтевые фаланги II-IV пальцев правой руки чуть ниже предполагаемого края печени. Во время спокойного выдоха плавно погрузим поглубже полусогнутые пальцы и зафиксируем их в этом положении: в первые мгновения последующего *глубокого* вдоха наши пальцы должны остаться неподвижными, то есть оказать некоторое (впрочем, умеренное!) сопротивление начинающей уже вздыматься брюшной стенке. За это время край печени опустится и упрется в кончики пальцев; если брюшная стенка дряблая, а пальцы погружены достаточно глубоко, то движущийся вниз, к тазу, край печени ляжет на ногтевую поверхность концевых фаланг. Обычно это касание ощутимо, хотя и не очень отчетливое. Даже если мы его почувствовали, надо *спустя несколько мгновений от начала вдоха* сделать быстрое разгибательное движение пальцами и всей кистью (но не отрывая пальцы от кожи живота!) и затем сразу подать по-прежнему полусогнутые пальцы вверх, по направлению к реберной дуге. Получится траектория, напоминающая «ход конем» в шахматах. При этом маневре, который, кстати, очень прост и легок, несмотря на громоздкое описание, край печени, продолжая свое движение вниз, к тазу, проскальзывает вокруг кончиков пальцев, так что в конце вдоха ладонные поверхности (подушечки) ногтевых фаланг оказываются на передней поверхности печени, чуть выше её

края. Еще раз подчеркну, что на протяжении всего этого маневра пальцы ни на мгновение не отрываются от брюшной стенки: они всё время остаются погруженными в живот. Просто в конце они располагаются не столь глубоко, как вначале. Кроме того, снова напомню, что без правильного, то есть более глубокого, чем в норме, но не форсированного дыхания, пальпация печени редко дает желаемые результаты.

Само проскальзывание занимает лишь мгновение, но ощущение при этом бывает настолько отчетливым, что сразу можно дать развернутую характеристику края печени: острый он или закругленный, мягкий или твердый, болезненный или нет, ровный или зазубренный.

Независимо от того, обнаружили мы указанным способом край печени или нет, надо затем сделать обратное движение: как только начнется следующий выдох, следует сдвинуть пальцы вместе с кожей вниз (к тазу) и вглубь. При этом возникает ощущение, что пальцы как бы соскальзывают с какой-то ступенечки. Нередко только на этом втором этапе, то есть уже во время выдоха, удастся прощупать край печени.

Естественно, овладеть этими приемами легче всего под руководством опытного врача. Увы, не всегда молодому врачу везет в этом отношении, но отчаиваться не стоит. В этом случае надо самому найти подходящий объект для начальной тренировки. Необходимо сочетание гепатомегалии с достаточно тонкой и мягкой брюшной стенкой. Конечно, в таких условиях печень и её край можно прощупать и без вышеописанных манипуляций, просто методом «тыка». Но врач, желающий научиться пальпировать по-настоящему в любых условиях, должен именно в такой, облегченной ситуации изучить технику скользящей пальпации, поскольку здесь возможен постоянный самоконтроль.

Перейдем теперь к диагностическим заключениям, которые может дать пальпация печени.

У здорового человека край печени либо совсем не прощупывается, либо, самое большее, чуть-чуть выходит на высоте вдоха из-под правой реберной дуги. В таком случае он безболезнен, мягко эластичен и слегка закруглен. Если же край печени выступает на один поперечный палец или еще ниже, то это явное отклонение от нормы. Первое, что надо выяснить в таком случае – увеличена ли печень на самом деле, или же она просто опущена, отдавлена вниз. Последнее нередко бывает при выраженной эмфиземе легких, поскольку при этом заболевании диафрагма уплощается и стоит очень низко. Здесь помогает перкуторное определение *верхней границы* печени, что, кстати, гораздо более надежно, чем перкуссия нижней границы. Расстояние между прощупываемым нижним краем печени и её верхней (перкуторной) границей по правой срединно-ключичной линии не должно превышать 10-12 см (примерно ширина ладони). Если печень отдавлена правосторонним массивным гидротораксом, то, естественно, перкуссия здесь не поможет. Но когда печень просто опущена, то её край сохраняет нормальную мягко-эластичную консистенцию, он безболезнен, да и выступает не намного – максимум, на 3-4 см. Если же край печени выступает значительно – на два-три поперечных пальца или еще больше, то сомневаться не приходится: печень увеличена, имеется гепатомегалия. Причин увеличения печени много, но в повседневной работе врача общей практики первые диагностические соображения должны быть следующими.

Общее состояние больного вполне удовлетворительное (нет похудания, болей в животе, желтухи, диспепсических жалоб), ***печень увеличена умеренно*** (на два-три сантиметра), её край нормальной консистенции и безболезненный. В этой ситуации надо подумать о сердечной недостаточности, алкоголизме, сахарном диабете. Непременнно надо поискать селезенку: её увеличение сразу направит диагностический поиск в сторону цирроза печени или болезней крови. Однако довольно часто ни одно из только что упомянутых предположений не подтверждается; функциональные пробы печени и ультразвуковое исследование оказываются нормальными. В таком случае можно временно воздержаться от дальнейших, более трудоем-

ких и сложных исследований и ограничиться наблюдением за больным.

Печень увеличена значительно (на два-три поперечных пальца и более). Чаще всего это оказывается результатом давней тяжелой недостаточности сердца. При такой застойной индурации край печени заострен, плотен, безболезненный. Селезенка либо не пальпируется (чаще всего), либо слегка выступает из-под левой реберной дуги. Другими, уже более редкими причинами являются хронический гепатит, жировая дистрофия печени на почве хронического алкоголизма или диабета и, наконец, метастазы злокачественной опухоли (кстати, при этом печень не обязательно бывает бугристой). В только что перечисленных случаях селезенка не пальпируется. Наоборот, если селезенка также увеличена, то диагностический поиск направляется в сторону болезней крови (хронический миелолейкоз, миелофиброз) и цирроза печени.

Разумеется, здесь перечислены только наиболее частые причины гепатомегалии, о которых следует подумать в первую очередь, тут же у постели больного, еще в процессе непосредственного физикального исследования. Результаты дополнительных лабораторных и инструментальных методов могут дать новую пищу для диагностических размышлений.

По-другому приходится искать печень при большом асците. Уложим больного на спину. Поднесем свою правую кисть к правому подреберью больного и чуть коснемся брюшной стенки концами слегка согнутых II-IV пальцев (*при этом ладонь остается на весу и не касается стенки живота!*). Затем резко, отрывисто толкнем брюшную стенку перпендикулярно вглубь и *оставим кончики пальцев в соприкосновении с кожей*. Если в этом месте под пальцами находится печень, то от нашего толчка она сначала уйдет в глубину – «утонет», а затем снова всплывет. Именно в момент её возвращения в исходное положение наши пальцы почувствуют легкий толчок. Там же, где позади брюшной стенки печени нет, и плавают лишь кишечные петли, описанная **толчкообразная пальпация** не дает такого ощущения. Этот прием показал мне мой учитель В.А.Каневский; он называл это «феномен всплывающей льдинки». Передвигая постепенно руку вниз от реберной дуги к тазу и повторяя толчки, можно получить приблизительное представление о степени увеличения печени, хотя край печени прощупать при асците не удастся.

Пальпация желчного пузыря. Если отток желчи из желчного пузыря нарушен, он набухает, растягивается и выходит из-под края печени. Тогда его нередко можно прощупать. При значительном увеличении желчный пузырь определяется как гладкое эластичное тело с четкой округлой нижней границей (дно пузыря). Его тело прощупывается уже не столь ясно, хотя и создается впечатление, что оно уходит куда-то вглубь, под правую реберную дугу или – если печень увеличена – под её край. Иногда пузырь увеличивается настолько, что наощупь он напоминает маленький баклажан. В этом случае он смещается не только при дыхании вместе с печенью (краниально и каудально), но его можно даже сдвинуть пальпирующей рукой вправо и влево. От увеличенной почки это тело отличается тем, что при бимануальной пальпации его ощущает только передняя рука, лежащая на животе, тогда как другая ладонь, расположенная сзади, в поясничной области, его не чувствует.

Однако такие громадные размеры желчного пузыря встречаются редко. Чаще можно прощупать лишь дно пузыря, выступающее из-под печени на один-три сантиметра. Если при этом увеличена и сама печень, то нередко при пальпации её передней поверхности можно обнаружить возле её края как бы небольшую припухлость: создается впечатление, что непосредственно под нижним краем печени имеется какое-то небольшое тело, вроде сливы, приподнимающее довольно тонкий языкообразный край печени. Сам край при этом также образует небольшой округлый выступ. Чтобы выяснить, имеем ли мы дело просто с неровностью печеночного края, или же этот выступ образован дном желчного пузыря, полезен прием, которому меня научил доктор А.С. Вольфсон. Исходное положение пальпирующей руки

такое же, как и при обычной пальпации края печени (ладонь плашмя на животе, концевые фаланги II-IV пальцев чуть ниже края печени). Теперь раздвинем третий и четвертый пальцы таким образом, чтобы интересующий нас «выступ» оказался в проеме между ними, и попросим больного глубоко вдохнуть. Если этот выступ является дном желчного пузыря, то есть шаровидного образования, то при вдохе, когда пузырь опустится, этот «шарик» еще больше раздвинет наши пальцы. Если же имеется всего лишь неровность печеночного края, то все пальцы будут просто оттеснены вниз, к тазу, но мы не почувствуем дополнительного раздвигания третьего и четвертого пальцев.

Между прочим, следует заметить, что при пальпации желчный пузырь очень часто оказывается не в традиционной «точке желчного пузыря», а гораздо латеральнее, вправо от правой среднеключичной линии. Конечно, желчный пузырь прощупывается не так часто, как край печени, но всё же гораздо чаще, чем кажется врачам, не владеющим техникой скользящей пальпации. Поэтому я очень советую не пожалеть нескольких десятков секунд и поискать желчный пузырь в каждом случае, когда мы предполагаем возможность его заболевания.

Желчный пузырь прощупывается в нескольких ситуациях. Если **пузырь болезненный**, и если, к тому же, заболевание острое (недавно возникшие боли в правом подреберье, лихорадка), то диагноз острого холецистита становится весьма вероятным. Если же **пузырь безболезненный**, то надо подумать о хронической водянке желчного пузыря, причем здесь встречаются два совершенно разных варианта. Увеличенный безболезненный желчный пузырь **без желтухи** указывает на давнюю закупорку (камнем) шейки пузыря или пузырного протока (ductus cysticus). В этом случае желчь из печени продолжает оттекать в двенадцатиперстную кишку, как и положено, по общему желчному протоку (ductus choledochus) в обход желчного пузыря, и желтуха не возникает. Если же мы находим безболезненный увеличенный желчный пузырь **на фоне желтухи**, это значит, что закрыт общий желчный проток. Такая ситуация чаще всего обусловлена опухолью головки поджелудочной железы (симптом Курвуазье).

Кстати, при подозрении на рак поджелудочной железы полезно приложить фонендоскоп к брюшной стенке в эпигастрии по срединной линии примерно на уровне поджелудочной железы. Дело в том, что иногда раковая опухоль сдавливает крупную артерию, проходящую внутри поджелудочной железы, и тогда можно услышать систолический сосудистый шум. Если такой шум обнаружен, то возникает вопрос, где он образуется – в склеротически измененной брюшной аорте или же действительно в панкреатической артерии? Чтобы выяснить это, сместим головку фонендоскопа влево от срединной линии. Если шум вызван стенозом панкреатической артерии, то он будет распространяться по её ходу, то есть влево. Если же шум возникает в аорте, то он будет распространяться только вниз по срединной линии, то есть по ходу аорты, а справа и слева от аорты мы его не услышим. Этот феномен я несколько раз встретил в собственной практике.

Пальпация селезенки. Селезенка увеличивается, да и прощупывается гораздо реже, чем печень, но зато её увеличение указывает, как правило, на какое-то серьезное заболевание. Наиболее частыми причинами спленомегалии являются:

- инфекции, в частности, сепсис;
- заболевания системы крови;
- цирроз печени;
- аутоимунные заболевания.

Вот почему в случае неясной клинической картины так важно узнать, увеличена селезенка или нет.

Сначала приступим к пальпации селезенки в положении больного лежа на спине. Поместим правую руку плашмя в левом подреберье таким образом, чтобы концы II-IV пальцев расположились вдоль реберной дуги, чуть ниже её, примерно по передней подмышечной линии.

Затем точно так же, как при ориентировочной, поверхностной пальпации печени (см. выше) плавно погрузим полусогнутые ногтевые фаланги этих пальцев вглубь живота на один-два сантиметра. После этого начнем постепенно сдвигать пальпирующую руку всё более кнаружи – к средней, а затем и к задней подмышечной линии. Повторяя всякий раз легкое нажатие кончиками пальцев, можно, таким образом, обследовать податливость брюшной стенки во всем левом подреберье. Дело в том, что расположение селезенки не является строго определенным, ибо ее удерживает, в основном, довольно подвижная сосудистая ножка, в отличие, например, от прочно фиксированной печени. Поэтому при поисках края селезенки необходимо обследовать довольно обширный участок левого подреберья, начиная чуть впереди от передней подмышечной линии и вплоть до задней.

Если селезенка выступает за реберный край, то в этом месте мы ощутим несколько увеличенную резистентность. Обнаружив это, надо затем с помощью всё той же легкой поверхностной пальпации выяснить примерные её очертания. Если же, как чаще всего и бывает, такого участка резистентности не окажется (то есть селезенка не увеличена или увеличена не много), то перейдем к глубокой пальпации, опять-таки вдоль всей левой реберной дуги, а не только в так называемой «проекции селезенки». Техника здесь точно такая же, как при пальпации печени. Погрузим концевые фаланги полусогнутых пальцев правой руки на два-четыре сантиметра вглубь живота и несколько вверх, к предполагаемому краю селезенки, и затем предложим больному сделать глубокий вдох. В самом начале этого вдоха наши пальцы должны оставаться неподвижными, фиксированными, чтобы начинающий спускаться нижний край селезенки уткнулся в подушечки пальцев (или даже лег на их ногтевую поверхность). Только затем, спустя несколько мгновений от начала вдоха, надо сделать быстрое разгибательное движение пальцами. Если селезенка увеличена, то в этот момент ее край проскользнет под кончиками пальцев и продолжит свое движение вниз, к тазу. Это касание мимолетно, но очень хорошо ощутимо. Не забудьте также в самом начале следующего выдоха сделать пальцами обратное движение сверху вниз и вглубь; иногда только при этом последнем маневре, когда пальцы как бы соскальзывают со ступенечки, удастся обнаружить край селезенки.

Если пальпация в положении больного лежа на спине оказывается безрезультатной, а вопрос о том, увеличена ли селезенка или нет, очень важен, то следует повернуть больного вполоборота на правый бок (на 45 градусов) и снова обследовать всё левое подреберье с помощью только что описанных приемов. Левая рука испытуемого должна в это время лежать у него на левой половине грудной клетки, чтобы увеличить дыхательные экскурсии диафрагмы. Обычно рекомендуют пальпировать селезенку только в этом положении – лежа вполоборота на правом боку. На самом деле, слегка увеличенную селезенку удастся обнаружить иногда только в положении на спине, а в других случаях – только в положении на правом боку. В моей практике положение на спине чаще оказывалось результативным; быть может, это объясняется тем, что положение на спине наиболее удобно для больного и потому обеспечивает максимальное расслабление брюшных мышц. Как бы то ни было, при необходимости следует искать селезенку в обеих позициях.

Иногда советуют пользоваться при пальпации селезенки сразу двумя руками: левую руку надо положить на ребра чуть выше левой реберной дуги, чтобы ограничить подвижность грудной клетки при дыхании и, тем самым, якобы, увеличить экскурсии диафрагмы, а правой рукой пальпировать. Мне такой способ представляется громоздким и неудобным. Отличные результаты можно получить, пальпируя только одной рукой, но для успеха дела надо постоянно управлять дыханием больного!

Обнаружение края селезенки говорит о том, что она увеличена, ибо нормальная селезенка никогда не прощупывается. В случае острого инфекционного процесса край селезенки обычно закругленный и мягко эластичный, он напоминает по консистенции кончик языка при его

прощупывании через щеку. При хронических же процессах край селезенки обычно заостренный, плотный, хрящеватый – как хрящ ушной раковины.

Иногда неясно, что мы прощупали – селезенку или левую почку. Селезенка расположена очень поверхностно, непосредственно под реберным краем, тогда как почка находится гораздо глубже, за брюшиной задней стенки живота (ретроперитонеально). Далее, край селезенки довольно острый, тогда как нижний полюс почки округлый. Наконец, забрюшинное расположение почки дает возможность прощупать ее, в отличие от селезенки, одновременно двумя руками (бимануальная пальпация – см. ниже).

Бывает, что длинник селезенки еще не увеличился, но сам орган стал массивнее, толще. Это проявится более отчетливым притуплением перкуторного звука, тогда как в норме перкуссия селезенки сильно затруднена тимпанитом из-за большого воздушного пузыря в желудке, не говоря уже о газе в кишечных петлях. Наилучшим методом перкуссии селезенки является, по-моему, перкуссия по В. П. Образцову. Заключается она в следующем. Приблизим кисть правой руки почти вплотную к исследуемому месту и расположим её параллельно грудной клетке, но не будем касаться кожи пальцами (рука остается навесу). Заведем концевую фалангу указательного пальца на тыльную (ногтевую) поверхность третьего пальца и затем резко сдвинем её вниз. Удар о кожу соскальзывающей вниз ногтевой фаланги указательного пальца создает негромкий перкуторный звук (щелчок). Поскольку удар падает на очень маленькую площадь, то отграничение разных оттенков перкуторного звука становится гораздо легче.

Для перкуссии селезенки больной ложится вполборота на правый бок, левую руку он кладет себе на голову. Перкутируют сверху вниз по передней, средней и задней подмышечной линии, причем начинают заведомо выше предполагаемого расположения верхнего края селезенки – например, с уровня соска или нижнего края лопатки. Такая перкуссия нередко позволяет обнаружить участок притупления, своим контуром очень похожий на очертания селезенки. То, что это притупление действительно относится к селезенке, подтверждает следующий маневр. Даже если нижний край селезенки не удастся прощупать, погрузим пальцы левой руки под левую реберную дугу в том месте, где по данным перкуссии должна располагаться селезенка, а правой рукой вновь начнем перкутировать по В. П. Образцову сверху вниз, постепенно приближаясь к верхней границе притупления. В тот момент, когда щелчки начнут падать на эту границу, мы ощутим, что они передаются через селезенку подушечкам пальцев левой руки, расположенным в глубине левого подреберья.

Пальпация толстого кишечника. Если соблюдать все правила методичной скользящей пальпации, то весьма часто удается прощупать некоторые отрезки толстого кишечника, а именно: сигмовидную, слепую, часть нисходящей, часть восходящей, отдельные сегменты поперечно-ободочной кишки. Напомню главный принцип пальпации – пальцы должны скользить *поперек* (перпендикулярно) продольной оси искомого отрезка кишки. Толстая кишка, в отличие от тонкой, имеет довольно короткую брыжейку. Это ограничивает смещение кишки и, тем самым, позволяет «поймать» ее пальцами.

Начнем с самого легкого – пальпации сигмовидной кишки. Мысленно представим обычное расположение этой кишки в левой подвздошной области: она идет сверху вниз и снаружи кнутри. Слегка согнем и сложим вместе концы II-IV пальцев правой руки и положим их на линию, которая идет параллельно, но заведомо кнутри от предполагаемой проекции сигмовидной кишки. Затем плавно погрузим пальцы в живот, стараясь достичь задней стенки брюшной полости, а затем плавно потянем руку кнаружи, к паховой складке, продолжая держать пальцы полусогнутыми, как бы крючком. В процессе этого движения наши пальцы обязательно наткнутся на сигму и повлекут ее за собой. Через мгновение короткая брыжейка кишки натянется, смещение кишки прекратится, а при дальнейшем движении пальцев киш-

ка выскользнет из-под них и вернется в свое исходное положение. Проскальзывание длится всего лишь миг, но ощущение получается настолько ясное, что можно уверенно судить о диаметре, консистенции и даже о содержимом сигмовидной кишки. В норме это безболезненный гладкий мягкоэластичный тяж или цилиндр толщиной от мизинца до большого пальца. Нередко в сигме можно прощупать тестоватые каловые массы. Это означает, что либо у больного еще не было сегодня стула, либо что опорожнение было неполным (кстати, частая жалоба при хронических запорах и других функциональных нарушениях толстого кишечника). В случае поноса (например, банальный энтероколит при пищевой токсикоинфекции) сигмовидная кишка при пальпации немного болезненна и урчит, что подтверждает наличие в ней жидкого содержимого и газов. При дизентерии сигмовидная кишка болезненна и спастична, то есть плотна наощупь и уменьшена в диаметре.

Найдя, таким образом, хотя бы один участок сигмовидной кишки, попытаемся расширить картину и прощупать примыкающие отрезки. Однако в соответствии с этой новой задачей придется несколько изменить направление, по которому должны будут скользить наши пальцы. Еще раз повторю: всякий раз надо представить себе примерное расположение искомого сегмента кишки и скользить пальцами поперек его длинной оси. Так, если мы хотим прощупать нисходящую кишку, которая примыкает к сигмовидной сверху, то скользящие движения надо делать уже в другом направлении, а именно от пупка к боковой стенке живота, то есть перпендикулярно к длиннику туловища. Если же мы хотим проследить дальнейший ход сигмы до того места, где она погружается в малый таз, то пальцы должны скользить сверху вниз – от пупка – и чуть-чуть кнаружи – к лобковым костям. Следуя описанной методике, сигмовидную кишку можно прощупать у большинства людей, во всяком случае, более чем у половины исследуемых.

Несколько реже, примерно в одной трети случаев удается прощупать слепую кишку и начальный отрезок восходящей. Пальпация производится здесь точно так же: скользим полусогнутыми и погруженными в живот пальцами правой руки изнутри кнаружи по направлению либо к правой паховой складке, либо к правой боковой стенке живота. Слепая кишка и начало восходящей обычно шире по диаметру, чем сигма – до двух поперечных пальцев, она мягче и гораздо чаще урчит во время пальпации, что указывает на содержание в ней еще не загустевших каловых масс и пузырьков газа.

Расположение поперечно-ободочной кишки в животе более изменчиво, чем сигмы и слепой: иногда она идет почти поперек из правого подреберья в левое пологой дугой, а иногда её средняя часть прогибается глубоко книзу, и тогда она напоминает подкову или полукольцо. Для пальпации поперечно-ободочной кишки воспользуемся обеими руками сразу. Положим полусогнутые и сведенные вместе пальцы правой и левой руки в правое и левое подреберье сразу кнаружи от прямых мышц живота: здесь брюшная стенка мягче, и поэтому пальпировать легче. Погрузим пальцы поглубже, но без насилия и сделаем скользящее движение вниз. В отличие от сигмы и слепой, поперечно-ободочная кишка смещается при дыхании, и этим обстоятельством надо обязательно воспользоваться. Предложим больному дышать ртом поглубже (только не надо просить его дышать животом!). В момент вдоха диафрагма, печень и поперечно-ободочная кишка начнут опускаться, и одновременно тонус брюшных мышц несколько ослабеет. Именно в этот момент легче всего погрузить пальпирующие пальцы поглубже в живот. Скольжение вниз надо начать в момент начала *выдоха*. Благодаря этому возникнут два встречных движения: наши пальцы устремляются вниз, к тазу, а поперечно-ободочная кишка поднимается вслед за диафрагмой вверх, к грудной клетке. В результате такого противодвижения кончики пальцев особенно отчетливо осязуют, как под ними проскальзывает мягкоэластический цилиндр или тяж. Каждая пальпирующая рука обнаруживает всего лишь небольшой сегмент кишки, но оба эти сегмента имеют примерно одинаковую

консистенцию и диаметр, а главное, они оказываются расположенными в животе таким образом, что их очень легко мысленно продолжить и составить в единое целое, которое по своей топографии не может быть ни чем иным, кроме как поперечно-ободочной кишкой.

Если описанный маневр ничего не обнаружил, сместим пальцы немного ниже и вновь повторим его. По мере того, как наш поиск перемещается книзу, к тазу, направление скольжения должно постепенно меняться – не только прямо сверху вниз (от головы к ногам), но и все более кнаружи, к боковым стенкам живота, как бы веерообразно. Так мы увеличиваем вероятность, что в каком-то месте живота наши пальцы перекаются через поперечно-ободочную кишку. Описанный поиск оказывается успешным не так уж редко – пожалуй, в одной четверти или даже в трети всех случаев.

Пальпация живота будет неполной, если не обследовано **пространство над лобком**. Здесь можно обнаружить переполненный мочевой пузырь или увеличенную матку, не говоря уже о различных опухолях. Здесь пальпирующие пальцы должны скользить сверху вниз, от пупка к лобковым костям.

Аденома предстательной железы, столь обычная в возрасте после 40-50 лет, всегда несколько затрудняет отток мочи из мочевого пузыря. Постоянно преодолевая это препятствие, пузырная мышца постепенно слабеет, опорожнение становится неполным, и в пузыре накапливается **остаточная моча**. Поэтому нередко дно мочевого пузыря начинает выступать над лобком. Тогда мы прощупываем верхний полюс гладкого эластичного тела, основная часть которого скрыта за лобковым сочленением. Чтобы убедиться, что это действительно мочевой пузырь, а не, скажем, петля сигмовидной кишки, надавим слегка на это тело вглубь (к спине) и книзу (к малому тазу) и спросим больного, не захотелось ли ему помочиться. В случае утвердительного ответа проверим себя дополнительно: сместим пальцы несколько выше, к пупку, чтобы не касаться этого тела, снова надавим и снова спросим: «А сейчас хочется помочиться?». Отрицательный ответ при втором маневре окончательно удостоверит, что обнаруженное образование действительно является мочевым пузырем. Однако исследование не должно закончиться на этом. Если мы обнаружили выступающий хотя бы немного над лобком мочевой пузырь, надо предложить больному помочиться, а затем сразу снова прощупать надлобковое пространство. Если дно мочевого пузыря по-прежнему прощупывается, это говорит о серьезном расстройстве опорожнения и о значительном количестве остаточной мочи. Несколько раз при обычном, рутинном обследовании живота я, к своему изумлению, находил дно мочевого пузыря на середине расстояния между лобком и пупком и даже выше, хотя больной не предъявлял абсолютно никаких дизурических жалоб!

Точно так же надо взять себе в привычку пальпировать надлобковое пространство у каждой женщины: в молодом возрасте следует всегда помнить о возможной беременности, которая может оказаться сюрпризом не только для врача, но и для женщины; в более пожилом возрасте не так уж редки опухоли матки и придатков, как доброкачественные, так и злокачественные.

Пальпация почек. Почки расположены в забрюшинном пространстве, но прощупать их со стороны поясницы не удастся. Для пальпации почек используют сразу обе руки. Принцип этой **бимануальной пальпации** заключается в том, чтобы постараться поймать и зажать почку между ладонями, а затем позволить ей выскользнуть из них. В учебниках обычно рекомендуют укладывать больного в вполоборота на правый бок, если ищут левую почку, и в вполоборота на левый бок, если ищут правую почку. Лично я чаще достигал положительных результатов при положении больного просто лежа на спине – возможно потому, что это положение более удобно и создает наилучшее расслабление всех мышц.

Врач располагается справа от больного. При исследовании правой почки мы кладем правую ладонь плашмя на живот в правом подреберье, а ладонь левой руки подсовываем со стороны

правого бока больного в правую половину поясницы. Длинник каждой ладони совпадает с длинником туловища, а кончики пальцев чуть-чуть не доходят до реберной дуги как спереди, так и сзади. Затем мы пытаемся сблизить переднюю ладонь с задней (напоминаю еще раз, сжатие это должно быть плавным и мягким!). Поскольку почки смещаются при дыхании, то управлять дыханием больного при этом исследовании исключительно важно. Больному предлагают сделать ртом глубокий, но не очень быстрый вдох. Пальцы обеих рук остаются всё время вдавленными в тело больного как спереди (со стороны живота), так и сзади (со стороны поясницы). Как только начнется вдох, надо чуть-чуть ослабить давление пальцев (только!), но сами ладони при этом не разводятся. Тем самым, мы как бы впускаем почку в «ловушку» между ладонями. В момент начала следующего выдоха мы вновь слегка усиливаем сжатие пальцев и одновременно чуть-чуть сдвигаем обе руки вместе с кожей вниз, к тазу. В результате этого маневра пойманная, было, почка выскользывает из рук, как рыбка. Момент выскользывания очень отчетливо ощущается обеими ладонями сразу. При этом создается представление и о размере почки, и о характере её поверхности, и о её чувствительности. Если имеется неосложненный нефроптоз, то есть если сама ткань почки не поражена болезнью, то пальцы ощущают гладко-эластичное тело с закругленными краями, как у несколько сплющенного цилиндра с характерным закругленным нижним краем. Верхний полюс почки доступен для пальпации очень редко, при крайних степенях нефроптоза; обычно же удается прощупать только нижнюю часть почки. Нормальная почка безболезненна при пальпации. Точно так же пальпируют и левую почку, только на этот раз левая ладонь располагается спереди, на животе, а правую ладонь подсовывают через левый бок в левую половину поясницы.

У здоровых людей почки не пальпируются. Поэтому обнаружение хотя бы нижнего полюса почки, тем более её тела, требует дальнейшего выяснения с помощью уже более сложных инструментальных методов исследования (ультразвук, рентген). Иногда почка увеличена (или опущена) настолько, что она прощупывается даже при спокойном дыхании в виде плотного образования в подреберье. Тогда, естественно, возникает вопрос, является ли это тело почкой или же это что-то другое (селезенка? печень? опухоль?). Помогают здесь следующие признаки:

А) хорошая респираторная подвижность;

Б) округлые нижний и боковые края пальпируемого тела (селезенка гораздо более плоская, и потому ее края воспринимаются несколько заостренными, а у почки края округлые, вроде боковой поверхности чуть уплощенного цилиндра);

В) возможность прощупать это тело с помощью бимануальной пальпации (селезенка и печень расположены гораздо ближе кпереди и потому задней рукой не пальпируются);

Г) наконец, помогает маневр **баллотирования почки**. При этом маневре обе руки располагаются точно так же, как при обычной бимануальной пальпации. Когда изучаемое тело окажется между обеими ладонями, надо несколько раз слегка толкнуть его пальцами задней руки; если это почка, то она передаст эти толчки пальцам передней руки.

В заключение я приведу два поучительных случая из собственной практики.

Давным-давно, будучи клиническим ординатором, я обследовал пожилую больную, поступившую в терапевтическое отделение московской клинической больницы им. С. П. Боткина. Живот у нее был мягкий, и я без труда прощупал не только сигмовидную и слепую кишку, но и несколько сегментов поперечно-ободочной кишки. В правой половине последней я обнаружил хрящевой плотности тяжик толщиной с указательный палец и длиной в 2-3 см. Он был гладкий, безболезненный, легко смещался

вместе с примыкавшими к нему нормальными участками поперечно-ободочной кишки, не урчал. Запора и, вообще, нарушений стула не было. Я назначил рентгеновское исследование (бариевую клизму); утром накануне просвечивания я еще раз осмотрел больную и смог снова нащупать этот тяжик. Каково же было мое удивление, когда в заключении рентгенолога я прочел, что все участки толстого кишечника нормальны. Я бросился к больной – тяж оставался на месте! Тогда я пошел в рентгенологическое отделение и рассказал о своем недоумении доценту кафедры – опытному рентгенологу. Он любезно согласился лично повторить исследование. Через несколько дней меня вызвали в рентгеновский кабинет. Доцент сказал: «Вот Ваша больная под экраном, но я тоже не нахожу ничего особенного». Я подошел к столу, на котором лежала больная, и голой рукой, без перчатки вновь нашел подозрительный тяжик. Только тогда рентгенолог воскликнул: «Действительно, здесь что-то есть!». На прицельных снимках была хорошо видна опухоль поперечно-ободочной кишки...

А вот случай, который так поразил меня, что я записал его себе на память в тот же день.

Вызов на дом к больному 89 лет с давним мерцанием предсердий и хронической недостаточностью сердца. «Доктор, этой ночью у меня были ужасные боли в животе, прямо думал – конец пришел». Общее состояние неплохое, спокоен. «А сейчас болит?» – «Нет» – «Рвоты, поноса не было?» – «Нет» – «В каком месте болело?» – показывает на нижнюю половину живота. Сегодня утром был стул, как обычно. Артериальное давление и пульс без перемен по сравнению с предыдущим осмотром. Живот не вздут, скорее слегка впалый, мягкий, совершенно безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, сигмовидная и слепая кишка мягкие, безболезненные. По срединной линии ниже пупка пальпирующая рука ощущает несильную пульсацию, исходящую откуда-то из глубины – аорта? Как ни странно, аорта в животе обычно прощупывается не так уж часто даже при совершенно податливой брюшной стенке, уж во всяком случае гораздо реже, чем печень или сигмовидная кишка. Чтобы удостовериться, исследую этот участок более внимательно. Действительно, имеется безболезненный продолговатый мягко-эластичный тяж, идущий по срединной линии сверху вниз от пупка к тазу и умеренно пульсирующий. Но если поперечник нормальной аорты равен, примерно, толщине указательного или большого пальца, то обнаруженный тяж гораздо шире. Чтобы определить его боковые границы, я погружаю пальцы обеих рук в боковые отделы живота и продвигаю их навстречу друг другу к срединной линии до тех пор, пока кончики пальцев не начинают ощущать пульсирующий край. Расстояние оказывается 6–7 сантиметров – аневризма аорты! Пульсация бедренных артерий нормальной амплитуды и одинакова с обеих сторон. Шариковой ручкой я нарисовал на коже живота примерные границы пульсирующей опухоли и немедленно направил больного в больницу с диагнозом: «Расслаивающаяся аневризма брюшной аорты». В приемном покое сначала отнеслись к такому редкому и, главное, категорическому диагнозу, да еще поставленному простым участковым врачом. Увы, операция не смогла спасти жизнь больного...

ЯРМАРКА ДИЕТ, ИЛИ СУЕТА СУЕТ...

Все согласны, что правильное питание необходимо как для сохранения здоровья, так и для успешного лечения болезней. Но что это такое – правильная, или рациональная, или полезная диета? На это пытался ответить еще Гиппократ. Для этого он использовал свои собственные эмпирические наблюдения, а также тогдашние теоретические представления о сути болезней. Впрочем, основой для его рекомендаций были, конечно, пищевые привычки современников: ведь образ питания народа основан на гигантском коллективном опыте целого ряда поколений. Однако многое из того, что для Гиппократа было простым до очевидности, разумным и общепринятым, кажется ныне странным. Так, он советовал употреблять вино, обязательно разбавляя его водой, просто зимой меньше, а летом «разведенное большим количеством воды». Это не было его личным мнением: в те времена так было принято; неразбавленное вино пили только горькие пьяницы. В древней Греции все вина были натуральные (сухие), т.е. они содержали 11%–12% алкоголя. Более крепкие напитки появились гораздо позже, в средние века, когда был изобретен процесс дистилляции. Как поражен был бы отец медицины, узнав, что ныне миллионы людей, которых никто не считает алкоголиками, употребляют водку, виски, коньяк (40% алкоголя) и даже чистый спирт без видимого вреда; нынешние врачи осуждают не сами эти крепкие напитки, а лишь злоупотребление ими, то есть приём их в больших количествах!

В античности многие питались всего два раза в сутки, но было немало людей, которые ели только один раз в день. Гиппократ не видел в этом ничего плохого и не призывал к более частому питанию: «И тех, которые привыкли принимать пищу дважды в день, и тех, которые – однажды, внезапные перемены портят и делают слабыми». Поэтому даже при назначении лечебного питания во время болезни он советовал не менять привычек пациента: «тем, кто привыкли принимать пищу два раза в день, дважды следует давать...; тем же, которые привыкли принимать пищу раз в день, в первый день давать однажды в случае необходимости и можно также давать дважды, если покажется нужным прибавить» (Книга «О диете при острых болезнях»). Минули тысячелетия, и теперь завтрак, обед и ужин кажутся нам естественным, извечным распорядком. Специальные эксперименты не замедлили укрепить нашу веру, что трехразовое питание гораздо полезнее двухразового (одноразовое питание даже не исследовалось учеными диетологами), но еще «более благоприятным для человека является 4-кратный прием пищи» (Большая медицинская энциклопедия, 2 издание, 1962 г.) Бедные древние греки! Как же им удавалось сохранить здоровье при их ужасном режиме питания?

Уже во времена Гиппократа медики горячо спорили о преимуществах той или иной лечебной диеты: «Некоторые врачи весь свой век дают непроцеженные ячменные отвары и думают, что они правильно лечат; а другие прежде всего заботятся о том, чтобы никоим образом больной не съел ячменного зернышка, думая, что от этого последует большой вред, но, процедивши через полотенец, предлагают только сок ячменя» (там же). У отца медицины также было на сей счёт свое твердое мнение. Он был убежден, что при воспалении легких, «если боль в боку непрерывна, не уступает теплым припаркам, и отхаркивание совсем не выходит, ... если в этом случае не разрешить боли размягчением желудка или кровопусканием ... , а дать больным в таком положении отвар ячменя, то скоро у таких наступит смерть».

Можно снисходительно улыбнуться наивности наших знаменитых предшественников, не

знавших ни физиологии пищеварения, ни химического состава пищевых продуктов, ни роли витаминов и микроэлементов, ни вообще биохимии обмена веществ. Но, несмотря на то, что авторы современных диет обосновывают свои рекомендации новейшими научными экспериментами, ни в каком другом отделе терапии мы не встречаем такого разброда мнений, такого шарахания из стороны в сторону, как в диететике.

Возьмем для примера лечение язвенной (пептической) болезни. В начале 19-го века Крювелье, впервые подробно описавший эту болезнь, считал, что выбор пищи надо предоставить пациенту: «Инстинкт больного является гораздо более надежным руководителем, чем все наши ученые предписания». Спустя несколько десятилетий ему вторил Труссо: «Разнообразие пищи – вероятно, самое полезное из всех наших средств при лечении диспепсий... Желудок любит разнообразие». После того, как Клод Бернар и И.П.Павлов открыли механизмы желудочной секреции, стали изобретать диеты, долженствовавшие снизить продукцию соляной кислоты. Не сосчитать исследований, выяснявших, какие пищевые продукты особенно усиливают желудочную секрецию и потому вредны, а какие обладают слабым сокогонным действием и потому полезны. На протяжении восьмидесяти лет все были убеждены, что противоязвенная диета должна быть щадящей как в механическом, так и в химическом отношении, то есть быть невкусной, а проще говоря, тошнотворной. Сколько таких диет было предложено, какие дискуссии велись между их сторонниками! Известный гастроэнтеролог Г.Л.Левин рассказывал мне в 1958 г., что в клинике лечебного питания, где он прежде работал, врачи могли спорить до хрипоты, какая разновидность щадящей диеты более показана данному больному – стол 1 А или стол 1 Б...

Можно, конечно, сказать в оправдание, что в то время не было других возможностей хоть сколько-нибудь уменьшить желудочную секрецию – важнейший фактор в патогенезе пептической язвы. Но уже в 70-е годы прошлого века сначала отдельные скептики, а затем и серьезные учебники стали утверждать, что лечение язвенной болезни не требует никакой специальной диеты (см., например, Cecil's Textbook of Medicine, 14th ed., 1975). – Маятник качнулся назад, к Труссо и Крювелье! Самое интересное, что произошло это еще до того, как появились принципиально новые лекарства типа симетидина или омепразола, которые позволяют почти полностью подавить выделение соляной кислоты безо всякой диеты...

Сейчас мы являемся свидетелями другого увлечения. Точно так же, как в прошлом было бы просто неприлично не назначить при пептической язве строгую щадящую диету, так теперь каждому больному с ишемической болезнью сердца непременно предписывают резко сократить прием животных жиров и перейти на растительное масло. Оказались скомпрометированными и приобрели зловещую репутацию молоко, сливочное масло, сметана, сыр, яйца, мясо, сало, мясные бульоны, всё жареное и множество других вкусных пищевых продуктов, которыми люди безмятежно наслаждались веками!

Главным основанием для таких суровых запретов послужили исследования, которые сопоставили диетические привычки в разных странах с частотой ишемической болезни. Оказалось, что в средиземноморских странах (Италия, Греция), где население питается преимущественно растительной пищей и оливковым маслом, уровень холестерина в крови невысок, а ишемическая болезнь сердца встречается редко. Напротив, в США употребляют в пищу много мяса, молочных изделий и животных жиров; здесь уровень холестерина гораздо выше, а ишемическая болезнь стала буквально национальным бедствием. Эти факты были многократно подтверждены обширными и тщательными эпидемиологическими исследованиями. Вывод напрашивался сам собой: учащение атеросклероза и ишемической болезни сердца в богатых, промышленно развитых странах произошло потому, что там резко изменился характер питания, и, стало быть, чтобы снизить заболеваемость, надо вернуться к более здоровой диете, наподобие средиземноморской.

Правда, этому соблазнительно простому и понятному заключению противоречило одно обстоятельство. Национальные пищевые привычки очень консервативны, они складываются веками и меняются медленно. Напротив, заболеваемость ишемической болезнью стремительно выросла на протяжении всего одного – двух поколений. Вот поучительная иллюстрация. Знаменитый американский кардиолог P. D. White на склоне своей карьеры в 1968 г. вновь просмотрел все истории болезни, которые он лично заполнял в 1912–1913 г.г., будучи интерном, а потом и резидентом в Массачусетском Генеральном госпитале – одной из лучших клинических больниц того времени (как, впрочем, и теперь). Из 800 больных, которых он курировал сам, стенокардия была диагностирована только у восьми человек, причем у трех из них причиной ангинозного синдрома был несомненный сифилитический аортит, а еще у одного была ревматическая аортальная регургитация. Значит, стенокардия, обусловленная атеросклерозом венечных артерий сердца, была только у 4 больных из 800, лежавших в терапевтическом отделении – 0,5%! Чуть позже, Уильям Ослер (William Osler 1849-1919) в восьмом издании (1918 г.) своего классического учебника по внутренним болезням писал об **Angina Pectoris**: «Это редкая болезнь в госпиталях: в среднем, один случай в год даже в крупной столичной больнице. Это болезнь обеспеченных классов, так что частно практикующий консультант может за год встретить дюжину или даже больше... Создается впечатление, что напряжения и волнения, в особенности же заботы, предрасполагают к ней».

Поразительную редкость стенокардии в начале 20-го века нельзя объяснить малой известностью или трудностью диагностики этого синдрома в то время: клиническая картина настолько характерна и выпукла, что к первоначальному описанию Гебердена (1768 г.) и сейчас нечего добавить. И все-таки совпадение средиземноморской диеты с низким уровнем холестерина и редкостью ишемической болезни слишком бросалось в глаза и прямо-таки соблазняло большинство врачей сделать вывод, что эти явления связаны между собой, как причина и следствие.

Работая в Москве, я тоже многие годы безжалостно запрещал своим кардиологическим больным яйца, сливочное масло и прочие «вредные» продукты. Но когда я переехал жить в Израиль, вера моя в спасительность средиземноморской диеты ослабела. Причиной тому было одно житейское наблюдение. Нередко здесь можно увидеть следующую картину. Перед красным светом светофора останавливаются рядом две машины, и их водители начинают переговариваться между собой. Даже когда появляется зеленый свет, они не трогаются с места и по-прежнему оживленно беседуют. Автомобили, стоящие за ними, нетерпеливо сигналият. Тогда один из собеседников высовывает руку из бокового окна и делает ею успокоительные знаки: «Погодите, дайте договорить!». Ни в Москве, ни в Париже, ни в Нью-Йорке я таких сцен не встречал. Что это, как не проявление левантийской ментальности, то есть стремления жить не торопясь, спокойно и удобно – к чему спешить, зачем нервничать? Надо долго прожить, а еще лучше родиться здесь, чтобы проникнуться этой душевной безмятежностью и не испытывать постоянной внутренней спешки, напряжения и тревоги, столь характерных для жителей западных стран.

Свойства национального характера легко схватываются общим впечатлением, но как их подвергнуть строгому количественному анализу? То ли дело сравнивать различные диеты, старательно измерять всё в граммах и в калориях, а потом обрабатывать результаты новейшими статистическими методами! Не удивительно, что в центре исследований оказались не особенности образа жизни и национального характера в разных странах, а всего лишь одна поверхностная деталь – продуктовая корзина, которую изучать легко и просто. Но ведь любой врач каждый день видит, какое громадное значение имеют всевозможные отрицательные эмоции в возникновении и развитии ишемической болезни сердца. Вряд ли пищевые привычки миллионов людей могли радикально измениться на протяжении всего нескольких десяти-

летий. А вот образ жизни в индустриальных странах Запада преобразился за это же время до неузнаваемости. Существование в условиях постоянной конкуренции и спешки, желание выделиться или отличиться, необходимость часто принимать важные решения, неуверенность в завтрашнем дне, боязнь потерять работу – всё это резко отличает наше беспокойное время от идиллического прошлого. Разве не ясно, что перемены такого рода гораздо важнее для возникновения ишемической болезни, чем увеличение животных жиров и калорий в пище?

Многому научило меня следующее наблюдение. Ко мне обратилась женщина лет 50 с сердечными жалобам. У неё на веках были желтоватые бляшки - ксантелазмы, отложения холестерина в коже; их наличие указывает на высокий уровень холестерина в крови. Пациентка была миловидная; я подумал, что она, наверное, часто и с удовольствием смотрится в зеркало, и спросил: «Давно ли у Вас эти пятнышки?». – «Впервые я заметила несколько мелких пятнышек пять лет тому назад, через несколько месяцев после смерти моей мамы. А год назад, когда умер мой любимый папа, и я сильно горевала, эти пятнышки как-то очень быстро – за два-три месяца - увеличились в размере, и их стало гораздо больше». Я был поражен. Одно такое наблюдение поучительнее десятка экспериментов на животных. Обычно мы думаем, что холестерин откладывается в стенку кровеносного сосуда медленно и неуклонно, так же, как, например, постепенно засоряется сточная труба кухонной раковины. Оказывается, этот процесс может идти скачкообразно и резко ускоряться под воздействием отрицательных эмоций!

А вот еще одно подтверждение этой мысли. Газеты сообщили, что бывший президент США Клинтон в сентябре 2004 г., т.е. спустя три года после ухода в отставку перенес обширную операцию на сердце (четыре шунта) по поводу почти полной закупорки практически всех коронарных артерий. На протяжении 8 лет работы в Белом доме Клинтон ежедневно бегал трусцой, регулярно проходил тщательные медицинские проверки; в частности, повторные пробы с физической нагрузкой давали, по словам официальных отчетов, «превосходные результаты». Очевидно, Клинтон был совершенно здоров. Только в самом конце пребывания у власти, в январе 2001 г. у него нашли повышение холестерина (общий 233 мг%, «плохой холестерин» – LDL- 177 мг%) и назначили соответствующее лекарство (Zocor /Simvastatin/). Вероятно, прежде уровень холестерина был нормальным, иначе врачи отреагировали бы раньше. Итак, еще совсем недавно просветы венечных артерий у Клинтона были совершенно свободными, а спустя всего 3 – 4 года они оказались почти полностью закупоренными, так что потребовалась срочная операция – какое-то странное, галопирующее развитие атеросклероза! А ведь Клинтон, по словам тех же газет, всю жизнь любил гамбургеры, сосиски и вообще Fast food (стандартную еду в закусочных), пищу, особенно способствующую, по мнению врачей, развитию атеросклероза. Но всё сходило с рук, пока он не вышел на пенсию. Легко представить, какие эмоции и душевные бури могут возникнуть у крепкого, еще не старого и энергичного человека, внезапно оказавшегося не у дел... Как часто мы видим, что вскоре после серьезной душевной травмы (вынужденный уход на пенсию, смерть близкого человека и т.п.) возникает инфаркт миокарда, инсульт, злокачественная опухоль.

Одна из десяти заповедей Моисея гласит: «Почитай отца твоего и мать твою, чтобы продлились дни твои на земле» (Исход, гл. 20, ст. 12). Итак, Библия считает условием долголетия не какую-то специальную диету, не активный образ жизни, и даже не ревностное выполнение религиозных обрядов, а всего лишь тесные семейные связи! Такая причинно-следственная связь может показаться странной и уж, во всяком случае, не научной. Но если вдуматься, то атмосфера взаимного уважения, тепла и любви в семье – этой важнейшей области человеческого существования, является мощным и благотворным психологическим фактором. Это броня хорошо защищает от превратностей судьбы и облегчает жизнь.

Есть в Библии еще одно высказывание, прямо относящееся к рассматриваемому вопро-

су. «Дней лет наших семьдесят лет, а при большей крепости восемьдесят лет» (псалом 89, ст. 10, «Молитва Моисея, человека Божия»). Слова эти написаны более трех тысяч лет назад. Факт поразительный. Ведь и теперь кончина в возрасте 70–80 лет не считается чем-то преждевременным ни в Японии, ни в России, ни в Италии, ни в США. В древности детская смертность от инфекционных болезней была по нашим понятиям ужасающей; военные и производственные травмы мужчин и женские роды заканчивались летально гораздо чаще, чем теперь. Поэтому в тогдашнем обществе только немногие достигали возраста 70-80 лет, и *средняя* продолжительность жизни была короткой. Но вот оценка *естественной* продолжительности человеческой жизни была в глубокой древности точно такой же, как и теперь. А ведь питались современники Моисея или царя Давида совсем по-другому, чем мы! За три тысячи лет даже у одного и того же народа пищевые привычки могут измениться до неузнаваемости. Да и сейчас, сколько народов на земном шаре, столько и разных диет. И всё-таки, несмотря на это, библейская оценка естественной продолжительности человеческой жизни сохраняет и сейчас свою справедливость в самых разных странах. Это означает, что не существует какой-то особенной диеты, способствующей долголетию. Вряд ли поэтому можно говорить, что какая-то пища более здоровая или более полезна: все стихийно сложившиеся национальные диеты одинаково хороши, и нечего ломать их без большой нужды.

По-настоящему твердо установленные и бесспорные факты в диетологии можно пересчитать по пальцам. Зато многое из того, что считают чуть ли не аксиомой, на самом деле может быть оспорено.

Возьмем для примера ожирение. Есть два общепринятых принципа борьбы с избыточным весом – 1) уменьшить поступление в организм высококалорийной пищи и 2) увеличить расход энергии. Это кажется таким очевидным и адекватным, что ничего другого, вроде бы, и не надо. Но почему же эти простые способы не помогают? Все предложенные с этой целью диеты оказываются эффективными лишь у меньшинства больных, да и то, в лучшем случае, на короткое время. Можно, конечно, отмахнуться от этого досадного факта и сказать, что виновата не диета, а пациент, который перестал ее соблюдать. Но если непослушны и капризны почти все больные, то быть может, надо избрать совсем другой путь? Дон Жуана не переделывать проповедью воздержания.

Если нам никак не удастся приучить больного к малокалорийной (увы, невкусной!) пище, то, казалось бы, второй способ ещё надежнее и легче выполним. «Вы должны больше двигаться, заниматься спортом! Ведь это не только поможет сбросить лишний вес. Это полезно и приятно во всех отношениях» – говорим мы больному, будучи убеждены, что уж на такой аргумент возразить нечего. И даже если мы слышим в ответ: «Но мне тяжело бегать, я задыхаюсь», у нас готово безотказное возражение: «Пустьки! Начните с легких нагрузок, постепенно вы сможете добиться большего». Немного смущает, правда, другое замечание больного: «После занятий спортом у меня пробуждается волчий аппетит», но всё-таки мы продолжаем стоять на своем... Увы, практика и здесь разочаровывает. В чем же дело? А ведь, если вдуматься, то сидячий образ жизни вовсе не обязательно приводит к ожирению. Среди конторских служащих тучные люди отнюдь не составляют большинство. Почему-то наиболее подвижны и деятельны именно округлые сангвиники с брюшком, а не долговязые флегматики. Вспомним У. Черчилля, Н.С. Хрущева, Фальстафа, Чичикова, с одной стороны, и Де Голля, Линкольна, Гамлета, Дон Кихота – с другой...

Проще всего обвинить толстяка в переедании. Гораздо труднее ответить на вопрос, почему только некоторые люди любят вкусно и сытно поесть. Знаменательно, что среди этих обжор преобладают сангвиники. По-видимому, чтобы растолстеть, необходим не только свободный доступ к высококалорийной пище, но и любовь к еде, а также повышенное усвоение пищи, то есть особое внутреннее предрасположение, которое мы в нашем неведении назы-

ваем конституцией. Ожирение вызывается не только и даже не столько внешним фактором (количеством калорий в пище), а какой-то гораздо более глубокой, внутренней особенностью индивидуума. Но если причина ожирения так тесно связана с самой сущностью данного человека, с его характером, то наши попытки воздействовать на избыточный вес только извне диетой и спортом слишком примитивны и поверхностны, чтобы быть успешными.

Никто не будет спорить, что для больного сахарным диабетом сладости вредны, что пища, богатая грубой клетчаткой, помогает при запорах, что при остром пищевом отравлении полезно кратковременное голодание – любой врач ежедневно убеждается в этих истинах на практике. Равным образом, не подлежат сомнению случаи индивидуальной непереносимости того или другого пищевого продукта. С такого рода фактами врач встречается постоянно. Поэтому представленные здесь скептические размышления отнюдь не отвергают вообще необходимости специальных диетических мероприятий в ряде случаев.

Больше того, лечебные диеты, несомненно, полезны с еще одной точки зрения. Любое лечебное средство воздействует на больного не только своими химическими или физическими свойствами, – так сказать, напрямую, – но и психотерапевтически. Больному помогает не только вещество таблетки, но и ее внешний вид и название, уверенность доктора, с которой он назначил именно это, а не другое лекарство, репутация этого лекарства среди больных, реклама и многие другие факторы, создающие вместе как бы психологическую приправу к блюду. Точно так же и лечебные диеты влияют не только благодаря своему специальному пищевому составу. Мужественно перенося наложенные на него диетические ограничения и неудобства, больной тем самым осознает себя самостоятельным, активным участником лечения, он вносит свой собственный вклад в борьбу с болезнью. Это дисциплинирует, мобилизует, бодрит и дает внутреннее удовлетворение. Такая психологическая поддержка очень ценна.

Нередко еще до встречи с врачом больной уже рассчитывает, что ему назначат диету. Ведь он слышал от окружающих, что при его болезни какие-то пищевые продукты вроде бы вредны, а какие-то полезны. Поэтому он ожидает от доктора четких и подробных рекомендаций также и в части питания. Будет ошибкой не удовлетворить эту надежду. Даже к тем предрассудкам и ошибочным мнениям, которые уже давно отвергнуты серьезной наукой, но еще широко распространены среди больных, надо относиться деликатно и не рубить сплеча. Например, большинство убеждено, что «для печени вредно всё жареное». Вряд ли это утверждение имеет солидное научное обоснование. Но если у больного имеются диспепсические жалобы или обнаружены камни в желчном пузыре, а вы скажете ему в соответствии с новейшими данными, что никакой особой диеты не нужно, и что можно есть всё, пользы это не принесет. Скорее всего, больной вам не поверит. Он будет неприятно удивлен, или даже возмущен легкомыслием врача. А ведь можно с чистой совестью сделать шаг навстречу и просто сказать, что не следует *злоупотреблять* жареной пищей. Такой либеральный совет будет полезен во многих отношениях: с одной стороны, вы не разочаровали больного, и он услышал совет, который заранее считал правильным; но с другой стороны, не запрещая жареное полностью, вы оберегаете больного от слишком ограниченной, однообразной диеты. Он будет только рад, что его не лишили полностью маленького гастрономического удовольствия. В то же время, некоторая, в пределах разумного, воздержанность в еде предупредит чрезмерную активность желчного пузыря и его болезненный спазм в ответ на слишком большую за один раз жировую нагрузку. Ведь значительное учащение приступов желчной колики в праздники объясняется не тем, что для этих дней характерны именно жареные блюда, а чрезмерно обильной едой, – попросту, обжорством.

Точно так же при обострении язвенной болезни я с непреклонным видом назначаю щадящую диету, но всего на несколько дней – до стихания болей. Однако как только наступает

улучшение, я разрешаю вернуться к привычной пище. Такая тактика вполне соответствует ожиданиям больного и устраивает его.

Но если некоторые пищевые предрассудки наших пациентов настолько невинны, что заслуживают снисходительного отношения, бывают ситуации, когда надо поступать по-другому. В первую очередь это относится к довольно многочисленной группе больных с хроническими диспепсическими жалобами, которые годами придерживаются крайне ограниченной, неполноценной диеты. С печальным стоицизмом, но и не без некоторой гордости они сообщают свой диагноз (обычно «хронический колит» или «хронический гастрит») и затем перечисляют длинный список пищевых продуктов, которые им, якобы, вредят. От яблок у них бывает изжога, от груш – запор, капуста и фасоль пучат, мясо и яйца вызывают боли в животе, молочные продукты вызывают понос, помидоры и цветная капуста вредны для суставов, бульоны, как всем известно, вызывают склероз... Иногда в остатке оказываются лишь овсяная каша, творог, жидкий чай и белый хлеб. Эти добровольные аскеты на самом деле – просто хронические ипохондрики, для которых болезнь составляет главный интерес в жизни, а еда стала важным ежедневным ритуалом. Вряд ли можно переделать их тревожно мнительный ипохондрический характер, но не так уж трудно помочь этим несчастным мученикам избавиться хотя бы от части нелепых ограничений, которые они добровольно взвалили на себя. Правда, делать это надо деликатно, чтобы не вызвать протест.

Сначала следует выяснить, насколько реальна непереносимость того или иного пищевого продукта. Допустим, больная утверждает, что вот уже десять лет она не ест жареное (или яйца, помидоры и т.п.). «А всё-таки, когда Вы бываете в гостях, приходится ведь иногда съесть котлетку?» – «Да, но очень редко» – «И что же, Вы всякий раз расплачиваетесь за такое прегрешение?» – «Нет, обычно обходится, ведь я очень осторожна». – «А когда Вы сидите на самой строгой диете, более совсем не бывает?» – «Нет, иногда бывают». Только после того, как выяснены эти поучительные факты, можно перейти в наступление. Сначала я напоминаю больной, что из-за своей строгой однообразной диеты она не получает необходимого количества витаминов, микроэлементов и других важных веществ. «В результате к Вашему первоначальному заболеванию присоединился запор (или понос), слабость и другие болезненные явления. Может быть, когда-то, в начале, Ваша диета была оправдана, но теперь она вредит. Вам просто жизненно необходимо более разнообразное питание» – «Но всякий раз, когда я пытаюсь расширить диету, мне становится плохо!». – «Ваш аппарат пищеварения настолько детренирован, что любая дополнительная нагрузка оказывается болезненной. У молодого здорового солдата после первого марш-броска тоже всё болит. Помочь ему можно, либо уволив его из армии навсегда, либо отправив его завтра же в новый поход. Спустя неделю-другую солдат окрепнет, и все его жалобы пройдут! Конечно, если бы Вы сказали, что хорошо себя чувствуете только тогда, когда Вы строжайшим образом соблюдаете диету, я бы поднял руки. Но ведь Вас не спасает даже сплошная манная каша! Так уж лучше, «за те же самые деньги» есть что-нибудь повкуснее и полезнее. Начните расширять свою диету постепенно, добавляйте каждый день хотя бы маленькую порцию новой пищи и не падайте духом, если иногда будут неудачи. Разумеется, делать это надо осторожно. Скажем, съешьте сегодня немного жареной картошки. Если ничего плохого не случилось, значит это можно. Но даже если возникнут неприятные ощущения, не торопитесь с выводами: ведь это у Вас бывало и раньше. Может, это случайное совпадение. Переждите несколько дней и попробуйте снова. Точно таким же образом вы сможете испытать все другие блюда. Главное, не бойтесь и настойчиво расширяйте свой стол. Как сказал один мудрый врач, желудок любит разнообразие». Такой подход импонирует пациенту. Он видит, что врач сочувствует ему, не отмахивается от его опасений, осторожен в своих советах и не относится с пренебрежением к дорогим его сердцу предрассудкам...

Любая лечебная диета является ограничением. Психологически всегда легче запретить, чем разрешить, особенно, если это касается не нас самих. А вот чтобы снять запрет, надо взять ответственность на себя. Но любое ограничение лишний раз напоминает больному о его болезни, угнетает и ослабляет волю к борьбе. Наоборот, любое расширение режима показывает, что болезнь не так уж страшна. Вот почему, прежде чем назначать какую-нибудь строгую диету, особенно на длительный срок, полезно всякий раз основательно подумать, стоит ли слишком уж рьяно и безжалостно ломать пищевые привычки нашего пациента...

ПОСТСКРИПТУМ. Недавно в Journal of American Medical Association (JAMA, 2006; vol.296, pp. 655-666) опубликовано исследование, авторы которого попытались выяснить, уменьшится ли риск сердечнососудистых заболеваний, если длительное время соблюдать диету с пониженным содержанием жиров в пище. В эксперимент были включены 48 835 (!) женщин в возрасте от 50 до 79 лет, и наблюдения за каждым участником вели на протяжении, в среднем, **восьми лет**. Одна группа (контрольная) питалась обычной американской пищей, а вторая группа потребляла гораздо меньше жиров, но зато больше овощей и фруктов. Частота ишемической болезни сердца и мозговых инсультов в обеих группах оказалась одинаковой...

А вот и еще материал для размышлений. В январском выпуске солиднейшего British Medical Journal за 2013 г. (BMJ, January 18, 2013) опубликована статья под интригующим заглавием «**Does egg intake really influence risk of cardiovascular disease?**» (Действительно ли потребление яиц влияет на риск возникновения сердечнососудистых заболеваний?). Авторы проанализировали результаты различных массовых исследований о влиянии диет на частоту сердечнососудистых заболеваний. В суммарную разработку (мета-анализ) были включено около **полумиллиона** человек, а длительность наблюдения колебалась от 8 до 22 лет. Оказалось, что потребление до 7 яиц в неделю (одно яйцо ежедневно) не сказывалось на частоте возникновения инфарктов миокарда или мозговых инсультов...

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНОГО

Много огорчений ожидает молодого врача, когда он начинает работать самостоятельно. Во-первых, большинство его пациентов оказываются совершенно не похожими на больных, которых он видел в клинических больницах. Там ему показывали переломы, инфаркты, инсульты, сепсис, злокачественные опухоли, кровотечения, комы и прочие опасные для жизни состояния. Но оказавшись вне больничных стен, он обнаруживает, что на одного больного с крупозной пневмонией, признаки которой он знает назубок, приходится сотня больных с простудой, насморком и кашлем, у которых нет ни только пневмонии, но и даже острого бронхита. Другие больные жалуются на изжогу и на боли в животе; но лишь изредка ему удается найти бесспорную пептическую язву, точь-в-точь как у того больного, которого он курировал в учебном госпитале, и которая так подробно описана в учебнике. С настоящей дизентерией он сталкивается всего один-два раза в год, хотя каждую неделю к нему приходят больные с жалобой на понос. Таких больных он раньше не встречал...

Оказывается, он знает лишь малую часть болезней, которые бывают в реальной жизни! Ведь больницы предназначены для лечения только самых тяжелых больных, а в реальной жизни они встречаются редко. Громадное большинство остаётся у себя дома, либо потому что их состояние не настолько тяжелое, чтобы нужна была срочная госпитализация, либо потому, что их болезни вообще не требуют госпитального лечения.

Несмотря на это, он все же нередко оказывается на высоте и находит объяснение жалобам. Так, у больного с простудой и болями в горле он видит в носоглотке слизь и гиперемию. Больного с изжогой он посылает на рентген, и ему сообщают о забросе желудочного содержимого в пищевод («рефлюкс»). В случае поноса удается выявить либо недавнюю пищевую погрешность, либо дисбактериоз из-за длительного приема антибиотиков, либо нехватку пищеварительных ферментов и т.д. Дело в том, что, хотя эти болезни не тяжелые, они, точно так же, как и госпитальные болезни, имеют четкую и понятную *органическую природу*. Поэтому навыки, полученные молодым врачом в клиническом госпитале, позволяют ему разобраться в этом новом, непривычном для него контингенте.

Но слишком часто все его диагностические поиски ни к чему не приводят, и больной остается непонятым. Это болезненное разочарование в собственных силах испытал и я, гордый обладатель докторского диплома с отличием, когда в 1954 году начал самостоятельный амбулаторный прием в отдаленной карельской деревне. Например, больной жалуется на одышку, но я не нахожу ни заболевания сердца, ни заболевания легких. Другой жалуется на боли в сердце; я надеюсь, что в ответ на мои вопросы он скажет, что это боли за грудиной, давящие, и возникают они во время ходьбы. Тут-то я и смогу сразу поставить диагноз **Angina Pectoris**, как меня учили! Увы, оказывается, что боли эти ноющие, захватывают всю грудную клетку, не связаны ни с физической нагрузкой, ни с движениями туловища и длятся иногда целый день подряд. Этого в учебнике не было, и я не знаю, что это такое... При жалобе на головокружение я добросовестно проверяю, нет ли нистагма, провожу пальценосовую пробу и пробу Ромберга, но никаких ненормальностей не оказывается. При головной боли я не обнаруживаю ни артериальной гипертонии, ни признаков мигрени, менингита, мозговой опухоли или другой известной мне болезни. Лишь изредка попадались больные, у которых клиническая картина в точности соответствовала описанию в учебнике, например больной с

фиброзно-кавернозным туберкулезом, с крупозной пневмонией, с острым аппендицитом, с ретротонзиллярным абсцессом. Но это были маленькие знакомые островки среди безбрежных неведомых вод. Я мучительно придумывал диагноз, который хотя бы приблизительно соответствовал тому, с чем приходилось иметь дело, и мне было стыдно...

Я не знал, кого винить – то ли учебники и преподавателей, которые не подготовили меня к этим неожиданностям, то ли себя за недостаточное усердие в студенческие годы. Много лет спустя мне попалась небольшая книга английского врача Ричарда Гордона «Доктор на свободе», в которой он с большим юмором рассказал о своих злоключениях в начале самостоятельной работы. «В первую же неделю я обнаружил, что большинство больных страдало от заболеваний, совершенно неизвестных медицинской науке. Меня озадачивали такие симптомы, как «подкова давит на голову», «жаворонки в животе», «по спине бегают хорьки!». Итак, не я один пережил этот шок при первой встрече с действительностью.

По-видимому, этот интеллектуальный шок начинающего врача является повсеместным феноменом. Его испытал и такой гигант клинической медицины, каким был английский кардиолог Джеймс Макензи (James Mackenzie, 1853-1925). Он также начал свою карьеру врачом общей практики и проработал в этой скромной должности более 20 лет. В старости он признался: «Начав работать, я вскоре убедился, что не в состоянии распознавать болезни у большинства моих пациентов... Несколько лет я блуждал в потёмках и погружался в рутину, то есть просто давал какие-то лекарства, которые, вроде бы, помогали. Наконец, это мне опротивело, и я решил тщательнее наблюдать, чтобы улучшить свои знания».

Причин этого явления несколько. Во-первых, обучение будущих врачей происходит, как правило, в крупных клинических больницах. Там студентам демонстрируют больных с наиболее тяжелыми или далеко зашедшими, финальными стадиями заболеваний. В этих случаях характерные признаки каждой болезни выражены ярко и легче поддаются диагностике. Ясно, что такие больные составляют лишь малую долю от общего количества пациентов в реальной жизни. Напротив, больные с начальными стадиями и легкими формами болезни (а таких подавляющее большинство) остаются дома и обращаются за помощью к врачам общей практики. Диагностические признаки в этих случаях либо стерты, либо сильно отличаются от тех, которые можно наблюдать в больнице. Например, развернутая картина инфаркта миокарда включает не только длительную и интенсивную загрудинную боль, но часто также серьезные нарушения ритма, сосудистый коллапс и отек легких. Но ведь это финал ишемической болезни, тогда как на протяжении многих лет главным проявлением её является стенокардия (**angina pectoris**) – даже не столько боль, сколько неясное чувство сжатия или жжения за грудиной.

Во-вторых, к врачу общей практики обращаются не только больные, но, как ни странно, нередко даже здоровые люди. Иногда это просто забота о своём здоровье, но нередко человека приводит к врачу мимолетное неприятное ощущение, которое совершенно безвредно, но встревожило его. Таких пациентов в госпитале не бывает и подавно, но как порой трудно с уверенностью поставить диагноз «здоров»!

Третья, пожалуй, наиболее важная причина заключается в том, что врач привыкает за годы учебы иметь дело только с соматическими болезнями. Он лишь поверхностно знаком с функциональными и невротическими расстройствами и потому не замечает их у своих пациентов. А ведь они могут сильно влиять на клиническую картину и изменяют её иногда почти до неузнаваемости. Мало того. Оказывается, эти нарушения чрезвычайно распространены. Так, по сводным данным, приведенным в интереснейшей и с блеском написанной книге С.Я.Бронина «Малая психиатрия большого города» (М., 1998), психические отклонения разной степени выраженности (от тяжелой шизофрении до банальных неврозов) встречаются у 20-30% населения, а тревогу отмечали до 75% опрошенных! В Великобритании к врачу об-

щей практики за год обращается 400 человек по поводу невротических расстройств и только 40 больных пептической болезнью, 30 – ишемической болезнью сердца, 25 – эссенциальной гипертонией, 20 – сахарным диабетом, 8 – со злокачественной опухолью, 5 – с острым аппендицитом (Дж. Фрай. Распространенные болезни, пер. с англ., М., 1978). Это подтверждают и результаты громадного интернационального исследования (Neuropsychopharmacology 2011: 21, 655–679). Оказалось, что ежегодно 38,2% всего населения Европейского экономического сообщества, т.е. 164,8 миллионов человек (!) страдает от разных невротических расстройств. Особенно часто встречаются состояния тревоги (14%), расстройства сна (7%), расстройства настроения (6,9%), алкоголизм и наркотическая зависимость (4%).

Кстати, я намеренно пользуюсь этим общим и нейтральным обозначением «невротическое расстройство» вместо вышедших из употребления терминов «невроз», «неврастения» и т. п. Как бы ни называть это состояние и как бы ни классифицировать его варианты (тревога, фобия, истерия, навязчивость, ипохондрия и т.п.), но само его существование не подлежит сомнению. Для врача общей практики важно установить само наличие такого расстройства. Что же касается его детализации, попыток выделить какие-то подгруппы, то это затрудняет даже специалистов и вызывает среди них ожесточенные споры.

Поскольку невротические расстройства так распространены, то не удивительно, что они часто бывают и у больных, страдающих болезнями с материальным субстратом. Здесь могут быть разные ситуации. В некоторых случаях чисто соматическая патология порождает у больного невротическое расстройство. Это не удивительно: любая болезнь может вызвать целую гамму отрицательных эмоций – страх, тревогу, уныние, растерянность, отчаяние. В других случаях соматическое заболевание возникает на фоне невротического расстройства, которое было уже и до того. Наконец, невротическое расстройство само по себе, даже в отсутствие соматической патологии иногда побуждает больного обратиться не к невропатологу или психиатру, а к интернисту, поскольку неприятные ощущения, от которых он страдает, кажутся ему (а то и доктору!) связанными с заболеванием внутренних органов.

Эти сочетания усложняют клиническую картину и делают её странной и непривычной. Она не укладывается в знакомые рамки той или иной нозологической единицы и вызывает у врача недоумение и растерянность. Как же разобраться в этой головоломке, как отличить невротический элемент от соматического, и как оценить удельный вес и значимость каждого из этих компонентов в любом конкретном случае?

Это нелегко, тем более что больные обычно жалуются не на «нервы», а на боли, одышку, слабость, головокружение, сердцебиение, запор и другие ощущения, которые бывают и при органических заболеваниях. Однако главная трудность заключается не в запутанности «случая» и не в отсутствии диагностических приборов. Самой серьезной помехой является своеобразный психологический барьер, мешающий врачу видеть всю клиническую картину в целом и заставляющий его по привычке устремлять всё внимание на поиски соматической болезни.

Услышав жалобу с «локальным креном», диагностическая мысль врача отправляется на поиски заболевания соответствующего органа. Если расспрос и физикальное исследование не дают положительных результатов, то обращаются к помощи различных приборов. В результате массивной диагностической атаки часто удается обнаружить какое-то отклонение от нормы, пусть даже невинное, скажем, уменьшенный вольтаж зубца Т на ЭКГ, небольшой пролапс митрального клапана при эхокардиографии, диафрагмальную грыжу при рентгеноскопии желудка, единичные лейкоциты в моче и т.п. Теперь диагноз кажется уже не предположительным, а становится достоверным. Врач так доволен своей проницательностью, что ему не приходит в голову подумать, объясняет ли эта находка все жалобы больного.

Дело запутывается еще более, если назначенное лечение оказывается эффективным. От-

ныне уже никто не сомневается в правильности диагноза. Но ведь улучшение могло наступить не потому, что врач верно распознал болезнь, а потому, что любое лечебное назначение оказывает, кроме своего прямого, еще и неспецифическое, психотерапевтическое действие. И если суть болезни заключалась только (или преимущественно) в невротическом расстройстве, а больной «созрел» для психотерапии, то ему поможет любая таблетка, будет ли это антибиотик, спазмолитическое или сердечное средство (эффект плацебо).

Впрочем, даже если предписанное лечение не помогло, это обычно не приводит к критическому пересмотру диагноза, а лишь к замене одного лекарства другим. Постепенно и врач, и больной приходят к выводу, что болезнь, хоть и не опасна, но упорна и плохо поддается лечению.

Вчерашнему студенту помнится, что главный признак невротического расстройства – это отсутствие органических изменений. Но ведь диагноз надо основывать не на отрицательных, а на положительных признаках. Скажем, диагноз инфаркт миокарда ставят не потому, что при нем нет того-то и того-то, а потому, что при нем бывает то-то и то-то. При достаточной настойчивости можно почти у каждого человека найти какие-то отклонения от нормы. Поэтому для диагностики невротического расстройства не имеет значения, будут найдены органические изменения или нет. Самое главное – это наличие соответствующей клинической картины. Но картина эта – особая. Она отражает не соматическое заболевание, вроде пневмонии или инфаркта миокарда, а заболевание нервно-психической сферы. Чтобы распознать его, нужен совсем другой метод, который был бы адекватен самой сути болезни: не фонендоскоп и даже не молоточек невропатолога, а *психологическая оценка* посредством беседы и наблюдения за больным человеком. А для этого доктор должен изменить свое отношение к пациенту. Надо увидеть в нем живого человека с его заботами, тревогами и надеждами, а не просто футляр, внутри которого спрятана какая-то неисправность – будь то язва в желудке, воспаление в легком, камень в почке, либо затромбированный сосуд.

Когда студента-медика обучают, как обследовать больного, то большое внимание уделяют методике расспроса. Ведь правильно собранный и достоверный анамнез является основой для построения диагноза. Молодой доктор привыкает расспрашивать по порядку: сначала, на что жалуется больной, потом, когда жалобы появились впервые, что их провоцирует и что облегчает, каково было лечение и тому подобное. Помнит он также, что в заключение надо задать несколько общих вопросов – о профессии, семейном положении, вредных привычках. Правда, к чему эти последние вопросы, ему не совсем ясно – разве, чтобы показать старшим, что больной был опрошен всесторонне; ведь ни диагноз, ни лечение от этих сведений не изменятся. Мне понадобились годы, чтобы убедиться, что эти вопросы, которые задают, казалось бы, только для проформы, нередко оказываются самыми важными. Например, разве надо быть дипломированным психологом, чтобы понять, что бесплодие для любой женщины является горестной и хронической душевной травмой. Такой же незаживающей раной является муж-алкоголик, душевная болезнь сына или дочери, застарелый конфликт с невесткой и т.п. Ясно, что такие факты не могут не оказывать глубокое и длительное воздействие на внутренний мир человека и, тем самым, влиять на клиническую картину любой болезни, даже чисто соматической. Одна такая подробность в анамнезе часто помогает врачу понять пеструю и причудливую клиническую картину лучше, чем десятки анализов или такие расплывчатые диагнозы, как вегето-сосудистая дистония, климактерическая кардиопатия или хронический холецистит...

А ведь это всего лишь маленькая деталь в яркой многоцветной картине, которую можно увидеть, если только знать, на что смотреть. Скажем, многолетняя привычка к снотворным – разве это не признак душевного неблагополучия? Есть выражение: «И он заснул сном праведника». Если человека не одолевают заботы, тревоги и огорчения, если совесть его спокой-

на, то он не страдает бессонницей. И даже если иногда ему не удастся заснуть сразу, он не впадает в панику: он знает, что завтра или послезавтра он всё равно выспится. Он уверен в несокрушимости своего здоровья, и потому ему даже в голову не придет попросить таблетку снотворного. Напротив, постоянный прием снотворных средств свидетельствует о преувеличенном страхе перед, в сущности, неопасным расстройством. Ведь если человека действительно лишить сна всего на сутки или двое, то возникает совершенно непобедимая сонливость, и дефицит сна быстро возмещается. Недаром, пытка лишением сна является одной из самых мучительных и эффективных...

Больные обычно не любят, если им говорят: «Это у Вас нервное». Им чудится в этом намёк на то, что их страдание - надуманное или, во всяком случае, незначительное. В то же время, они часто сами всячески демонстрирует перед нами свое невротическое расстройство: тревожным взглядом, чрезмерным возбуждением, многословием, неопределенными жалобами, фиксацией на своих неприятных ощущениях.

Но чтобы увидеть всё это, врач должен интересоваться не только состоянием сердца, легких или кишечника (в зависимости от жалоб больного), но обязательно и его душевным миром. Знаменитый американский врач Уильям Ослер ярко выразил эту мысль в присущей ему афористической форме: **“It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has”**, то есть, «Гораздо важнее понять, что представляет собой заболевший человек, чем то, какая у него болезнь».

Лишь при таком подходе врач сможет обнаружить отклонения не только в соматической, но и в психической сфере. Тогда он будет в состоянии сопоставить значимость и удельный вес этих отклонений. Тогда-то и появится у него возможность сформулировать *сбалансированный диагноз*, где будут правильно учтены все эти факторы и их воздействие друг на друга.

Конечно, решение этого вопроса зависит в какой-то мере от жизненной философии врача. При склонности к локалистическому, органному подходу он чаще будет диагностировать и лечить соматическое заболевание (гастрит, диафрагмальную грыжу, колит, спондилез, климакс, гипертонию и т.п.). Наоборот, врач, интересующийся психологическими аспектами, чаще будет видеть невротические расстройства и ставить их в центр клинической картины.

Какой же подход правильнее, и как поступать в каждом конкретном случае? Не скрою, я придерживаюсь второй (психологической) точки зрения. В подтверждение сошлюсь на один примечательный факт. Если взять старые медицинские учебники или клинические лекции, то поражаешься, насколько были иногда бесполезны, а то и вредны, на современный взгляд, те лекарства, которыми пользовались наши великие предшественники. И, тем не менее, их слава основывалась не столько на триумфах диагностики (это могут оценить лишь профессионалы), сколько на успешных исцелениях. Как же им удавалось помочь своим больным, имея в своем распоряжении только мускус, мышьяк, опий, рвотный камень, каломель и кровопускание? Очевидно, значительная часть их лечебного эффекта заключалась в более успешной психотерапии, чем у других врачей.

Возможно, через 50 – 100 лет многие медикаменты, в действенность и рациональность которых мы сейчас свято верим, покажутся нашим потомкам столь же нелепыми и смешными, как для нас стрихнин или лавровишневые капли. Значит и теперь наши успехи объясняются на самом деле не только действием бета-блокаторов, антибиотиков и других лекарств, но и всё той же психотерапией, пусть даже не замечаемой нами. Так не лучше ли применять её сознательно? А для этого надо уметь увидеть у больного не только органическую болезнь, но и расстройства в нервно-психической сфере (если они имеются). Ведь именно на эти расстройства и воздействует психотерапия в первую очередь.

На практике это означает следующее. Вот перед нами больная 50 лет с лабильной гипер-

тонией (170/100 – 110/70 мм рт. ст.), частыми головными болями, приступами сердцебиения и дрожи, а также единичными лейкоцитами в некоторых анализах мочи при нормальном удельном весе. Можно, конечно, поставить глубокомысленный вопрос – а не почечная ли это гипертония, и с ученым видом назначить ряд сложных исследований (определение азотистых шлаков и клубочковой фильтрации, ультразвук, внутривенную урографию, изотопную ренографию и т.д.). Но если обратить внимание на печальные глаза пациентки и участливо расспросить её, то мы узнаем, что недавно её бросил муж, что сын её стал выпивать, что она, вдобавок, страдает бессонницей. И если к тому же во время рассказа у неё на глазах выступят слезы, то суть болезни сразу станет ясной. Вот теперь, даже если нам сообщат, что из мочи высеяна кишечная палочка, чувствительная к таким-то и таким-то антибиотикам, эта находка не поколеблет главного вывода, что эта женщина попросту глубоко несчастна. И пусть такой диагноз не предусмотрен никакой медицинской классификацией, здравый смысл говорит нам, что он всё-таки правильный. И не надо стыдиться простого здравого смысла. Разве наука не является, в конечном счете, «высшим здравомыслием», по выражению Г. А. Захарьина?

Совершенно очевидно, что как бы усердно ни травить кишечную палочку в мочевых путях, это не нормализует давления и не улучшит самочувствия нашей пациентки. Наоборот, ко всем её бедам мы добавим своим антибактериальным лечением тошноту, потерю аппетита, аллергический зуд и понос вследствие дисбактериоза кишечника. Ясно также, что в этом случае больше пользы принесут не столько гипотензивные средства, сколько небольшие дозы транквилизаторов. Но еще важнее будет просто показать больной, что вы ей сочувствуете. Уже одно то, что вы внимательно выслушали её, расспросили о жизненных обстоятельствах, подробно выяснили характер головной боли, подтвердили её собственное подозрение, что во всем виноваты «нервы», пообещали помочь и просили придти повторно в ближайшее время – всё это и будет настоящей, эффективной психотерапией. Больная уйдет с облегчением и надеждой, рассеются её страхи, что к её несчастьям добавилась какая-то ужасная болезнь (опухоль мозга? гипертония с перспективой инсульта и паралича?) В результате одну – две недели она сможет более стойко переносить свои жизненные трудности. Затем она снова получит вашу поддержку (психологическую!), а еще через несколько месяцев наступит приспособление к изменившимся условиям жизни, и она будет считать, что это ваши лекарства вылечили её...

После этих предварительных замечаний проанализируем несколько типичных случаев, чтобы затем дать общие рекомендации. Мысленные замечания автора во время беседы с больным взяты в скобки и выделены курсивом.

На амбулаторном приеме женщина 66 лет жалуется: «Трудно глотать, будто ком какой-то». (*Уж не рак ли пищевода? Ведь возраст подходящий*). – «Пища застревает?» – «Нет, ком в горле и глотать трудно». (*Странно, удостоверюсь*). «Так что же, пища легко проходит, Вы не давитесь?» – «Нет» - «Где Вы это ощущаете?» (*Больные обычно довольно четко локализируют уровень препятствия в пищеводе*). Больная показывает на шею чуть выше яремной ямки. (*Может быть, фарингит?*). «А глотать больно?» – «Нет» – «А Вы не поперхиваетесь, когда пьете воду?» – «Нет». (*Значит, иннервация глотки не нарушена. Голос не гнусавый, как бывает при парезе мягкого нёба. Что же это такое?*). «Давно это у Вас?» – «Года три». (*Ну, тогда это не рак. Комок в горле – частая невротическая жалоба. Может быть, в этом всё дело?*). «Расскажите подробнее, что же Вы все-таки чувствуете?». Больная медлит, думает, потом нерешительно говорит: «Вот когда ем хлеб, то корочка вроде царапает горло...» – «Но не застревает?» – «Нет». Затем добавляет: «Или вот, когда наклонюсь вперед, в горле что-то наливаясь...». (*Жалобы неопределенные, расплывчатые; трудно представить себе ощущения больной. Это характерно для неврозов. При органических заболеваниях жалобы, как правило «простые», четкие, совпадают с их описанием в учебниках. Надо повнимательнее при-*

смотреться к больной). Она замкнута, напряжена, встревожена, говорит односложно, лицо и глаза печальные. В то же время питание даже несколько избыточное, цвет лица хороший. «Вас, наверное, за эти годы уже не раз обследовали?». Больная протягивает протокол рентгеноскопии желудка и эзофагогастроскопии. «На передней стенке пищевода в нижней трети имеется дивертикул, входное отверстие диаметром 2,0 см, глубиной 1,5 см; слизистая оболочка пищевода и дивертикула не изменены». *(Итак, какое-то основание для «локального» диагноза есть, и действительно, больной уже назначали антацид альмагель, но безуспешно. Разве подобные жалобы могут быть объяснены такой находкой? Во-первых, дивертикул находится в нижней трети пищевода, а неприятные ощущения локализуются в его начале. Во-вторых, дивертикул проявлялся бы или истинной дисфагией, если комок пищи в нем суживает просвет пищевода, или же он вызывал бы тухлую отрыжку или боли при глотании из-за гниения застаивающейся в слепом мешке пищи. Но слизистая оболочка в норме, значит, эзофагита нет. Может быть, всё-таки невроз? Проверим).* «Как аппетит?» – «Хороший» – «Запорами не страдаете?» – «Нет» – «Как Вы спите?» – «Плохо» – «Давно?» – «Да уж несколько лет». *(Расстройство сна – важный показатель невротического состояния).* «А почему плохо спите – нервничать приходится?» – «Да». На глазах у больной появляются слезы.

Из дальнейшей беседы выясняется, что совместно с больной и её мужем живет их сын со своей женой и маленьким ребенком. Сын часто уезжает в длительные командировки, сноха не помогает по хозяйству, груба, часто обижает, не здороваётся, не замечает стариков – «будто враг в доме!». Настроение обычно подавленное, по утрам слабость, не хочется вставать. *(Душевное неблагополучие несомненно, но только ли в нем дело?)*. Физикальное исследование не обнаруживает никакой патологии. В частности, задняя стенка глотки в норме. Больная свободно выпивает здесь же в кабинете стакан воды.

Итак, сформулируем диагноз: невротическая депрессия с сенестопатией; неосложненный дивертикул пищевода в нижней трети.

Успокаиваю больную, уверенно говорю, что у нее нет никакой опухоли, что её дивертикул – совершенно невинное выпячивание пищевода, которое даже не требует никакого лечения. Но вот «нервы» у неё сейчас в плохом состоянии, ведь она сама это чувствует. Вот их и надо подлечить. Впрочем, и здесь нет ничего страшного, так что можно обойтись совсем крохотными дозами лекарств. Выписываю антидепрессанты: амитриптилин 6 мг на ночь (1/4 таблетки по 25 мг) и пипразидол (четырёхциклический антидепрессант) по 12 мг утром (1/4 таблетки по 50 мг).

Осмотр через 10 дней: самочувствие гораздо лучше, исчез «ком в горле», глотает нормально, настроение и сон хорошие. Бодрa, улыбается, исчезли замкнутость и напряжение.

Новая встреча через пять месяцев. После длительного благополучия вновь в последние дни «колет, царапает в горле», боится рецидива болезни. Не замкнута, спокойна, рассудительна, улыбается. Рассказывает, что три недели назад сноха переехала к своей матери, поэтому дома всё благополучно, но и она, и её муж очень тоскуют по внучке. При физикальном обследовании по-прежнему без отклонений от нормы. Вновь краткая психотерапевтическая беседа, назначены малые дозы антидепрессантов. Контроль через две недели – самочувствие хорошее, жалоб нет.

Итак, несмотря на дисфагические (на первый взгляд) жалобы и на обнаружение дивертикула пищевода, несложный анализ ощущений больной и беседа с ней в атмосфере теплоты и сочувствия позволили с уверенностью посчитать дивертикул случайной бессимптомной находкой, а всю клиническую картину объяснить невротическим расстройством. Дальнейшее наблюдение подтвердило правильность такой оценки.

Вот еще одно наблюдение, где несомненная болезнь сердца сочетается с невротическим расстройством, причем последнее играет ведущую роль в клинической картине.

Больная Б., 49 лет, подтянутая, энергичная. Два года назад во время одного из регулярных посещений бассейна, где она обычно проплывает за час один километр (*молодец, бодрая, настойчивая!*), вдруг почувствовала распирание под ложечкой и небольшую тошноту. Она прекратила плавание, оделась и пошла домой с мужем и сыном (*по-видимому, семья дружная; это свидетельствует об уживчивом характере и уменьшает вероятность невротического фона*). Её спутники шли, как всегда, быстро, и у неё снова появилось распирание под ложечкой; при замедлении шага ей становилось легче (*локализация не совсем характерна для стенокардии, но связь с ходьбой имеет высокую диагностическую ценность*). В метро это ощущение возобновилось. Кто-то дал ей таблетку нитроглицерина, и ей сразу стало хорошо (*итак, стенокардия несомненна*). В последующие дни была сделана ЭКГ во время физической нагрузки, обнаружено горизонтальное смещение сегмента S-T на 1,2 мм (*диагноз ясен и без этого*). Больной были рекомендованы лекарства, но она не стала лечиться, и уже вскоре почувствовала себя совершенно здоровой: вернулась к плаванию, каталась на лыжах, много и быстро ходила, не испытывая при этом никаких неприятных ощущений.

Однако три месяца назад во время летнего отпуска на даче она стала замечать при подъеме в горку стеснение за грудиной, которое быстро исчезало при замедлении ходьбы. Это встревожило больную, совсем, было, забывшую о своем сердце и о врачебных советах. После возвращения из отпуска она столкнулась на службе с конфликтной ситуацией, приходилось часто нервничать. Однажды на работе она почувствовала себя плохо: появилась тяжесть под ложечкой, тошнота, дрожь, нехватка воздуха – не могла глубоко вдохнуть (*не похоже на ангинозный приступ; дрожь и неудовлетворенность вдохом - невротическая реакция?*). Принятая таблетка нитроглицерина не помогла, а после второй таблетки нитроглицерина она потеряла сознание на несколько минут, было непроизвольное мочеиспускание (*коллапс от нитроглицерина? Быть может, весь эпизод невротической природы?*). Больную срочно госпитализировали, но через несколько дней выписали домой, так как предположение об инфаркте не подтвердилось (*определенно, невротический эпизод*).

Однако в отличие от того, что было два года назад, выздоровление не наступило. Оставались общее плохое самочувствие, слабость, утомляемость – не могла даже заниматься любимым вязанием, сидя в кресле. Появились внутренняя дрожь, тревога, напряжение, бессонница. Больная сама заметила, что стала чрезмерно, неадекватно тревожиться по пустякам. Настроение стало подавленным (*явно невротическая картина*). Вдобавок, больную напугали, сказав, что ЭКГ «плохая», а от назначенного анаприлина (бетаблокатор пропранолол) возникла брадикардия до 50 и увеличилась слабость. Появились блуждающие боли без связи с физической нагрузкой, то в области верхушечного толчка, то в области левого плечевого сустава, то в левой лопатке.

Объективно: больная несколько возбуждена, многословна, но бодрится. Подробно рассказывает о своей болезни, сама оттеняет невротические моменты, как будто хочет, чтобы врач обратил на это внимание; пылливо и тревожно смотрит в глаза. При физикальном исследовании отмечается лишь акцент 2-го тона во втором межреберье справа при нормальном артериальном давлении. Пульс 56 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Отеков, увеличения печени, набухания шейных вен нет. Небольшая болезненность при пальпации мышц плечевого пояса слева. На серии ЭКГ за последние два года постепенное развитие неполной блокады правой ножки пучка Гиса, снижение амплитуды зубца Т во всех отведениях. Из дополнительного расспроса: девять лет назад была произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу фибромиомы; первое время после этого продолжались скудные кровянистые выделения, но через два года (в возрасте 42 лет) наступила менопауза без приливов. У отца был сахарный диабет.

Итак, ишемическая болезнь сердца и типичная стенокардия напряжения несомненны. Но разве нынешнее страдание больной и её нетрудоспособность в последние два месяца вызваны этой причиной? Ни один из клинических вариантов ишемической болезни не может объяснить данную клиническую картину. Блуждающие боли в левой половине грудной клетки, бессонница, раздражительность, тревога, общее недомогание – всё это, бесспорно, явления невротические. Они могут быть расценены как психологическая реакция человека на болезнь вообще, в том числе и на ишемическую болезнь сердца. Но они не являются закономерным следствием сужения просвета коронарных артерий, в отличие, например, от ангинозных бо-

лей, нарушений ритма, инфаркта, кардиосклероза и характерных изменений ЭКГ.

Равным образом слабость и утомляемость также нельзя связать напрямую с плохим состоянием миокарда. Ведь даже больные с тяжелой недостаточностью сердца, когда имеется асцит, анасарка, ортопноэ, прикованы к постели не слабостью и утомляемостью, а одышкой от физического напряжения. Несмотря на это, такие больные нередко бодры и активны («глазами всё бы сделала!»). Разве вязание или чтение книги можно назвать физической нагрузкой? Наиболее частой причиной жалоб на слабость и утомляемость в общеврачебной практике являются как раз невротические расстройства, особенно при наличии депрессивного компонента. Гораздо реже слабость обусловлена сахарным диабетом, тиреотоксикозом, злокачественной опухолью, миастенией, гипокалиемией. Но в этих последних случаях можно обнаружить соответствующие биохимические отклонения.

Итак, несмотря на то, что у больной имеется весьма серьезное заболевание – стенозирующий атеросклероз венечных артерий сердца, на первый план сейчас выступают невротические нарушения. Поэтому лечащий врач должен обратить особое внимание именно на эту проблему, а не на ишемическую болезнь. Тем более, что в настоящий момент ишемическая болезнь не грозит тяжелыми осложнениями: нет синдрома нестабильной стенокардии, нет опасных нарушений ритма.

Вот почему я решительно и авторитетно говорю больной, что её общее состояние вполне хорошее, а сердце значительно лучше, чем кажется ей или её врачам; изменения на ЭКГ незначительные и обусловлены не болезнью, а возрастом, вроде седины в голове и потому отнюдь не предвещают инфаркта. (Говоря это, вовсе не приходится кривить душой. Ведь нарушения внутрисердечной проводимости нередко являются не следствием плохого кровоснабжения проводящей ткани, а особого дегенеративного процесса, избирательно поражающего эти специализированные волокна, точно так же, как седина и облысение вовсе не являются следствием атеросклероза артерий в кожном покрове черепа). Что же касается болей, то они только располагаются в области сердца, но исходят отнюдь не из него. Сердечными были боли, возникавшие при подъеме в гору, но ведь таких ощущений у вас в последнее время нет!

Чтобы доказать больной, что мои обнадеживающие слова говорят не просто для ободрения, а основаны на истинном убеждении, я советую немедленно возобновить прогулки и утренние занятия физкультурой, вернуться на работу в ближайшее время, а еще через 1–2 месяца возобновить посещения бассейна. С той же целью я демонстративно и решительно отменяю «сердечные» средства (продолжительные нитраты, амиодарон и пр.) и назначаю только массаж спины и малые дозы транквилизаторов (оксазепам по 10 мг два раза в день) всего на две недели, чтобы у больной не возникла психологическая зависимость от лекарства.

Контроль через месяц: самочувствие хорошее, бодр, работает, сон нормализовался; только при очень быстрой ходьбе бывает сжатие за грудиной. В связи с этим назначаю коринфар (нифедипин) по 1 таблетке 3 раза в день. Кстати, на этот раз больная доверительно призналась, что её скверное душевное состояние было вызвано не только конфликтом на службе, но и тем, что её сын студент в это время «загулял» и совсем забросил учебу...

Еще через месяц: возобновила занятия в бассейне, проплывает за один сеанс 500 метров без каких-либо неприятных ощущений, очень довольна.

Предвижу недоумение и даже негодование «судей решительных и строгих»: «Как же вы оставляете больную с несомненной ишемической болезнью сердца без соответствующих лекарств?». Согласен, имеется типичная стенокардия напряжения. Готов даже допустить, что нарушения внутрижелудочковой проводимости суть следствие ишемии, а не особого дегенеративного процесса. Наконец, сахарный диабет у отца также является неблагоприятным фактором в прогностическом плане. Всё это так, но в настоящий момент у больной нет обострения ишемической болезни. Эта женщина еще успеет досыта наглотаться различных

коронароактивных средств. Сейчас важнее помочь ей преодолеть психологический срыв, а не напоминать каждой таблеткой нитратов и бета-блокаторов, что у нее опасная, роковая болезнь...

Вот еще одно наблюдение, где можно убедительно показать невротические наслоения, несмотря на тяжелейшие органические изменения легких и сердца.

Большая Г., 59 лет. С молодости левосторонний обширный метатуберкулезный плевропневмосклероз, фиброторакс, деформация грудной клетки и резкое смещение средостения влево, давняя одышка напряжения легочного происхождения. Последние семь лет выраженная сердечная недостаточность, временами доходящая до ортопноэ, асцита, анасарки. В эти периоды ухудшения появляется ритм галопа и альтернирующий пульс. Компенсация с трудом поддерживается постоянной дигитализацией и ежедневным приемом мочегонных. При ухудшении приходится переводить больную на внутривенные вливания строфантина и мочегонных. В последние два года добавилась типичная стенокардия напряжения, облегчающаяся при приеме кордарона. Год назад овдовела, живет одна.

При очередном посещении на дому: «Мне стало гораздо хуже» (*Беда, опять, наверное, декомпенсация, придется снова строфантин вводить в вену*). «В последнее время наваливается какая-то тяжесть на грудь» – показывает рукой на всю переднюю поверхность грудной клетки. (*Стенокардия? Надо выяснить*). «Когда же это бывает у Вас, при ходьбе или в покое?» - «В разное время. Навалится и давит, давит – весь день...» (*Нет, не стенокардия*). «А при этом всё внутри дрожать начинает» (*Невроз! Проверю*). «А как Ваша одышка?» – «В это время и одышка появляется». (*Наверное, просто неудовлетворенность вдохом, проверю*). «Какая же это одышка, – как при ходьбе или другая?» – «Нет, просто вдохнуть никак не могу» (*Всё сходится – невроз*). «А при ходьбе ломит за грудиной?» – «Иногда. Но не больше, чем раньше...» (*Значит, стенокардия не усилилась. Быть может, невроз?*). «Как Вы спите, хорошо или плохо?» - «Иногда вечером тяжесть эта навалится, и я совсем не могу заснуть, всё боюсь: а вдруг сердце остановится...» (*Всё ясно*). Еще не приступая к физикальному обследованию, говорю, как бы вскользь, но испытующе: «Мне кажется, что это у Вас нервное...». Она с надеждой: «Правда?» и смущенно добавляет: «Неделю назад мой сосед умер, сердечником был. Вот я и подумала, что теперь мой черед настал...». (*Вот оно что!*). «А до его смерти эта тяжесть не наваливалась?» – «Нет».

Нетрудно догадаться, что при физикальном исследовании не было обнаружено никаких объективных признаков дополнительного ухудшения функции легких и сердца по сравнению с предыдущим осмотром.

Боюсь, читателю уже наскучили примеры, но не могу не привести еще один.

Тучная неопрятная женщина 72 лет. «Что Вас беспокоит?» – «Доктор, у меня сердце болит, и почти всё время голова болит (*постоянная головная боль – уж не депрессия ли?*), а то иногда голова кружится; болит левая рука, а пальцы немеют (*спондилез?*), кашляю...» (*Целый ворох жалоб, видно, ей ничто не мило, наверняка депрессия*). «Кашель сухой или с мокротой?» – «Сухой» (*По-видимому, в легких ничего не обнаружу. Уточню насчет болей в сердце*). «А когда боли в сердце бывают – при ходьбе или в покое?» – «Постоянно». (*Займусь предположением о депрессии*). «Спите хорошо или плохо?» - «Плохо» – «Слабость есть?» – «Да, сил что-то не стало совсем, всё из рук валится...». (*Спрошу-ка прямо*) «Одна живете?» – «Да. Год назад умер муж, с тех пор так и маюсь...». (*Всё ясно*).

При физикальном обследовании: патологических изменений сердца и легких не обнаружено, пульс 70 ритмичный, артериальное давление 200/100 мм рт. ст., болезненны остистые отростки позвонков D 3-6, болезненны и напряжены затылочные мышцы, особенно слева; ЭКГ без особенностей.

Надеюсь, эти примеры дали представление о сути вопроса. Перейдем теперь к общим приемам диагностики невротических расстройств в работе врача общей практики (не психиатра и не невропатолога!).

Есть два важных правила диагностики вообще. Одно из них: для того, чтобы диагностировать какую-нибудь болезнь, надо помнить о её существовании. Другое правило: частые болезни встречаются часто, а редкие – редко, поэтому в первую очередь надо думать о наиболее

вероятных диагнозах. Психика человека – самое сложное, вершинное достижение эволюции, и потому возможность поломок здесь особенно велика. Таким образом, главное условие настоящего полного, сбалансированного диагноза, который учитывает как соматические, так и психологические аспекты болезни – это не забывать о возможности невротических расстройств у любого больного.

Больные обычно не любят, когда им говорят, что их болезнь «от нервов». Вместе с тем, в своем спонтанном рассказе, еще до вопросов врача, они часто пытаются познакомить его со своими жизненными трудностями и горестями, вроде бы и не связанными с болезнью. Например, на вопрос: «Что Вас беспокоит?» больная сначала сообщает, что она несколько месяцев ухаживала за умиравшей матерью, и только потом переходит к рассказу о своих недугах. Что это, как не скрытая просьба обратить внимание на её душевное состояние?

Нередко уже внешний вид больного, его поведение и слова выказывают тревогу, напряжение, растерянность, уныние, печаль. Эти сигналы душевного неблагополучия очень важны. Будет серьезным упущением не обратить на них внимание, не поинтересоваться внутренней жизнью пациента и ограничиться исследованием только соматической сферы.

Надо постоянно тренировать свою наблюдательность. Допустим, к нам обращается женщина 40 лет с жалобами на боли в правом подреберье. Естественно, первая мысль – нет ли патологии желчного пузыря? Уточняем с помощью нескольких вопросов это предположение. Но вот, больная начинает раздеваться для осмотра. Нехотя, только после дополнительного напоминания она снимает бюстгалтер, и тогда первое, что сразу бросается в глаза – это рубец после радикальной мастэктомии. Как же не подумать, что, возможно, помимо всего, бедняжку гнетет сознание ущербной женственности, быть может, опасение распада семьи? Разве эта постоянная тревога не может способствовать депрессии и существенно влиять на клиническую картину? Кроме того, наверное, её постоянно преследует боязнь метастазов. Может быть, и к нам-то она пришла не потому, что боли в правом подреберье не дают житья, а потому, что втайне она опасается, не возврат ли это страшной болезни? А ведь у нее еще маленькие дети! Угадав эту невысказанную тревогу, надо с нарочитым старанием пропальпировать не только живот и печень, но и периферические лимфоузлы, оставшуюся грудную железу, сделать анализ крови и некоторые другие исследования и затем авторитетно сказать больной, глядя ей прямо в глаза, что её неприятные ощущения не имеют никакого отношения к онкологии. Не исключено, что этого будет вполне достаточно, она успокоится и больше не придет к врачу. – Но не потому, что вы вылечили дискинезию желчных путей (которую, кстати, вы у нее нашли), а потому, что реально испытываемые ею неприятные ощущения так незначительны сами по себе, что она и не обратилась бы за помощью, если бы её не погнал страх совсем другой болезни. И наоборот, легко представить, как долго и безуспешно будет с этой больной возиться врач, не подумавший об этих обстоятельствах и устремивший всё свое внимание только на печень и желчный пузырь... Итак, будем наблюдательны, догадливы и чутки!

Такие прямые и очевидные симптомы присутствуют не всегда. Но невротические расстройства проявляют себя и другими наводящими признаками, которые не столь бросаются в глаза.

Иногда больной рассказывает историю своей болезни так подробно и обстоятельно, что терпение врача подвергается тяжелому испытанию. Больной перечисляет точные даты, малейшие детали своих ощущений, свои догадки, все принимавшиеся лекарства, заключения врачей и т.д. Можно, конечно, про себя обозвать такого пациента занудой или эгоистом. Но если вдуматься, то станет ясно, что болезнь сломала больного. Он ничего не видит, кроме неё, она стала самым главным событием его жизни. Человек с крепкой, здоровой психикой невольно отстраняет от себя свою болезнь. Многие её подробности кажутся ему незначи-

тельными, и он либо забывает их, либо не считает нужным о них рассказывать. Чрезмерная детализация – важный признак невротического расстройства, проявление всепоглощающей тревоги за свое здоровье и одновременно скрытая мольба о психологической помощи!

Сигналом, направляющим диагностический поиск в сторону невротического расстройства, является также неопределенность, расплывчатость жалоб или же, наоборот, чрезмерно яркое, картинное описание. В обоих случаях жалобы не укладываются в привычные рамки определенных соматических болезней. Очень подозрительны в этом отношении жалобы, противоречащие данным анатомии и физиологии. Например, боли в сердце отдают не только в левую руку, но и в левую ногу, или они возникают не во время физической нагрузки, а спустя несколько часов. Чисто органические, «простые» болезни дают и простые жалобы – «как в учебнике»!

Если жалоба на одышку оказывается в действительности жалобой на неудовлетворенность вдохом, то есть чисто невротическим симптомом, то, опять-таки, надо углубить свой диагностический поиск именно в этом направлении.

Полезными косвенными признаками аналогичного значения оказывались в моей практике заикание, тики, обгрызенные ногти, хроническое использование снотворных, слабительных и болеутоляющих средств.

Догадка о невротической природе возникает и в тех случаях, когда жалобы слишком многочисленны и разнообразны, чтобы их можно было бы увязать воедино. Совсем как у К.И. Чуковского:

И корь, и дифтерит у них,
И оспа, и бронхит у них,
И голова болит у них,
И горлышко болит.

Конечно, нельзя забывать, что пеструю симптоматику дают не только невротические расстройства, но и диссеминированная красная волчанка, узелковый периартериит, злокачественные опухоли. Но, с одной стороны, эти заболевания довольно редки. С другой стороны, в таких случаях жалобы обычно сочетаются со значительными объективными соматическими изменениями, которые заставляют врача искать серьезное органическое заболевание.

Все эти детали являются лишь намеками, указаниями на возможность невротического расстройства. Они лежат на поверхности и проявляются буквально с первых же секунд общения с больным. К сожалению, многие врачи не видят их и потому не используют их в процессе диагностики. Ценность их как раз в том, что они побуждают заняться углубленным изучением душевного мира больного.

Что же надо сделать, чтобы, с одной стороны, получить представление о внутренней, духовной жизни больного, а с другой – не вызвать у него протеста своим вроде бы неуместным любопытством? Выполнить эту задачу легче, чем может показаться. Во-первых, надо показать больному, что вы внимательны, приветливы и действительно хотите помочь ему. А затем задать всего несколько простых и внешне нейтральных вопросов, которые больной отнюдь не посчитает лишними, не относящимися к делу, но которые в то же время не вызовут у него подозрений, что врач намеревается всё «свалить на нервы» или выпытать что-то слишком интимное.

Самый первый, обязательный вопрос: «Как Вы спите, хорошо или плохо?». Различные нарушения сна (бессонница, прерывистый, чуткий сон, страшные сновидения) отражают возбуждение и тревогу и потому необычайно часто сопутствуют невротическим расстройствам. Хроническое применение снотворных – важный и ценный признак душевного неблагополучия. Впрочем, изредка, угнетенное, подавленное настроение сопровождается повышенной сонливостью, вернее, желанием спать даже днем.

Поскольку депрессия в легкой форме очень распространена, то полезно прозондировать и эту возможность, опять-таки при помощи внешне нейтральных вопросов: «Нет ли у Вас слабости?», «Когда Вы чувствуете себя лучше – утром, днем или вечером?». Для депрессии характерны скверное самочувствие, нежелание вставать, вялость именно по утрам, тогда как к вечеру настроение улучшается. Иногда в ответ можно услышать: «Я сова, а не жаворонок». Что же касается слабости, то для депрессии характерна слабость не физическая, а, так сказать, психическая: быстрая утомляемость даже от чтения, беседы, телевизора. Для уточнения можно дополнительно спросить: «Что же у Вас – нет сил или просто не хочется ничего делать?».

Наконец, исключительно важно всегда выяснять жизненные обстоятельства пациента. Ведь конфликтная ситуация на работе или дома, бездетность, одиночество, недавняя потеря близкого человека, развод, вынужденное безделье при уходе на пенсию – всё это настолько сильные отрицательные факторы, что возникновение невротической реакции представляется почти неизбежным. Также и здесь вопросы надо задавать так, чтобы они не создавали у больного впечатления немедицинского, излишнего любопытства. Так, я спрашиваю: «Как у Вас обстановка на работе и дома, всё ли благополучно, нет ли каких-то конфликтов?», «Большая ли у Вас семья и домашняя нагрузка, с кем Вы сейчас живете?», «Не обижают ли Вас?». Уклончивый или односложный ответ означает, что больной не хочет говорить на эту тему, потому что она для него тягостна, но как раз это и указывает на какое-то неблагополучие. При первом знакомстве такой намек вполне достаточен для понимания больного. Ведь дело не в конкретных деталях жизненной драмы, а в самом факте её наличия.

Разумеется, расспрос такого рода очень далек от углубленного обследования, которое проводят психоневрологи. И уж, конечно, он недостаточен, чтобы только на его основе сформулировать четкий, точный неврологический или психиатрический диагноз. Цель подобного расспроса совсем другая. Для врача-интерниста общей практики важно и вполне достаточно при первом знакомстве выявить сам факт душевного неблагополучия, чтобы в этом свете оценить имеющуюся соматическую патологию. Такой ориентировочный, неформальный подход позволителен еще и потому, что даже среди специалистов психоневрологов имеются большие теоретические и терминологические разногласия при формулировке диагноза. Главное, поэтому, просто понять, что за человек наш больной.

В заключение надо предостеречь от одной ошибки. Если молодой врач увлечется психологическим подходом в ущерб соматической диагностике и начнет почти у каждого больного находить преимущественно невротические нарушения, это обязательно и скоро приведет к печальным последствиям. Ведь многие серьезные соматические заболевания начинаются или протекают с неврозоподобной симптоматикой. Достаточно хотя бы указать на ранние стадии туберкулеза, гипер- и гипотиреоз, рассеянный склероз, миастению, диабет, злокачественные опухоли. Опасно не увидеть серьезное соматическое заболевание сквозь пелену невротических наслоений. Чтобы не заблудиться, надо постоянно поддерживать в себе критическое отношение к собственному диагнозу и всегда опираться на здравый смысл...

ДИАГНОЗ, БОЛЕЗНЬ И БОЛЬНОЙ

«Не делай себе кумира...»

Библейская заповедь (Исход, 20,4)

Диагноз для врача – что компас для путешественника. С его помощью врач сразу определяет своё положение в безбрежном море и ориентир для своих действий. Но компас указывает не дорогу, а лишь общее направление. Особенности местности часто заставляют отклоняться от него, чтобы обойти препятствия; идти строго по азимуту, так сказать, напролом, удается редко. Так и диагноз только помогает доктору увидеть, где находится цель, но маршрут к ней ему приходится прокладывать самому в зависимости от обстоятельств. Кроме того, любой навигатор знает, что у компаса есть свои изъяны. Например, по мере приближения к полюсам Земли, его показания становятся ошибочными, так что в них приходится вносить существенные поправки. Точно так же не следует слепо полагаться только на диагноз, как на идеальное и непогрешимое руководство к действию. Здесь также иногда бывают скрытые подводные камни. Много лет назад я оказался свидетелем одной диагностической ошибки, которая заставила задуматься не только о её конкретных причинах, но и о том, что такое диагноз вообще, и каково его значение в работе врача.

В 1959 году в клинику проф. Б.Е.Вотчала поступила из провинции молодая девушка с жалобами на летучие боли в суставах и длительную субфебрильную температуру. Последнее обстоятельство побудило врачей еще до госпитализации испробовать антибиотики (пенициллин плюс стрептомицин внутримышечно – стандартная тогда комбинация), но без эффекта. В клинике был обнаружен небольшой систолический шум на верхушке сердца. В те годы этого было достаточно, чтобы диагностировать активный ревматизм и назначить общепринятое противоревматическое лечение – аспирин. Вскоре больная стала жаловаться на головные боли. Через несколько дней эти боли стали такими сильными, что врачи встревожились. Больную чуть ли не ежедневно осматривал консультант-невропатолог мой друг, тоже молодой тогда доктор В.Н.Шток (впоследствии он стал профессором и написал солидную монографию «Головная боль»). Он дважды сделал спинномозговую пункцию, но результаты оказались неопределенными; в частности, в полученной жидкости не было ни характерной для туберкулезного менингита «паутинки», ни палочек Коха. Помимо ярко выраженных менингеальных симптомов, у больной стали появляться и исчезать признаки поражения вещества мозга, причем с мигрирующей локализацией (слабость то в левой руке, то в правой и т.п.). Собрали консилиум в составе профессоров – терапевта Б.Е.Вотчала и невропатолога М.Б.Цукер (кстати, автора незадолго до этого опубликованной монографии «Туберкулезный менингит»). В кабинет набилась масса врачей. Я хорошо помню, как Б.Е.Вотчал переспросил М.Б.Цукер: «Мария Борисовна, так Вы уверены, что это не туберкулезный менингит?». Закрывая обсуждение, он, так же, как и М.Б.Цукер, обратил внимание на то, что в клинической картине имелись признаки не только менингита, но и энцефалита. По его мнению, такую пеструю, многосимптомную и быстро меняющуюся картину может дать только васкулит. Учитывая длительный период артралгий в начале болезни, он, поэтому, склонился к диагно-

зу диссеминированной (системной) красной волчанки. Возражений не последовало, и был назначен преднизолон в дозе 40 мг в сутки. Однако вместо ожидаемого улучшения больной стало еще хуже: она громко стонала от сильнейшей головной боли, сознание постепенно затуманивалось. Б.Е Вотчал удвоил дозу преднизолона. Непрерывные крики вынудили перевести больную в отдельную палату в самом конце длинного коридора. Вскоре она потеряла сознание и скончалась. В патологоанатомическое отделение больницы пришли все врачи отделения. Прозектор вскрыл череп, и мы увидели, что основание мозга усеяно множеством мельчайших сероватых бугорков – туберкулезный менингит!..

Я был изумлен до крайности. Как могло случиться, что в престижной столичной клинике три первоклассных специалиста не смогли диагностировать туберкулезный менингит? Быть может, предшествовавшее лечение пенициллином и стрептомицином как-то изменило ход болезни и потому затруднило распознавание? Я решил заглянуть в имевшиеся у меня клинические лекции Труссо, изданные в Париже в 1868 году, чтобы узнать, какая клиническая картина бывала раньше, когда туберкулезный менингит еще нечем было лечить. К моему удивлению, лекции с таким названием ни в одном из трех толстенных томов не оказалось. Была только лекция «Мозговая лихорадка». Я снисходительно улыбнулся: ну откуда же Труссо мог знать о туберкулезном менингите, когда не только палочки Коха, но и вообще микробы не были еще известны медицине! Наверное, подумал я, он сваливает в одну грудку все менингиты и называет это «мозговой лихорадкой».

Но когда я стал читать эту главу, то испытал настоящее потрясение. Оказывается, Труссо прекрасно знал, что и туберкулез легких, и поражение гортани у чахоточных больных, и «мозговая лихорадка» – всё это просто разные варианты одной и той же болезни, и демонстрировал студентам эти переходы и комбинации на конкретных больных. Он не был в состоянии помочь этим несчастным и мог только наблюдать за неумолимым развитием болезни, но как он наблюдал! Он описывал клиническую картину туберкулезного менингита гораздо подробнее, ярче и основательнее, чем в любом нынешнем руководстве. В частности, он специально останавливался на большом диагностическом значении того ужасного крика, который издают бедные больные – **crie cerebral** (мозговой крик). «Обычно это крик единичный, сильный; он напоминает вопль человека перед лицом большой опасности. Я не думаю, что он вызывается острой болью, потому что на лице редко бывает выражение страдания». – Да, именно такие крики издавала наша больная!

Однако самый большой сюрприз находился в конце главы. Вот последний абзац в моём переводе: «И если я отказываюсь называть мозговую лихорадку менингитом, то лишь потому, что поражение мозговых оболочек мне представляется второстепенным по сравнению с глубокими анатомическими изменениями вещества мозга. Так что уж если называть болезнь по тем органическим изменениям, которые её характеризуют, то лучше всего подходит термин энцефало-менингит». (A. Trousseau. Clinique medical de L'Hotel-Dieu de Paris. Paris, 1868, vol. 2, p. 305).

Итак, Труссо в 1868 году, когда Роберт Кох только-только получил диплом врача, и ему еще не подарили микроскоп, из-за которого он забросил лечебную работу и стал одним из создателей совершенно новой науки – микробиологии; так вот, за четырнадцать лет до того, как была открыта микобактерия туберкулеза (1882 год), этот старый мудрый врач отлично понимал то, чего не знали, и на чем споткнулись два элитных московских профессора через сто лет! Впрочем, не будем осуждать московскую медицину. В *четырнадцатом* издании стандартного американского учебника Textbook of Medicine под редакцией P.V. Beeson & W. McDermott, опубликованном в 1975 г. и содержащем 1892 страницы (!), есть глава о туберкулезном менингите, но в ней тоже нет ни слова о том, что на самом деле это энцефало-менингит!

Нередко ошибка в диагнозе происходит оттого, что врач просто не подумал о возможности данного заболевания. В описанном случае, напротив, все, начиная от клинического ординатора и кончая титулованными консультантами, думали и больше всего опасались, в первую очередь, именно туберкулеза. Что же заставило их отказаться от этого предположения? У больной были признаки поражения не только мозговых оболочек, но и вещества мозга, то есть, был менинго-энцефалит. Но в учебнике есть лишь глава под названием «туберкулезный менингит». И вот привычный диагностический термин сыграл с докторами злую шутку. Ведь он заставлял их рисовать в своем воображении такую клиническую картину, которая обусловлена поражением исключительно мозговых оболочек. Однако реальная клиническая картина состояла из комбинации менингита с энцефалитом. Стало быть, заключили они, это не туберкулезный менингит, а какая-то другая болезнь! Вот и появилось предположение о распространенном волчаночном васкулите, который поразил как оболочки, так и вещество мозга...

Мы привыкли верить, что диагноз – это предельно краткое, но исчерпывающее описание *сущности* болезни. В некоторых случаях это и вправду так. Например, «перфорация пептической язвы», «перелом шейки бедра», «бактериальный эндокардит» и т.п. Такие диагнозы действительно точно, ясно и адекватно описывают то, что имеется на самом деле. Они сразу диктуют доктору, что надо сделать (ушить перфорацию, восстановить целостность кости, назначить антибиотики).

Увы, многие наши диагностические ярлыки не могут претендовать на то, что они являются полной и всесторонней характеристикой той или иной болезни. Когда английские врачи столкнулись в середине 19 века на острове Мальта с новым заболеванием, они назвали его Мальтийской лихорадкой. В дальнейшем это заболевание стали находить в других местах, и его пришлось переименовать в Средиземноморскую, а потом и просто в волнообразную лихорадку. И только когда Дэвид Брюс (David Bruce) обнаружил её возбудителя, эту болезнь стали называть бруцеллезом. Ныне известно, что болезнь эта встречается в самых различных местах земного шара, и далеко не всегда лихорадка при ней имеет волнообразный характер. Вот почему одни диагностические термины заменяют со временем другими, которые более соответствуют современным научным представлениям.

Точно так же вышли из моды «висцероптоз», «хронический аппендицит», «хронический колит», «неврастения», «вегето-сосудистая дистония», «диэнцефальный синдром». На смену им стали популярны другие диагнозы: «диафрагмальная грыжа», «раздраженный кишечник», «пролапс митрального клапана», «климактерическая кардиопатия». Нет сомнения, что и в будущем нам будут предложены новые диагностические ярлыки, которые тоже войдут в широкое употребление на короткое время.

Несмотря на то, что все эти названия означают как будто бы совершенно разные болезни, все они использовались для характеристики одной и той же громадной группы больных с несколько неопределенными пестрыми жалобами на боли в разных местах, сердцебиение, лабильное артериальное давление, запоры или неустойчивый стул, парестезии, слабость, утомляемость, раздражительность, плохой сон, головокружение и т.п. Как правило, эти случаи не удается объяснить какой-нибудь четко очерченной болезнью сердца, пищеварительных органов или нервной системы. В то же время легко заметить некоторые психологические особенности таких пациентов: мнительность, слабодушие, эгоизм, чрезмерную озабоченность своим здоровьем, раздражительность, беспричинные смены настроения, склонность к пессимизму, нехватку мужества и т.п. Всё это настолько бросается в глаза, что невольно возникает мысль о причинной связи жалоб с этими психологическими особенностями. Но не только больные не любят, когда их жалобы объясняют «нервами». Врачи, привыкшие всегда искать четкую и понятную материальную причину болезни, тоже подсознательно противятся этому

объяснению. Именно поэтому они с таким воодушевлением принимают каждую новую органическую причину, которая должна, наконец-то, внести ясность в эту запутанную проблему.

Вот типичный пример. Женщина 48 лет жалуется на тяжесть и боли в области сердца, сердцебиение по ночам, одышку, отрыжку воздухом, запоры, бессонницу. Больная возбуждена, манерна, суетлива, фиксирована на своих неприятных ощущениях; детально и с удовольствием рассказывает о пребывании в различных больницах и о консультациях известных специалистов. Жалобы многословны, неопределенны («Всё время чувствую сердце, оно какое-то слабое, болезненное; как будто кровь протекает через узкую трубочку», «А какой у меня реаж (!!!) на погоду!» и т.п.). С трудом удается выяснить, что боли длительные – по многу часов подряд, не связаны с физической нагрузкой или с поворотами и наклонами туловища. При подробном расспросе оказывается, что при обычных физических нагрузках она не задыхается, а одышкой она называет чувство неудовлетворенности вдохом, которое у нее иногда возникает в покое. Артериальное давление иногда повышается до 160/90 мм рт. ст., но чаще оно нормальное. Сон плохой, многие годы регулярно пользуется снотворными. Замужем, детей нет. В последний год менструации нерегулярны. Материальные условия хорошие. Многократно лечилась в стационарах и амбулаторно, диагнозы были разнообразны: вегетососудистая дистония, спондилез, миокардит, ишемическая болезнь сердца, климактерическая кардиопатия. Недавно вновь детально обследована в авторитетной клинике, диагностирована скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Больная в отчаянии, так как слышала, что такие грыжи не поддаются лечению.

Уже в процессе беседы становится ясно, что никакая органическая патология сердца не может вызвать столь разнообразные жалобы. По-видимому, это чувствовали и другие врачи. Отсюда и расплывчатые диагнозы, вроде вегето-сосудистой дистонии или климактерической кардиопатии (между прочим, жалобы начались лет десять назад, когда о климаксе и речи быть не могло). Однако врачи не теряют надежду найти хоть какое-нибудь подходящее органическое заболевание и потому подвергают больную всё новым и новым обследованиям. И вот, наконец-то, разгадка найдена – диафрагмальная грыжа! Больная рассказала, что лечащий врач сам пошел с ней в рентгеновский кабинет и, когда грыжа была обнаружена, он «прямо подпрыгнул от радости». (Я хорошо знал этого очень известного московского врача. Он был прекрасным диагностом. Но точно так же, как некоторые люди лишены музыкального слуха, так этот врач не имел психологического чутья и не обладал психотерапевтическим талантом...).

Но разве диафрагмальная грыжа может объяснить всю клиническую картину? Во-первых, 50% таких грыж являются случайной находкой и ничем себя не проявляют. Если же она и дает о себе знать, то жалобы патогенетически связаны с забросом кислого желудочного содержимого в пищевод, особенно после обильной еды и в горизонтальном положении. То есть, клиническая картина будет четкой и легко объяснимой. Вполне возможно, что у больной действительно имеется диафрагмальная грыжа, но к её болезни она имеет такое же отношение, как, скажем, цвет волос или место рождения пациентки. Более того. Даже если бы еще более ретивый доктор подверг эту больную коронарографии и нашел бы у нее стеноз какой-нибудь артерии сердца, то и тогда можно было бы говорить только о *бессимптомной* коронарной болезни: обнаружение стеноза ни на шаг не продвинуло бы нас в понимании того недуга, которым страдает наша больная. Не надо быть пророком, чтобы сказать заранее, что никакое лечение *такой* ишемической болезни не поможет этой женщине...

Диагноз диафрагмальной грыжи потому и стал модным, что он помогает прикрыть ярлыком хоть какого-то органического заболевания непонятную для врача, хотя в действительности прямо бросающуюся в глаза клиническую картину невротического расстройства. Разве надо окончить медицинский факультет или прочесть все сочинения Фрейда, чтобы понять,

например, что бесплодие для любой женщины является горестной и хронической душевной травмой? Одна эта маленькая подробность в анамнезе больной, о которой сейчас идет речь, гораздо лучше объясняет всю пеструю клиническую картину, чем наличие диафрагмальной грыжи, преходящее повышение артериального давления или небольшие изменения ЭКГ неспецифического характера.

И всё же, если диагноз соответствует современной научной терминологии, врач невольно испытывает к нему особое доверие. Лечение, которое он подсказывает, выглядит настолько логичным и бесспорным, что дальнейшие размышления, вроде бы, излишни. Остается только сделать соответствующие назначения, и с этой проблемой покончено. Теперь можно спокойно заняться следующим больным. Такая тактика экономит время и умственные силы, а также придает уверенность, что так важно в нашей практической работе. Немудрено, что у врача возникает своеобразная психологическая зависимость от диагноза. Ему нужен диагноз точно так же, как подсказка нерадивому школьнику на экзамене, чтобы не надо было собственным умом решать, что следует предпринять...

Но ведь наши знания всегда относительны. Только некоторые диагностические термины настолько верно и точно отражают реальность, что никакие сомнения невозможны. Вот почему ими пользуются не только представители нашей ортодоксальной медицины, но и альтернативной. Например, костный перелом – это перелом и для ортопеда, и для гомеопата, и даже для знахаря. Точно так же совершенно объективен и не зависит от точки зрения врача диагноз абсцесса, грыжи, мозгового кровоизлияния, активного туберкулеза, малярии и многих других четко и бесспорно очерченных заболеваний. Однако во многих случаях термины, которые нам предлагают, являются лишь приблизительными и односторонними. В результате, несмотря на все старания и добросовестность врача, диагноз оказывается в некоторой степени субъективным. Он зависит не только от того, что на самом деле у больного, но и от точки зрения доктора, от его склонностей, от того, где и когда он изучал медицину.

Если врач не понимает ограниченность и условность такого диагноза, то он невольно относится к нему так же, как к диагнозам совершенно объективным и надежно отражающим истинное положение вещей. Диагноз руководит им, и он действует без всяких колебаний. Иногда он подвергает больного такому лечению, которое в недалеком будущем станут считать таким же неправильным, как и сам этот диагноз...

Один пожилой пациент рассказал мне, что в далекой молодости у него диагностировали «хронический миокардит» – был некогда такой диагноз, который использовали в случаях сердечной недостаточности неясного происхождения. Поскольку такой диагноз указывал на воспаление мышцы сердца, то и лечение применяли противовоспалительное. Обычно с этой целью назначали аспирин. Реальной пользы, конечно, не было, поскольку на самом деле суть болезни не заключалась в воспалении, но и особого вреда аспирин не мог причинить. Однако моему больному решили назначить самое мощное в те годы противовоспалительное средство – рентгенотерапию на область сердца! С тех пор больной всегда жаловался на слабость, а тоны сердца были очень глухими...

Следовательно, далеко не всегда название болезни выражает её истинную сущность точно и надежно. Многие наши диагнозы являются лишь *приблизительным, условным* обозначением того, с чем мы имеем дело. Опасно поэтому использовать его просто как удобную подсказку, которая прямым и без дополнительных размышлений сразу ведет к правильному, казалось бы, лечению...

В первые годы изучения медицины мне представлялось, что процесс выяснения диагноза, в сущности, прост и заключается в следующем. С одной стороны есть громадный список с названиями всевозможных болезней, и против каждой болезни перечислены её признаки. С другой стороны имеется больной. Его надо обследовать, а потом поискать в списке такую

рубрику, куда в точности поместятся все полученные данные. Если ключ подошел к замку, значит, диагностическая задача решена. Стало быть, надо, всего навсего, держать в голове или под рукой этот список и получить как можно больше сведений о больном.

Действительно, иногда диагноз получается сразу, как бы сам собой, без долгих размышлений. Например, старик упал, у него сильно болит нога, и он не может двинуть ею. Первая же мысль, естественно, о переломе. В самом деле, на рентгенограмме четко видна сломанная кость – как всё просто, убедительно и легко! Или больной жалуется на боль в спине. Он поднимает рубашку, вы видите характерное высыпание *Herpes zoster*, которое нельзя спутать ни с каким другим кожным поражением, – и диагноз готов моментально! Равным образом, обнаружение палочек Коха в мокроте или плазмодиев малярии в крови сразу делает диагноз окончательным и бесспорным. Во всех таких случаях обе половины головоломки идеально совпадают. Доктор доволен и радостно вздыхает: задачка оказалась простенькая, ломать голову не придется! Такие специфичные, или патогномичные признаки очень облегчают жизнь врача. Но их до обидного мало, а болезней ужасно много, и потому разные болезни часто имеют одинаковые признаки. Иногда никак не удается решить, в какую же рубрику поместить нашего больного, чтобы все совпало самым аккуратным образом.

Вот тучная женщина жалуется на ноющие боли и чувство тяжести в верхней половине живота, горечь во рту, отрыжку, изжогу, запоры. Мы направляем ее на ультразвуковое исследование, и с удовлетворением узнаем, что у нее обнаружены камни в желчном пузыре. Это по-настоящему весомая находка. Пожалуй, можно закончить на этом, поставить диагноз «холелитиаз», и авторитетно сказать больной: «Все Ваши жалобы оттого, что у Вас камни в желчном пузыре». Ведь в графе «холелитиаз» перечислены все симптомы нашей больной.

И все-таки, какое-то сомнение остается. С одной стороны, наличие камней является такой же бесспорным и серьезным аргументом, как, например, костный перелом на рентгенограмме. Но между этим двумя фактами есть коренное различие. Перелом уже сам по себе всегда является болезнью, то есть он обязательно вызывает четкую клиническую картину болей и нарушения функции. Напротив, камень в желчном пузыре нередко оказывается просто случайной находкой и не причиняет владельцу никаких забот. В сущности, камень может проявить себя только в том случае, если он вдруг закупорит желчные пути. Это вызывает либо желтуху, либо острый приступ сильнейших болей (печеночную колику). Оба эти явления связаны с холелитиазом напрямую. Такая связь ясна и понятна. Но как раз этого у нашей больной нет. А вот каким образом камни в желчном пузыре вызывают отрыжку, горечь во рту, ноющие длительные боли и чувство тяжести – не ясно. Можно, конечно, сказать, что наличие камней рефлекторно вызывает спазмы или нарушения перистальтики в каких-то отделах пищеварительного тракта. Есть даже спасительный и солидный термин «дискинезия желчных путей». Но ведь эти же самые жалобы бывают и у больных без камней в желчном пузыре! Больше того. В работе врача общей практики больные с этими неопределенными «диспепсическими» жалобами (еще один спасительный термин!) встречаются ежедневно; но как редко мы находим у них камни! Если отобрать сто больных с этими жалобами и всесторонне их обследовать, то холелитиаз будет обнаружен только у нескольких человек.

Так, может быть, у нашей больной имеется всего лишь какое-то функциональное нарушение, а камни – это просто случайная находка, не имеющая прямой связи с ее жалобами? Тогда надо поместить больную совсем в иную диагностическую графу. Но с другой стороны, камни – это слишком серьезная улика, не хочется ее отбросить. Главное, это что-то очень определенное, бесспорное, это вам не дискинезия желчных путей – диагноз расплывчатый, так сказать, второго сорта! И опять-таки, ведь в графе «холелитиаз» тоже упомянуты диспепсические симптомы. Кроме того, объяснение этих симптомов рефлекторным раздражением звучит как-то солидно. Так что выберу-ка я первый диагноз и посоветую операцию. А если

после удаления желчного пузыря больная снова будет жаловаться, то на этот случай у меня припасено еще одно хорошее название: «постхолецистэктомический синдром»...

Подобные трудности возникают ежедневно. Например, больной простудился, у него сильный кашель, субфебрильная температура, надсадное дыхание, а в легких сухие свистящие хрипы. Что это – просто бронхит или бронхит обструктивный, или же астмоидный бронхит, или бронхопневмония? А может, это начало настоящей бронхиальной астмы? Какое название выбрать? Некоторые учебники обнадеживают: дескать, важным дифференциально-диагностическим критерием является здесь наличие или отсутствие аллергических стигматов. Увы, мой опыт говорит, что чем подробнее расспрашиваешь больного, тем чаще обнаруживаются признаки аллергии; и даже если их вроде бы совсем нет, они нередко появляются в дальнейшем ходе болезни. Выходит, критерий этот не надежен, и даже отчасти субъективен, поскольку он зависит от памяти больного и от «въедливости» врача при расспросе. Возьмем другую частую причину обращаемости – боли, называемые в просторечии ревматическими. Конечно, встречаются четко очерченные случаи ревматоидного артрита с характерной деформацией суставов, когда диагноз буквально очевиден. Точно также бывают совершенно несомненные случаи подагры или остеоартроза. Но это лишь знакомые островки в океане всевозможных артралгий и мышечных болей. Что уж говорить о громадной области неврологических расстройств, где точный диагноз труден почти всегда.

В учебнике или в диагностической классификации всё кажется четким и ясным. Почему же наш больной так часто не хочет поместиться в отведенную для него клеточку, и его приходится туда чуть ли не заталкивать? В молодости я думал, что эти сомнения и неуверенность происходят от нехватки знаний и опыта. Но и теперь, проработав полвека практическим врачом, я нередко испытываю такие же диагностические трудности. Правда, объясняю их я и отношусь к ним сейчас по-другому.

Если случаи похожи друг на друга, мы объединяем их под каким-то именем в группу. Но ведь абсолютно одинаковых больных не бывает. Значит, чтобы составить группу, необходимо уже с самого начала отбросить все особенности, которые кажутся несущественными, случайными. В результате получается усредненный образ. Он облегчает ориентировку в суматохе повседневной работы. Но это образ неживой, он лишен индивидуальности и потому заведомо будет отличаться от любого реального больного. Точно таким же образом мы выделяем в радуге семь цветов. На самом же деле, в ней бесчисленное множество оттенков! Как же назвать тот цвет, который находится перед нашими глазами сейчас – синий, голубой, бирюзовый?

У Монтеня есть удивительно глубокое замечание: «Выводы, к которым мы пытаемся прийти, основываясь на сходстве явлений, не достоверны, ибо явления всегда различны: наиболее общий для всех вещей признак – их разнообразие и несходность... Природа словно поставила себе целью не создавать ничего, что было бы тождественно ранее созданному» (Опыты, кн.3, гл. 13).

Часть наших диагностических трудностей связана именно с невозможностью втиснуть разноцветье жизни в придуманные нами рамки и схемы. Врачи чувствуют это, и потому усовершенствования не прекращаются. Вот почему история медицины – это и история всё новых и новых названий, классификаций и систем. Иногда это просто попытки улучшить или уточнить, но иногда возникают системы, не имеющие ничего общего друг с другом. В результате один и тот же больной будет оценен совершенно по-разному врачом ортодоксальной медицины, врачом – гомеопатом и врачом китайской медицины. Они используют как бы разные системы координат. Но ведь успеха добиваются врачи в каждой системе. Поэтому не стоит заносчиво утверждать, что права только наша точка зрения. В этом смысле диагноз не является абсолютной истиной. Нередко это просто одно из возможных определений того реального явления, с которым доктор имеет дело сейчас.

Итак, только часть наших диагнозов адекватно, однозначно и достаточно полно обозначают ту проблему, с которой сталкивается врач у конкретного больного. В то же время многие наши диагностические термины несовершенны, и быть может, вскоре будут заменены совсем другими. Поэтому не надо относиться к каждому диагнозу как к удобной и надежной подсказке, которая освобождает от дальнейших размышлений. Более того, даже самый точный и объективный медицинский диагноз никогда не исчерпывает всей проблемы, которая возникает перед врачом. Диагноз просто помогает ориентироваться в реальной жизни.

Впрочем, это справедливо по отношению к любой классификации, не только диагностической. Скажем, нам предстоит иметь дело с десятилетним мальчиком. Оба эти признака (возраст и пол) очень важны, ибо они сразу вводят в проблему. Но разве наше поведение будет определяться только этими двумя признаками? В гораздо большей степени оно будет зависеть от индивидуальных особенностей ребенка – послушен он или строптив, замкнут или общителен, весел или угрюм и т.д. Так и наши врачебные действия определяются не только диагнозом, но и многими другими особенностями того больного человека, который находится сейчас перед нами.

Ведь врач имеет дело не с названием болезни, не с диагнозом, а с определенной клинической картиной. Любое произведение живописи тоже имеет название, но оно дает лишь самое общее, ориентировочное представление о том, что изобразил художник на полотне. Например, И.И. Шишкин назвал одну из своих самых знаменитых работ «Утро в сосновом лесу». Эти слова действительно соответствует тому, что видит зритель. Но точно такое название могла бы иметь совсем другая картина, на которой не было бы ни медведицы, ни её медвежат, ни поваленной сосны, занимающей весь передний план. Точно так же и медицинский диагноз, даже самый подробный, является всего лишь названием клинической картины, которая имеется у данного, конкретного больного. Но что же такое клиническая картина болезни? Прекрасный ответ на этот вопрос дал американский врач Френсис Пибоди (Francis W. Peabody) в своей знаменитой лекции о врачевании: «Клиническая картина – это не просто фотография больного человека в кровати; это импрессионистское изображение пациента, окруженного своей домашней обстановкой, своей работой, своими родственниками, друзьями, с его радостями, горестями, надеждами и страхами» (JAMA, 1927, Vol. 88, No. 12, p. 877-882). Между прочим, эта статья, ознакомиться с которой я горячо рекомендую молодым медикам (она есть в Интернете), замечательна в двух отношениях. Во-первых, несмотря на то, что эта лекция была прочитана более 80 лет назад, её до сих пор чаще всех других научных статей продолжают с огромным уважением цитировать в американской медицинской литературе. Во-вторых, автор прочел её, уже страдая от рака желудка с метастазами; вскоре он скончался в возрасте всего 50 лет...

Поэтому вместо того, чтобы вновь и вновь прикладывать к своему пациенту различные шаблоны в надежде все-таки втиснуть его в какую-нибудь диагностическую клетку, давайте лучше повнимательнее взглянем в живого человека, который просит у нас помощи. Тогда мы увидим не только признаки, нужные для диагностической классификации. Перед нами окажется весь человек целиком, с теми деталями, которые, на первый взгляд, к делу не относятся, но которые как раз и характеризуют именно этого, а не среднестатистического больного.

Для пояснения вернемся к уже упомянутому примеру с холелитиазом. Врач не уверен, что вызывает клиническую картину – наличие камней в желчном пузыре или функциональные нарушения («дискинезия желчных путей»). Это не праздный вопрос: от диагноза зависит, какое лечение выбрать – хирургическое или консервативное. Присмотримся внимательнее к больной. Она возбуждена, суетлива, подробно рассказывает о том, что ей говорили и советовали разные доктора в прошлом, чрезмерно детализирует свои ощущения; взгляд тревожный, бе-

гающий. Всё это, как будто не имеет отношения к нашей конкретной диагностической задаче. Но зато теперь можно заключить, что больная беспокойна, тревожна, фиксирована на своей болезни, мнительна. Далее мы выясняем, что она давно принимает снотворные (важный признак невротического состояния!), и что имеется какой-то конфликт в семье (наверное, и сама пациентка не обладает мягким, уживчивым характером...). Именно у таких людей особенно часты различные функциональные нарушения. Напротив, образование камней указывает на какое-то особое изменение биохимических процессов, а это в гораздо меньшей степени связано с состоянием психической сферы. Итак, сама личность больной делает предположение о дискинезии более вероятным. А может, всё-таки, именно камень в желчном пузыре является тем исходным очагом раздражения, который вызывает дискинезию? Тогда наилучшим лечением будет как раз холецистэктомия! Может быть. Но ведь теперь мы увидели у нашей пациентки не только местное заболевание (холелитиаз или дискинезия), но и более общие, невротические нарушения. Эти нарушения почти наверняка останутся и после операции. А ведь постхолецистэктомический синдром тоже возникает гораздо чаще именно у таких невротических особ...

Итак, с одной стороны, я действительно не знаю, какой диагноз точнее отражает действительность, но зато теперь я уже не сомневаюсь, что функциональные нарушения занимают у моей пациентки ведущее место в клинической картине. Поэтому разумнее начать с консервативного лечения. Но назначу я не только спазмолитические средства и подходящую диету. В центре забот я поставлю не столько спастичные желчные протоки, сколько личность больной. Я постараюсь ободрить и успокоить ее, научить её относиться к своим мелким недомоганиям и житейским трудностям более стоически и разумно. Я также уговорю её не мучить себя слишком строгой диетой, которая ежедневно напоминает ей, что она больна. Быть может, к этим несложным психотерапевтическим мерам я добавлю и какие-то седативные средства. И только если все эти меры не помогут, я, быть может, посоветую операцию.

Слово «диагноз» происходит от греческого слова «гнозис», то есть «знание». В медицине «диагностировать» - значит «узнать болезнь». Но словом УЗНАТЬ мы называем два разных понятия. Одно из них – это познание чего-то нового, неизвестного. Например, я впервые встретил какого-то человека, и я пока не знаю, каков он. Я общаюсь с ним, разговариваю, наблюдаю, как он поступает в разных жизненных ситуациях. Постепенно я узнаю его; теперь я хорошо знаю этого человека, ранее мне неизвестного. Есть даже поговорка: «Не узнавай друга в три дня, узнай в три года». Но есть и другой смысл слова «узнать». Вдруг я снова встречаю того же самого человека-либо после долгого перерыва, либо после того, как его внешность изменилась, либо в совершенно необычных обстоятельствах, но я всё-таки узнаю его. Этот второй смысл определяется в словаре Даля так: «...опознать, признать, или распознать по приметам, отличая от других подобных, как нечто уже знакомое, виданное».

Итак, в первом случае работа мысли заключается в попытке понять суть предмета или явления, исследовать его («что это такое?», «как оно устроено?» и т.п.). Во втором же случае умственные усилия заняты решением совсем другого вопроса: «на что это похоже из известного мне?» или «к какой группе явлений следует это отнести?». Иными словами, здесь речь идет о **классификации** рассматриваемого явления, а не о выяснении его внутренней сущности.

Какой же из этих двух мыслительных процессов превалирует в голове врача, когда он выясняет диагноз?

Простейший анализ повседневной медицинской практики показывает, что выяснение диагноза обычно является, главным образом, процессом классификации. Например, больной говорит доктору: «У меня болит сердце». Доктор немедленно вспоминает три самых главных причины для такой жалобы: 1) ишемическая болезнь сердца со стенокардией, 2) мышечно-

скелетные боли в области грудной стенки и 3) невротические ощущения. Теперь его задача - выяснить, в какую из этих групп направить проблему больного. С этой целью он задает первый уточняющий вопрос: «А когда болит – в покое или при ходьбе?». Если больной ответит, что боль возникает при ходьбе, то становится ясно, что лучше всего подойдет рубрика «стенокардия».

Доктор продолжает поиск и задает еще несколько вопросов («А если вы остановитесь, боль проходит?», «Помогает ли нитроглицерин?» и т.п.). Услышав положительные ответы, доктор облегченно вздыхает: всё сходится, болезнь легко помещается в отведенную для неё клеточку. В поисках наибольшего соответствия врач всё время мысленно сравнивает получаемые им данные с тем эталоном, который олицетворяет конкретную диагностическую рубрику. Всякий раз он должен решать, соответствует ли очередной, только что обнаруженный факт (или жалоба) этому образцу или нет.

Но вот на этом гладком пути возникает заминка: очередная деталь клинической картины не имеет соответствия в контрольном образце. Например, больной говорит, что, помимо загрудинного сжатия при ходьбе (точь в точь как в эталонном описании!), он еще «всё время чувствует свое сердце»; кроме того, у него бывают «проколы в сердце», которые не дают ему глубоко вдохнуть. Этих двух деталей в оригинале нет, хотя всё остальное идеально совпадает с классической картиной ангинозных болей. У врача возникает соблазн пренебречь этим маленьким фактом: наверное, это какое-то индивидуальное отклонение; мало ли что бывает! Во всяком случае, это НЕ ВАЖНО! Доктор отбрасывает эту подробность и продолжает пробираться к искомой диагностической рубрике, не обращая внимания на «случайные» помехи.

В сущности, он поступает точно так же, как и те авторы, которые создают диагностические классификации. Ведь для того, чтобы нарисовать обобщенную картину болезни, надо взять из каждой индивидуальной картины наиболее типичное, характерное для всех родственных случаев, а остальные детали отбросить, как несущественные, не относящиеся к делу.

Почему же доктор так усердно ищет ту заветную диагностическую клетку, куда он сможет поместить проблему больного? Да потому, что если это ему удастся, он тотчас получит в награду ДИАГНОЗ, а диагноз продиктует ему, как лечить этого пациента! Если, например, диагностический процесс приведет, в конце концов, к рубрике «ИБС со стенокардией», то врачу останется только выписать те лекарства, которые рекомендованы при этом диагнозе. В данном случае их всего четыре: статин, нитрат, бетаблокатор и кальциевый блокатор. Как это легко и просто!

Вот доктор и старается подвести больного под какую-нибудь статью в диагностической классификации. Но недаром этот устойчивый словесный оборот («подвести под статью») имеет неодобрительный оттенок. Пробираясь к заветной цели («статье»), доктор по дороге отбрасывает лишние, нехарактерные, как ему кажется, детали. Но тем самым, он обедняет многоцветную, живую клиническую картину. От нее остается лишь её название – диагноз. Казалось бы, как раз это и есть самое важное: ведь диагноз укажет лечение! Верно, **но теперь доктор будет лечить уже не этого больного, а только название болезни, найденное в диагностической таблице!**

Вскоре появляются последствия такого классификационного рвения. Несмотря на правильное, вроде бы, лечение, больной не благодарит, а продолжает жаловаться на сердце. Врач в недоумении направляет его к консультанту. Но диагноз ведь и в самом деле правильный; поэтому консультант согласится и будет вынужден предложить ту же самую «великолепную четверку». Разве что, вместо бетаблокатора метопролола он порекомендует бетаблокатор атенолол, а кальциевый блокатор нифедипин он заменит кальциевым блокатором амлодипином, но больному от этого не становится лучше...

В чем же дело? А в том, что диагноз, лечением которого так усердно занимается доктор,

не исчерпывает всей болезни, от которой страдает этот больной! Все эти «нехарактерные», «случайные» и «не имеющие отношения к делу» подробности, которые доктор выбросил из головы во время своей диагностической работы, никуда не делись. Они остаются у больного и тревожат его. Вот он и обращается к своему врачу снова и снова. Или же он ищет другого доктора в надежде, что тот, наконец, поймет, что же, на самом деле, заботит больного. И тогда вдруг окажется, что больше всего его пугают не загрудинные сжатия, а проколы в сердце (быть может, думает он, это начинает рваться мышца сердца?) или сердечные перебои (не остановится ли оно совсем?). Мы же видим на ЭКГ всего лишь единичные желудочковые или предсердные экстрасистолы, которые, как известно, совершенно не опасны, и на которые поэтому не стоит обращать внимания. Так объясните это вашему подопечному! Или даже назначьте мониторинг по Хольтеру - не столько для уточнения диагноза, сколько для того, чтобы потом простыми словами пересказать больному благоприятные результаты этого теста и успокоить его. Вполне возможно, что этого будет достаточно, и больной освободится от тревоги. Иногда к этому придётся добавить небольшую дозу какого-нибудь безобидного противоаритмического средства, вроде малых доз пропранолола. Если же у больного, помимо типичной стенокардии, бывают мышечно-скелетные боли в области сердца, то объясните ему, что не все его болевые ощущения, а только их часть связана с сердцем напрямую. Уже одно это вызовет вздох облегчения. Во-вторых, назначьте что-нибудь и по этому пункту (аналгетики, массаж, физиотерапию и т.п.). Это не только снимет боли. Эти действия докажут больному, что вы сейчас, действительно, лечите уже не сердце, а что-то другое, и именно это успокоит его лучше всех ваших слов...

Или возьмем эссенциальную гипертензию. Здесь диагностическая работа еще проще: ведь важнейший признак всего один – повышенное артериальное давление. Остальные критерии носят как бы отрицательный характер (давление *не* почечное, *не* гормональное и т.п.). Доктор сходу ставит диагноз и сразу принимается за дело. В его глазах главное – это снизить давление: ведь именно это подсказывает ему диагноз! Он уверен, что как только артериальное давление станет нормальным, то наладится и всё остальное: исчезнут головная боль, пульсация в голове, головокружение, сердцебиение, бессонница и раздражительность. Вот доктор и лечит - не больного, а только повышенное артериальное давление. Но странно, давление уже хорошее, а жалобы продолжают. Врач в недоумении меняет лекарства, увеличивает дозы. В ответ давление падает ниже нормы; теперь к прежним жалобам присоединяются новые, иатрогенные, вызванные либо чрезмерной гипотонией, либо побочным эффектом самих лекарств...

Причина заключается в том, что только что перечисленные жалобы отнюдь не являются прямым, закономерным и неизбежным следствием высокого артериального давления. Поэтому одна лишь нормализация давления не приводит автоматически к улучшению общего самочувствия. Ситуация здесь совсем другая, чем, скажем, при механической желтухе: последняя является непосредственным, прямым и обязательным результатом закупорки общего желчного протока. Если восстановить нормальный отток желчи, то желтуха непременно исчезнет сама собой.

И всё же, эссенциальная гипертензия, с одной стороны, и душевное беспокойство и внутреннее напряжение, с другой стороны, не являются двумя совершенно независимыми друг от друга заболеваниями. Между ними есть очень тесная и глубокая внутренняя связь. Точно так же сцеплены ожирение и сахарный диабет, хотя гипергликемия не приводит к ожирению сама по себе, а ожирение не обязательно влечет за собой появление сахарного диабета. Если доктор занят только тем, чтобы снизить артериальное давление до нормы, то внутреннее напряжение, тревога, дурное настроение, желчность, ожесточенность, озлобленность, раздражительность не ослабеют. Это душевное неблагополучие по-прежнему будет проявляться

головной болью, головокружением, бессонницей, сердцебиением, слабостью и вообще плохим самочувствием. Вот почему критерием успешного лечения больного эссенциальной гипертонией должны быть не только показания тонометра, но и повторная критическая оценка доктором своего воздействия на эту вторую часть болезни...

Когда врач хочет всего лишь выяснить, в какую диагностическую рубрику лучше всего укладывается наблюдаемая им болезнь («на что она похожа?»), то в центре его внимания оказывается только сама эта болезнь и её варианты. При таком подходе сам больной становится всего лишь нейтральным, безликим носителем болезни. Он выпадает из мыслительного процесса, и потому остается неизвестным. Врач уподобляется диспетчеру, или стрелочнику, которому нет дела до того, какой именно груз находится в данном вагоне; он занят исключительно сортировкой, то есть, он решает, на какой путь надо направить этот вагон...

Если же мы пытаемся понять, почему страдает данный больной, и как ему помочь, то диагностический процесс из классификационного превращается в исследовательский. Тогда в центре внимания оказывается сам больной. Ясно, что такой подход принесет пациенту больше пользы, да и сам врач занимается в таком случае гораздо более творческой работой.

Известный американский врач William Osler выразил эту же мысль в присущей ему афористичной форме: **“It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has”** (Гораздо важнее понять, что за человек этот пациент, чем то, какая именно болезнь имеется у него).

До сих пор мы рассматривали вопрос о том, что может произойти, если для врача главное – это лишь название болезни. В результате диагностический ярлык заслоняет реального, живого человека, который просит у него помощи. В этом случае доктор и все свои лечебные действия сообразует только с диагнозом. Следствием оказывается то, что терапия заведомо будет, уж по крайней мере, неполной, нередко к тому же и ошибочной, а иногда она даже приводит к трагической концовке, как в наблюдении, описанном в начале этой главы. Однако чрезмерное упование на диагноз чревато и другими нежелательными психологическим последствиям. Вот лишь некоторые из них.

Пока жалобы и объективные изменения у больного кажутся непонятными, доктор внимательно изучает каждую деталь. Внимание уделяется всем особенностям клинической картины и анамнеза: вдруг какая-то маленькая подробность приведет к разгадке! Процесс решения диагностической задачи мобилизует интеллект врача. Но как только диагноз установлен, может наступить потеря энтузиазма и интереса к больному. Он сразу становится просто «язвенником в восьмой палате слева у окна». Большая часть анамнеза пациента и его страданий оказывается стёртой; их заменяет краткая этикетка. Это название одинаково для всех больных с данным заболеванием, но ведь сами-то больные сильно отличаются друг от друга! Психологически такое явление легко объяснить. Ведь диагностический процесс обычно длится недолго, хотя он требует значительных интеллектуальных усилий. Напротив, лечение часто оказывается длительным, медленным и часто разочаровывает. А ведь на самом деле, больной нуждается в нас больше всего именно после установления диагноза, то есть в процессе самого лечения. Надо помнить об этой скрытой опасности обезличивания, приведения к общему знаменателю и стараться учесть и сохранить индивидуальные элементы в болезни каждого пациента.

Другая скрытая опасность заключается в том, что диагноз придает уверенность доктору, и он прекращает дальнейшие диагностические усилия. Поэтому он не назначает дополнительные анализы, а если и назначает (или если приходят результаты ранее сделанных), то

они уже не получают достаточного и беспристрастного внимания. Врач как бы «застревает» на своем предварительном диагнозе, хотя новые данные противоречат ему. - Это тоже частая диагностическая ошибка.

Иногда, наоборот, предположительный диагноз пытаются подтвердить потенциально небезопасными исследованиями, хотя увеличение достоверности не приносит больному никакой дополнительной выгоды. Надо всегда помнить, что название болезни является, всего-навсего, только средством. Истинная цель врача заключается в том, чтобы понять сущность болезни и оказать больному надлежащую помощь и поддержку с тем, чтобы улучшить его качество жизни. Таким образом, абсолютно точный, безупречный диагноз нужен далеко не всегда. В ряде случаев можно с чистой совестью избавить больного от болей, опасностей и волнений, связанных с обследованиями, практическая ценность которых сомнительна. Наши решения должны определяться, в первую очередь, интересами самого больного. Вот почему следует сдерживать свою «академическую любознательность» и не увлекаться тестами сомнительного значения. Для того, что сохранить в каждом отдельном случае разумное равновесие между недостаточным и чрезмерным обследованием, требуется здравое суждение и врачебное искусство...

...Вообразим себе художника на берегу моря. Он видит, что сегодня оно синее, но какого-то особенного оттенка. В его распоряжении есть много готовых красок вроде бы похожего цвета – и кобальт, и берлинская лазурь, и ультрамарин, и индиго, и бирюза. Но ни одна из них не воспроизводит в точности тот цвет, который у него перед глазами. И тогда, вместо того, чтобы искать самый подходящий тюбик, он смешивает на палитре разные краски и получает настоящий, живой цвет. Вот этим стремлением к индивидуализации художник отличается от равнодушного ремесленника...

Я закончу эти размышления забавным воспоминанием. Лет сорок назад в Московском терапевтическом обществе состоялся доклад известного патофизиолога и специалиста по аллергии академика А. Д. Адо о предложенной им новой классификации бронхиальной астмы. Аудитория была переполнена. И хотя эта классификация не очень-то отличалась от прежних, рядовые врачи (а их было там большинство) старательно записывали в своих тетрадях. После прений выступил председатель – выдающийся терапевт академик В.Х.Василенко, известный своим независимым характером и острым языком. (Между прочим, в 1952 г. он был арестован по знаменитому «делу врачей», но отказался давать нужные показания, английским шпионом себя не признал и даже объявил голодовку. За это ему выбили зубы и сломали нос). В.Х.Василенко сказал следующее: «Мы только что с большим удовольствием прослушали блестящий доклад уважаемого Андрея Дмитриевича. Хотя еще ни одной больной не выздоровел от классификаций, все же каждый из нас вынес много полезного из этого доклада».

ПОСТСКРИПТУМ. В начале этой главы я рассказал о том потрясении, которое я испытал еще молодым врачом, обнаружив, что знаменитый французский врач Труссо знал туберкулезный менингит в 1868 г. лучше, чем два элитных московских профессора спустя сто лет. Совсем недавно, в октябре 2013 г. я нашел в интернете книгу другого выдающегося врача давнего прошлого – Гуфеланда (C.W. Hufeland, 1762 – 1836). Между прочим, он лечил Гёте и Шиллера. В этой книге он изложил свой громадный полувековой опыт. Это нечто вроде справочника практического врача того времени – краткое описание всевозможных болезней и рекомендуемых методов лечения. Книга оказалась очень популярной, и за несколько лет выдержала шесть изданий, что редкость даже сейчас. В самом её начале Гуфеланд дает мо-

лодым врачам общие советы о том, как овладеть искусством врачевания. Вот отрывок из его размышлений (в моем переводе).

«Распознавание болезни есть первое условие исцеления. Но что это значит? Надо не только узнать название болезни, не только увидеть её наружные проявления. Это приведет лишь к поверхностному, симптоматическому лечению. Речь идет о познании внутренней сути болезни, которая и обуславливает её внешние проявления. Именно эта внутренняя сущность и должна являться объектом исцеления... Практическая диагностика подразумевает не только распознавание болезни, но также и распознавание больного, то есть человека, у которого есть болезнь, а именно, тщательное изучение его индивидуальности и его особенностей. Одна и та же болезнь проявляется совершенно по-разному у разных людей. Именно индивидуальные особенности больного оказывают громаднейшее влияние на проявления, модификации и на лечение болезни. Опыт показывает, что именно учет этих нюансов является отличительной чертой самых умелых и удачливых врачей». (C.W.Hufeland, *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtnis einer funfzigjährigen Erfahrung*, Berlin, 1836).

Поразительно, что эти строки, написанные почти двести лет назад (!) почти дословно совпадают с теми заключениями о сути диагностического процесса, к которым я пришел на основании своего собственного, тоже полувекового врачебного опыта...

ШУТКА ВОЛЬТЕРА

Вольтер (1694–1778) как-то сказал: «Врачи дают лекарства, которые они плохо знают, от болезней, которые они знают и того меньше, больным, которых они не знают совсем». От этой язвительной шутки можно, казалось бы, с пренебрежением отмахнуться. Ведь сказано это было давно-давно, когда медицина лишь начинала освобождаться от средневековых предрассудков и еще не стала настоящей наукой. В ту пору невежество и бессилие врачей были так очевидны и так контрастировали с их апломбом, что всё это часто вызывало добродушные насмешки. Достаточно вспомнить уморительную галерею эскулапов в комедии Мольера «Мнимый больной» (1673), доктора Бартоло в комедии Бомарше «Севильский цирюльник» (1775) или странствующего лекаря Дулькамара в опере Доницетти «Любовный напиток» (1832).

Лечебный арсенал, которым располагали врачи в ту эпоху, состоял из клистиров, припарок, примочек, кровопусканий, пиявок, банок и всевозможных таинственных отваров и настоек. Лекарствами были мышьяк, ртуть и стрихнин. Лечение основывалось на схоластических представлениях и понятиях, как «жизненная сила», «целительные силы природы», «миазмы», «теллурические эманации», «медицинская конституция», «дискразия», «диатез»; эти звучные термины прикрывали полнейшее неведение о сущности болезней. Мы же располагаем теперь антибиотиками, гормонами, цитостатиками и другими поистине спасительными средствами, а место умозрительных теорий заняли тщательно продуманные научные эксперименты. Такие фундаментальные понятия, как болезнетворные микроорганизмы, иммунная защита, лекарственные рецепторы, молекулярная биология, гены и т.д. основаны на громадном экспериментальном материале; они помогают всё глубже понимать сущность болезней человека.

И всё же, не будем зазнаваться. Да, мы знаем несравненно больше, чем наши собратья в эпоху Вольтера. Но ведь пройдет еще двадцать, сорок лет, и дальнейший прогресс науки наверняка опровергнет многое из того, что сейчас кажется нам попросту аксиомой. Так что у будущих молодых врачей тоже будет повод снисходительно улыбаться, вспоминая некоторые наши методы лечения и теории, в которые мы сейчас свято верим. Поэтому, вместо того, чтобы сходу отвергнуть эту издёвку великого скептика и остроумца, попробуем отнестись к ней серьезно. Ведь недаром говорят, что в каждой шутке есть доля истины. И в самом деле, чем больше вдумываешься в эти слова Вольтера, тем более интересной и неожиданно глубокой оказывается выраженная ими мысль.

Действительно, наши знания о каждом из этих трех звеньев неразрывной цепи «лекарство-болезнь-пациент» сильно различаются по объему и достоверности.

Пожалуй, лучше всего мы знаем лекарства. Даже начинающий врач помнит не только дозировки, показания и противопоказания к их применению, но и механизмы действия. А фармакологи знают к тому же и молекулярное строение каждого лекарства, его распределение в различных тканях организма, пути и скорость его всасывания, выделения и разрушения; в последнее время стали доступными для изучения даже те клеточные рецепторы, с которыми непосредственно взаимодействует определенный участок молекулы лекарственного вещества. Все эти знания получены не только путем сложнейших химических и биохимических анализов, но и благодаря многочисленным опытам на животных и на людях. Такое изобилие

разнообразных сведений вызывает у врача ощущение, что он действует наверняка, поскольку то лекарство, которое он дает больному, изучено всесторонне и досконально.

Увы, несмотря на то, что каждое новое лекарство подвергают тщательной, разносторонней и многолетней проверке, с течением времени обнаруживается, что наши знания о нем всё-таки неполны, а то и даже неверны. Возьмем такое давным-давно известное и популярное средство как аспирин. Он вошел в медицину в 1899 г. и быстро стал одним из самых употребительных лекарств (по данным интернет-энциклопедии Википедии, в настоящее время мировое потребление аспирина за год составляет около сорока тысяч тонн!). В первой половине 20-го века аспирин был лекарством номер один при лечении острого суставного ревматизма и острых ревматических поражений сердца, которые в то время были необычайно распространены. Выдающийся американский кардиолог Фридберг (Ch. Friedberg) во втором издании своего классического учебника по болезням сердца, опубликованном в 1956 г., сообщал, что общепринятая тогда дозировка аспирина при остром суставном ревматизме составляла 0,06 грамма на 1 фунт (0,453 кг) веса пациента в сутки, но не более 10,0 граммов. Это значит, что взрослый человек весом 65 кг (143 фунта) получал в те годы 8,6 г аспирина в сутки! Сам Фридберг был более осторожен. Он рекомендовал начинать с дозы 4 грамма в день и затем увеличивать её – либо до достижения эффекта или до возникновения токсических симптомов. Последние, по Фридбергу, включали «шум в ушах, глухоту, головокружение, головную боль, тошноту, рвоту и – иногда – понос. Хотя имеется некоторое непосредственное раздражение желудка, всё же токсические гастроинтестинальные симптомы вызваны действием салицилатов на мозговые центры. Более серьезными признаками салицилатной интоксикации являются дерматозы, чрезмерная рвота, дыхание Куссмауля вследствие ацидоза, делирий, мания, галлюцинации, кома и смерть». Современный читатель может спросить с удивлением: а где же самое опасное осложнение – желудочно-кишечные кровотечения? Я намеренно полностью процитировал соответствующий отрывок из книги Фридберга – о кровоточивости там нет ни слова! Напротив, в статье «Аспирин» англоязычной Википедии, отредактированной в последний раз совсем недавно (10 сентября 2011 г.), сказано: «Главным нежелательным побочным действием аспирина при приеме его вовнутрь являются желудочно-кишечные язвы, желудочное кровотечение и шум в ушах, особенно при использовании больших доз». Оказывается, наши предшественники совершенно безбоязненно и уверенно использовали, да еще много дней подряд, громадные дозы аспирина, не зная, что это может вызвать опасное внутреннее кровотечение!

А вот и совсем свежий пример. В 1999 г. после многочисленных лабораторных и клинических испытаний Управление по контролю над лекарствами США (FDA) разрешило применение нового, «революционного», как его тогда называли, противоревматического лекарства Rofecoxib (Vioxx). Энтузиазм врачей был настолько велик, что за несколько лет это средство было назначено 80 миллионам человек. Фирма изготовитель заработала в 2003 г. на одном лишь этом лекарстве два с половиной миллиарда долларов (газета Нью-Йорк таймс от 7 декабря 2006 г.). И вдруг 30 сентября 2004 г. FDA распорядилось изъять это лекарство из продажи: оказалось, что оно способствует возникновению инфарктов миокарда!

Но самой поучительной является история талидомида (thalidomide). Это лекарство было предложено в Западной Германии в 1957 г. и сразу стало популярным, как эффективное успокаивающее и противоболевое средство; кроме того, оно хорошо снимало утреннюю тошноту и рвоту при беременности. Лекарство казалось настолько безопасным, что его разрешили продавать даже без рецепта. Вскоре наступило ужасное пробуждение. В ближайшие несколько лет в Европе родилось более 10 000 детей с тяжелейшими пороками развития (главным образом, недоразвитие конечностей). Талидомид был срочно запрещен уже в 1961 г. Под впечатлением этой трагедии повсеместно стала обязательной проверка каждого нового лекар-

ства на тератогенное действие при беременности. Однако спустя лет тридцать оказалось, что талидомид высоко эффективен при миеломной болезни, и с 1997 г. FDA разрешило его применение для этой цели в качестве одного из основных средств. Выходит, что врачи не только не знали, что талидомид крайне вреден; они к тому же не подозревали, что у них в руках уже давным-давно было средство для лечения одного из самых тяжелых онкологических заболеваний! Так что Вольтер и сегодня прав, говоря, что врачи дают больным лекарства, которые они знают мало.... Да будет это нам уроком!

Теперь обсудим, каковы наши знания о втором звене цепи «лекарство-болезнь-больной». Наше понимание сущности болезней также стало несравненно более глубоким, чем двести – триста лет назад. Так, во времена Вольтера все инфекционные болезни объединяли в единую группу «лихорадок», поскольку казалось, что их самым важным общим признаком было повышение температуры тела. Можно лишь поражаться наблюдательности и глубине клинического анализа наших славных предшественников, которые не имели ни лабораторий, ни микроскопов, и всё-таки смогли выделить из этой груды такие разные заболевания, как брюшной и сыпной тиф, малярию, скарлатину, дифтерию и многие другие. Однако поскольку все эти лихорадки считались тогда родственными заболеваниями, то и лечение их было одинаковым, а именно, «противовоспалительным»: кровопускание, слабительные, рвотные, холодные обертывания, опий. Выдающийся немецкий врач Гуфеланд (Hufeland 1762–1836) даже азиатскую холеру рекомендовал лечить кровопусканиями и рвотными средствами...

Громадные успехи в лечении, достигнутые современной медициной, лучше всего доказывают, что современные представления о причинах и механизмах развития различных болезней несравненно правильнее, чем прежние. Наше превосходство в этом отношении над нашими великими предшественниками совершенно очевидно. Но и здесь многие важнейшие проблемы до сих пор остаются непонятными. Особенно чувствительными эти пробелы в наших знаниях становятся по мере перехода от сугубо теоретических построений к чисто практическим, конкретным вопросам. Например, мы теперь хорошо знаем, что два таких внешне схожих заболевания, как ревматоидный артрит и остеоартроз (остеоартрит) возникают в результате совершенно различных патологических процессов: при ревматоидном артрите это аутоиммунное воспаление, а при остеоартрозе – это просто дегенерация и изнашивание суставных хрящей. Но вот почему у одного больного остеоартроз ограничивается образованием узелков Гебердена, то есть невинной косметической деформацией, а у другого та же самая болезнь оказывается настолько разрушительной, что становится необходимой большая хирургическая операция по замене коленного или тазобедренного сустава? Или, почему подагра иногда поражает только суставы, тогда как в других случаях её основным проявлением оказывается образование камней в почках? Наконец, возьмем такое частое и всем известное заболевание, как вирусный грипп. Мы сейчас знаем и его возбудителя, и вирулентность его различных штаммов; нам даже известно генетическое строение различных вариантов вируса и т.п. Но когда мы впервые осматриваем только что заболевшего гриппом молодого крепкого человека, мы не можем ответить на самый важный вопрос, – каким окажется ход этой болезни в ближайшие сутки: без всяких осложнений, как это бывает в большинстве подобных случаев, или же буквально через несколько часов болезнь вдруг станет смертельно опасной? Мы не знаем, почему сахарный диабет у одного больного приводит к закупорке артерий ног, а у другого – при точно таком же уровне сахара в крови – к поражению почек? Список подобных вопросов можно продолжить. Но и так ясно, что наши знания о болезнях человека не просто еще неполные (мы никогда не будем знать всё!). Главное, что, несмотря на громадный научный прогресс, мы по-прежнему не знаем ответа на множество самых важных, поистине животрепещущих вопросов, от решения которых зависит не только лечение, но и судьба наших больных...

Займемся теперь последним, самым главным звеном рассматриваемой цепочки «лекарство – болезнь – больной». Вот, в наш кабинет входит новый больной. Казалось бы, мы полностью готовы к такой встрече. Ведь мы вооружены самыми разнообразными знаниями. Мы изучили анатомию, фармакологию, патологию, микробиологию; несколько лет подряд нам объясняли, как возникают различные болезни, как они протекают, как их надо диагностировать, как их надо лечить. По окончании этой усердной и разносторонней учебы мы получили диплом, который свидетельствует, что нам разрешено лечить людей.

Мы видим лицо посетителя, мы можем примерно определить его возраст; нам сообщают его фамилию. Но что, кроме этого, мы знаем о нем? Нам потребовались годы, чтобы изучить свойства лекарств и природу болезней. А чтобы узнать человека, который обратился к нам за помощью, нам дают всего десять минут!

Чтобы начать знакомство, мы задаем первый вопрос: «На что Вы жалуетесь?». Предположим, наш собеседник пришел из-за болей в области сердца. Еще несколько профессиональных вопросов, и вот мы уже выяснили, что это, собственно, не боль, а чувство давления или сжатия за грудиной, которое возникает только при быстрой ходьбе. Клиническая картина настолько четкая, что диагноз ишемической болезни и стенокардии не вызывает сомнений. Из учебников мы знаем, как возникает эта болезнь, какие изменения в артериях сердца бывают при этой болезни, какие лекарства помогают при ней. Закончив расспрос, мы переходим к физикальному исследованию пациента – измеряем артериальное давление и частоту пульса, аускультуруем легкие и сердце. И всё-таки, мы чувствуем, что этих знаний о больном недостаточно. Поэтому мы назначаем дополнительные – лабораторные – исследования. С их помощью мы узнаем уровень холестерина в крови – не вообще при ишемической болезни сердца, а именно у этого больного; мы можем узнать также, нет ли у него еще и сахарного диабета, что исключительно важно для выбора правильного плана лечения. Далее, ультразвук позволит нам выяснить состояние клапанов сердца и сократительность сердечной мышцы – опять-таки именно у этого больного. Наконец, можно сделать коронароангиографию и совершенно точно узнать даже расположение атеросклеротических бляшек в каждой артерии сердца и то, насколько каждая бляшка сужает артериальный просвет, – и всё это как раз у нашего больного. Казалось бы, что еще нужно, чтобы уверенно приступить к лечению? Ведь мы теперь узнали этого больного так основательно и всесторонне, как наши бедные предшественники даже и мечтать не могли!

Действительно, все эти сведения строго научны и очень полезны. Они позволяют выяснить, что за болезнь у нашего пациента, и какова её тяжесть. Но разве это значит, что мы узнали человека, который просит нашей помощи? Ибо узнать человека – это получить возможность догадаться, как он будет вести себя в определенных обстоятельствах. Применительно к медицине, это означает предсказать, как отреагирует этот больной на наше лечение; иными словами, насколько успешным окажется оно? А это самый главный вопрос. Ведь мы назначаем лечение не для того, чтобы покончить с очередным просителем и заняться следующим, а чтобы действительно помочь ему! Но результат лечения зависит не только от наших стараний; в меньшей степени он зависит от особенностей и свойств того человека, которого мы лечим.

Например, мы даём ему таблетку нитроглицерина, который, как мы знаем, хорошо помогает при приступе стенокардии. Но как раз у этого больного тотчас возникает сильная головная боль. Это всем известно, хотя и нечастое побочное действие нитроглицерина. Значит, теперь нам придётся отказаться не только от этого лекарства, но, возможно, и от пролонгированных нитратов, которые мысленно мы уже включили в наш лечебный план. Остаются две другие группы – бетаблокаторы и кальциевые блокаторы. С чего начать? Которое из них окажется более эффективным именно у нашего больного и не вызовет, опять-таки именно у него, неже-

лательных побочных действий? Увы, несмотря на все сделанные анализы, нам по-прежнему приходится использовать метод проб и ошибок, а проще говоря, поступать наугад.

Точно также мы не можем с уверенностью ответить больному на его тревожный вопрос, что ожидает его в ближайшие годы. Нам известны в общих чертах течение ишемической болезни, её варианты, осложнения и исходы. Но как будет протекать эта болезнь у нашего подопечного, мы не знаем. Вполне возможно, что на протяжении многих лет клиническая картина останется стабильной, и больной надолго сохранит привычный уровень активности. А вдруг у него уже через месяц возникнет инфаркт миокарда или опасное нарушение ритма сердца? Что предопределяет то или иное течение болезни? – Очевидно, какие-то особенности или свойства данного организма, но какие именно, и как они влияют – этого мы пока не знаем. Да, быстрота развития этой болезни зависит в какой-то степени от уровня холестерина и сахара в крови. Но разве она не зависит в еще большей степени от количества и интенсивности нервных стрессов в жизни больного, а также и от манеры его реакции на них? Увы, наше стандартное обследование пациента не дает ответа на этот важный вопрос.

Этот пример взят из области внутренних болезней. Однако та же самая проблема не менее остро стоит и в хирургии. Недавно группа авторов попыталась выяснить, что больше всего влияет на частоту серьезных послеоперационных осложнений при эндоскопической холецистэктомии – квалификация хирурга, объем хирургической активности в данном госпитале или же индивидуальные особенности каждого больного? Следует подчеркнуть, что под выражением «серьезные послеоперационные осложнения» авторы понимали не последствия каких-то явных дефектов хирургической техники, а «острый инфаркт миокарда, легочную недостаточность, послеоперационную инфекцию, тромбоз глубоких вен, легочную эмболию, кровотечение и необходимость повторной операции». Было проанализировано свыше одного **миллиона** (точнее, 1 02 071) эндоскопических холецистэктомий, произведенных в США в 1998-2006 г. Общая частота таких осложнений составила 6,8%. Главный вывод этого исследования следующий: «Серьезные внутригоспитальные осложнения после эндоскопической холецистэктомии связаны, скорее, с индивидуальными особенностями конкретных больных, нежели с квалификацией хирурга или объемом хирургической активности в данном госпитале. Последние два фактора не были напрямую связаны с увеличением риска осложнений» (Am Coll Surg. 2010 Jul; 211(1):73-80).

Итак, для того, чтобы не просто выписать рекомендуемый рецепт, а лечить, и лечить успешно, мало выучить фармакологию и уметь поставить диагноз: если бы этого было достаточно, то даже фармаколог и патологоанатом могли бы заниматься лечением. В дополнение к этим общим знаниям, надо еще увидеть сопутствующие заболевания и, вообще, сильные и слабые стороны нашего подопечного, оценить его волю к жизни, желание сотрудничать с врачом и множество других его индивидуальных особенностей и свойств. Ведь именно всё это определяет, с одной стороны, какие врачебные действия надо выбрать, а с другой стороны, каков будет результат. Иными словами, надо узнать не только, что за болезнь имеется у этого больного, но также и каков он сам. К сожалению, те сведения, которые мы получаем при нашем стандартном обследовании больного, позволяют выяснить только характер болезни и оценить размер ущерба, причиненного этой болезнью. Для строителя, который обследует разрушенное здание, результаты его измерений вполне достаточны, чтобы точно рассчитать, сколько потребуется кирпичей, цемента и рабочих; сверх этого, больше ничего и не нужно, чтобы начать и успешно завершить ремонт. Ведь все восстановительные работы делает сам строитель, и качество ремонта зависит только от его знаний, умения и усердия; что же касается здания, то оно лишь пассивно подвергается каким-то переделкам. В медицине ситуация совершенно другая. Здесь все восстановительные процессы (скажем, рассасывания холестериновых бляшек и тромботических наложений на них, образование сосудистых кол-

латералей, да и вообще целиком все процессы заживления, регенерации, компенсации, перестройки, фагоцитоза, выработки антител и т.п.) – все эти задачи организм выполняет сам, собственными силами. Вот почему результат лечения в громадной степени зависит от биологических возможностей больного, то есть, от его индивидуальных особенностей. Поэтому, в отличие от строителя, врач только помогает больному вновь обрести здоровье. Латинское изречение “*Medicus curat, natura sanat*” (врач лечит, но исцеляет природа) вовсе не принижает роль врача; оно трезво констатирует истинную роль обоих участников в лечебном процессе.

Следовательно, приходится признать, что как ни обидна шутка Вольтера, в ней скрыта важная и грустная истина. Действительно, в конце первой встречи с больным мы уже знаем кое-что о предполагаемом варианте болезни и о лекарствах, которые можно применить в этом случае. Но разве мы узнали человека, который обратился к нам за помощью? А ведь если мы хотим помочь ему как следует, основательно, то надо разобраться, в чем его истинная проблема, чего он хочет от нас на самом деле, что поможет ему по-настоящему, и как он отреагирует на наше лечение. Таким образом, из этих трех элементов (лекарство – болезнь – больной) самым загадочным оказывается сам больной. Чтобы проникнуть в эту тайну, недостаточно держать в голове лекарственный справочник и описание различных болезней. Здесь требуются не только научные знания, но и здравый смысл, понимание человеческой психологии, сочувствие, житейский опыт. Решать эту проблему должен сам доктор, и каждый раз заново. Это трудно, и некоторые врачи предпочитают просто не замечать её...

Но почему же возникает такая ситуация? Причина заключается в особой психологической установке доктора: ему кажется, что главное – это выяснить диагноз. С его точки зрения, больше ничего и не нужно, поскольку диагноз, по его мнению, автоматически открывает дорогу к правильному лечению. При таком подходе больной оказывается, всего-навсего, безликим и нейтральным носителем болезни. Неважно, кем является сам носитель; это к делу не относится; надо только ликвидировать болезнь. Такому взгляду особенно способствует нынешнее увлечение так называемой доказательной медициной. Эта медицина превозносит исследования громадных контингентов больных как лучшее средство для постижения истины. Если оказывается, что такое-то лечение помогает в большинстве случаев, то отдельные неудачи рассматривают просто как случайность, как неизбежный статистический разброс. Стоит ли ломать голову, почему не повезло как раз этому больному? Ведь остальные выздоровели, и это главное!..

На самом же деле, это лишь экспериментатору важно, сколько всего больных выздоровело; для больного важно совсем другое – поможет ли данное лечение именно ему, а не кому-то ещё!

Но как это трудно – докапываться до причин неуспеха! Ведь искать эти причины придется среди особенностей данного человека, а их бесчисленное множество. Как замечательно выразился знаменитый американский кардиолог Бернард Лаун (Bernard Lown): «мы привыкли верить, что современную медицину характеризует научная ясность, которая позволяет прямо выйти на правильный диагноз, а тот повлечет за собой эффективную терапию. Такая неуклонная последовательность событий в процессе «оценка-суждение-действие-успех» возможна в физических, но никак не в биологических системах. Здесь перепрыгнуть сразу от исходных сведений к лечению удастся очень редко, когда имеешь дело с мириадами переменных величин в сложной системе. А ведь нет ничего более сложного, чем индивидуальное человеческое существо». (Dr. Bernard Lown’s Personal Blog September 19,2011).

Но возможно ли в условиях повседневной рутинной врачебной работы узнать больного, хотя бы в первом приближении?

Прежде чем ответить на этот вопрос, подумаем сначала, почему у некоторых врачей ре-

зультаты лечения бывают хорошими чаще, чем у их коллег? Вряд ли отличие состоит в том, что хороший врач знает больше. Если бы дело было только в объеме знаний, то авторы учебников или обладатели диплома с отличием должны были бы всегда быть самыми лучшими докторами, а это далеко не так... Более успешный доктор знает примерно столько же, что и его коллеги. Просто он умеет лучше приложить свои знания к данному, конкретному больному. Но что это значит? Для того, чтобы сделать удачный ход в игре, надо знать, или, по крайней мере, догадаться, какие карты на руках у партнера... Стало быть, хороший доктор за те же самые десять минут, которые отведены всем нам, успевает узнать больного гораздо глубже, чем его менее удачливые собратья по профессии. Назначаемое им лечение учитывает индивидуальные особенности этого больного. Вот почему результаты его работы оказываются лучше. В этом секрет его успеха. Но как он ухитряется сделать это?

Увы, сразу разочарую молодого врача, если он надеется тотчас узнать какие-то профессиональные секреты и получить от меня конкретные и четкие рекомендации, как следует поступать, чтобы узнать своего больного. Я могу лишь поделиться теми общими соображениями, которые накопились у меня за полвека непрерывной практической работы врача-лечебника.

Первое и самое важное условие – это отказаться от привычки искать только болезнь, не обращая внимания на её обладателя. Когда в школьные годы мы решали задачу о путнике, который идет из пункта А в пункт В, то нас интересовали только условия задачи; нас не заботило, молод ли этот пешеход или стар, ждет ли его в пункте В любимый человек или какое-то неприятное дело, нет ли у него плоскостопия или болезни сердца и т.п. А ведь в реальной жизни именно такие факторы оказываются самыми важными. Вот и в нашей профессии надо всегда помнить, что перед нами не экзаменационный билет с диагностической задачей для проверки знаний, а живой страдающий человек.

К сожалению, условия работы способствуют сужению поля зрения врача. Так, при расспросе он имеет, обычно, лишь одну цель – добыть ясные и четкие медицинские факты, которые послужат фундаментом для построения диагноза. Увы, очень часто ответы больного бывают неудовлетворительными. Либо они слишком расплывчатые, неопределенные, а то и вообще не по теме (больной не обращает внимания на вопросы и продолжает свой прерванный монолог). Либо сама жалоба кажется непонятной, и больной не может описать её подробнее (например, «Плохо мне», «Чувствую свое сердце», «Голова тяжелая»). Или жалоба вроде бы понятна, скажем, одышка при физической нагрузке, но одновременно больной предьявляет вдобавок жалобу странную, например, «И вообще, мне всегда не хватает воздуха». Приходится из обильного словесного мусора отсеивать нужные сведения. Один американский врач остроумно пошутил: «Какая досада, что больные не читают наши учебники: тогда их жалобы были бы гораздо понятнее». Умственные усилия врача невольно оказываются направленными только на то, чтобы найти хоть какие-нибудь важные и полезные детали в длинном и бестолковом рассказе. Как было бы хорошо, если бы пациенты отвечали кратко, точно, а еще лучше просто одними «Да» или «Нет» – сколько времени и сил можно было бы сберечь!

Целиком занятый разгребанием словесной шелухи, доктор забывает в своем диагностическом рвении, что весь диалог в целом, безо всяких дополнительных вопросов, уже сам по себе, тотчас дает представление о больном, как человеке. И дело здесь не только в таких, буквально лежащих на поверхности сведениях, как уровень интеллекта и культуры, а также состояние памяти. Доктор, взор которого устремлен не только на поиски болезни, но и охватывает целиком своего собеседника, сразу получает массу дополнительных интереснейших сведений, которые в немалой степени помогают ему индивидуализировать дальнейшие лечебные мероприятия.

Так, подробное и нудное перечисление дат всех прошлых госпитализаций, результатов всевозможных обследований, предыдущих диагнозов или фамилий многочисленных титулованных консультантов, к которым обращался больной, – всё это означает, что болезнь стала главным и самым важным содержанием духовной жизни больного. Понимающему врачу это сразу говорит, как следует себя вести с таким больным, чтобы добиться хотя бы небольшого улучшения. Дело в том, что пациент подсознательно не желает расстаться с дорогим его сердцу сокровищем. Ведь это делает его незаурядным, придает значительность и вызывает уважение и сочувствие окружающих... Если прямо сказать ему, что эта болезнь в настоящее время незначительна или может быть вылечена без труда, то это вызовет лишь недоверие, а то и негодование; контакт с больным – главное условие успеха – будет потерян. Помочь такому больному можно только постепенно и деликатно освобождая его от привычных предрассудков. Вот что говорит об этом выдающийся немецкий психиатр Эрнст Кречмер (Ernst Kretschmer, 1888–1964) в своей замечательной книге «Медицинская психология» (есть русский перевод): «если бы мы сказали некоторым пациентам, что их болезнь совершенно невинна, они бы нам этого никогда не простили. Существуют женщины, для которых «их» камни в печени являются темой, любовно и с подробностями развиваемой ими в каждом вагоне, точно разговор идет о родных детях. Они ездят с этим от одного врача к другому, чтобы получить от них заверение, будто те никогда не наблюдали такого тяжелого случая, или чтобы потом рассказывать о знаменитом профессоре X, якобы нашедшем их случай совершенно загадочным. Здесь камень в печени является чем-то, повышающим самооценку... Он способствует наивному и невинному возвеличению собственной личности чем-то, чего другие не имеют. Он придает личности, в сущности пошлой и ограниченной, особую выразительность. Он служит той же цели, что у других их ум, богатство или знатное происхождение».

Очень часто сбивчивый и, казалось бы, невразумительный рассказ свидетельствует о том, что больной охвачен страхом или даже паникой. Его жалобы неопределенны и расплывчаты именно потому, что он боится прямо взглянуть опасности в лицо и оценить её. Врач, который заинтересован только в том, чтобы разобраться, например, какого рода боль у пациента – ангинозная или мышечная, будет лишь досадовать на его бестолковость, и сердиться, что тот не помогает ему в таком важном деле. Напротив, врач с широким кругозором увидит в таком рассказе призыв о психологической помощи. И тогда вместо раздражения этот больной вызовет у него лишь сочувствие. Кроме того, это дополнительное знание подскажет врачу, что помимо лечения основной болезни, необходимо помочь больному вновь обрести уверенность в себе и надежду на хороший исход. А разве это не сделает всё лечение более эффективным?

Точно также, если мы увидим перед собой не просто еще один случай пептической язвы двенадцатиперстной кишки, а измученного и истерзанного человека, то у нас невольно, сами собой возникнут сочувственные вопросы, которые не предусмотрены стандартным алгоритмом собирания анамнеза у язвенного больного. В ответ на них бедняга расскажет, что его жена только что перенесла онкологическую операцию, и что он сам подозревает у себя рак. Именно эти сведения позволят нам узнать больного совсем по-другому, чем это может сделать гастродуоденоскопия. Тогда нам станет ясно, почему его язва так плохо заживает; мы поймем, кроме того, что этому больному нужно не только нейтрализовать соляную кислоту в желудке или назначить антибиотики против *Helicobacter pylori*, но и помочь ему здоровым советом и человеческим теплом...

Впрочем, для того, чтобы узнать больного как человека, надо не только расспрашивать его более подробно и интересоваться его жизненными обстоятельствами. Очень многое больной сообщает о себе выражением лица, манерой говорить. Достаточно увидеть печальное лицо, потухшие глаза и замедленную походку, чтобы сразу заподозрить депрессию. Несколько дополнительных вопросов, и вот уже становится ясным эмоциональное состояние пациента.

Это знание помогает врачу «настроиться на правильную волну» в общении с ним, завоевать его доверие и получить возможность благоприятно влиять на него психологически. Всё это, очевидно, улучшает результаты лечения. Вот почему доктору необходимо постоянно тренировать активное внимание и наблюдательность при общении с больными.

Наконец, такие качества врача, как дружелюбие, приветливость, скромность, терпимость, готовность помочь и т.п. – сами по себе способствуют тому, что больной проникается доверием к такому симпатичному собеседнику. И тогда он по собственной инициативе раскрывает свой внутренний мир. В результате доктор может узнать много интересного и важного, даже не успев задать вопрос (а то даже и не додумавшись до него!). Конечно, люди обладают этими завидными свойствами в разной мере, но их задатки есть у каждого. Доктор должен развивать их у себя, не просто потому, что они прекрасны сами по себе, а потому, что они очень помогают *узнать больного*. Тогда и лечение будет лучше соответствовать всем особенностям и нуждам этого человека, то есть оно окажется наиболее эффективным...

ПО ДРУГУЮ СТОРОНУ БАРРИКАДЫ, или ЧЕГО ХОТЯТ ОТ НАС БОЛЬНЫЕ?

Этот вопрос может вызвать недоумение. «То есть, как это, чего хотят? Вылечиться, чего же ещё!». Все годы пребывания в медицинском институте будущих врачей обучают только одному – как диагностировать и лечить болезни. Поэтому, когда дверь врачебного кабинета открывается, и входит очередной пациент, молодой врач уже изготовился снова **решать медицинскую задачу**. Сам посетитель его не интересует. И в самом деле, что изменится, если, помимо привычных условий задачи (где болит, когда заболел и т.п.), доктор узнает вдобавок, что этот больной, скажем, тревожный ипохондрик или, напротив, уравновешенный, спокойный человек? Какое диагностическое значение имеют такие обстоятельства, как, например, женат ли пациент, или же он недавно овдовел; есть ли у него дети, или он совершенно одинок; работает ли он, или его недавно отправили на пенсию? Все эти детали кажутся не относящимися к делу. А вот что по-настоящему важно, так это выяснить, на что больной жалуется, когда болезнь началась, чем больного лечили в прошлом. Каждый больной – это просто очередная медицинская проблема: доктору надо всего-навсего понять, в чём заключается поломка, и как её исправить.

Такой подход отличается от обычного общения между людьми. Ведь когда на нас нет белого халата, то, встречая незнакомца, мы хотим узнать, что за человек перед нами, а вовсе не решать диагностическую задачу. Но в своем кабинете врач ведет себя с больным не так, как в нерабочее время с остальными людьми. Мы невольно создаем своеобразный барьер между собой и пациентом: я здесь, а он там, и наши роли совершенно различны. Этот бесстрастный профессиональный взгляд на собеседника является одним из источников нашей силы, ибо он помогает оценить больного объективно. Например, имея дело с попыткой самоубийства, мы не удовлетворяемся обывательским объяснением соседей и родственников о несчастной любви, а ищем (и находим!) в анамнезе указания на склонность к депрессии или на истерические реакции. Но в то же время эта невидимая баррикада мешает проникнуть в душевный мир нашего пациента.

Мы нередко забываем, что у больного есть своя точка зрения, как на свою болезнь, так и на врача. И только когда мы сами заболеваем и потому вдруг оказываемся по другую сторону барьера, мы невольно приобретаем ментальность больного человека. Тогда мы начинаем понимать, что эта ментальность имеет свои особенности, и что она может совершенно неожиданным образом влиять на результаты лечения. Вот почему полезно помнить о существовании этого барьера, почаще пытаться перейти на позицию больного, чтобы понять, чего же он хочет от нас на самом деле? Итак, каковы истинные мотивы, побуждающие больных обращаться к нам?

Самая очевидная и, возможно, самая частая причина – это желание выздороветь. Но даже в этой простейшей ситуации далеко не всегда бывает полное взаимопонимание. Мы назначаем лечение, исходя из диагноза болезни, и рассчитываем на безоговорочное послушание. Да и как иначе: ведь больной сам просит о помощи! Но помимо клинической фармакологии есть еще проблема **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИЕМЛЕМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ**. Так, назначая при артериальной гипертензии среди прочих лекарств также и мочегонное, нередко я слышу тревожный вопрос – не повредит ли это моим почкам? Обычно это опасение легко рассеять,

но иногда предубеждение остается: когда при следующей встрече я выписываю очередную ежемесячную порцию постоянных лекарств, больной смущенно просит не выписывать дизотиазид: «Он у меня еще есть». – Значит, он его не принимал!

Причины этого внутреннего сопротивления различны, и иногда они становятся понятными не сразу. Это и расхожее мнение «Одно лечат, другое калечат», и нежелание принимать сразу множество таблеток, и высокая стоимость какого-то лекарства, и прочитанная инструкция – вкладыш с перечислением всевозможных побочных действий и т.д. Нередко это внутреннее сопротивление сочетается парадоксальным образом с уважением и доверием к врачу: «Врач хороший, старается. Не буду обижать его отказом. Но ведь дай им волю, так ведь совсем залечат. Нет уж, у меня своя голова на плечах!». Вот почему при неудаче лечения необходимо, в первую очередь, выяснить, выполнил ли наш подопечный все назначения или нет. Это требует деликатности и мягкости: больной понимает, что его непослушание означает для врача обидное недоверие, и потому он может солгать, не желая огорчать нас. Впрочем, и успешное лечение не должно сразу же льстить нам: ведь и в этом случае больной мог следовать нашим предписаниям не в полной мере....

Но не всегда у больного есть потребность именно в лечении. Часто его приводят к врачу страх, тревога и надежда услышать от врача успокоительные слова. Вот случай, многому научивший меня.

Долгое время под моим попечением была женщина 80 лет, страдавшая сахарным диабетом. Обращалась она ко мне изредка, только за тем, чтобы получить очередной рецепт на свои постоянные лекарства. Как-то она рассказала мне, что живет с дочерью-инвалидом, у которой очень тяжелая шизофрения; никаких родных у них нет. Однажды старушка пришла с жалобой на боли в правой стопе. Я осмотрел ногу, не нашел ничего, кроме умеренного артроза и выписал обезболивающие таблетки. Через неделю она вернулась с прежними жалобами. Я выписал другие таблетки, но через несколько дней она появилась снова. Озадаченный, я еще раз самым тщательным образом осматриваю всю ногу. Артериальная пульсация хорошая, суставы подвижны, отеков нет, кожа чистая; имеется лишь умеренный Hallux Valgus, немного болезненный при пальпации. «Я Вас пошлю к ортопеду» – «Не надо, голубчик, у меня нет сил идти куда-то. Может, Вы сами дадите какую-нибудь мазь?» – «Мазь не поможет. Видите, как деформирован сустав? В старину это называли отложением солей». Старушка просияла: «Правда? А я думала, что это от сахара». Тут только я догадываюсь. «Что Вы, гангрена Вам не грозит, пульсация у Вас хорошая!». – «Ой, спасибо, доктор, я ведь только этого и боялась. Вы же знаете мою дочь...».

Больше с этой жалобой она ко мне не обращалась, хотя вряд ли боли исчезли... Если бы не эта догадка, я бы действительно послал больную к ортопеду. Тот назначил бы рентгеновские снимки и прописал бы этой убогой старушке какое-нибудь новейшее и дорогое лекарство, вроде Etopan (Etodolac), Vioxx (Rofecoxib) или Arcoxia (Etoricoxib), а то и ортопедическую обувь. Но поскольку всё это также не успокоило бы мучительную тревогу больной, тот, в свою очередь, направил бы её к невропатологу или к специалисту по сосудам...

Иногда единственная или же главная просьба больного – это направить его на какое-то обследование (анализ крови, ЭКГ, рентген и т.п.). Здесь побудительным мотивом обращения к врачу является не потребность в лечении, а забота о своем здоровье, которая могла обостриться из-за внезапной болезни кого-то из его окружения. В части таких случаев нарочито внимательный расспрос и подчеркнута обстоятельное физикальное обследование снимают тревогу, но нередко это не удовлетворяет больного, и он по-прежнему настаивает на анализах. В чем тут дело? Ведь сам больной не в состоянии истолковать результаты специальных обследований. Просто он хочет получить независимое, объективное и, во всяком случае, дополнительное подтверждение, что он вне опасности, что у него все в порядке. Он с благодарностью выслушивает наши уверения в этом, но нередко ему хочется дополнительной страховки в виде «анализов» (А вдруг врач ошибается? Может быть, он просто успокаивает

меня?). Любопытно, что иногда больной прибегает к доктору в явной тревоге и даже не просит, а требует срочно направить его на анализы, но за ответом не является и приходит снова только спустя несколько месяцев, да и то по другому поводу. Очевидно, уже само решение пойти к врачу и потребовать анализы дало выход чувству тревоги и успокоило его.

Кстати, этот же самый психологический механизм объясняет, почему больные часто уклоняются от предложенного лечения (noncompliance). Если осмотр врача и выписанный им рецепт уже сами по себе успокоили в достаточной мере тревогу больного, то необходимость лечения становится в его глазах не столь важной: «Ерунда, и так обойдется!». По некоторым данным, до 30% больных не идут в аптеку, получив рецепт на лекарство (Osteoporosis International, April 2013)...

Нередко к врачу приходят просто для того, чтобы возобновить рецепт на постоянно принимаемое лекарство или же получить справку или больничный лист. Не в меру деликатному больному может показаться неудобным сразу же попросить бумажку – все-таки это ведь не чиновник, а доктор – и для начала он излагает какую-нибудь жалобу. Мы добросовестно принимаемся за дело, проводим соответствующее обследование, но когда, наконец, начинаем излагать свое мнение и рекомендации, больной благодарит и сообщает, что он, собственно, пришел за рецептом, а кроме этого ему ничего не надо...

Иногда больному не нужен реальный больничный лист. Цель его посещения – подтвердить статус страдальца в своих глазах или в глазах окружающих. Вот поучительный случай.

В качестве семейного врача я многие годы наблюдал крепкого мужчину лет 60, который постоянно жаловался на сильные боли в спине, в грудной клетке и в ногах. Многочисленные исследования, включая повторные рентгенограммы, изотопное сканирование скелета, компьютерную томографию, различные биохимические анализы, повторные консультации ортопедов и кардиологов, позволяли говорить лишь об умеренном остеопорозе. Применение всевозможных медикаментов и физиотерапия не давали облегчения. Вновь и вновь больной приходил на прием, плачущим голосом жаловался на боли и просил помощи – обычно повторный курс инъекций вольтарена и новую, более авторитетную консультацию. Безуспешным оказалось и лечение в специализированной клинике боли при крупном госпитале. Постепенно я пришел к выводу, что наша ортодоксальная медицина здесь бессильна: по-видимому, болезнь поддерживается каким-то особым душевным состоянием или конфликтом. Я посоветовал больному обратиться к нетрадиционной медицине (иглоукальвание, остеопатия и т.п.), надеясь больше на психотерапевтическую эффект этих экзотических методов. Больной с энтузиазмом воспринял этот совет, побывал у нескольких «целителей», но тоже безрезультатно. В повторных беседах я старался воспитать у больного стоическое отношение к своему, по-видимому, неизлечимому страданию, смириться и жить с ним. Но и эта попытка не помогла. Наконец, я решил назначить ему наркотики, которые, как известно, теперь иногда применяют при хронических болях неракового происхождения. Я объяснил больному суть проблемы и заверил, что на сей раз его страдания прекратятся. Я выписал наркотические таблетки на 10 дней и просил его явиться через неделю. К моему удивлению он пришел только через месяц, да и то - совсем по другому поводу. Лишь на прямой вопрос, помогли ли таблетки, он смущенно ответил, что в тот день таблеток в аптеке не оказалось, а потом он передумал и хочет снова обратиться в клинику боли. Я решил, что он просто не доверяет рекомендации обычного семейного врача, и дал ему направление на консультацию. Через несколько дней он принес мне оттуда заключение с рекомендацией... – дать наркотическое средство, правда, другое. Я выписал то, что рекомендовала авторитетная клиника, и снова попросил его показаться через неделю. Однако теперь я был почти уверен, что он не придет ко мне так скоро и вряд ли воспользуется этими таблетками. И действительно, когда он, наконец, через месяц явился, то, предупредив меня, сразу стал настаивать на новой консультации. На вопрос о наркотических

таблетках он нехотя и вскользь сказал, что попробовал, но, не получив облегчения, оставил их. Тут, наконец, все стало ясно. Больной явно не хотел освободиться от своих болей! Роль многолетнего страдальца стала главным содержанием жизни моего пациента! Если у него не станет болей, то он потеряет свой престиж и значительность в глазах окружающих, ущерб будет нанесен и самооценке. Надо подчеркнуть, что здесь не было и речи о материальной выгоде (пенсия, инвалидность и т.п.). Напротив, больной продолжал тратить немалые деньги на все новых целителей и шарлатанов. Зачем же тогда он обращался ко мне, зная, что я могу предложить лишь новую порцию малоэффективных анальгетиков? – Просто каждый визит к врачу вновь подтверждал его статус тяжелого и загадочного больного. В этом смысле очередной курс инъекций был, конечно, гораздо солиднее, чем таблетки или свечи. Выходит, я действительно нужен был ему именно как врач, но не для борьбы с болезнью, а для получения очередного аттестата, так сказать, морального больничного листа...

Эта ситуация встречается не так уж редко, и потому заслуживает более подробного рассмотрения. Если истинная цель больного – выздороветь или, по крайней мере, получить облегчение, а доктор не может ему помочь, то больной обычно уходит к другому врачу. Отказ от наших услуг является чувствительным уколом для самолюбия, но мы быстро утешаемся, поскольку свидетель нашего бессилия исчезает. Кроме того, в большинстве других случаев мы всё-таки оказываемся на высоте и потому вновь утверждаемся в хорошей самооценке. Но если визит к врачу нужен больному лишь для того, чтобы подтвердить свой статус несчастного, неизлечимого страдальца, то все лечебные назначения заранее обречены на неуспех. Больной либо не будет выполнять наши предписания, либо будет говорить, что они не помогли. Однако в этом случае больной не ищет врача получше. Как ни парадоксально, его как раз устраивает, что мы не можем ему помочь! Вновь и вновь он приходит к нам с унылым видом, вновь и вновь он демонстрирует нам наше бессилие и некомпетентность.

Вообще-то привязанность больного льстит врачу и ободряет его, но в этой ситуации неотступная верность становится тяжким испытанием. Особенно угнетает ясное понимание, что перед нами не какой-то по-настоящему безнадежный случай, не рак с метастазами в последней стадии. Ведь многим больным с подобной клинической картиной нам удавалось помочь. «Господи, хоть бы этот зануда оставил меня в покое!» Мы отсылаем его на всевозможные консультации в надежде избавиться от него, но, увы! Он снова возвращается...

Что же делать, как избавиться от унижительного чувства собственной никчемности и преодолеть неприязнь к такому больному? Да, мы бессильны заставить его улыбнуться и произнести слова, которые всегда являются для нас лучшей наградой: «Спасибо, доктор, мне гораздо лучше!». Но ведь если он по-прежнему обращается к нам, это значит, что он всё-таки получает от нас нечто важное и полезное для себя. Что же это может быть? Один ответ мы уже знаем: больной хочет подтвердить статус мученика, страдальца. Это дает ему право на сочувствие окружающих, освобождает от угрызений совести за безделье и даже позволяет претендовать на снисхождение и помощь близких. С точки зрения морали такая мотивация заслуживает осуждения, но ведь доктор не судья. Мы можем лишь пытаться пробудить у больного стоицизм, мужество, чувство долга перед семьей, но как врачи мы понимаем, что нередко такое поведение вызвано не злой волей, а несчастными особенностями характера данного человека. Но ведь и такой человек имеет право на врачебную помощь. Досадно, что в некоторых случаях единственная помощь, которую мы можем предоставить, это снова и снова выдавать – не освобождение от работы («бюллетень»), но... аттестат о неизлечимости болезни. Впрочем, чем это хуже выдачи рецепта на наркотики в случае упорной хронической боли, даже если она не ракового происхождения?

Но есть и другая причина, заставляющая обращаться к врачу повторно, несмотря на видимое отсутствие эффекта от лечения. Нередко ко мне приходят старые люди с какими-то

неопределенными, расплывчатыми жалобами (слабость, головокружение, летучие боли, парестезии и т.п.). Подробный расспрос и дополнительные обследования не позволяют склониться к четкому диагнозу. Правда, заметен депрессивный фон, но он не настолько велик, чтобы назначить антидепрессанты. Этим пациентов приводит к врачу одиночество, потребность человеческого тепла и участия. Тяжело сознавать, что ты никому не нужен и что не от кого ждать приветливого слова. Только врач, просто в силу своего положения, обязан спросить о самочувствии, нет ли одышки и болей, есть ли аппетит, каков сон. И пусть все эти вопросы носят профессиональный характер, они все же отвечают страстной потребности в человеческом интересе и участии. В этой ситуации жалобы могут являться просто предлогом для встречи и беседы с врачом. Больной ждет от нас не рецепта, а хотя бы видимости сочувствия и интереса. Даже если врач не догадывается об истинной цели визита, все-таки беседа с ним согревает душу. Если же врач вдобавок по-настоящему приветлив, мягок и участлив, то больной получит в полной мере именно то, чего он жаждет. Конечно, такая психотерапевтическая помощь не переменит его обстоятельств, но некоторое время ему будет легче справляться с жизненными трудностями. Затем он снова придет, но не потому, что мы не помогли ему в прошлый раз, а потому, что он нуждается в новой дозе ободрения и тепла. Я полагаю, что помощь такого рода является столь же полноценной врачебной работой, как и выдача рецепта или направления на анализы. И не надо бояться, что такая беседа отнимет у нас слишком много времени или душевных сил – старость и одиночество учат смирению и неприхотливости. Просто надо помнить о такой возможности и не сердиться на бестолковые или пустяшные жалобы – быть может, не в них дело! Заканчивая беседу такого рода, я иногда прописываю – чисто символически! – какое-нибудь недорогое и безвредное лекарство...

Кстати, в такой ситуации не стоит применять антидепрессанты. Эти химические модуляторы настроения полезны при эндогенной депрессии, то есть, при особом психиатрическом заболевании. Согласно современным представлениям, оно вызывается специфическим нарушением биохимических процессов в головном мозгу, и антидепрессанты нормализуют эти нарушения. Что же касается только что упомянутых больных, то их угнетенное, печальное настроение является просто психологической реакцией на трудные, тяжелые обстоятельства жизни. Такая реакция совершенно естественна. Поэтому бороться с ней таблетками – это почти то же самое, что дать несчастному стакан водки.... В этой ситуации единственным лекарством являются сочувствие, внимание и человеческое тепло.

Я потому так подробно рассмотрел последние две ситуации, что в них терпение доктора подвергается трудному испытанию и может вызвать раздражение и даже неприязнь к пациенту. Чтобы отделаться от надоедливого больного, у которого улучшение никак не наступает, врач нередко повышает ставки, делает лечение всё более агрессивным, прописывает всё более дорогие или сильно действующие лекарства. Ясно, что такая тактика не только не помогает, она вредит и больному, и доктору. Вместо того, чтобы напрасно злиться, лучше подумать, почему у этого больного наше обычное лечение не эффективно. Быть может, он хочет от нас совсем другой помощи? Нередко стоит лишь задать себе такой вопрос, и вся клиническая картина предстает в другом свете. Тогда раздражение и неприязнь к больному исчезают, врач снова обретает душевное равновесие, которое так нужно в нашей работе...

Есть еще одна причина, по которой обращаются к врачу. Нередко в случае безнадежного состояния больного, когда неотвратимый конец очевиден даже для родных умирающего, они, тем не менее, бросаются к любым целителям и шарлатанам и не щадят денег. Что это как не стремление задобрить судьбу с помощью искупительной жертвы? И даже в менее трагических ситуациях, в глубине души у больного может таиться страх и желание умилостивить те непонятные силы, которые вдруг и так жестоко нарушили его благополучие. Прекрасно написал об этом еще в 1922 г. знаменитый немецкий психиатр Эрнст Кречмер в своей книге

«Медицинская психология»: «Душевная установка, с которой пациент приходит к врачу, бывает очень различна. Только часть больных ждет просто исцеления от телесного недуга или же хочет дать себя успокоить и утешить в ипохондрических заботах энергичными уверениями врача... В очень многих случаях прибегают к помощи врача не потому, что необходимо основательное лечение тела, а для того, чтобы он помог пациенту и его семье изжить связанные с болезнью негативные аффекты: боязнь, ипохондрию, заботу, неопределенность, безнадежность. Большую часть всех предписаний диеты и лекарств требуют от врача для того, чтобы противостоять судьбе больного, выйти из парализующего чувства бессилия и достичь в этой «игре» хотя бы некоторых шансов на выигрыш; чтобы, возможно, и малонадежными средствами, при постоянной смене способов лечения, поддерживать в себе сознание борющегося, ещё не побежденного человека».

Даже если врач не догадывается о таком мотиве, он часто отвечает на этот немой призыв просто самим актом обстоятельного, добросовестного обследования и назначением лечения: мольба услышана, подана надежда... Но иногда доктор, особенно молодой, решительно и даже как бы бравируя своей прямоотой и откровенностью, заявляет, что лечения в данном случае нет никакого, и что помочь нельзя. Ему кажется, что он самым похвальным образом выполнил свой профессиональный долг: ведь больной должен знать всю правду и только правду! Но для больного такая правда означает, что мольба перед судьбой о пощаде отвергнута, и что теперь деваться некуда. Как же это жестоко и потому неверно! Разве не первейшая наша обязанность – всегда облегчать страдание, а оно бывает не только телесным. В самой безнадежной ситуации можно придумать и предложить какие-то меры, которые, даже если и не дадут реального облегчения, окажутся всё же тем символическим актом помощи, которого так жаждет больной или его близкие. И пусть серьезные научные исследования отвергают даже минимальную эффективность этих мер, они всё же психологически оправданы: наука – против, но мудрость – за! Здесь уместно процитировать Кречмера: «Доктора приглашают не для того, чтобы он просто пожал плечами...»

Вот невыдуманный пример. Женщина 80 лет находится в конечной стадии рака яичников. Несмотря на операцию и интенсивную химиотерапию вскоре возникли множественные метастазы в брюшной полости. Пришлось наложить колостому по поводу непроходимости кишечника, но боли в животе и вздутие остаются. Любящая и преданная дочь с тоской вновь и вновь спрашивает: «Доктор, неужели ничего нельзя сделать?» Я терпеливо, уже в который раз объясняю, что, увы, конец близок, и что наша с ней задача – просто облегчать страдания наркотиками, обеспечивать чистоту, опрятность, уход и окружить больную любовью и вниманием. В ответ – гневные слова: «Я не верю, что нельзя вылечить! Ведь нельзя опускать руки!». Так и хочется резко сказать: «Неужели Вы не видите, что ей осталось жить недели две, а то и меньше! О каком лечении может идти речь? Не мучьте ее и не тратьте деньги на всяких шарлатанов!». В таких словах – всё правда, но, увы, ничего, кроме правды: нет милосердия... Ведь эта несчастная дочь и сама каждый день видит, как неуклонно ухудшается состояние ее любимой матери, и потому она даже лучше врача РАЗУМОМ понимает неизбежность близкого конца. В сущности, она молит о символической помощи, чтобы хоть немного заглушить свое отчаяние. Так почему же не пойти ей навстречу? Не надо обманывать, не надо обнадеживать, но ведь можно, например, сказать: «Знаете что, давайте-ка попробуем поливитамины (или женьшень, или пчелиное молочко, или еще какое-нибудь вполне невинное средство): ведь это оказывает общеукрепляющее действие...».

Такой деликатной уступкой мы не только облегчим горе дочери. Возможно, она тогда не станет лихорадочно искать целителей среди шарлатанов или безумцев и, тем самым, мы уберем больную от нелепого, а то и мучительного «чудодейственного» лечения (нередко, вдобавок, разорительного). Искусство врачевания включает в себя не только обширные научные знания и опыт, но и сочувствие, сострадание и милосердие.

Иной энтузиаст новейшей, доказательной медицины может возразить, прочтя эту главу: «Такие рассуждения, может быть и любопытны, но ведь это просто умственная гимнастика, пустяки, которые не имеют практического значения. У врача есть много гораздо более важных дел, чем гадать, чего же в действительности хочет от него больной». Однако мой полувековой опыт показал мне, что поднятый в этой главе вопрос имеет самое непосредственное отношение к нашей лечебной работе. Представим себе энергичного, компетентного и успешного врача, у которого нет отбоя от пациентов. У него каждая минута на счету, и он не склонен копаться в таких мелочах, как, скажем, истинная причина визита больного. Он сразу приступает к делу. «На что вы жалуетесь?» – отрывисто спрашивает он, и уже из первых фраз больного быстро вылавливает те несколько слов, которые он определит привычным термином «главная жалоба». После этого диагностический процесс неизбежно пойдет по наезженной колее. Все дальнейшие вопросы врач будет задавать с единственной целью – уточнить и детализировать именно эту, «главную» жалобу. Это поможет ему решить, какая болезнь вызвала эту главную жалобу, и как лучше всего лечить эту болезнь. Но ведь эта первая жалоба может оказаться всего лишь робким или неловким вступлением, *поводом* для обращения к врачу. Быть может, больной растерян и напуган своим внезапным нездоровьем; он не понимает, с какой стороны грозит ему наибольшая опасность, что из его неприятных ощущений важно для доктора больше всего, он не знает, с чего начать. Но доктору нет дела до этих мелочей, он уже сформулировал главную жалобу, и теперь он будет лечить не то, что в действительности заботит больного, а эту «*главную жалобу*»...

ДВА ЭКСПЕРТА

*ЭКСПЕРТ (латин. expertus - опытный).
Сведущее лицо, специалист, привлекае-
мый для того, чтобы высказать свое
мнение, дать заключение по поводу
какого-н. дела, вопроса. (Большой толко-
вый словарь русского языка Д.Н. Ушакова)*

Как это ни печально, наша клиническая медицина всё больше уподобляется ветеринарии. Врач тратит на беседу с больным всего несколько минут, только для того, чтобы узнать, на что пациент жалуется, и когда он заболел. Сразу после этого он переходит к вещам, которые ему кажутся гораздо более важными: надо провести физикальное обследование, решить, какие надо применить в данном случае дополнительные лабораторные и инструментальные методы; потом надо выписать соответствующие направления и договориться о консультациях со специалистами. Когда же, наконец, придут ответы, он сформулирует диагноз, выберет лечение и даст больному рецепты. Всё это время больной должен ждать в молчаливой тоске, поглядывая с опаской на непонятную и пугающую суетню людей в белых халатах. Все его робкие попытки вставить словечко сурово пресекаются, как досадная помеха...

Даже если кто-то возразит, что в этой картине есть преувеличения, она всё же отражает повседневную ситуацию. Действительно, обычно врач убежден, что только он, в силу своих медицинских знаний, в состоянии определить болезнь своего подопечного и лечить его. Роль пациента представляется ему совершенно пассивной, точь-в-точь, как это бывает в ветеринарной практике: ведь животное не может помочь доктору. Оно не знает, чем его болезнь вызвана, в чем она заключается, и чем её следует лечить. Вот и больному лучше помалкивать и не мешать доктору в его работе.

На самом же деле, знания врача, хоть и обширны, но они несколько односторонние. Он знает болезни только в том виде, как они описаны в учебниках. Он знает их этиологию и патогенез, знает, к каким анатомическим и функциональным изменениям они приводят; он знает примерную частоту различных исходов, он знает, какие лечебные мероприятия наиболее показаны при каждой болезни. Всего этого больной, естественно, не знает. Но зато он, как никто другой и лучше всех остальных знает все особенности *своей собственной* болезни. Ведь он живет с ней, постоянно думает о ней, постоянно наблюдает за собой. Вот почему он тоже является экспертом, но, в отличие от врача, он эксперт особенный. Во-первых, он хорошо знает только одну болезнь – свою собственную. Во-вторых, и это главное, он знает её как бы изнутри, тогда как врач знает её снаружи, с внешней стороны. Только совместная и дружная работа этих двух столь различных экспертов может дать всестороннее, а потому более полное и правильное понимание не болезни вообще, а той болезни, которая имеется у данного человека.

Вот частая ситуация. Больной приходит к доктору и говорит, что у него бывают боли в сердце, и что его вот уже несколько лет лечат от ишемической болезни. Врач пишет в графе «жалобы» всего одну фразу: «Жалуется на боли в сердце» и тотчас переходит к расспросу. Но его интересуют не сама боль, не подробные детали ощущений больного: в конце концов,

не имеет значение, куда именно иррадирует ангинозная боль, или каково её качество, давит или жжёт. А вот что важно узнать, так это, сколько времени длится болезнь, при какой нагрузке боль возникает, какие обследования были сделаны, какие лекарства были использованы. Действительно, все эти вопросы важны, но ведь эти сведения имеются даже в той выписке из истории болезни, которую больной принес с собой. А вот если бы доктор любопытствовал, что это за боль, и расспросил бы своего собеседника подробнее, то он узнал бы много нового и очень интересного. Оказывается, у больного действительно бывает сжатие за грудиной при быстрой ходьбе. Но, кроме того, у него бывают, вдобавок, еще и острые прокалывающие боли («как иголку воткнули!») в области верхушки сердца. Эта боль возникает внезапно и тотчас становится сильной, тогда как сжатие за грудиной нарастает постепенно на протяжении полминуты или минуты; обычно колющая боль возникает в покое, а не при ходьбе и усиливается при попытке глубоко вдохнуть. Кроме того, иногда по вечерам больной чувствует тяжесть в области сердца («будто камень лежит»). Это ощущение длится долго - час или два, нитроглицерин его не снимает, зато помогают капли валокордина или рюмка водки...

Больной прекрасно знает (гораздо лучше, чем доктор!) все особенности каждого из этих неприятных ощущений и умеет их различать. Он, несомненно, эксперт по этой части. Но, в отличие от доктора, он не знает, что каждое из этих ощущений имеет свое особое значение. Ему кажется, что все они вызваны болезнью сердца, и потому каждое из них его страшит. Напротив, доктор, тоже в качестве эксперта, но владеющий совсем другими знаниями, может теперь с уверенностью заключить, что только некоторые из этих неприятных ощущений являются истинно ангинозными болями. Оказывается, у пациента имеются еще боли невротические, а также и мышечно-скелетные. Больше того. Зная частоту и интенсивность каждого из этих ощущений, доктор сможет приблизительно оценить их удельный вес в общей картине болезни у этого больного и решить, какие лечебные меры и в каком объеме следует применить. Во всяком случае, он сможет сразу же успокоить больного, объяснив ему, что только часть его неприятных ощущений вызвана болезнью сердца, и что, стало быть, ситуация не столь плоха, как тому кажется. Иными словами, обогащенный этими дополнительными важными сведениями, доктор будет лечить не просто ишемическую болезнь, как она описана в учебнике, и которая действительно имеется у данного больного; он сможет лечить именно этого человека, со всеми его особенностями...

Вот почему так полезен подробный и уважительный (я бы даже сказал, коллегиальный) расспрос больного о существовании его жалоб и о том, что он сам думает о своей болезни и лечении. Правда, его объяснения могут быть ошибочными, а то и нелепыми, но его наблюдательность и догадливость нередко просто поражают. Общение в таком стиле заметно обогащает познания врача.

Вот несколько примеров из моей собственной практики. Как-то во время утреннего обхода одна больная попросила меня, чтобы медсестра давала ей таблетку мочегонного вечером, а не утром. На вопрос - почему, она объяснила, что когда она принимает мочегонную таблетку рано утром задолго до завтрака, то отеки сходят гораздо лучше. - Ни в одном учебнике я этого не читал, хотя, собственно говоря, именно так и должно быть: ведь в пустом желудке лекарство всасывается особенно быстро; в результате его концентрация в крови сразу повышается, и потому его действие усиливается, приближаясь по эффективности к внутривенной инъекции...

Очень памятен урок, который преподавал мне другой больной. Он давно страдал недостаточностью сердца и неоднократно лечился в стационарах, то есть, был, так сказать, умудрен опытом. В 1967 г. он поступил с очередным ухудшением в клинику, где я тогда работал. Было назначено стандартное по тем временам лечение таблетками дигоксина и мочегонных, но улучшение не наступало. Полагая, что доза дигоксина недостаточна, лечащий врач увеличил

её. Вскоре возникли признаки передозировки (удлинение интервала P-R ЭКГ и единичные комплексы бигеминии). Однако улучшение не последовало, хотя, выражаясь профессиональным языком того времени, была достигнута «полная дигитализация» (full digitalization). В разговоре со мной больной сказал со вздохом: «Эх, ввели бы мне несколько раз строфантин внутривенно, – сразу стало бы лучше...». Я очень удивился. В те годы в распоряжении врачей было несколько разных сердечных гликозидов: дигоксин (из пурпурной наперстянки *Digitalis purpurea*), лантозид (из шерстистой наперстянки *Digitalis lanata*), строфантин (из *Strophanthus gratus*), коргликон (из *Convallaria majalis*) и еще несколько других. Молекулярное строение всех этих средств очень схоже, отличаясь только незначительными деталями. Эти особенности сказываются на различной длительности лекарственного действия, а также на растворимости в разных средах. Например, строфантин очень плохо всасывается из желудочно-кишечного тракта, и потому его вводили только внутривенно, тогда как дигоксин эффективен как перорально, так и при внутривенном введении. Однако считалось, что нет никакого различия в их главном, то есть кардиотоническом действии. Все были убеждены, что один гликозид всегда можно заменить другим, лишь бы дозы были эквивалентны в биологическом отношении. На этом обстоятельстве специально настаивал шеф нашей клиники проф. Б.Е.Вотчал, который, между прочим, опубликовал в соавторстве с М.Е.Слуцким монографию «Сердечные гликозиды». В своей лекции он как-то даже сравнил различные сердечные гликозиды с конвертируемыми валютами разных стран: хотя их денежные единицы имеют разное название и разный золотой эквивалент, все они позволяют купить один и тот же товар.

Я тоже верил, что не имеет значения, какой именно сердечный гликозид будет применен; важно лишь, чтобы доза была оптимальной. Однако слова больного меня заинтересовали, и я уговорил лечащего врача заменить таблетки дигоксина на внутривенные инъекции строфантина. Каково же было наше удивление, когда уже через два-три дня состояние больного заметно улучшилось, а именно, сошли отеки, уменьшилась одышка. Одновременно исчезли признаки дигиталисной передозировки: нормализовался интервал P-R, и исчезли комплексы бигеминии. Получалось, что строфантин гораздо сильнее дигоксина! Ведь доза дигоксина была максимальной, даже слегка токсической, а доза строфантина была обычной, стандартной. Иными словами, кардиотонический эффект этих двух сердечных гликозидов различался по самой своей сути, поскольку это различие нельзя было компенсировать увеличением дозы! Этого не знал ни я, ни мой шеф, ни авторы тех толстых книг по фармакологии и кардиологии, которые я с таким усердием штудировал в годы своего ученичества...

Но это знал наш больной, который понятия не имел ни о молекулярном строении сердечных гликозидов, ни о механизме их действия на мышцу сердца, ни о скорости их выведения из организма, ни о явлениях передозировки, ни о прочих премудростях клинической фармакологии.... Я стал проверять это маленькое открытие на других больных, которые постоянно принимали дигоксин по поводу хронической недостаточности сердца. Оказалось, что если, несмотря на хроническую дигитализацию, вновь наступало ухудшение, то замена дигоксина коротким курсом строфантина внутривенно быстро восстанавливала компенсацию также и у них!

Вот еще один пример. Нередко разные фармацевтические фирмы выпускают одно и то же лекарство, но под разными названиями. Так, противодиабетическое средство метформин продают в аптеках как глюкофаж, глюкомин, метфорал, метформин и т.д. а бетаблокатор пропранолол – как пролол, дералин, обзидан, индерал и т.д. Даже такое давнее и всем хорошо известное лекарство, как ацетилсалициловая кислота, бывает в аптеках под названием аспирина, ацетосала, микропирин, ронал и пр.

В каждом таком случае фирма-изготовитель, в добавление к тому названию, которое она дала лекарству, обязательно приводит его международное химическое обозначение. Таким

образом, несмотря на то, что таблетки могут различаться по внешнему виду, всем ясно, что речь идет об одном и том же лекарственном веществе с одинаковым, общепринятым содержанием в каждой таблетке. Естественно, у врача создается убеждение, что между всеми этими вариантами нет никакой разницы, и что можно назначить больному любой из имеющихся в наличии аналогичных препаратов.

Однако довольно часто больной настаивает, чтобы ему выписали таблетки с каким-нибудь определенным названием, говоря, что таблетки другой фирмы либо помогают меньше, либо обладают неприятными побочными действиями. Обычно врач относится к этой просьбе, как к капризу. В самом деле, ведь лекарство, которое он назначает, это продукт солидной, известной фирмы, а не какая-то сомнительная подделка; химический состав идентичен, а добавочные наполнители таблетки совершенно индифферентны. Скорее всего, думает он, просьба вызвана какими-то психологическими причинами. Это либо влияние рекламы, либо знакомые пациента принимают именно этот вариант лекарства, либо есть разница в цене, либо привлекателен внешний вид коробочки лекарства или таблетки и т.п. И всё-таки, несмотря на подробные объяснения врача об отсутствии разницы, эти просьбы бывают иногда такими настойчивыми, что возникает конфликт. Мне захотелось проверить, вызваны ли эти требования только психологическими мотивами или чем-то более существенным. Но для того, чтобы объяснить, как я попытался получить ответ на этот вопрос, придется сделать небольшое отступление.

В конце шестидесятых годов прошлого века я занимался клинической фармакологией бронхорасширяющих средств. Одна серия экспериментов заключалась в том, что больной с бронхиальной астмой получал в ингаляции каждые 15 минут возрастающие дозы атропина в разведении 0,0005%-0,005%-0,05%-0,5%, то есть конечная доза была больше первичной в тысячу раз. Оказалось, что даже очень слабый начальный раствор, который подавал в легкие ничтожную, почти гомеопатическую дозу, оказывал явный, объективно измеримый бронхорасширяющий эффект. Напротив, дополнительное улучшение при дальнейшем наращивании дозы того же самого бронходилататора становилось всё меньше и меньше, пока, наконец, даже максимальная доза не давала уже никакого нового прироста показателей бронхиальной обструкции. Однако, если вслед за максимальной, уже неэффективной дозой этого вещества, больной получал ингаляцию бронходилататора из совсем другой фармакологической группы, то вновь наступало добавочное и значительное расширение бронхов. Это происходило даже в том случае, если доза этого второго вещества была намеренно очень маленькой (например, после ингаляции 0,5% атропина больному давали ингалировать разбавленный в 1000 раз официальный 1% раствор симпатомиметика изопrenalина).

Этот странный, на первый взгляд, результат легко объяснить. Каждое бронхорасширяющее средство имеет свой особенный механизм действия и свои точки приложения. Так, атропин снимает спазм, вызванный центральными парасимпатическими влияниями. Но мышцы бронхов могут спазмироваться также вследствие каких-то других стимулов (например, медиаторы аллергии или воспаления); очевидно, такой механизм бронхиальной обструкции не будет реагировать на атропин, но может уступить спазмолитику с другой точкой приложения. Бронходилататор способен расширить сузившийся бронхиальный просвет только в том случае, если в спастичной бронхиальной мускулатуре имеется субстрат, соответствующий данному лекарству, точнее, его биохимическим особенностям. По мере увеличения дозы будет прогрессивно уменьшаться только та часть спазма, которая реагирует именно на вводимое лекарство. Этот процесс будет идти до тех пор, пока, наконец, этот механизм бронхиальной обструкции не окажется снятым полностью. Ясно, что дальнейшее наращивание дозы окажется поэтому неэффективным. Однако это вовсе не означает, что бронхиальные просветы раскроются полностью: в спастичных гладких мышечных волокнах могут оставаться точки

приложения для бронходилататоров с другими механизмами действия. В таком случае даже маленькая доза другого бронходилататора, *если у него совершенно иной механизм действия*, может дополнительно расширить просвет бронхов.

Этими соображениями я и воспользовался, чтобы проверить утверждение больных, что одно и то же лекарство, но с разными названиями (т.е. произведенное различными фирмами) действует по-разному.

В те годы (1960-1970) в СССР широко применяли для бронхорасширяющих ингаляций симпатомиметик изопреналин в 1% растворе. В аптеках его продавали под названием «Эуспиран» (производство Чехословакии), а также под названием «Новодрин» (производство Восточной Германии). Больной получил сначала последовательно ингаляции эуспирана в концентрации 0,001%, 0,01%, 0,1% и 1%. Как и обычно, уже начальная, минимальная доза дала заметный прирост показателей бронхиальной проходимости. Эффект от последующих доз становился всё меньше, а заключительная ингаляция неразбавленного, т.е. 1% эуспирана не дала дополнительного прироста, хотя вызвала у больного характерное побочное действие – сердцебиение. Через 15 минут после этого я дал больному ингаляцию новодрина, причем в минимальной концентрации – 0,001%. К моему изумлению, показатели бронхиальной проходимости вновь существенно возросли! Этого не должно было бы произойти, если бы содержимое флаконов с надписью «Новодрин» и «Эуспиран» было бы совершенно одинаковым. Ведь если только что оказалась неэффективной даже максимальная доза какого-то лекарства, то как может после этого помочь еще одна маленькая доза того же самого средства? Случилось то, что я обычно наблюдал при переходе от одного бронходилататора к другому с совершенно иным механизмом действия.

Конечно, я ничуть не сомневаюсь, что в обоих флаконах с разными этикетками находилось одно и то же химическое вещество изопреналин. Однако при его производстве неизбежно должны образовываться какие-то примеси, пусть даже и в ничтожных количествах. Теоретически, речь может идти, например, об очень сходных молекулах, которые отличаются от основного продукта только мелкими изменениями в боковой цепи, отходящей от общего для всех симпатомиметиков фенилового кольца. Наверняка, заводской процесс изготовления изопреналина в Чехословакии и в Восточной Германии в чем-то отличался. Поэтому и сопутствующие примеси к изопреналину в обоих препаратах могли отличаться как в количественном, так и в качественном отношении. Вполне возможно, что некоторые из этих неизбежных примесей тоже обладали бронхорасширяющей активностью, но имели другой механизм действия. Это и продемонстрировал мой эксперимент.

Я не стал изучать этот вопрос глубже, поскольку тогда ставил перед собой совсем иные задачи. Однако с тех пор я перестал считать нелепой причудой просьбы больных выписать лекарство именно с определенным названием, и при возможности всегда стараюсь выполнять такие просьбы... Только что сказанное можно подтвердить примером из совсем немедицинской области. Любой человек, хотя бы иногда употребляющий алкоголь, легко различает разные сорта водки, хотя все они являются, *в первом приближении*, просто 40% раствором этилового спирта в воде. А люди «опытные» отмечают не только разный вкус, но даже и разный характер опьянения и последующего похмелья (наличие или отсутствие головной боли и т.п.). Дело в том, что, в зависимости от исходного продукта (пшеница, рожь, картофель), от способов ферментации, дистилляции и фильтрации, получается не абсолютно чистый, беспримесный 100% этиловый спирт. Конечный продукт всегда содержит, вдобавок, различные количества и сочетания разных сопутствующих веществ (сивушные масла и спирты, содержащиеся больше, чем два атома углерода – пропанол, бутанол и т.д., а также их изомеры). Кроме того, на вкус и, возможно, на биологические свойства каждой водки влияет и качество воды, которой разбавляют дистиллят этилового спирта.

Точно также одно и то же лекарственное вещество может быть получено посредством разных технологических процессов. Неизбежные в любом случае примеси будут, поэтому, тоже различными. Некоторые из них могут обладать собственной биологической активностью. Даже если количество этих примесей кажется совершенно незначительным, всё же они могут сказываться не только на вкусе лекарства, но и как-то видоизменять его фармакологические свойства...¹

А вот еще одно поучительное воспоминание. Издавна при лечении бронхитов и бронхиальной астмы используют препараты иода. Их действие во всех учебниках объясняют тем, что мокрота становится менее вязкой и легче откашливается. Как-то я занимался с одним больным в рамках только что упомянутой работы. Он поступил в клинику с тяжелым обострением астмы, но назначенное ему лечение не помогало. Через несколько дней он робко попросил меня: «Скажите, пожалуйста, моему лечащему врачу, чтобы мне дали хоть немного йодистого калия – мне сразу полегчает!». – «Что, мокрота не отходит?» – «Да у меня никогда не бывает мокроты» - «И от иода тоже нет?» – «Нет» – «Как же он Вам помогает?» – «Не знаю. Просто через пару дней астма проходит». Я ужасно заинтересовался и упросил лечащего врача дать больному раствор йодистого калия. Действительно, уже на другой день наступило явное улучшение, не только субъективное, но и показателей бронхиальной проходимости. Еще через несколько дней эти показатели полностью нормализовались – без того, чтобы больной выделил хотя бы один комочек мокроты! Я говорю это с полной уверенностью, ибо безотлучно просиживал с этим больным по три-четыре часа много дней подряд, повторно давая различные ингаляции и измеряя форсированную жизненную емкость легких и мощность форсированного выдоха (эти дыхательные маневры нередко вызывают кашель).

После этого я чаще и с большим вниманием стал давать своим больным йодистый калий. Оказалось, что иногда, особенно при астматическом статусе, он бывал столь же эффективным, как кортикостероиды! В то же время другие мои исследования показали, что кортикостероиды не обладают ни спазмолитическим, ни отхаркивающим действием. Они воздействуют на совсем другой механизм бронхиальной обструкции, а именно, они снимают воспалительную инфильтрацию в стенках бронхов, что и приводит к расширению бронхиальных просветов. Я вспомнил, что в старину иод был очень эффективен при лечении третичного, гуммозного сифилиса. Но оказывается, иод вовсе не уничтожал спирохет. Он просто каким-то неясным образом рассасывал гуммы – сифилитические гранулемы, то есть, тоже воспалительные образования!

То, что проблема эта по-прежнему актуальна, свидетельствует и только что проведенный в США опрос 1891 врача. Оказалось, что примерно четверо из каждых 10 врачей идут навстречу своим пациентам и выписывают фирменное лекарство, хотя в продаже имеется и соответствующие генерики (*JAMA Intern Med.* 2013;():1-3. doi:10.1001/jamainternmed.2013.1539). Но самая любопытная деталь этого исследования заключается в следующем. Врачи со стажем лечебной работы более 30 лет гораздо чаще удовлетворяли просьбы своих пациентов, чем врачи со стажем 10 лет и меньше (43% против 31%). Столь же либеральными оказались также частнопрактикующие врачи, работавшие самостоятельно в собственных небольших кабинетах (*solo practice*), в отличие от врачей, работающих в крупных больницах или клиниках (46% против 35%). Конечно, решение врача удовлетворить такую просьбу больного определяется множеством факторов. Вполне возможно, что одним из них является просто желание избежать конфликта и не лишиться постоянного пациента. Однако то обстоятельство, что чаще так поступают более опытные врачи, а также врачи, имеющие особенно тесный контакт со своими больными, то есть лучше знающие их, позволяет думать, что они не считают огульно такую просьбу больного пустой прихотью...

Итак, действие препаратов иода при бронхиальной астме оказалось гораздо глубже, мощнее и полезнее, чем можно было бы судить по беглому и снисходительному замечанию учебника об отхаркивающем эффекте иодидов... Любопытно, что Труссо (1801–1867), сам страдавший бронхиальной астмой, пишет в этой связи про йодистый калий: «Я должен сказать, что в большом количестве случаев я добивался с его помощью такого успеха, которого не давал мне никакой другой медикамент. Однако я не хочу намеренно вводить в заблуждение: мне приходилось также видеть, как это лекарство оказывалось иногда не только бесполезным, но даже усиливало болезнь». А вот мнение другого выдающегося врача. В своем классическом учебнике внутренних болезней Уильям Ослер (1849-1919) писал: «Для предупреждения приступов астмы нет более полезного лекарства, чем йодистый калий, который иногда оказывается прямо-таки специфическим средством» (William Osler, *The principles and practice of medicine*, 8th ed. 1918).

Надеюсь, этих примеров достаточно, чтобы проникнуться уважением к тем знаниям, которые есть у наших больных. Оказывается, как ни странно, можно обогащать свои профессиональные знания, даже не покупая новые учебники, не просиживая вечерами в библиотеках и не рыская часами в интернете; это можно сделать прямо во время своей работы, беседуя с пациентом. Правда, для этого надо считать его не пассивным объектом наших действий, как это принято в ветеринарии, а нашим знающим и сметливым помощником...

Упреждая возможного критика, сразу соглашусь, что все эти примеры взяты из далеких дней моего прошлого. Вполне возможно, что некоторые из только что упомянутых лекарств даже незнакомы тому молодому врачу, с которым я мысленно беседую сейчас. Но хотя лекарства меняются, сами-то проблемы остаются. Современная фармакология снабжает нас таким глубоким пониманием действия лекарств, которого не могло быть у врачей 30-50 лет тому назад. И всё-таки, только сам больной сможет рассказать нам, как это лекарство действует на него, и как лично он оценивает его. Такое знание просто нельзя получить другим образом. Это справедливо и сейчас, это останется справедливым и через пятьдесят лет. Что же касается «внутренней картины болезни», то получить представление о ней можно исключительно из беседы с больным. Между прочим, это меткое выражение принадлежит замечательному интернисту проф. Р.А.Лурия (1874-1944); в 1935 г. он опубликовал небольшую книжечку, которая и поныне «томов премногих тяжелей», как выразился поэт. Называлась она «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания». Её стоит прочесть..

«НАУКА УМЕЕТ МНОГО ГИТИК»

Это загадочное слово не имеет никакого смысла. Вся фраза в целом придумана для того, чтобы разложить игральные карты в особом порядке для фокуса. Но иногда ею пользуются, чтобы выразить полшутливое, полупочтительное отношение к таинственным и непонятым ученым премудростям. Все ускоряющийся в последние века (а теперь и десятилетия) прогресс медицины вызывает у врачей чувство гордости. Этот прогресс особенно завораживает молодых врачей. Нередко им начинает казаться, что только теперь, наконец-то, медицина стала настоящей наукой, и что отныне можно лечить любую болезнь на твердых научных основаниях, а не наугад или опираясь только на интуицию и простой здравый смысл, как это были вынуждены делать наши славные предшественники. Многие убеждены, что наше время – совсем особенное, что мы не только знаем больше, но и стали гораздо умнее и застрахованы от ошибок прошлого.

Увы, победная уверенность, что уж теперь-то у нас есть «гитики» на все случаи и на все болезни, часто мешает увидеть в больном живого страдающего человека. А ведь он, в первую очередь, нуждается не в «гитике», а в простом сочувствии и понимании, безо всяких ученых премудростей, как это обычно происходит в межлюдском общении. Нередко доктор так зачарован успехами современной медицины, что видит в своем пациенте лишь объект для применения медицинской науки и относится к нему, как механик к автомобилю, требующему починки. Он не понимает, как важно для блага больного проявлять это человеческое отношение, основанное на симпатии и простом здравом смысле. Я хочу привести три поучительных наблюдения. Первый пример не из моей практики. Он описан более СТА ЛЕТ НАЗАД в конце 19-го века швейцарским врачом Дюбуа (P. Dubois, 1848-1918). Второй случай я наблюдал сам, будучи молодым врачом в 1959 г., а третий – тоже мое наблюдение, но сделанное уже в самые последние годы моей медицинской карьеры, с 1991 по 2002 год. Итак, вот три вариации на одну тему на протяжении последних ста лет! Для начала я привожу отрывок из книги Дюбуа «Психоневрозы и их психическое лечение», опубликованной впервые в Париже в 1904 г. и изданной в русском переводе в Санкт-Петербурге в 1912 г.

«Мне приходится видеть молодых женщин, представляющих весь комплекс разнообразных симптомов неврозизма: диспептические расстройства, общую слабость; различные боли, бессонницу, фобии. Четверти часа довольно, чтобы заметить ненормальность психики больной, ее чрезвычайную впечатлительность, задатки которой замечались еще в самом раннем детстве...

Это врожденный неврозизм, проявлявшийся в детстве ночным испугом, болезненной чувствительностью. Он усилился в период полового созревания, когда психика молодых девушек часто круто изменяется. Выйдя замуж, женщина не нашла того счастья, о котором мечтала; если она не вышла замуж, она втайне горько сожалеет об этом под влиянием чувства невыполненного призвания.

Не всегда настоящие несчастья расстраивают душу больной, а затем и ее физическое здоровье. Иногда это пустяки, житейские булавочные уколы. Легко научить больную относиться к ним немного философски, и этого будет достаточно, чтобы восстановить душевное равновесие и положить конец функциональным расстройствам.

Но об этом и не думают. Гинеколог, уже знаменитый, но, по-видимому, сохранивший юношеские взгляды начинающего специалиста, находит гипертрофию матки, небольшое изъязвление шейки, ничтожный метрит. Вот где корень всего зла! Напрасно больная настаивает на нравственных причинах болезни. Оператор стоит на своем. Он ампутирует, прижигает, выскабливает и ожидает, что нервные припадки исчезнут по правилу: если удалить причину, то исчезнут и последствия. Но к его величайше-

му удивлению из этого ничего не выходит. Затем больная попадает в руки испытанного специалиста по болезням желудка. Это человек серьезный, не довольствующийся поверхностным исследованием. Посмотрите: он промывает желудок, подвергает анализу желудочный сок, вдует воздух и отмечает границы желудка синим карандашом. Привычной рукой он вызывает шум плеска и торжественно объявляет: «У вас расширение желудка и пониженная кислотность. Вы не будете здоровы, пока существуют расстройства движения и химизма желудка». Затем он прописывает ношение бандажа, чтобы приподнять опущенный желудок, сухоядение и старательно перечисляет все пищевые средства, которых должно избегать. Он делает такой пространственный перечень их, что короче было бы указать те, которые он разрешает. Но больная продолжает худеть и слабеть. Правда, на желудок жалуется она меньше, так как от него не требуется много работы, но нервность ее сильнее, чем когда-либо.

Наконец, прибегают к электричеству. Больную сажают на изолирующий табурет статической машины. Дуновение, кисточка, прерывистые разряды должны действовать на нейроны, как на воспринимающий аппарат беспроволочного телеграфа. С чувством глубокого удовлетворения водит невролог электродом по коже, не смущаясь весьма скептической улыбкой пациентки. Право, еще неизвестно, кто из них двоих настоящий больной.

Я ничего не преувеличил в этой картине. Мольер и в наши дни нашел бы для себя хорошую тему... Употребляя на благо больных физические и лекарственные средства, не надо забывать и о влиянии духа. Надо исследовать его и выучиться пользоваться этим орудием, которым мы так долго пренебрегали. Как далеки мы от этого идеала! Какая невероятная путаница царит еще в умах врачей! И это до такой степени справедливо, что часто больные и их близкие видят дело яснее, чем их эскулапы и исподтишка смеются над предписанным лечением...

Практический врач маленьких городов и деревень не может игнорировать медицины духа. Он лучше знает своих больных; он живет ближе к их жизни. У него, разумеется, нехватает времени для длинных психотерапевтических бесед. Но если он психолог, то без труда распознает, что в их болезнях происходит от физических и что от психических причин.

Не много надо ему учености, чтобы заметить, что его посещение приносит больше пользы, чем его лекарства. Он увидит, сколько добра приносит он своим больным, выказывая им свое горячее участие и давая уроки здоровой философии».

Я не прошу прощения за столь длинную выписку из этой удивительной книги. Я уверен, что вряд ли читатель встречал в медицинской литературе что-либо равное этим прекрасным словам и благородным мыслям!

Быть может, молодой доктор решит, что ныне всё это давным-давно известно и что те нелепые «гитики», над которыми справедливо смеялся Дюбуа, сданы в архив. Так думал и я, когда в 1959 году в столичную клинику профессора Б.Е.Вотчала поступила памятная мне до сих пор больная С. Это была очень милая женщина лет 35, работавшая хирургом в той же самой больнице, где размещалась и наша терапевтическая клиника. С недавних пор у нее стали возникать приступы сильнейшей головной боли, сопровождавшиеся неукротимой рвотой, высоким артериальным давлением, субфебрильной температурой и лейкоцитозом. Каждый такой приступ длился около недели и потом проходил бесследно. Несколько раз она поступала в неотложном порядке в нашу клинику. Мы, молодые дежурные врачи, делали ей инъекции дибазола и магнезии – единственное, что тогда было в нашем арсенале для быстрого снижения артериального давления – и инъекции аминазина, чтобы прекратить тяжелую рвоту. Несколько уважаемых врачей обследовало больную, но диагноз оставался неясным. В одну из таких госпитализаций я представил больную на консультацию шефу клиники проф. Б.Е.Вотчалу. Он очень внимательно осмотрел ее и обратил внимание на акцент 2-го тона на легочной артерии и на слабый систолический шум на верхушке сердца. В ту пору еще не было методики исследования сердца ультразвуком, и диагноз клапанного порока основывался, главным образом, на аускультации. Полученные данные могли указывать на недостаточность митрального клапана, которая в те годы чаще всего бывала ревматического происхождения.

Очень логично и убедительно суммировав все данные, Б.Е.Вотчал высказал предположение, что у больной имеется ревматический васкулит и назначил энергичное лечение аспирином в максимальной дозе – до 5 граммов в день. Я с энтузиазмом приступил к лечению, но уже через несколько дней рвота стала почти непрерывной. Что делать? Профессор и многие ассистенты, в том числе и мой обожаемый учитель В.А.Каневский были в отпуске, и я обратился за советом к доценту нашей кафедры А.П.Никольскому – замечательному практическому врачу. Он просидел у постели больной минут 20, подробно расспрашивая и обследуя ее. В заключение он сказал мне: «В молодости у больной был туберкулез, который лечили искусственным пневмотораксом слева. Поэтому средостение теперь немного смещено влево вследствие плевропневмосклероза, и второй тон над легочной артерией слышен громче, чем над аортой. Таким образом, один из главных аргументов в пользу ревматизма отпадает. Надо прекратить лечение аспирином, тем более, что он способствует рвоте». Здесь надо сказать, что отношения между проф. Вотчалом и доц. Никольским были довольно натянутыми, и все об этом знали. Боясь оказаться между двух огней, я робко напомнил, что ведь лечение аспирином назначил «САМ»... Александр Павлинович помолчал немного, пожевал свою бородку и потом задумчиво сказал, глядя куда-то вдаль: «Норберт Александрович, вот Вы молодой врач. Вам надо в самом начале своей работы решить, что для Вас важнее – благо больного или расположение профессора. Как Вы решите, так и сделайте...». Разумеется, я тотчас отменил аспирин и запомнил эти слова на всю жизнь. Вернувшись из отпуска, Борис Евгеньевич не стал меня ругать за отмену его лечения. Он высказал другое предположение - о наличии опухоли в надпочечнике, феохромоцитоме, выделяющей адреналин или норадреналин. Самым простым было бы исследовать в моче продукты распада адреналина. В те годы в Москве имелась только одна лаборатория, выполнявшая такое исследование. Несколько дней ушло на переговоры с этой лабораторией и на собирание мочи в сосуд со специальным реактивом. Тем временем больная продолжала тяжело страдать.

Как-то я сидел в ординаторской комнате вместе с другими врачами. Моя соседка, немного старше меня, но уже штатный сотрудник больницы взглянула в окно и сказала: «Да вот идет причина вашей гипертонии». Я увидел, как по больничному двору шел высокий красивый хирург из того же самого отделения, где работала моя подопечная. У него была репутация местного Дон Жуана... Тут только я вспомнил, что моя больная живет одиноко с подростком-дочерью и давно в разводе... Анализ мочи не дал положительного результата, и тогда решено было попытаться увидеть надпочечники на рентгенограмме. В те годы не было еще ни компьютерной рентгенографии, ни ультразвуковой диагностики. Единственное, что можно было тогда сделать – это ввести под копчик иглу и через нее накачать воздух в пресакральное пространство и выше - в околопочечную клетчатку – процедура громоздкая, болезненная и неприятная. Сделали мы и это исследование, но опухоли не обнаружили.

Выяснился диагноз, во всяком случае, для меня, совсем другим образом. Как-то в конце рабочего дня больная стояла в коридоре отделения и глядела в окно. Вдруг лицо ее ужасно осунулось и сразу постарело. Я посмотрел наружу - там шел Дон Жуан под руку с хорошенькой молодой медсестрой. Такая соперница не оставляла никаких шансов... Прошло несколько лет. Я продолжал работать в той же больнице и часто встречался со своей бывшей подопечной. Ее загадочные приступы прекратились, и им на смену пришла обычная стабильная гипертоническая болезнь. Очевидно, больная преодолела свой тяжелый душевный кризис, связанный с неудачной любовью. Еще лет через 20 она вышла на пенсию. А еще позже у нее возник гемипарез – один из типичных финалов обычной гипертонии...

Прошло более 40 лет с этого памятного мне наблюдения. За это время медицина преобразилась почти до неузнаваемости. Появились такие могучие средства диагностики, как ультразвук, компьютерная томография, магниторезонансный метод. Гибкая волоконная оптика

невероятно расширила возможности эндоскопии. Лаборатория также может дать врачу теперь не только сведения о количестве гемоглобина или сахара в крови, но и сотни новых параметров. Вот в этих-то изменившихся условиях я наблюдал с 1991 г. по 2002 г. в качестве семейного врача больную Д. В 1991 г., когда она выбрала меня в качестве своего семейного врача, ей было 63 года. Незадолго до этого у нее был диагностирован синдром Сьёгрена в легкой форме, и она регулярно закапывала в глаза искусственные слезы. Из её прежней амбулаторной карты следовало, что она довольно часто обращалась к врачу по поводу банальных простуд, болей в пояснице, ушибов и других мелких недомоганий. Также и перейдя ко мне, она сохранила эту привычку и нередко просила посетить её на дому. Кстати, по моим наблюдениям, частые визиты к врачу говорят о повышенной потребности в психологической помощи. При одном из посещений на дому она рассказала мне, что один из ее сыновей болен шизофренией, причем в такой тяжелой форме, что уже многие годы он постоянно находится в психиатрической больнице. Я понял, что она не только глубоко несчастна, но несчастна навсегда...

Вскоре она стала жаловаться на чувство сильного жжения в подошвах ног. Постепенно эта жалоба стала доминирующей на многие годы. Из-за этого Д. слегла в кровать и ежедневно жаловалась домашним и мне на свои ужасные страдания. Поначалу я подумал о каком-то поражении периферических нервов, назначил витамины группы В и обезболивающие, но улучшения не было. Консультант невропатолог тоже диагностировал периферическую невропатию, добавил тегретол, транквилизаторы и антидепрессанты в малой дозе, но опять-таки без эффекта. Электромиографическое исследование, назначенное по совету невропатолога, не обнаружило патологии в нервах ног, и тогда больную отправили на консультацию к ортопеду. Тот порекомендовал сделать компьютерную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, изотопное скеннирование всего скелета, а затем и магниторезонансное исследование. В результате такой массирующей диагностической атаки был обнаружен умеренный стеноз (сужение) позвоночного канала. Такое состояние иногда действительно может вызвать сдавление некоторых нервных стволов, но тогда боли распространяются по всему ходу пострадавших нервов, как например, бывает при всем известном ишиасе. Здесь же речь могла идти лишь об очень локальном поражении нервных окончаний только в подошвах ног. Тем не менее, ортопед предложил и сделал несколько эпидуральных инъекций анестетиков и кортикостероидов – разумеется, без успеха. Не помогла и блокада большеберцового нерва.

Шли годы. Больная повторно поступала на обследование в лучшие больницы Израиля. Наконец, в одном из анализов крови был обнаружен слабоположительный антиген вирусного гепатита С. При расспросе выяснилось, что однажды больной перелили кровь. И хотя это произошло, по меньшей мере, 45 лет назад (в родильном доме в Египте), врачей это не смутило. Наступила очередь гастроэнтерологов. Они сделали гастроскопию, сигмоидоскопию и колоноскопию. Больной была предложена даже биопсия печени, от которой она благоразумно отказалась. Тем не менее ей назначили лечение гепатита С по полной современной программе - инъекции интерферона и таблетки рибавирина. Однако такое лечение лишь ухудшило самочувствие больной, и попытку пришлось прекратить (наверное, к разочарованию врачей).

Конечно, многие врачи, в особенности, невропатологи, подозревали значительный невротический элемент в клинической картине. На консультацию приглашали психиатров. Но попытки использовать различные антидепрессанты были безуспешны. Поскольку одно из противоэпилептических средств – тегретол – иногда помогает при невралгии тройничного нерва, то поочередно были испробованы самые различные новейшие противоэпилептические средства, также с нулевым результатом. По рекомендации ревматологов у больной повторно исследовали кровь на наличие криоглобулинов. Несколько раз результат был отрицательный, но спустя год их вдруг нашли. Наконец-то! Воодушевленные находкой, ревматологи назначи-

ли кортикостероиды и цитостатики (имуран). К счастью, и это лечение не причинило вреда. Затем испробовали иммуноглобулины внутривенно – также без успеха...

В конце концов, авторитетная клиника боли пришла к выводу о неизлечимом характере страдания и предложила применять наркотики для облегчения страданий. Самое интересное, что эта мера также не помогла – больная отказалась их применять – по ее словам, из-за побочных явлений. Но ведь если вдуматься, это означает, что больная не хочет расстаться со своей болезнью! Быть может, клеймо тяжелого и неизлечимого страдания служит для нее психологической защитой от обвинения в болезни ее сына? Психологически важно следующее обстоятельство. Большинство больных каким-либо хроническим заболеванием постепенно смиряется, привыкает к факту неизлечимости и бессилия медицины в их случае. Они перестают быть завсегдатаями поликлиник и обращаются к врачам только при обострении болезни. Здесь же мы видим поразительную неутомимость и настойчивость со стороны больной и ее родственников на протяжении десяти лет! Но ведь каждая новая консультация, каждая новая попытка лечения является как бы дополнительным аттестатом серьезности и важности страдания. Я давно пришел к выводу, что единственное средство избавить ее от страданий – это ... вылечить ее сына! Как бы то ни было, не требуется особой проницательности, чтобы увидеть психологическую причину болезни в приведенном наблюдении. Но и сейчас, 100 лет спустя после Дюбуа многие врачи предпочитают обрушивать на больного самые последние «гитики», которыми так богата наша медицина, вместо того, чтобы непредвзято увидеть сначала личность больного человека....

ПОХВАЛЬНОЕ СЛОВО УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ

Многие годы проработал я в престижной московской больнице: лечил больных, занимался научными исследованиями, читал лекции на курсах усовершенствования врачей. Когда на курсы приходили участковые врачи, часто оказывалось, что они не знакомы с новейшими достижениями науки, особенно зарубежной. Я с энтузиазмом просвещал их, но не осуждал за отсталость. Ведь они так загружены повседневной рутинной работой с громадными очередями на приеме и постоянными вызовами на дом. Где уж тут выкроить время для библиотеки! Знакомясь с поступающими в отделение больными, я нередко находил ошибки в лечении, которое они получали до госпитализации. У меня создалось впечатление, что вообще значительная часть больных оказывается в больнице просто из-за недостаточного или неправильного лечения в домашних условиях. Вот если бы участковых врачей обучить получше, то наши больницы разгрузились бы. Тогда мы, больничные врачи, смогли бы больше заниматься «настоящими» болезнями, вроде сепсиса, всевозможных ком, мозговых инсультов, инфарктов миокарда, острого живота, которые и положено лечить только в больничных условиях. Вместо этого много времени отнимало исправление очевидных ошибок; при выписке надо было давать подробные рекомендации, как в дальнейшем вести больного, чтобы избежать повторных госпитализаций. Впрочем, приятно было чувствовать, что ты принадлежишь к врачебной элите. Я радовался, что стал больничным, а не участковым врачом...

Ныне, после пятидесяти лет непрерывной работы с больными в самых различных условиях я не устаю благодарить судьбу за то, что, позволив пройти отличную госпитальную школу, она не оставила меня в больничных стенах, а погрузила в громадный мир амбулаторной медицины. Раньше мне казалось, что в больницу попадают просто больные с наиболее тяжелыми или далеко зашедшими стадиями болезней, а дома остаются случаи полегче и попроще. Стало быть, если я умею лечить самых тяжелых больных, то уж с легкими я и подавно справлюсь. Это было не только моим мнением. Широко распространено убеждение, что хороший врач – это врач, работающий в больнице, особенно если это больница клиническая, где расположены кафедры и где обучают студентов. Такой врач окажется на высоте в любом случае, даже если придется лечить амбулаторных больных. Что же касается скромного труженика, который ведет прием в поликлинике и бегаёт по вызовам, то это, сами понимаете, врач, так сказать, второго сорта...

Обстоятельства жизни сложились так, что после двадцати лет работы в крупных московских больницах я стал врачом – консультантом в поликлинике, а затем и просто участковым (семейным) врачом. Новая действительность оказалась обескураживающей. Во-первых, здесь, «на воле», я встретил множество непонятных больных, которые никогда не попадались мне в больнице. Вот пациент жалуется на частые головные боли. Но у него нет признаков ни мозговой опухоли, ни менингита, ни мигрени; артериальное давление у него нормальное, общее состояние удовлетворительное, так что его не отправишь в больницу для выяснения диагноза. У другого беспричинная слабость, но он не худеет, аппетит хороший, вид цветущий. Его многократно обследовали, но никаких данных за злокачественную опухоль или инфекцию не нашли. У третьего боли в животе, отрыжка, изжога, горечь во рту, но нет ни пептической язвы, ни желчнокаменной болезни, ни панкреатита, ни опухоли. Мой прежний больничный опыт позволял отвергнуть «серьезные» болезни у этих больных, но им от этого легче не становилось, они продолжали жаловаться. Я не знал, что сказать им и, главное, чем

помочь. Многие страдали уже годами, и было ясно, что это не начальные формы тех болезней, которые впоследствии приводят в больницу. Это были совсем другие, не госпитальные заболевания.

Было также громадное количество, так сказать, «маленьких» болезней: всевозможные простуды, боли в спине, поносы, повышение температуры без местных симптомов. Все эти состояния длились недолго и не были опасны, но ведь этих больных тоже надо лечить, а вот как? Я уже не говорю о многочисленных больных с пестрыми, а то и странными жалобами, когда самое добросовестное обследование не обнаруживало никакой соматической патологии, и приходилось останавливаться на диагнозе невроза. Я прописывал им седативные средства, но чувствовал, что это совсем не то, что надо. Очень быстро я убедился, что амбулаторные больные - это совершенно особый контингент больных, резко отличающийся от того, который находится на больничных койках.

Но даже, казалось бы, хорошо знакомые, «настоящие» болезни я теперь увидел как бы по ту сторону баррикады, совсем по-другому. Ведь в больнице перед врачом предстает лишь маленький сегмент болезни, это как бы стоп-кадр из большой киноленты. А вот всё то, что было до госпитализации и что последует за выпиской, – всё это видит только семейный врач. Вот почему его представление о болезни и о лечении её может существенно отличаться от точки зрения госпитального врача. Очень поучительно сопоставить эти два взгляда на одну и ту же болезнь. Возьмем для примера эссенциальную гипертонию.

Вообще-то, большинство гипертоников остается вне больничных стен, поскольку легкая гипертония бывает гораздо чаще, чем тяжелая. Но вот у одной больной прежние лекарства перестали помогать. Давление стало часто повышаться до очень высоких величин; в это время бывает сильное сердцебиение, головная боль, одышка, возбуждение. Семейный врач меняет лекарства, но все попытки оказываются безуспешными. Больная встревожена и недовольна. Врач тоже огорчен. Он-то видит, что ухудшение связано с тяжелым семейным конфликтом: дочь-подросток забросила учебу, возвращается домой за полночь, дерзит матери. Больная и прежде была мнительной, а теперь она обзавелась тонометром, измеряет давление по несколько раз в день и хватается за таблетки при каждом подъеме давления, часто вызывает врача на дом. Но ведь ей не скажешь, что даже самые лучшие лекарства в этой ситуации не помогут. Чтобы разрядить обстановку, врач направляет свою подопечную в больницу. В сопроводительном письме он отмечает лабильный характер гипертонии и подробно перечисляет все испробованные лекарства. О сложных семейных обстоятельствах и о мнительности больной он не упоминает – ведь такие детали неуместны в сухом медицинском документе...

Больничный врач привык, что ему достаются самые трудные случаи и даже рад этому. Он завсегда медицинской библиотеки, участвует в конференциях и всегда в курсе новейших исследований. Он снисходительно улыбается: семейному врачу просто нехватает знаний, иначе он справился бы с проблемой без посторонней помощи; бедняга не знает, сколько теперь в нашем распоряжении новых гипотензивных средств. Узнав из сопроводительного письма о приступообразных повышениях давления с сердцебиением и дрожью, больничный врач отмечает с чувством превосходства, что его коллега не подумал о надпочечниках и щитовидной железе. Он сразу же назначает соответствующие анализы, а пока прописывает комбинацию гипотензивных лекарств, которую рекомендовали в последнем номере американского медицинского журнала. Уже на следующий день давление снижается, и вскоре больную выписывают «со значительным улучшением» и с четкими рекомендациями на будущее. Кстати, проведенные дополнительные анализы позволили отвергнуть предположение о феохромоцитоме или о тиреотоксикозе. «Вот как надо лечить!» – думает больничный врач и еще больше убеждается, что он по праву принадлежит к врачебной элите. Ведь он сразу понял, что нужно этой больной!

Но почему он уверен, что именно использованная им комбинация лекарств лучше всего подходит для данного случая? Что он знает о больной? При первой встрече он побеседовал с ней несколько минут, прочитал направление семейного врача, познакомился с анализами и ЭКГ, провел собственное несложное физикальное обследование и на основании всего этого сделал назначения. Затем два-три дня вплоть до выписки он каждое утро осматривал её на своём обходе (разумеется, бегло). Вот и всё. А ведь даже при подборе очков пробуют поочередно разные стекла и всякий раз спрашивают мнение больного, пока не находят наилучшую комбинацию. «Но мое лечение помогло сразу же!». – Верно, однако улучшение наступило что-то уж очень быстро. Вряд ли это заслуга только врача. Ведь поступая в стационар, больная освобождается, хотя бы на время, от бремени повседневных житейских забот и конфликтов. К этому чувству огромного облегчения присоединяется еще и твердая вера, что уж здесь-то, в больнице, где все доктора такие знающие, помощь придет обязательно. Да и дочка встревожилась болезнью матери, заботливо навещает ее каждый день. В таких идеальных психологических условиях подействуют любые таблетки, не только те, о которых больничный доктор недавно прочитал в последнем номере заграничного медицинского журнала, и о которых участковый врач еще не слышал.

Как только больная возвращается домой, все прежние заботы и трудности вновь обступают её. Лечение, бывшее эффективным в облегченных, оранжерейных условиях изоляции, оказывается недостаточным, и давление опять повышается. Но не посылать же больную обратно в больницу! Участковый врач снова оказывается перед прежней задачей и вынужден решать её сам. Но больничный врач этого уже не узнает и потому останется с убеждением, что уж кто-кто, а он умеет лечить гипертоническую болезнь. Что же касается семейного врача, то ему приходится изменять больничные рекомендации и приравнивать их к реакции своей пациентки, к её жизненным обстоятельствам, к особенностям её личности. В простейшем случае дело ограничивается увеличением дозировки. Но нередко одно из лекарств обнаруживает неприемлемые побочные действия, и его приходится отменить (отек ног от нифедипина, кашель от антагонистов ангиотензина и т. п.). Какое-то лекарство было предписано принимать три раза в день. В больнице число приемов ничем не ограничено, хоть каждые два часа: ведь за выполнением проследит медсестра. Но в амбулаторных условиях бывают трудности, с которыми больничный врач не сталкивается. Во-первых, если больная работает, то дневную порцию она наверняка будет часто пропускать. Кроме того, семейный врач давно убедился, что его подопечная по своему характеру враг лекарств, и потому три таблетки каждый день для неё слишком большая психологическая нагрузка. Придётся пойти навстречу и заменить три таблетки одной, но с длительным действием, лишь бы она согласилась принимать её каждое утро. Бывает и наоборот. В больнице прописали лекарство в пролонгированной форме, которое, как утверждает реклама в медицинском журнале, действует 24 часа подряд. Больная исправно принимает таблетку каждое утро, но по вечерам давление снова повышается, хотя это противоречит данным фармакологии. Семейный врач решает давать половину таблетки утром и половину – вечером. Давление выравнивается, но когда эта больная снова попадает на консультацию к больничному специалисту, тот недоуменно пожимает плечами: «К чему эта кустарная самодеятельность? Ведь во всех справочниках написано, что это лекарство тем-то и хорошо, что его достаточно давать один раз в сутки! Мало читает этот доктор!». Есть еще проблема таблеток, содержащих комбинацию нескольких гипотензивных средств. Учебники нередко осуждают готовые фабричные смеси, поскольку фиксированное соотношение ингредиентов не позволяет врачу подобрать наиболее подходящую индивидуальную комбинацию. Больничный врач старается поступать по науке, и каждый компонент дает в отдельности (впрочем, мы уже видели, что у него всё равно нет времени, чтобы успеть подобрать по-настоящему индивидуальную комбинацию). Нахо-

дьясь в отделении, больная психологически готова к усиленному, ударному лечению, и потому согласна принимать большое количество лекарств (впрочем, как часто после выписки мы находим в прикроватных тумбочках неиспользованные таблетки!). Но глотать пригоршни таблеток много месяцев подряд – свыше её сил. Поэтому семейный врач снова идет навстречу и дает одну комбинированную таблетку, вместо нескольких простых. Итак, семейный врач нередко вынужден менять назначения больничного врача, даже если те были санкционированы профессором и теоретически вполне разумны...

Поскольку в больницу поступают самые тяжелые больные, то госпитальная медицина всё более становится медициной катастроф. Это формирует круг знаний и навыков больничного врача. Он умеет срочно интубировать, применить дефибриллятор сердца, сделать плевральную или спинальную пункцию, катетеризировать подключичную вену, вывести больного из диабетической комы. Он отлично знает биохимические нарушения при острой легочной недостаточности или при кетоацидозной коме, все детали сложного механизма свертывания крови, но не потому, что он читает больше, чем участковый врач, а потому, что эти знания просто необходимы в его повседневной работе. Ведь почти каждый день он буквально спасает от смерти тяжелейших больных. Он, бесспорно, является мастером своего дела, но, по сути, он специалист лишь в области *госпитальной медицины*, а ведь это довольно узкая специальность.

Действительно, в обычной жизни катастрофы бывают редко. Большинство больных диабетом проживает свой век, так и не испытав кетоацидозную или гипогликемическую кому. Из многих сотен (или даже тысяч) больных хроническим бронхитом лишь единицы поступают в больницу по поводу острой легочной недостаточности. Точно так же подавляющее большинство больных ишемической болезнью годами остается в сфере амбулаторной медицины, и только некоторые оказываются в стационаре из-за нестабильной стенокардии или острого инфаркта миокарда. Хроническое лечение этих болезней происходит вне больницы, оно сильно отличается от неотложной, госпитальной помощи и потому требует от врача иных знаний и навыков.

Вернемся к нашей больной. Конечно, больничный врач несравненно лучше умеет купировать тяжелый гипертонический криз и лечить злокачественную гипертонию. Кроме того, поскольку в больницу поступают не только наиболее тяжелые, но и самые неясные больные, то ему чаще приходится заниматься дифференциальной диагностикой гипертонии, и он знает даже редкие сходные болезни. Читал он, разумеется, и о важной роли психологического фактора в эссенциальной гипертонии. Но вот это знание оказывается для больничного врача в значительной мере отвлеченным и не очень-то нужным: ведь когда все время занят неотложной помощью, требуются другие знания. Напротив, участковый или семейный врач буквально каждый день видит, как сильно действуют всевозможные житейские стрессы на артериальное давление его больных. Для него это не теоретические сведения, изложенные в учебнике мелким шрифтом для академической полноты, а повседневный факт, с которым он должен постоянно считаться.

Собирая анамнез, врач в больнице не столько беседует с больной, сколько ведет допрос, как следователь. Его интересуют конкретные сведения: когда болезнь началась, где и как обследовали, какое было лечение. Да и как иначе – надо делом заниматься, а не разводить сантименты. Но даже если бы добросовестный больничный врач и захотел поближе познакомиться с душевным миром своей подопечной и ее жизненными обстоятельствами, он всё равно не узнал бы всего того, что знает семейный врач. Во-первых, гораздо легче открыть душу давно знакомому и симпатичному доктору наедине в его врачебном кабинете или у себя дома, чем чужому доктору в многоместной больничной палате или в присутствии студентов. Во-вторых, семейный врач многое узнает о своей больной, даже не задавая специальных

вопросов: просто он видит ее повседневную жизнь. Наконец, только семейный врач имеет возможность длительно, многие годы подряд наблюдать за больным, за действием на него разных лекарств, за ходом болезни. Вот почему семейный врач так хорошо знает своего больного со всеми его особенностями. Эти сведения нельзя почерпнуть из учебников и медицинских журналов, но они поистине драгоценны. Ведь именно они позволяют семейному врачу индивидуализировать лечение в самом буквальном смысле этого слова. Больничный врач может возразить, что он тоже варьирует лечение, если у больного, кроме гипертонии, имеется, скажем, диабет, или ишемическая болезнь, или почечная патология. Но на самом деле, он просто знает рекомендуемые алгоритмы лечения разных вариантов болезни. Семейный же врач лечит не вариант болезни, а хорошо знакомого человека, у которого не только гипертония плюс диабет, но и подозрительный характер, склонность к депрессии, боязнь лекарств и вдобавок недавно умер муж. Приходится учитывать все эти обстоятельства, а кроме того, всякий раз подбадривать больную, чтобы она не пала духом и продолжала регулярно принимать все таблетки.... Итак, несмотря на свою скромную должность, участковый врач знает и умеет не меньше, чем его титулованный ученый собрат в больнице. Просто знают они разное. Бесплодно спорить, чье знание лучше. Это всё равно, как обсуждать, какая картина предпочтительнее – портрет или пейзаж.

Амбулаторная практика способствует совершенствованию врача в двух направлениях. Во-первых, он привыкает ставить диагноз и начинать лечение, имея в своём распоряжении только скудные подручные сведения - анамнез и физикальное обследование. В больнице врач, расспросив больного и обследовав его, может подождать полчаса – час, получить дополнительную информацию из лаборатории или рентгеновского кабинета и потом сформулировать диагноз и назначить лечение. В поликлинике, тем более при посещении больного на дому эти сведения придут, в лучшем случае, на следующий день, а ведь лечение надо начинать сразу!

Кроме того, госпитальный врач имеет дело с больными, которые уже прошли предварительную фильтрацию или отбор. Ведь больной поступает к нему обычно по направлению лечащего амбулаторного врача, и тогда пациент уже хотя бы частично обследован; следовательно, какие-то предварительные диагностические действия были предприняты, и какие-то варианты диагноза отвергнуты. Поэтому госпитальному врачу сразу ясно, в каком, примерно, направлении ему следует производить дальнейшие диагностические и лечебные действия. Диапазон его дифференциального диагноза с самого начала оказывается более узким. Это существенно облегчает интеллектуальную работу. Если же больной поступает в приемный покой «самотеком», то есть, необследованным, то, как правило, его приводит туда какое-то достаточно острое и серьезное заболевание, а это, опять-таки, сужает поле для поисков правильного диагноза.

Напротив, амбулаторный врач вынужден учитывать в своей диагностической работе гораздо более широкий диапазон заболеваний, чем госпитальный врач. Например, когда больной с жалобой, скажем, на боли в животе приходит к амбулаторному врачу общей практики, тот обязан, в первую очередь, решить, нет ли в данном случае «острого живота». Только перебрав мысленно возможные причины этого варианта и отвергнув их, он переходит затем к дифференциальной диагностике других, не хирургических причин болей в животе. Итак, если больничный врач весьма сведущ в пределах своей узкой специальности («знает многое о многом»), то врач общей практики, или семейный врач должен быть знаком, пусть в общих чертах, с очень широким спектром человеческих заболеваний («знает немного обо всем»).

И всё-таки, располагая таким, казалось бы, примитивным набором диагностических средств, врач общей практики всё-таки правильно распознает болезнь в громадном большинстве случаев. Таково мнение специалиста, прекрасно знакомого с состоянием медицины в

США, доктора Робертса (*Richard G. Roberts*) – президента Американской Академии семейных врачей. Упомянув героя необычайно популярного американского телесериала о госпитальном враче докторе Хаусе (*Dr House*), который, наподобие Шерлока Холмса, блестяще распутывает всевозможные диагностические головоломки, Робертс иронически замечает: «Почему ему требуется 60 минут и всевозможные исследования, чтобы поставить диагноз? Почему он не может сделать то же самое уже в первые 5 минут сериала, просто задав несколько дельных вопросов по анамнезу и немного познакомившись с самим больным?» *Medscape Family Medicine* 05/23/2012).

Во-вторых, в арсенале лечебных средств, которыми располагает участковая медицина, совершенно особое место занимает психотерапия. Может показаться странным, но вовсе не психиатр или невропатолог, а именно семейный врач чаще всех других использует психотерапию. Это не парадокс. Нередко при слове психотерапия сразу вспоминают психоанализ, гипноз, медитацию, аутогенную тренировку и другие экзотические термины. Но я имею в виду не эти специальные методики, имеющие, кстати, довольно узкие показания. Речь идет о повседневном, вроде бы незаметном, но исключительно важном благоприятном воздействии врача на психику своего пациента. Состоит оно отнюдь не в стандартных бодряческих фразах, вроде: «Не волнуйтесь, всё будет хорошо!». Даже в ветеринарном деле наилучшим является врач, вызывающий доверие животных. Но как он добивается этого? Можно спорить, понимают животные наши слова или нет, но спокойное, приветливое поведение, теплые интонации голоса, ласковые ободряющие жесты – всё это, несомненно, успокаивает, снимает испуг, тревогу и враждебность. Разве это не есть психотерапия в самом прямом значении этого слова? Разумеется, приемы психотерапии по отношению к больному человеку несравненно богаче и разнообразнее, но суть ее та же самая: воздействие на психологический компонент болезни. Удельный вес этого компонента не одинаков в разных случаях. Конечно, при костном переломе, кровотечении из крупного сосуда, острой кишечной непроходимости, бактериальной пневмонии на первом плане стоит чисто соматическое лечение, а не психологическая помощь. Современные больницы предназначены именно для подобных заболеваний. Вот почему госпитальные врачи нередко относятся к психотерапии как к чему-то второстепенному и полезному лишь изредка. Напротив, участковый или семейный врач использует психотерапию буквально ежедневно.

Оставим в стороне неврозы и психосоматические болезни, с которыми участковый врач сталкивается каждый день и которые просто невозможно лечить без воздействия на душевный мир больного человека. Возьмем для примера громадную группу простудных заболеваний – одну из самых частых причин обращаемости в амбулаторной практике. Казалось бы, при чем здесь психотерапия? Но дело в том, что современная медицина не может предложить против этих болезней ничего, кроме так называемого симптоматического лечения: при болях и лихорадке – анальгетики, при кашле – кодеин и отхаркивающие, при заложенности носа – деконгестанты. Могучие фармацевтические фирмы не устают пополнять эти группы всё новыми и новыми средствами. Создается впечатление, что симптоматическое лечение тоже прогрессирует. Но в переводе на простой язык эта рекомендация означает сейчас то же самое, что и сто лет назад: «Дайте больному хоть что-нибудь, лишь бы облегчить жалобы, приободрить и помочь перетерпеть эту маленькую и неопасную болезнь, пока она не закончится сама собой». Следовательно, одна из главнейших задач такого лечения – психологическая помощь больному, и все эти таблетки, микстуры и капли являются в значительной мере замаскированной психотерапией! Но тогда парацетамол или аспирин при простуде или их ультрасовременные аналоги не имеют преимущества перед дедовским горячим чаем с малиной или рюмкой водки с перцем. Так стоит ли отказываться от старых симптоматических средств? Ведь для многих они обладают очарованием доброй, надежной, безвредной народной меди-

цины. Зато врач имеет широкий выбор: если больной опасается новых лекарств и «химии», то ему по душе окажется рекомендация выпить чаю с малиной. Рюмку водки можно посоветовать пациенту, который вообще не прочь выпить. Наконец, больной, свято верящий в прогресс и любитель читать журнал «Здоровье», будет с удовлетворением принимать новейшие таблетки от простуды. Если врач понимает, что в такой ситуации главное – это моральная поддержка, то, выписывая рецепт, он добавит несколько ободряющих слов, вроде того, что серьезных осложнений он не нашел, и что уже через несколько дней болезнь пройдет. Кроме того, он поведет себя так, чтобы больной почувствовал, что доктор был внимательным, но не выказал тревоги или озабоченности, и потому его ободряющим словам можно верить.... Всё это вместе и будет самой настоящей и, главное, адекватной психотерапией.

А лечение сахарного диабета? Конечно, кетоацидозная кома является чисто биохимической проблемой, и здесь не до психотерапии. Но вот чтобы поддерживать многие годы больного диабетом в хорошем состоянии, совершенно недостаточно делать регулярно анализы и выписывать таблетки или инсулин. Нужна постоянная психологическая поддержка. Человек слаб, и ему надо вновь и вновь напоминать о важности диеты и физической активности; чтобы уберечь его сосуды, надо заставить его отказаться от курения, но для этого вообще нет другого средства, кроме психологического воздействия. Специальные исследования показывают, что от двадцати до **восемидесяти** процентов (!!!) больных не выполняют в точности врачебные предписания. Но ведь и эта громадная проблема также является чисто психологической. Чтобы обеспечить послушание больного, надо вызвать у него доверие и любовь к врачу. Если врач сух, нетерпим, невнимателен, категоричен, то ему этого не добиться, какими бы обширными знаниями и внушительными званиями он ни обладал. Здесь требуется искусство общения с больным человеком, а это и есть повседневная неспецифическая психотерапия в действии.

Психотерапевтическая деятельность семейного врача состоит не только в воздействии на психологический компонент болезни. Как часто к врачу обращаются вроде бы с медицинской жалобой (боль, головокружение и т.п.), но уже вскоре становится ясно, что больной просто хочет облегчить душу, поделиться своими заботами, тревогами и горестями, услышать хотя бы несколько теплых, сочувственных слов, получить ободрение или здравый совет. На первый взгляд, эта сторона врачебной деятельности выходит за привычные рамки клинической медицины. Но если мы удовлетворим эту потребность в моральной поддержке, то тем самым мы поможем нашим пациентам успешнее справляться с жизненными трудностями, и тогда их душевное здоровье будет лучше. Чтобы понять, чего же на самом деле хочет больной, в чем его истинная проблема, требуется нечто другое, нежели стандартные вопросы, которые используют при собирании анамнеза. Врач должен развивать в себе душевную чуткость и умение слышать не только произносимые слова, но и то, что за ними скрывается, чем больной на самом деле хотел бы поделиться со своим доктором. Надо показать пациенту, что его собеседник не отвергнет эту попытку и готов выслушать робкое признание с пониманием и сочувствием...

Итак, мы видим, что жизнь ежедневно ставит перед участковым врачом совсем иные задачи, чем перед врачом в больнице. Чтобы успешно справиться с ними, ему нужны другие знания и навыки. Но знания обоих врачей отличаются не только по содержанию, их и приобретают по-разному. Госпитальной наукой овладеть легче. С первых же дней изучения клинической медицины и вплоть до выпускных экзаменов будущие медики почти всё время проводят в крупных больницах. Здесь профессора и преподаватели демонстрируют студентам множество разнообразных болезней: это и переломы, и тяжелые травмы, и острый живот, инфаркты, мозговые инсульты, сепсис, тяжелый туберкулез, опухоли и т. д. К концу обучения у молодого доктора еще нет собственного опыта, но всё же он подготовлен к больнич-

ной работе. Однако в больницы попадает всего несколько процентов от общего количества больных; подавляющее большинство нуждается просто в амбулаторной помощи. Казалось бы, студентов-медиков надо, поэтому, обучать, в первую очередь, амбулаторной медицине. Но как это сделать? В идеале студент должен сопровождать опытного участкового врача на его приеме в кабинете и на домашних вызовах. Такое обучение должно быть достаточно длительным, чтобы познакомить его с самыми разными ситуациями. Но так не поступают. В последнее время создают специальные кафедры семейной медицины. Но ведь сотрудников этих кафедр набирают обычно из того же контингента, что и для всех остальных кафедр - из наиболее перспективных больничных врачей. Заведовать кафедрой полагается профессору, а чтобы достичь этого звания, приходится пройти долгий путь научной и преподавательской работы опять-таки в больничных условиях: нет ни одного профессора, который достиг бы своего звания, работая простым амбулаторным врачом. Поэтому даже на кафедре амбулаторной медицины обучают студентов доктора, у которых доминируют госпитальные навыки. В результате к окончанию института молодой врач имеет лишь туманное представление о том, чем ему предстоит заниматься за стенами больницы. И только начав самостоятельно работать в поликлинике в условиях постоянной спешки и перегрузки, он в одиночку, наощупь постигает премудрости амбулаторной медицины. Главными его учителями на этом трудном пути оказываются не книги и не лекции, а собственные ошибки и сами больные...

Лишь перейдя из госпитальной медицины в амбулаторную, я понял смысл иронических слов, которые Гете вложил в уста Мефистофеля:

Der Geist der Medicin ist leicht zu fassen;
Ihr durchstudiert die groß' und kleine Welt,
Um es am Ende gehn zu lassen,
Wie's Gott gefällt.

В дословном переводе:

Дух медицины понять легко:
Вы изучаете большой и малый мир,
Чтобы в конце дать всему идти своим чередом,
Как нравится Богу.

Или в художественных стихотворных переводах:

Дух медицины всяк легко поймёт!
Большой и малый свет вам изучать придётся.
А там - пускай всё остаётся,
Как бог пошлёт. (Перевод Н. Холодковского).

Или:

Смысл медицины очень прост.
Вот главная ее идея:
Всё изучив сперва до звёзд,
Всё за борт выбросьте позднее. (Перевод Б. Пастернака).

Действительно, повседневная работа не требует от участкового врача держать в голове каскад комплемента, все подробности свертывания крови, детали хромосомных нарушений при разных заболеваниях, механизм действия простагландинов и т.п. Естественно, многие сведения такого рода постепенно забываются. Если устроить повторный экзамен со стандартными вопросами, то участковый врач уступит своему госпитальному собрату. Но ведь эти вопросы сочиняют представители академической, госпитальной медицины, для которых интересны и важны, главным образом, новейшие сведения, независимо от того, насколько они применимы в повседневной практической амбулаторной работе. Поэтому неудача на экзамене вовсе не

значит, что участковый врач стал невежественным или отсталым. Кое-что он и вправду подзабыл, но зато теперь знает «многое такое, что и не снилось нашим мудрецам» (Шекспир)...

Участковый, или семейный врач выполняет еще одну важную функцию. Он ближе всех к больному человеку. Он должен лечить его в реальных обстоятельствах повседневной жизни, а не в максимально благоприятных условиях крупной больницы. Конечно, у него нет времени заниматься научной работой, в отличие от его титулованных коллег на кафедрах. Но зато именно семейному врачу видно, чего на самом деле стоит очередная рекомендация, опубликованная в последнем номере медицинского журнала. Сколько новейших лекарств, диет и методов лечения быстро кануло в Лету, несмотря на самые лестные статьи и внушительные статистические выкладки! Вот почему этот скромный труженик является опорой здравого смысла, разумной осторожности и, вообще, спасительного консерватизма в медицине.

В заключение расскажу про один давний случай. Я был молод, честолюбив, работал в престижной московской клинике, заканчивал кандидатскую диссертацию и снисходительно относился к участковым врачам. У нас с женой недавно родился ребенок. Жили мы бедно и трудно. Я подрабатывал дежурствами, жена была вынуждена снова выйти на работу. Мои родители тяжело заболели и не могли нам помочь. Как-то вечером возвращается жена домой, измученная бессонными ночами у детской постели, работой, очередями в магазинах. На встречу идет наша участковый врач – грузная пожилая женщина, тоже с продуктовой сумкой. Она спешила по вызовам, а по дороге забежала в магазины, ведь это было время всеобщего дефицита. И вот она говорит: «Здравствуй, Наташенька! Что же ты не зайдешь ко мне, я бы дала тебе больничный лист, отдохни хоть немножко, бедная девочка!». Когда Наташа рассказала мне об этой встрече, у меня сжалось сердце, и почему-то стало стыдно... Многих знаменитых врачей и профессоров встретил я за пятьдесят лет своей работы, много отличных монографий и статей я прочел. Но этот урок до сих пор меня волнует и укоряет. Мне-то казалось, что я хороший врач, ведь я так много читаю и знаю кучу иностранных языков. В своем высокомерии я тогда не понимал, что основание медицины – это не только знания, но и сострадание и постоянная готовность помочь. А вот эта вечно спешащая со своей большой сумкой, невзрачная и бедно одетая женщина, на которую раньше я поглядывал свысока, знала этот главный врачебный секрет. Её звали Мария Борисовна Ганизо...

ИСКРЕННОСТЬ И ОПТИМИЗМ

Недавно ко мне пришла на консультацию больная. «В чём Ваша проблема?» - «Ох, доктор, не знаю даже с чего начать...». Такое вступление я слышу нередко. Оно сразу говорит о том, что пациент растерян и напуган; ему кажется, что на него вдруг со всех сторон навалились опасные проблемы, которые как будто не связаны друг с другом, и он не понимает, что наиболее важно, чем надо заняться в первую очередь. – Уже эти первые слова являются призывом о психологической помощи...

Я приветливо говорю: «Ну что ж, давайте начнем хоть с чего-нибудь ...» и всем видом показываю, что времени у меня достаточно, и что я не буду ее торопить. «У меня гипертония, и давление всё время прыгает...» – «Например?» – «Иногда в один и тот же день может быть 110/65, а потом сразу 200/120».

По моему глубокому убеждению, такие резкие и частые перепады артериального давления могут вызываться только колебаниями в эмоциональной сфере: никаким биохимическим или гемодинамическим процессам в организме не угнаться в переменчивости и мимолетности за сменами настроения. Таким образом, лабильный характер гипертонии означает, что в данном случае нельзя помочь одним лишь назначением гипотензивных средств. Ведь современные гипотензивные средства обладают длительным действием. Именно поэтому они так эффективны и удобны при лечении стабильной гипертонии. При лабильной же гипертонии лекарство либо не предупреждает всплесков давления, если доза небольшая; если же дозу увеличить, то в межприступный период, когда давление и без того нормально, оно может упасть до опасных значений. Лечить такого больного, не пытаясь воздействовать на его душевное состояние, на тревоги и волнения, которые обуревают его, просто невозможно. Итак, я получаю еще один сигнал о необходимости психологической помощи.

Моей пациентке 75 лет, она доктор исторических наук, то есть хорошо образована. Вполне возможно, что она кое-что читала о своей болезни, и, наверное, запомнила из прочитанного наиболее мрачное и пугающее. – Еще один SOS...

«Что же еще Вас беспокоит?» – «Месяца три назад я простудилась, голос у меня стал хриплый, и так продолжалось несколько недель. А потом мне стало трудно говорить, я с трудом выговаривала слова. Я испугалась, вызвала врача на дом, он тоже встревожился и отправил меня в больницу с подозрением на инсульт». Больная предъявляет выписку из истории болезни. В приемном покое (то есть сразу же при поступлении, в разгар болезни) ее осмотрел невропатолог и не нашел никаких отклонений от нормы. Нормальными оказались также компьютерная томография головы и ультразвуковое исследование сонных артерий. Всё же у больничных врачей осталось подозрение на преходящее нарушение мозгового кровообращения, и при выписке больной назначили аспирин в дозе 325 мг в день для профилактики повторных нарушений. «А сейчас мой лечащий врач выписал мне аспирин по сто миллиграмм, и я не знаю, ошибся он или так надо. У меня ведь когда-то была язва в двенадцатиперстной кишке...».

Итак, больная наверняка боится повторного инсульта – не дай Бог, разобьет паралич. Кроме того, ей страшно, что уменьшенная доза аспирина не защитит её от этой ужасной угрозы, но, с другой стороны, она знает, что аспирин может вызвать у нее новую язву...

«А четыре года тому назад у меня возник Pemphigus Vulgaris» (она сказала именно так,

значит, начитанная...). – «Быть может, доктора ошиблись в диагнозе?» – «Нет, я лежала в больнице, делали биопсии, лечили большими дозами гормонов. Я и сейчас принимаю 2,5 мг преднизолона через день вместе с лосеком (Omerprazol)». – Еще одно мрачное облако на горизонте. Кроме того, больная наверняка знает о возможных последствиях длительного приема кортикостероидов. Кстати, только сейчас я замечаю, что лицо у нее чуть одутловатое. Она на мгновение замолкает и испытующе смотрит на меня. Я сочувственно качаю головой и говорю: «Да, трудная ситуация...». Она продолжает: «Конечно, настроение у меня часто плохое. Доктор дал мне алпралид (Alprazolam, высоко активный бензодиазепин, применяемый при тревоге, депрессии и фобиях – Н.М.), но он что-то мне не помогает. Сплю я плохо, потому что часто приходится бегать в уборную помочиться» - «Иногда не успеваете?» – «Да...». – Еще одно проявление тревоги. Конечно, это «беда не столь большой руки», говоря словами Крылова, но это мешает больной ходить по вечерам в гости или на концерты, а ощущение вдруг промокшего белья крайне унижительно. Но этому можно быстро помочь, назначив какой-нибудь антихолинергик, вроде белладонны или новитропана (оксибутинин). Больной сразу станет хоть немного легче.

«Кроме того, у моей дочери оказался рассеянный склероз» – «Быть может, это ошибка?» – «Нет, были даже проблемы со зрением. Ей дали инвалидность. А сейчас она получает новое экспериментальное лекарство...». – Итак, еще одна беда, да какая! – «Да и сын ее, мой внук, ужасный балбес: совсем не хотел учиться. Только сейчас, в десятом классе взялся вроде бы за ум, но успеет ли?»».

Зачем она рассказывает мне еще и это? Разве эти подробности относятся к делу? Ведь она пришла по поводу своей лабильной гипертонии! Действительно, смущенная улыбка и несколько виноватый тон показывают, что она и сама отлично понимает, что хочет от меня слишком многого. Быть может, она хочет показать, какая она несчастная, чтобы я пожалел её? Но почему она избрала предметом жалоб именно своего непутевого внука и болезнь дочери? Ведь можно было бы еще поплакаться, скажем, на слишком маленькую пенсию или на плохих соседей или еще на какие-нибудь жизненные невзгоды. Но она рассказала только о своей дочери. Почему? – Да потому, что в глубине души она знает, что несчастье, постигшее её дочь, имеет самое прямое отношение к её собственной болезни! Увы, многие дипломированные специалисты по лечению гипертонии этого не понимают. Их интересует функция почек, концентрация в крови калия, натрия и различных гормонов, состояние сердца и почечных артерий и тому подобное, но только не внутренний мир своего пациента. Больная уже привыкла к этому. Вот почему она лишь робко пытается намекнуть врачу, чтобы он обратил внимание на её заботы и тревоги...

Действительно, обстоятельства у этой женщины трудные и, главное, без просвета впереди. Нередко бывают тяжелые, но преходящие жизненные испытания (смерть близкого человека, потеря работы, семейный конфликт и т. п.). В таких случаях достаточно посочувствовать и приободрить человека; иногда, чтобы смягчить остроту реакции, стоит назначить на короткое время что-нибудь из седативных средств. Как бы то ни было, через несколько месяцев обычно наступает компенсация. Здесь же ситуация другая. Можно, конечно, увеличить дозу транквилизатора, который больная уже принимает или назначить какой-нибудь антидепрессант. Многие врачи этим и ограничиваются. Но ведь горестные обстоятельства, питающие тревогу и тоску, всё равно останутся на годы вперед. Так что же, назначить этой больной химические модуляторы настроения пожизненно? Чем тогда это будет отличаться от утешения, которое дает водка?

Врач не может изменить её жизненные обстоятельства. И всё-таки помочь больной можно. С одной стороны, надо развеять те её страхи, которые либо преувеличены, либо просто нелепы. С другой стороны, надо найти и показать ей все «смягчающие обстоятельства», которые

присутствуют в её реальных трудностях. Это поможет ей избавиться от безнадежно трагического восприятия своей жизни и выработать более трезвый взгляд на настоящее и будущее. У древнеримского философа Сенеки есть удивительно мудрое замечание: «Каждый несчастен настолько, насколько полагает себя несчастным».

Больная получает довольно много лекарств: аспирин - для профилактики тромбоза мозговых сосудов, преднизолон по поводу пузырьчатки, лосек (Omeprazole) – для профилактики рецидива пептической язвы от кортикостероидов, верапресс 240 (Verapamil) и оксаар (Losartan) по поводу эссенциальной гипертонии, алпролид (Alprozalol) по поводу тревоги и депрессии.

Начинаю свое обследование. Поскольку угроза мозгового инсульта пугает больную более всего, нарочито обстоятельно провожу несложное неврологическое исследование – ведь она ждет этого! Сухожильные рефлексы слева несколько повышены, но симптом Бабинского отрицательный. Эпизод с затруднением речи довольно сомнительный (хрипоту после банальной простуды проще объяснить острым ларингитом, а кратковременное затруднение речи, которое больная не может четко описать, могло быть чисто истерического происхождения). Но найденная мною легкая асимметрия рефлексов не позволяет с уверенностью сказать больной, что у нее и вообще не было никакого нарушения мозгового кровообращения. Поэтому надо обратить внимание больной на «смягчающие обстоятельства», которые у нее имеются. Я говорю: «Даже у ваших врачей были сомнения, действительно ли тот эпизод был на самом деле микроинсультом. Невропатолог не обнаружил ничего ненормального, хотя он осмотрел вас еще в приемном покое, то есть на высоте болезни. Да и такое надежное исследование как компьютерная томография не нашло отклонений от нормы. Но даже если вы действительно перенесли микроинсульт, то он был очень маленьким и не оставил никаких следов. У вас нет таких отягчающих моментов, как диабет, курение, болезнь сердца. Холестерин в крови у вас совершенно нормальный – это тоже очень важно. Наконец, ваши сонные артерии также нормальны: это показало ультразвуковое исследование. Значит, головной мозг получает нормальное количество крови. Я думаю поэтому, что у вас не больше шансов на нарушение мозгового кровообращения, чем у любой другой женщины вашего возраста».

Теперь надо разрешить ее сомнения касательно аспирина, который, конечно, ей вполне показан. Как известно, для профилактики тромбоза рекомендуют различные дозы – от 75 мг до 325 мг и более. Но больная в прошлом уже имела пептическую язву, а сейчас постоянно принимает по поводу пузырьчатки кортикостероиды, которые даже без аспирина могут вызвать язву. Поэтому с аспирином надо здесь быть поосторожнее. Но если я просто поддерживаю назначение семейного врача, уменьшившего аспирин с 325 мг до 100 мг, это будет всего лишь еще одним – третьим – мнением. Больная может подумать, что консультант сказал так просто из коллегиальной солидарности, не желая подводить семейного врача. Недостаточно поэтому просто заявить безапелляционно: «Я считаю, что вполне хватит 100 мг аспирина». Больная должна увидеть, что это мое искреннее мнение. Надо представить аргументы, понятные ей, вот тогда у неё не останется сомнений. Поэтому я говорю: «Видите ли, действие аспирина на свертывание крови мало зависит от дозы. Лет пятьдесят тому назад, когда я был молодым врачом, мы лечили ревматизм – воспаление суставов и сердца, – давая больным три – четыре, а то и пять граммов аспирина в день, и при этом не наблюдали кровоточивости. Для того, чтобы подавить воспаление, нужны большие дозы аспирина, раз в десять – двадцать больше того, что Вы получаете, а чтобы снизить свертываемость, вполне достаточно ста или даже пятидесяти миллиграмм. Это доказано многочисленными исследованиями. Поэтому не тревожьтесь и спокойно принимайте ваши сто миллиграмм. Очень хорошо, что вы уже принимаете лосек, чтобы защитить желудок. Я уверен, что рецидива язвы у вас не будет».

«Что касается вашей гипертонии, то частые подъемы давления указывают на тревогу и

внутреннее напряжение. При этом вовсе не обязательно, чтобы вы ощущали это напряжение; нередко оно остается в подсознании. Вот, например, сейчас при моем измерении давление оказалось 200/100, хотя вы, наверное, чувствовали себя, как обычно. У нас, у врачей, есть даже такое выражение: «Гипертония на белый халат». Когда давление измеряет врач, оно часто оказывается выше, чем когда его измеряет сам больной у себя дома в спокойной, привычной обстановке. А ведь в жизни бывают обстоятельства, которые волнуют гораздо сильнее, чем осмотр врача. Вот ваше давление и реагирует на них. Выход здесь один: постарайтесь более спокойно относиться к житейским трудностям. Вы прожили достаточно долго и прекрасно знаете, что, в конце концов, всё как-то устраивается, хотя поначалу положение кажется иногда безвыходным, трагическим. Ведь ни волнение, ни, тем более, отчаяние не помогут вам решить вашу проблему. Вот вы переживаете, что ваш внук не хочет учиться. Но ведь это его не изменит, и только вам самой станет хуже, вы заболите. А когда, наконец, время сделает свое, и он возьмется за ум, у вас уже не будет сил ему помочь...

Кроме того, кратковременные подъемы давления не так вредны для сосудов, как постоянная гипертония. Даже у совершенно здоровых людей при волнении давление резко повышается, это естественно. Поэтому наши сосуды устроены так, что они без труда выдерживают эти преходящие нагрузки, иначе род человеческий давно бы уже прекратился. Так что если у вас вдруг повысилось давление, то не пугайтесь. Не надо сразу хвататься за дополнительную таблетку от давления. Лучше примите 20-30 капель валериановой настойки или валокордина и займитесь каким-нибудь простым делом – да хоть помойте посуду, например. Уже через час-полтора давление у вас начнет снижаться».

«Что же касается вашей дочери, то вы, наверное, и сами знаете, что рассеянный склероз – это очень длительное, хроническое заболевание. Нередко болезнь останавливается на многие годы, бывают ремиссии даже по десять лет. Так что никакой ближайшей угрозы нет. Это совсем не то, что, скажем, рак с метастазами, когда конец бывает действительно близок. Во всем мире тысячи ученых занимаются рассеянным склерозом, неустанно ведутся серьезные исследования, и вполне возможно, что скоро у нас окажется лекарство против этой болезни. Кроме того, совершенно напрасно считать рассеянный склероз каким-то особенно зловещим заболеванием. Есть много других болезней, которые кажутся не такими страшными, но и они иногда приводят к инвалидности или сокращают жизнь. Если бы у вашей дочери в возрасте 45 лет возник не рассеянный склероз, а, скажем, инфаркт миокарда или бронхиальная астма, то разве можно было бы дать стопроцентную гарантию, что она обязательно доживет до 60 лет?»

Я подробно описал эту беседу с больной, чтобы показать несколько важных психотерапевтических приемов, которые я использую в своей повседневной работе.

Прежде всего, больной должен почувствовать, что он пришел не к чиновнику с медицинским дипломом, а к приветливому и знающему человеку, который с участием отнесется ко всем его заботам и тревогам и не просто выпишет на бумажке рецепт, а поможет и сочувствием и здравым советом.

Надо показать больному, что вы действительно желаете ему добра и что все ваши слова и действия направлены на его благо. Именно искренность собеседника вызывает доверие, так важное в нашем деле. Действительно, если наша демонстрация своей искренности убедительна, то больной освобождается от настороженности и подозрительности, столь естественных при встрече с незнакомцем, тем более с незнакомцем, который заведомо способен повлиять на его благополучие и судьбу. Выключение этих механизмов защиты позволяет врачу без насилия проникнуть во внутренний мир собеседника. Вот тогда-то и создаются условия для настоящей, эффективной психотерапии. Выдающийся американский психолог и психотерапевт Карл Роджерс (Carl Rogers), подводя итоги своей многолетней лечебной работы, написал: «Я

обнаружил, что чем более я искренен в отношениях с пациентом, тем больше это помогает ему».

Как же убедить пациента в своей искренности? Внимание и заинтересованность при выслушивании рассказа пациента – вот первое условие. Если врач рассеянно поглядывает по сторонам или копается в каких-то бумагах и, стало быть, слушает вполуха, прощай доверие! Губителен и равнодушный, сухой тон. Очень важно показать больному, что вы не прячетесь в узкие рамки своей специальности и готовы ответить на все его вопросы. Только что описанная больная пришла, главным образом, из-за своей лабильной гипертонии. Проще всего порекомендовать ей какое-нибудь другое гипотензивное средство, остальные её заботы обойти молчанием и с любезной улыбкой намекнуть, что встреча закончена. Такое поведение не вызовет жалобу, но больная будет разочарована. Она поймет, что, в сущности, доктору нет дела до ее горестей, и что его улыбка – всего лишь дань вежливости. Ей ведь и раньше несколько раз меняли лекарства, так неужели поможет это новое средство? Этот доктор такой же равнодушный, как и другие...

Как-то в моем присутствии специалист-кардиолог консультировал больного по поводу ишемической болезни сердца. Это был очень опытный врач, и я всегда доверял его советам. Больной робко заикнулся, что у него, помимо всего, часто повышается артериальное давление, а лекарства не помогают. «Это не по моей части. Вам надо обратиться к специалисту по гипертонии» – прервал его кардиолог. Мне стало ужасно неловко. Конечно, времени у консультанта мало. К тому же иногда больной просит помощи в проблеме, в которой мы действительно не сведущи. Но почему не задать несколько вопросов, чтобы понять, о чем на самом деле идет речь? А вдруг вы всё-таки сможете дать дельный совет? Если же окажется, что это действительно не по вашей части, и придется переадресовать больного, он не разочаруется в вас, ибо он увидит ваше искреннее желание помочь ему.

Итак, даже поведение врача оказывает благоприятное действие. Но это лишь, так сказать, внешний фактор, это лишь начало психотерапии. Ведь самое главное – это приободрить больного, помочь ему преодолеть шок и растерянность, вызванные внезапным вторжением болезни в привычное течение его жизни.

Реакция на это неприятное событие бывает разной. Человек мужественный тотчас оказывает сопротивление. Он либо справляется с болезнью сам, либо призывает в помощники врача. Даже если он понимает, что уничтожить возникшее препятствие невозможно, он не опускается на колени и вопреки всему продолжает борьбу за свое благополучие. В любом случае он не падает духом и сохраняет активную позицию, или, как выражаются боксеры, он «держит удар». Поразительным и вдохновляющим примером такого отношения к своей болезни служит Бетховен (1770-1827). Уже в возрасте 26 лет у него стала нарастать потеря слуха, и вскоре он совсем оглох. Когда закончилась премьера его девятой симфонии, он даже не услышал грома аплодисментов, так что друзья были вынуждены повернуть его лицом к публике, чтобы он смог ответить поклоном на восторженную овацию. Несмотря на эту личную трагедию, именно во вторую половину своей жизни Бетховен создал свои величайшие произведения (5-ю, 7-ю и 9-ю симфонии, 5-й концерт для фортепиано с оркестром, концерт для скрипки с оркестром, «Лунную» сонату, Аппассионату и многое другое). В одной из своих записных книжек среди нотных набросков очередного произведения он написал: «Трагическое – да, но ни в коем случае не безнадежное!».

Точно так же боролся с болезнью Франклин Рузвельт. В возрасте 39 лет, в расцвете сил у него возник паралич обеих ног. Самое энергичное и разнообразное лечение оказалось безуспешным. Несмотря на это, он не отказался от политической деятельности и впоследствии четыре раза (единственный случай в истории!) был избран президентом США.

Но бывают люди, которые теряются и впадают в отчаяние даже в таких обстоятельствах,

которые со стороны кажутся либо незначительными, либо вполне преодолимыми. По остроумному выражению одного американского психолога, для них трагедия, если ветер сорвет шляпу с головы. Такой человек рассматривает любую свою болезнь как катастрофу, как полное поражение. Немудрено, что он опускает руки и не в состоянии помочь самому себе. Его и лечить трудно. Он убежден, что все усилия тщетны, что всё пропало. Чувство тоски и безнадежности подрывает его веру в доктора, в спасительность предложенного лечения. А ведь усердное и старательное выполнение всех врачебных предписаний является залогом успеха. Выражаясь фигурально, больной даже не цепляется изо всех сил за протянутую ему дружескую руку. Положение ухудшается ещё и потому, что такая жалкая покорность судьбе нередко раздражает врача и ослабляет его энтузиазм. Вместо того, чтобы удвоить свои усилия и заразить больного своей энергией, он тоже опускает руки и ограничивает свою помощь всего лишь выдачей рецепта...

На самом же деле, такой больной нуждается, в первую очередь, не в лекарстве, а в психологической поддержке. Надо освободить его от пагубного пессимизма, убедить, что болезнь не так уж опасна, что выход есть. Надо вдохнуть в него бодрость и надежду, пробудить желание самому бороться с недугом и изо всех сил помогать в этом своему врачу.

Конечно, превратить человека тревожно-мнительного или слабодушного в мужественного и смелого, то есть изменить его характер – затея несбыточная. Но вот просто поддержать больного в трудную минуту не так уж трудно. Для этого вовсе не требуется специальная подготовка или особенные психотерапевтические процедуры. Были бы только сочувствие, желание помочь и здравый смысл.

Как же оказать такую помощь? Наглядный пример убеждает лучше и быстрее, чем самые красноречивые проповеди. Вот почему даже облик врача, все его поведение должны излучать энергию, уверенность и оптимизм. Расхлябанная походка, неряшливый вид, ленивые движения, равнодушный взгляд, монотонная, невыразительная речь – всё это губительно. И наоборот, приветливость и внимание, собранность врача во время обследования, решительный голос, четкие и понятные рекомендации – всё это показывает больному, что доктор знает свое дело и может помочь. Надо также продемонстрировать свое спокойствие. Важно только, чтобы это спокойствие больной не истолковал как равнодушие. Он должен увидеть хладнокровие бывалого проводника в трудном путешествии, который всегда готов к любой неожиданности и на которого можно поэтому положиться.

Уже эти внешние особенности поведения врача вызывают у больного доверие и пробуждают надежду. Теперь слова врача упадут на уже подготовленную почву. Остается лишь построить беседу с больным таким образом, чтобы каждая фраза имела положительный эмоциональный заряд. Это, пожалуй, самая трудная часть задачи. Она требует душевных усилий и особого психологического настроя. Многие врачи полагают, что вполне достаточно покровительственно улыбнуться и сказать бодрым голосом: «Да что Вы так огорчаетесь? Ерунда, всё обойдется!». Такой нехитрый прием помогает очень редко. А если ситуация действительно скверная, то улыбка и наигранный оптимизм могут показаться попросту бестактными; они только оскорбят больного и вызовут у него презрение к неумному доктору. Надо показать больному, что врач не осуждает его за постыдное малодушие и прекрасно понимает его опасения. Просто он не разделяет его страхов потому, что имеет для этого разумные основания. Предварительно следует выяснить, что думает больной о своей болезни, чего он опасается на самом деле, что его заботит и тревожит. Ведь иногда его страхи настолько неожиданны и причудливы, что врачу такое даже не может придти в голову. Когда у одной моей больной обнаружили рак матки, то сначала она категорически отказалась от лечения только потому, что была уверена, что ей обязательно удалят также и грудные железы! Рассеять такие не-

лепые страхи очень легко. Нередко уже одно это оказывается той моральной поддержкой, в которой так отчаянно нуждается наш подопечный.

Увы, чаще страхи и опасения больного вполне обоснованы и понятны. Что же можно противопоставить им? Во-первых, эти страхи нередко бывают преувеличенными. Ведь больной не имеет специальных медицинских знаний и судит о своей болезни только на основании тех сведений, которые он почерпнул в разговорах с другими обывателями. Так, пожилой мужчина, узнав, что у него аденома предстательной железы, может заключить, что теперь операция неизбежна. В результате вся его дальнейшая жизнь окажется отравленной этой постоянной угрозой. А ведь на самом деле только меньшинство больных нуждается в простатэктомии. Подавляющее большинство стариков мирно доживает свой век с небольшими симптомами простатизма, так и не испытав ни острой задержки мочи, ни атонии мочевого пузыря, ни хронической инфекции мочевых путей. Если при расспросе окажется, что больной встает помочиться ночью всего один-два раза, что у него ни разу не было острой задержки мочи, и что у него нет остаточной мочи, то такому больному можно уверенно заявить, что в ближайшие годы ему ничто не грозит. Мало того, весьма вероятно, что и в более отдаленном будущем операция ему не предстоит. И даже если этот более отдаленный прогноз окажется ошибочным, мы всё-таки подарим больному несколько лет безмятежной жизни...

Но допустим, что страхи больного отнюдь не преувеличены, а вполне реальны. Даже в этой ситуации моральная помощь вполне возможна. И для этого вовсе не надо что-то скрывать или говорить заведомую неправду. Просто следует привлечь внимание больного к тем благоприятным факторам, которые имеются именно у него. Например, женщине удалили грудную железу по поводу злокачественной опухоли. Естественно, что она боится возврата болезни, метастазов. В зависимости от обстоятельств, можно подчеркнуть, что размер опухоли на момент операции был невелик, или что при гистологическом исследовании в регионарных лимфоузлах не оказалось злокачественных клеток, или что компьютерная томограмма не обнаружила отдаленных метастазов и т.п. Ведь каждый такой факт увеличивает вероятность благоприятного исхода.

Точно так же больной, которому только что впервые объявили, что у него стенокардия и ишемическая болезнь сердца, обязательно испытывает вполне обоснованную тревогу. Как же можно в такой ситуации ограничиться просто назначением таблеток и советом избегать пищи, богатой холестерином? Почему бы не показать больному все те плюсы, которые, к счастью, имеются как раз у него? Например, он не курит, или он не страдает диабетом, или у него совершенно нормальное артериальное давление. Разве это не улучшает прогноз? Больному, вроде бы, не сообщают ничего нового, но ему действительно становится легче! Впрочем, даже если он курит, то и это обстоятельство можно использовать в психотерапевтических целях. Скажем ему, что этот фактор риска может быть полностью устранен им самим, в отличие, например, от фактора наследственности, перед которым мы пока бессильны. Такое объяснение покажет больному, что он не бессильная жертва внезапно свалившейся на него болезни. Оказывается, он и сам способен активно влиять на нее. Открывшаяся перспектива воодушевляет и укрепляет решимость бросить курение. Больной выйдет из врачебного кабинета с надеждой. И даже если при следующей встрече мы узнаем, что, как мы и опасались, он всё-таки не оставил курение, это не значит, что наши психотерапевтические усилия были тщетными. Ведь когда мы лечим лекарствами, мы тоже не ждем удачи уже от первой таблетки. Каждая новая встреча больного с доктором – это и очередная порция психотерапии.

Или, например, при расспросе оказывается, что загрудинное сжатие возникает только при значительном физическом усилии (бег или быстрая ходьба). В таком случае я обязательно поражаю больного, сказав, что это свидетельствует об умеренном, начальном сужении венечных артерий сердца и, стало быть, о более благоприятном прогнозе.

Беседа в таком стиле помогает больному увидеть свет в конце туннеля, освобождает его от чувства безысходности. Он начинает верить, что доктор назначает ему лечение не просто, чтобы сделать хоть что-нибудь, а потому, что он убежден в успехе своих мер. Но для того, чтобы уметь представить больному его ситуацию в благоприятном свете, чтобы всякий раз находить положительные аргументы, доктор должен и у себя самого постоянно культивировать оптимистическое мировоззрение.

Для этого доктору надо приучать себя всегда видеть проблему каждого своего больного в благоприятном свете. Чтобы это стало закоренелой привычкой, он должен постоянно поддерживать в себе оптимистическое настроение. У защитника в судебном процессе одна из важнейших задач заключается в поиске всевозможных смягчающих обстоятельств. То же самое должен делать и врач. Разница в том, что защитник предьявляет эти смягчающие обстоятельства судье, чтобы уменьшить наказание, а врач предьявляет их самому больному, чтобы ободрить его и тем самым помочь справиться с болезнью.

Очень полезно запоминать из собственной практики всевозможные трудные случаи с благоприятным исходом. Например, диагностирован хронический гломерулонефрит, и больной уже слышал о мрачном прогнозе этого заболевания. В ответ на его опасения я рассказываю о своем знакомом, который заболел нефритом в возрасте 20 лет; всю жизнь у него в моче находили белок и эритроциты, но только сейчас, когда ему 76 лет, появились первые признаки почечной недостаточности. При этом он всегда вел исключительно активный образ жизни и не чуждался обычных удовольствий...

Когда я читаю в учебнике главу, скажем, о рассеянном склерозе, то я стараюсь запомнить не только сущность болезни и ее диагностические признаки, но и такие обнадеживающие детали, как например, что иногда ремиссия может длиться более 10 лет, или что спустя 25 лет после того, как болезнь была впервые обнаружена, треть больных всё еще сохраняет работоспособность, а две трети всё еще остаются на ногах и не прикованы к постели.

Проблему мрачного прогноза следует рассмотреть подробно. Допустим, учебник сообщает, что при данном заболевании *средняя продолжительность* жизни составляет всего восемь месяцев с момента установления диагноза. Казалось бы, это просто значит, что кто-то проживет чуть меньше, скажем, семь месяцев, а кто-то – чуть больше, скажем, девять месяцев. В любом случае, разница ничтожна; такая убийственная статистика делает тщетными все наши терапевтические усилия.

Но ведь на эти цифры можно посмотреть совсем по-другому. Эта *средняя* величина делит всех больных на две большие группы. В одну половину войдут те, кто проживет даже меньше этой *средней* продолжительности, а именно от нуля до восьми месяцев. Но ведь вторая-то половина, согласно той же статистике, проживет дольше. И вот здесь начинается самое интересное – сколько же времени могут прожить больные в этой второй половине? – Очевидно, кто-то проживет лишь чуть-чуть дольше, скажем, девять месяцев, кто-то – десять месяцев, кто-то – целый год, кто-то, быть может, два года, ну а какой-то счастливчик даже десять лет! Главное, что ведь ни одна из этих цифр ничуть не противоречит самым строгим правилам математической статистики! Этот разброс вполне естественен, он объясняется индивидуальными особенностями каждого больного. Мы не знаем, почему в одном случае болезнь побеждает быстро, в другом борьба продолжается необычно долго, а иногда больной и вовсе выздоравливает, вопреки нашему первоначальному безнадежному прогнозу. Но совершенно очевидно что этот разброс зависит, в первую очередь, от сопротивления, которое оказывает болезни пациент.

Стало быть, какие-то шансы на выигрыш у нашего *реального*, а не *среднестатистического* больного всё-таки есть. Как же не попытаться увеличить их? А ведь это вполне возможно. С одной стороны, для этого потребуются максимально активные действия врача. Это

ясно каждому. С другой стороны, необходима мобилизация всех сил больного.

Только что приведенное рассуждение представляет собой краткий пересказ замечательной статьи выдающегося биолога Стефена Гоулда (Stephen Jay Gould) “The Median Isn’t the Message”, что может быть переведено, как «Медиана вовсе не является приговором». У автора этой статьи в возрасте 40 лет была обнаружена злокачественная мезотелиома брюшины, которая в то время имела очень дурной прогноз (в *среднем*, восемь месяцев). Голду хватило мудрости сделать из этой цифры не пессимистический вывод («я тоже умру через восемь месяцев»), а оптимистический: «у меня есть шансы прожить не восемь месяцев, а гораздо дольше, и надо ими воспользоваться». Он мужественно боролся и прожил еще ДВАДЦАТЬ плодотворных лет, превысив медиану выживаемости от мезотелиомы в тридцать раз!).

Не имея непосредственного отношения к клинической медицине, Гоулд, тем не менее, был убежден, что способность сопротивляться болезням зависит, среди прочего, от душевного состояния человека. Это утверждение следует рассмотреть особо. Современная наука снабдила врача такими средствами для борьбы с болезнями, о которых наши предшественники не смели даже мечтать. Инсулин, антибиотики, кортикостероидные гормоны, цитостатики, психотропные препараты – этому победному списку нет конца! А головокружительные успехи хирургии? А совершенно новая отрасль медицины – реаниматология, которая ежедневно демонстрирует, что смерть, оказывается, иногда обратима! Молодые врачи чувствуют себя вооруженными с головы до ног и снисходительно смотрят на своих бедных предшественников, которые вынуждены были полагаться не столько на свои жалкие снадобья, сколько на «целительную силу природы». Это туманное понятие пора сдать в архив. Мы обойдемся без таких помощников. Больной может не беспокоиться и просто наблюдать, как мы один на один лихо справляемся с его болезнью!

Наши журналы переполнены статьями о всё новых лекарствах и операциях, которые непрерывно увеличивают могущество медицины. Тщательность исследований и безупречная достоверность выводов вызывают гордость и энтузиазм. На этом фоне разговоры о важности душевного состояния больного кажутся старомодными, тем более, что объективно исследовать это расплывчатое понятие почти невозможно.

И только навидавшись всякого на своем веку, начинаешь понимать грустную шутку старинных врачей: «**Pulsus bonus et urina bona, sed aeger morit**» (И пульс хороший, и моча хорошая, но больной умирает). А бывает и наоборот: несмотря на то, что все признаки неблагоприятны, больной почему-то поправляется! Вот тогда-то и приходит понимание, что исход болезни зависит не только от наших знаний и усердия, но и от мужества больного, от его воли к жизни. Больной – это не пассивный наблюдатель битвы между врачом и болезнью. Он сам вносит немалый вклад в исход сражения, и наша задача – сделать его своим союзником и всемерно вооружить его. Именно такие совместные усилия врача и больного могут оказаться той соломинкой, которая склонит чашу весов в пользу жизни.

Предвижу скептическую улыбку молодого врача, воспитанного в традициях новой, доказательной медицины. – «Всё это только общие рассуждения, а мы руководствуемся теперь исключительно фактами!». Действительно, даже само выражение «душевное состояние больного» расплывчато и не поддается четкому определению. Что уж тогда говорить о попытках объективно исследовать его? То ли дело измерять показатели гемодинамики и дыхания, титр антител, количество Т-лимфоцитов, кислотно-щелочное равновесие, простагландины и прочие сведения, которые, вроде бы, так четко и полно характеризуют сопротивляемость организма!

И всё же есть врачи, которые в последнее время пытаются выяснить этот вопрос в рамках доказательной медицины. Подробнее это рассмотрено в главе «Пессимизм как фактор риска». Эти исследования, как и следовало ожидать, подтверждают интуитивное убеждение,

что душевное состояние больного человека оказывает большое воздействие, как на течение болезни, так и на её исход. Кстати, даже в такой далекой от медицины области, как военное дело, все знают, что исход сражения зависит не только от вооружения солдат, но и от боевого духа войска.

Итак, усилия врача поднять дух своего пациента вовсе не являются милостыней, подаваемой из жалости и сострадания. Это совершенно реальная и очень нужная часть врачевания. Оптимистический настрой выгоден всегда, даже в самой, казалось бы, отчаянной ситуации. И наоборот, если врач, гордясь своей правдивостью и своей приверженностью к прогрессу в медицине, говорит больному, что сделать уже ничего нельзя, и что конец близок, то он не только обнаруживает свою жестокость и бездушие. Он, вдобавок, демонстрирует свое психологическое и профессиональное невежество: оказывается, он не знает, что надежда является могучим лечебным средством!

Однако наши попытки приободрить больного, вдохнуть в него волю к жизни и к выздоровлению окажутся бесплодными, если мы будем просто отрицать серьёзность положения. Вернемся к больной, описанной в начале. Авторитетное заявление: «Инсульт Вам не грозит», конечно, снимет тревогу, но ненадолго. Ночью, когда рядом никого нет, чувство беззащитности и тревожное воображение снова вызовут из небытия зловещие призраки. А что если всё-таки меня разобьет паралич, и я буду прикована к постели? Что тогда станет с моей несчастной дочерью и ее бездельником-сыном? И кто поможет мне самой?

А ведь есть защитник, который не покидает нас, даже когда мы совсем одиноки. Он всегда готов прийти на помощь в трудную минуту. – Это наш здравый смысл. И вот здесь роль врача велика и незаменима. Благодаря своим знаниям и опыту он может снабдить разум больного такими аргументами, до которых тот сам не в состоянии додуматься. Теперь больной сможет всякий раз противопоставлять своим страхам разумные аргументы, которые убедительны для него самого, и которым он, поэтому, верит. Это и есть *рациональная психотерапия* Дюбуа, которую он с таким энтузиазмом и истинно галльским красноречием пропагандировал в своей замечательной книге “Les psychonévroses et leur traitement moral” par Paul-Charles Dubois. Masson ed., Paris 1904. (есть русский перевод, изданный в 1912 году, «Психоневрозы и их психическое лечение»). Мысли этого автора оказали на меня сильнейшее воздействие и во многом определили мою философию врачевания.

Чтобы по-настоящему приободрить и обнадежить больного, надо показать ему, что врач не просто слепо верит в успех своего лечения, но что для этого у него, врача, есть серьезные и разумные основания. Поделиться с больным этими аргументами – значит сделать своим союзником разум больного. Такая психологическая поддержка останется с больным и после того, как он выйдет из кабинета врача.

Предвижу возражение: «Уж если вы придаете такое большое значение страхам больной и вообще всяким психологическим тонкостям, то направьте ее к специалисту психологу! Он разбирается в этом гораздо лучше. А у врача хватает забот и без этого!». Согласен, что в случае массовой катастрофы все, даже жертвы осознают, что имела место психологическая травма и понимают необходимость чисто психологической помощи. Но если нашей больной посоветовать обратиться к психологу, она справедливо возразит: «Какой вздор, у меня давление прыгает, и был микроинсульт!». Впрочем, даже если она послушает вас и придет к психологу, тот тоже окажется в недоумении. Конечно, он сразу увидит психологические проблемы, но его будут смущать чисто медицинские аспекты: быть может, эта больная нуждается не столько в его беседах, сколько в медикаментозном лечении? Только сам врач сможет решить, насколько здесь нужна лекарственная терапия, скажем, по поводу лабильной гипертонии, и насколько – душевная поддержка. Правда, для этого врач должен увидеть в своем пациенте не манекен, содержащий какой-то неисправный орган, который надо отремонтировать, а живого

человека целиком, со всеми его проблемами, как соматическими, так и душевными.

В старину говаривали не «лечить», а «пользовать». Это удивительно меткое слово. Оно означает, что врач («лекарь») должен приносить больному ПОЛЬЗУ. А для этого врач должен всякий раз решать, что для его подопечного наиболее полезно. Тогда он поймет, что иногда отказ от лечения полезнее, чем самое усердное (или, как теперь говорят «агрессивное») лечение. Он также поймет, что нередко простой здравый искренний совет намного полезнее, чем пригоршня таблеток...

Закончу эту главу очень давним воспоминанием. Ко мне обратился за советом больной – симпатичный старичок с живыми черными глазами, подвижный, эмоциональный и словоохотливый. Ему как-то удалось пробиться на приём к очень известному московскому профессору-терапевту. После осмотра тот сказал: «У Вас ГРУД-НА-Я ЖА-БА! ВЫ МОЖЕ-ТЕ У-МЕ-РЕТЬ В ЛЮ-БУ-Ю МИ-НУ-ТУ!». Больной был в молодости драматическим актером, и воспроизвел слова профессора очень выразительно грозным, чеканным и чуть гнусавым голосом. Глаза его расширились от ужаса. Отчаяние и страх на его лице были такими искренними и наивными, что я невольно улыбнулся. Конечно, прегрешение профессора против самых элементарных правил психотерапии совершенно очевидно даже для начинающего врача. Однако этот случай побуждает задуматься над тем, что и как следует сообщать больному о его болезни.

Утверждение, что при ишемической болезни сердца иногда случается внезапная и мгновенная смерть, совершенно справедливо. Если врач полагает, что он обязан предоставить больному абсолютно *все* сведения о его состоянии, то информацию также и о таком исходе следует считать вполне допустимой. Больше того: предупреждение такого рода может послужить в дальнейшем защитой для врача в случае жалобы со стороны родственников. Но ведь «умереть в любую минуту» может каждый из нас - от дорожной катастрофы, пожара, землетрясения, террористического акта и других причин, над которыми мы не властны. Если я предупреждаю путника, что впереди лед слишком тонкий, и что он рискует провалиться, то, последовав моему совету и выбрав другой путь, он спасет свою жизнь. Напротив, даже самое лучшее лечение ишемической болезни сердца и самое усердное выполнение всех врачебных предписаний не могут полностью гарантировать от внезапной смерти, хотя такой исход является на самом деле исключительно редким. Стало быть, пользы больному от такой информации нет никакой, а вот психологический вред очевиден. Не пугать больного, а обнадеживать и воодушевлять его, укреплять волю к жизни и веру в выздоровление, пробуждать в нём оптимизм и энергию – вот чем должны быть пронизаны все наши слова и действия при общении с больным человеком...

А вот воспоминание, которое имеет отношение к искренности вообще. В декабре 1953 года в журнале «Новый Мир» появилась статья под названием «Об искренности в литературе». Автором статьи был малоизвестный литератор В.М.Померанцев. Ни содержание статьи, ни ее язык не представляли, на первый взгляд, ничего примечательного. Суть ее сводилась к банальной истине, что если писатель искренний, то читатель ему верит, а если писатель не искренний, то читатель ему не верит. Я мельком просмотрел эту статью и забыл о ней. Но вскоре разразился грандиозный скандал. Все официальные литературные критики, как по команде, ополчились на эту статью. Даже в «Правде» – главной газете страны – появилась большая статья начальника всех советских писателей А. Суркова, который сурово осуждал не только В.М. Померанцева, но и журнал «Новый Мир» за всевозможные грехи. Странно было только, что все обвинения были какими-то неопределенными. Почему же эта неприметная статья вызвала такой гнев литературного и партийного начальства?

Ответ был очень простой. Статья прозрачно намекала, что вся или почти вся советская литература, несмотря на миллионные тиражи и Сталинские премии, пропитана ложью, и что обласканные властью писатели неискренни и врут. Поэтому простой читатель им не верит. Это было похоже на возглас простодушного ребенка: «Да ведь король-то голый!». Ополчиться на автора за то, что он объявил советскую литературу неискренней, то есть лживой, значило бы признать, что такое кощунственное мнение вообще может существовать, а это было святотатство. Вот и ругали «Новый мир» и бедного автора за всё вообще, но только не за это. Ложь была главной опорой режима, и все охранители сразу почуяли смертельную опасность в невинном призыве к искренности. Вот чем были вызваны их вопли и проклятия.

Эта статья была написана спустя всего несколько месяцев после смерти Сталина, когда люди в Советском Союзе только-только стали приходить в чувство после оцепенения, в котором грозный диктатор продержал их почти тридцать лет. Уже потом были «оттепель», доклад Хрущева о культе личности, Солженицын, диссиденты, Пражская весна, Афганистан, горбачевская гласность и многое другое, но развал могучей и, казалось, несокрушимой империи начался именно с этого неприметного эпизода. Так что, переиначив слова Достоевского, можно сказать, что, действительно, «Искренность – страшная сила»...

ПЕССИМИЗМ КАК ФАКТОР РИСКА

В последнее время понятие «факторы риска» стало необычайно модным в медицине. Так, курение признано фактором, способствующим возникновению сердечнососудистых заболеваний, рака легких и хронического бронхита; переизбыток и ожирение увеличивают вероятность заболеть сахарным диабетом; повышенная концентрация холестерина в крови является фактором риска для возникновения атеросклероза и т.д. Поэтому врачи, обследуя своих подопечных, обращают ныне особое внимание на возможное наличие у них факторов риска с тем, чтобы предупредить будущие болезни. Популярности этого понятия способствует не только его очевидная профилактическая ценность. Соблазняет также относительная легкость и простота соответствующих исследований. В самом деле, достаточно выбрать какой-нибудь биохимический показатель, продукт питания или фактор внешней среды и сопоставить его с частотой определенного заболевания в контрольной и подопытной группах. Не прекращаются поиски новых факторов риска (их даже называют «нетрадиционными» – *Ann Intern Med* 2000; 133:81-91), которые тоже могут способствовать возникновению тех или иных заболеваний. Например, оказалось, что повышенное содержание в крови гомоцистеина является самостоятельным фактором риска для возникновения сердечнососудистых заболеваний (*JAMA*. 1998;279:1477–82. *Ann Intern Med*. 1999; 131:376-386). А совсем недавно было показано, что ишемическая болезнь сердца чаще возникает у лиц с группой крови АВО, чем у лиц с другими группами крови (*Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2012; 32:2314-2320).

В результате количество статей на тему RISK FACTORS достигло к январю 2011 года 685 501 (по данным информационной компьютеризированной службы MEDLINE в Интернете на тот период). Из них только за последний год было опубликовано 20 252 статьи, а за последние пять лет – 235 878 статей. В этом океане жалкими островками кажутся исследования, посвященные влиянию душевного состояния человека на возникновение и течение заболеваний. Так, на тему: «Пессимизм и здоровье (PESSIMISM AND HEALTH)» в MEDLINE оказалось лишь 291 (двести девяносто одна) статья, из которых за последний год было опубликовано всего 6, а за последние пять лет – 105...

Но разве эти убогие цифры соответствуют значению проблемы? Еще три тысячи лет тому назад библейский царь Соломон – мудрейший среди смертных – сказал: «Веселое сердце благотворно, как врачество, а унылый дух сушит кости» (Притчи Соломоновы 17,22). Да и каждый из нас может вспомнить убедительные примеры того, как сильно влияет душевное состояние больного на ход болезни.

Бывает, что положение кажется поистине безнадежным. Врачи объявляют, что сделать больше ничего нельзя. В отчаянии родственники больного бросаются к всевозможным знахарям и целителям. И иногда происходит чудо: больной поправляется! Значит ли это, что он попал, наконец, к настоящему, хорошему доктору, а раньше его лечили неправильно? Увы, попытки использовать то же самое лекарство или совет в других случаях оказываются бесплодными. Да и вообще, этот чудесный целитель слишком часто попадает впросак, а то и приносит явный вред. Исцеления в его практике похожи на выигрыш в лотерею – они непредсказуемы. И всё-таки, выздоровление наступило именно после встречи со знахарем! Значит, тот действительно помог, но не тем снадобьем, которое он посоветовал, а как-то совсем по-другому. Больной просто поверил, что еще не всё потеряно. В нем вновь проснулись жажда

жизни и желание бороться с болезнью. Вот эта психологическая помощь и переломила ход болезни.

Нередки примеры обратные, когда длительная тоска, отчаяние, потеря надежды усугубляют болезнь или являются толчком к её развитию. Как часто мы видим, что вскоре после вынужденного ухода на пенсию, смерти близкого человека или другого по-настоящему горестного события возникает инфаркт миокарда, мозговой инсульт или злокачественная опухоль. Главное, такая болезнь появляется слишком быстро, чтобы считать это случайным совпадением.

Итак, повседневный житейский опыт говорит, что душевное состояние человека может сильно влиять на течение болезни, как в хорошую, так и в плохую сторону. Но быть может, это действие проявляется лишь иногда, слишком редко, чтобы врач учитывал его в своей повседневной практике? Если это так, то следует полагаться только на лекарства, не надеясь на случайное везение. И наоборот, если душевное состояние играет важную роль всегда, то бороться с болезнью надо не только медикаментами. Необходимо также всеми способами укреплять бодрость духа и мужество больного, его уверенность в благополучном исходе даже в самой отчаянной ситуации.

Конечно, житейские впечатления и здравый смысл значат немало, но в наш просвещенный век доказательной медицины скептически настроенные врачи требуют большего. Им нужны факты, проверенные строго научным образом. Увы, добыть такие факты гораздо труднее, чем кажется. Отличить жизнерадостного, бодрого и мужественного человека от унылого и мнительного пессимиста можно с первого взгляда. Но как численно измерить эти качества? Как решить, насколько выражена эта черта характера у данного человека? А ведь без этого невозможно сравнивать обследуемых и распределять их в различные подгруппы. Только тогда удастся показать, что по мере нарастания какого-то признака соответствующим образом изменяется частота изучаемой болезни. То ли дело измерять концентрацию холестерина в крови или содержание ненасыщенных жирных кислот в пищевых продуктах, или, наконец, вычислять соотношение окружности талии к окружности бедер (даже такой показатель пытались использовать в качестве фактора риска! – *Ann Intern Med.* 2000; 133:81-91). Ведь как удобны и внушительны всякие цифры! Их можно сразу подвергнуть самой современной статистической обработке и нарисовать наглядные графики. Получится отличная статья, которую примут с удовольствием в любой научный журнал...

Душевный мир не поддается химическому или физическому анализу. Единственным инструментом познания здесь по-прежнему остается просто беседа с человеком и наблюдение за его поведением. Это требует не только времени, но и определенного доверия между доктором и пациентом. А в результате такое кропотливое психологическое исследование, даже самое добросовестное, всё равно не дает каких-то однозначных цифр. Естественно, что лишь немногие энтузиасты готовы заниматься этой работой. Так что необычайная скудность исследований о влиянии душевного состояния на возникновение и течение болезней объясняется не тем, что эта проблема не заслуживает большого внимания, а тем, что попытки разобраться в этом вопросе наталкиваются на большие методические трудности. К этому стоит добавить, что даже сами эти термины – оптимизм и пессимизм – довольно расплывчаты и требуют пространного объяснения. Так, слово ОПТИМИЗМ объясняется в Толковом словаре русского языка Д.Н.Ушакова как «Склонность во всем в жизни видеть хорошие стороны, верить в успех, в благополучный исход чего-нибудь», а в словаре С.Н. Ожегова, как «Бодрое и жизнерадостное мироощущение, при котором человек во всем видит светлые стороны, верит в будущее, в успех, в то, что в мире господствует положительное начало, добро». Соответствующие определения слова ПЕССИМИЗМ гласят: «Мрачный, безрадостный взгляд на жизнь, склонность видеть всё в мрачном свете; унылое настроение» (Д.Н.Ушаков); «Мрачное

мироощущение, при котором человек не верит в будущее, во всем склонен видеть унылое, плохое» (С.Н.Ожегов).

Шагом вперед в этом отношении стали разработанные психологами особые анкеты, которые предлагают испытуемым. В частности, о наличии оптимизма (или пессимизма) можно судить по ответам на вопросы, вроде: «Я часто улыбаюсь – да, нет», «У меня часто бывает хорошее настроение – да, нет», «Я с надеждой смотрю в будущее – да, нет», «У меня есть еще много планов на будущее – да, нет» и т.п. Чем больше утвердительных ответов на различные вопросы такого рода дает испытуемый, тем более выражен его оптимистический настрой. Наоборот, чем больше будет отрицательных ответов, тем более пессимистичен испытуемый.

Такая методика позволяет приблизиться к требованиям современной доказательной медицины. И хотя подобных исследований всё равно до удивления мало, их результаты единогласно подтверждают житейское впечатление. Более того, они доказывают, что душевное состояние человека очень сильно сказывается на течении и возникновении самых разных болезней. Вот всего несколько примеров.

В одном исследовании была отобрана группа из 1306 мужчин в возрасте от 40 до 90 лет. Все они подверглись стандартному клиническому и лабораторному обследованию, которое не выявило никаких отклонений от нормы. В частности, у всех были нормальные величины холестерина и сахара в крови, нормальное артериальное давление и отсутствовали признаки ишемической болезни сердца. Сверх того, всех испытуемых подвергли подробному психологическому тестированию. Оно обнаружило, что часть лиц обладала бодрым, оптимистическим взглядом на жизнь, а у других доминировало безотрадное, унылое, пессимистическое настроение. **Спустя десять лет** оказалось, что в группе пессимистов стенокардия появилась у 28 человек, а у оптимистов только у 12; соответственно инфарктов миокарда было 49 против 22, в том числе инфарктов с летальным исходом – 15 против 6 (Psychosomatic Medicine 2001;63:910-916).

В Голландии на протяжении ДЕВЯТИ ЛЕТ наблюдали 941 мужчин и женщин в возрасте 65-85 лет. За это время скончалось от различных болезней 397 человек, что соответствовало средней смертности в Голландии для лиц такого возраста. Однако в группе с высоким уровнем пессимизма смертность составила 56,5%, а в группе с высоким уровнем оптимизма – всего 30,4%. Когда же исследователи отобрали случаи смерти только от сердечнососудистых заболеваний, то различие стало еще более значительным: если принять смертность в группе пессимистов за 1,0, то в группе оптимистов смертность равнялась 0,23 – почти в ПЯТЬ раз меньше! (Arch Gen Psychiatry. 2004 Nov;61(11):1126-35).

Есть и другие исследования, посвященные долговременному – многолетнему – воздействию эмоционального состояния на заболеваемость и смертность. Но даже и острое инфекционное заболевание протекает у пессимистов и оптимистов по-разному. Было отобрано 193 здоровых добровольцев в возрасте 21-55 лет. После психологического тестирования каждому ввели в нос несколько капель жидкости с вирусом гриппа или риновируса. В группе оптимистов заболевших оказалось в ТРИ раза меньше (точнее, в 2.9 раза), чем в группе пессимистов (Psychosom Med. 2006; 68(6):809-15).

Итак, подавленное настроение, тоска, безнадежность, уныние и, вообще, пессимистический взгляд на жизнь, несомненно, влияют самым отрицательным образом на возникновение и течение различных заболеваний. Иными словами, пессимизм является немаловажным и самостоятельным фактором риска. Следует особо подчеркнуть, что речь идет здесь не о той депрессии, которая является четко очерченным психиатрическим заболеванием, а о знакомых каждому из повседневной жизни изменениях настроения.

Если у больного обнаруживается какой-нибудь фактор риска, например, курение или высокий уровень холестерина в крови, то врач просто обязан активно противодействовать

ему, чтобы уменьшить вероятность нового заболевания. Стало быть, точно такую же наступательную позицию врач должен занять и в том случае, когда он обнаруживает у своего подопечного неверие в успех лечения, потерю надежды на выздоровление, чувство собственной беспомощности, растерянность, страх, безотрадное настроение и прочие проявления пессимизма.

Когда мы имеем дело, так сказать, с обычными факторами риска, то задача доктора достаточно ясна. Например, если таким фактором оказывается артериальная гипертония, то врачу следует просто назначить гипотензивные средства и затем проследить, чтобы больной аккуратно принимал предписанные лекарства. Несколько сложнее ситуация, когда фактором риска оказывается курение. Борьбаться с этой привычкой должен сам больной. Врач может только объяснить больному вред курения, а в дальнейшем, при новых встречах повторять свой призыв. Но что конкретно можно сделать, если фактором риска считать пессимистическое настроение? Конечно, и в этом случае врач должен объяснить больному вред его уныния. Но ведь этого явно недостаточно. Чем же ещё помочь безутешному или отчаявшемуся человеку? Ведь не скажешь ему: «Вы должны приободриться! Чаше улыбайтесь! Надеемся на успех!». Больной расценит такие слова, как проявление душевной черствости, а то и как насмешку.

И всё же сделать можно многое. Конечно, речь не идет о том, чтобы превратить закоренелого пессимиста в жизнерадостного весельчака. Но поддержать человека в трудную минуту, успокоить и приободрить его, дать надежду на улучшение – всё это в силах сделать любой добросовестный врач.

Первый шаг на этом пути – выслушать рассказ больного. Если больному дадут возможность свободно поделиться своими заботами, тревогами и опасениями, то его собственная ситуация становится для него самого нередко не только понятнее, но даже и не столь трагической. Ведь когда он старается выразить в связных словах своё уныние и тоску, он, тем самым, вынужден (быть может, впервые!) пристально разглядеть свою проблему и проанализировать её. То, о чем прежде он старался даже не думать, может оказаться при ближайшем рассмотрении не столь ужасным. Часть его неясных страхов рассеивается сама собой при свете дня; в его сердце зарождается надежда. Вот в чем глубокий смысл выражения «облегчить душу». Не случайно во всех религиях исповедь занимает такое большое место: самоанализ является очень эффективным средством душевной гигиены.

Но чтобы помочь больному выговориться, надо создать располагающую атмосферу доверия и симпатии. Для этого доктору придется выйти за рамки столь привычной роли следователя, заинтересованного только в выяснении анамнеза болезни. Вместо того, чтобы всё время задавать вопросы, надо постараться **выслушать** больного с сочувствием, проявить человеческое тепло и понимание, как это делает опытный и мудрый священник. Это трудная задача, требующая такта, терпения, снисходительности и понимания человеческой психологии. Зато врач сможет узнать, что же на самом деле гнетет больного, чего он действительно боится, что он думает о своем состоянии. Часто уже одно это открывает возможности для психотерапии. Ведь многие страхи больного оказываются в действительности либо совершенно необоснованными или же преувеличенными. Так, одна моя больная долго отказывалась от операции катаракты, поскольку была убеждена, что имеющиеся у нее экстрасистолы обязательно приведут к плохому результату. В других случаях то, что кажется больному совершенно безвыходным положением, вовсе не является таковым с точки зрения врача.

Очень важно рассказать больному о том, как его будут лечить. Когда больной видит, что доктор не растерян, что у него есть твердый и ясный план, то у него невольно возникают доверие и надежда. Из растерянного, пассивного, отчаявшегося человека он превращается в активного соучастника борьбы с болезнью, который изо всех сил будет помогать своему врачу.

На первый взгляд кажется, что врачу просто надо найти подходящие слова, чтобы поднять дух больного. Но ведь когда мы, глядя в его печальные глаза, произносим стандартную фразу, что всё будет хорошо, мы и сами не верим, что это может приободрить человека. Гораздо убедительнее конкретные аргументы, которые либо опровергают страхи больного, как необоснованные, либо доказывают ему эффективность предлагаемого лечения. И всё-таки, одних слов недостаточно. Ведь объектом нашего воздействия в этой ситуации является эмоциональное состояние больного, а у эмоций свой собственный язык. Влюбленный юноша пробуждает взаимность не льстивыми словами, а восторженным взглядом, радостной улыбкой, смущением, и другими проявлениями своего чувства. «В звуке голоса, в глазах и во всем облике говорящего заключено не меньше красноречия, чем в выборе слов» (Франсуа де Ларошфуко).

Есть устоявшееся выражение: «заразительный пример». Он потому и заразителен, что он воздействует непосредственно на эмоции, а не на разум. Напротив, рассуждение может быть убедительным, но никак не заразительным. Вот почему в психотерапевтических целях надо не только взывать к рассудку больного, но и воздействовать непосредственно на его эмоциональную сферу. Для этого доктор должен заботиться о том, чтобы и его внешний вид, и всё его поведение, все его слова постоянно излучали дружелюбие, уверенность, мужество, оптимизм. Если он это не делает, то его слова могут оказаться бесплодными. Ведь мы оцениваем нашего собеседника не только по смыслу его слов, но и по интонациям, мимике, жестам, по всему его поведению. И если слова человека говорят одно, а язык его тела – совсем другое, мы чувствуем это противоречие и потому не верим. Так бывает при любом общении, но пациент наблюдает за своим врачом с особым вниманием, потому что он старается угадать свою участь. Какая же польза будет от слов ободрения, если, произнося их, доктор не смотрит в глаза больному? Вот почему, чтобы внушать оптимизм, надо и самому быть оптимистом. Очень важно поэтому, чтобы врач всегда культивировал у себя бодрое, оптимистическое настроение. Подробнее этот вопрос рассмотрен в главе «Искренность и оптимизм».

Здесь могут возникнуть два вопроса. Во-первых, насколько действенны попытки врача поднять дух своего пациента? Быть может, эти тарания тщетны, особенно если пессимистическое настроение кажется вполне оправданным. Во-вторых, стоит ли тратить свои душевные силы на столь ненадежное дело? Не лучше ли сразу дать больному лекарство против депрессии?

Ответом может служить интереснейшее исследование, проведенное в Норвегии (BMJ 1999;318:1180-1184). Его целью было проверить, могут ли врачи общей практики в обычных амбулаторных условиях лечить больных с настоящей депрессией, то есть у которых этот диагноз полностью соответствовал общепринятым критериям данного психиатрического заболевания. Всего таких больных оказалось 372 человека. Все больные без исключения получали простейшую психотерапевтическую помощь, которую организаторы эксперимента описывают следующим образом: «Врачам было предложено внушать чувство надежды и оптимизма и устанавливать положительное отношение с пациентом в рамках обсуждения того, как протекает у него депрессивное заболевание. Пациентам давали возможность описать их депрессивные чувства и поделиться с врачом своими страхами и сомнениями. Допускались также простейшие советы, как, например, совет увеличить физическую активность». При этом специально подчеркивалось, что «Специфические формы психотерапии (например, бихевиоральная терапия) не допускались». Помимо этой общей для всех фоновой терапии, части больных были назначены, сверх того, современные антидепрессанты миансерин (MIANSERIN) или сертралин (SERTRALINE), а контрольная группа получала таблетки плацебо. Больных регулярно наблюдали раз в неделю на протяжении ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ. В результате беспорное улучшение наступило в контрольной группе (без лекарств!) у 47%, в

группе, получавшей миансерин, – у 54%, а в группе, получавшей сертралин, – у 61%. Для авторов этой статьи главный вывод заключался в том, что «если депрессию лечат врачи общей практики, то комбинация простых психотерапевтических мероприятий и современных антидепрессантов дает результаты, сопоставимые с результатами лечения врачами-психиатрами». Однако это исследование позволяет сделать и более поучительные выводы.

Сделаем несложный расчет. Даже наилучшее средство (сертралин) дало 61% улучшений, тогда как в группе без всяких лекарств улучшение наступило у 47% больных. Значит, реальный вклад лекарства самого по себе в общий успех составляет на самом деле не 61%, а 61%–47%, то есть всего 14%! Каков же тогда удельный вес психотерапии самой по себе? В группе, где всё лечение заключалось только в простейшей психологической помощи (сочувствие, внимание и ободрение) без всяких лекарств, улучшение наступило в 47%. Не будем самонадеянны, и не будем относить все удачи на счет психотерапевтической активности врачей. Вполне возможно, что у части больных улучшение наступило самопроизвольно, без нашей помощи. Пусть такое спонтанное улучшение произошло в половине случаев, то есть в 23% ($47\% : 2 = 23\%$). Если так, то на долю психотерапии остается тоже 23%. При таком допущении получается, что простейшая психотерапия в ДВА РАЗА более эффективна, чем самый современный антидепрессант (23% против 14%)! Даже если допустить, что самопроизвольное улучшение имело место не в половине, а в двух третях всех удач, то и тогда на долю психотерапии остаётся 16% успеха против 14% улучшения от лекарства: $47\% - 47\% \times \frac{2}{3} = 47\% - 31\% = 16\%$. Стало быть, если врач не ограничивается формальной выдачей рецепта на самый современный антидепрессант, а вдобавок дружески беседует с больным и оказывает ему простейшую психологическую поддержку, то польза лекарства самого по себе без, так сказать, сопутствующей психологической приправы составляет МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ всего лечебного эффекта!

Еще раз подчеркнём, что эти результаты были получены при лечении депрессии, как особой болезни, то есть очень глубокого и тяжелого расстройства настроения. И если даже в такой ситуации роль простейшей психотерапии оказывается столь значительной, то насколько же более эффективной должна быть моральная поддержка, которую в состоянии оказать врач при банальной депрессивной реакции, вызванной жизненными трудностями!

Итак, если в случае с курением всё, что врач в состоянии сделать, это объяснить больному грозящую ему опасность, то здесь его роль еще более значительна. Он может не только объяснить, почему пессимизм является фактором риска, но и активно вмешаться, чтобы помочь больному избавиться от него.

В заключение я хотел бы сказать, что не всякие депрессивные симптомы надо сразу лечить антидепрессантами. Дело в том, что есть депрессия, как психиатрическая болезнь; главное её отличие в том, что она беспричинная и вызвана не трагическими обстоятельствами жизни, а, как теперь полагают, особым нарушением биохимических процессов в головном мозге. Антидепрессанты помогают именно потому, что они нормализуют этот нарушенный биохимизм. Но часто бывает депрессия просто как реакция нормального, в сущности, человека на какие-то тяжелые жизненные обстоятельства (смерть близкого человека, неразделенная любовь и т.п.). Такая реакция вполне естественна, даже если она и чрезмерна. В таких случаях нужны не лекарства, а моральная помощь – сочувствие, ободрение, утешение и, вообще, человеческое тепло...

Тему этой главы предложил мне в одной из наших многочисленных душевных бесед мой близкий и давний друг профессор А.С.Бронштейн. Мне оставалось только развить то, что было им тогда высказано. Вот почему именно здесь я хочу сердечно поблагодарить его за постоянную помощь и поддержку. Впрочем, некоторые его мысли использованы и в других главах этой книги.

ТРУДНЫЙ БОЛЬНОЙ

Каждый врач встречает иногда больных, которые вызывают у него неприятную эмоциональную реакцию. Это может быть и недовольство, и раздражение, и отвращение, и гнев, и презрение, и даже враждебность. Характерно, что эти чувства возникают не тогда, когда имеются объективные трудности в постановке диагноза и выборе лечения. Тогда мы говорим всего лишь о *трудных случаях*. Они мобилизуют интеллект врача, и даже если все усилия заканчиваются неудачей, это причиняет только огорчение. Напротив, выражение *трудный больной* подразумевает психологические проблемы, возникающие у врача при общении с пациентом, который кажется ему несимпатичным, неприятным, противным. Общение с таким больным утомляет и надолго выводит из душевного равновесия. После такой встречи остается унижительное чувство беспомощности, плохо сделанной работы, поражения.

Всякий больной ожидает от врача, в первую очередь, помощи и сочувствия. Даже вечно озлобленный скандалист и мрачный хулиган знает, что уж в кабинете-то врача можно расслабиться и раскрыться: здесь не получишь удар в спину. Страдающий от одиночества человек также рассчитывает получить здесь хотя бы чуточку тепла. Многие нам могут простить – и недостаток знаний, и неопытность, и равнодушие, и даже плохое лечение, но только не враждебность. Ведь это самое настоящее предательство!

Врачи – не ангелы, и не застрахованы от недобрых чувств. Как же быть в таких случаях? Можно, конечно, просто попытаться скрыть неприязнь. Но, во-первых, это очень утомляет. Желание поскорее отделаться от этого больного и не обнаружить свою антипатию к нему мешает сосредоточиться на чисто медицинской задаче – что с больным, и что надо сделать. Внимание рассеивается, начинаешь делать досадные ошибки, которые иногда замечает даже больной. Во-вторых, полностью скрыть нерасположение удастся редко – оно проявляется ведь не только в словах, но и в интонациях, взглядах, во всем поведении. И если больной догадывается, то общение становится еще более тягостным.

Гораздо разумнее и благороднее попробовать освободиться от этих недостойных чувств. Чтобы сделать это, надо сначала понять, почему этот больной вызывает у меня неприязнь? Рассмотрим несколько типичных ситуаций.

Отвращение могут вызвать такие черты личности больного, которые считают дурными повсюду, например, грубость, наглость, агрессивность, крайний эгоизм, злобность. Но ведь как врачи мы знаем, что эти отталкивающие особенности поведения указывают не на плохое воспитание, а на глубоко укорененные или врожденные свойства характера. Наше неодобрение и даже наказание не может исправить такого человека. Поэтому надо приучать себя относиться к этим признакам с чисто медицинской точки зрения, без моральной оценки, точно так же, как мы относимся к более привычным порокам развития, вроде заячьей губы или синдрома Дауна. Рассказывают, что когда знаменитому психиатру П.Б.Ганнушкину представляли на консультацию особенно колоритного больного с подобной аномалией характера, он восторженно восклицал: «Нет, вы только посмотрите, какой психопат! Ведь это золото, а не психопат!!!». И хотя в повседневной жизни такая личность может быть совершенно невыносимой для окружающих, удовольствие профессионала от встречи с ярким, характерным образцом определенной патологии вполне понятно: «Как в учебнике!». Такой сугубо медицинский подход освобождает врача от морального негодования и неприязни, которые мешают работать. Вдобавок, тогда можно гораздо полнее оценить больного – не только со-

матически, но и психологически. А ведь именно такая объективная и, главное, всесторонняя оценка позволяет лечить не болезнь вообще, а именно того человека, который сейчас пришел к нам за помощью. Кстати, если записать в историю болезни пусть даже всего несколькими словами эту бесстрастную психологическую оценку (например, «больной агрессивен, груб, конфликтует с медперсоналом» или «отказывается от обследований и лечения, недоволен квалификацией лечащего врача»), то в случае жалобы доктор будет чувствовать себя гораздо увереннее...

Иногда возникает впечатление, что больной чуть ли не нарочно испытывает терпение врача. Велико искушение наказать дебошира или строптивца. Один больной, желчный и мрачно-подозрительный человек, как-то отказался выполнять мои назначения. В ответ я нарочито ледяным тоном произнес: «Ну, в конце концов, это Ваше дело. Не хотите – не надо!». Он исподлобья посмотрел на меня и сказал: «Что ж, доктор, так и будем – примус на примус, как в коммунальной квартире?..». Этот укор до сих пор поучает меня...

Работать в таких условиях трудно, но если не потерять самообладания, провести обследование с невозмутимым видом и дать необходимые советы серьезно и благожелательно, то больной почувствует это и обязательно оценит. Ведь он привык, что все его недолюбливают, и потому спокойное отношение и готовность помочь окажутся для него неожиданными. Вряд ли он поблагодарит, но в дальнейшем станет больше доверять вам, и общение станет легче.

Выводит из себя и многословный больной. Он подробно, с явным удовольствием рассказывает, где и когда он лечился, что сказал ему каждый консультант. У него наготове целый ворох разных медицинских документов – выписки, справки, рентгенограммы, электрокардиограммы. Нередко к этому он присовокупляет подробный дневник своих ощущений, график температуры или артериального давления. Больной явно рассчитывает на то, что врач всё это детально рассмотрит вместе с ним. Но ведь для этого потребуется несколько часов, а в приемной уже нервничают следующие пациенты! Сердиться на такого ипохондрика и болтуна бесплодно, этим делу не поможешь. Но и просто оборвать нескончаемый монолог – значит оскорбить человека и сделать контакт еще труднее. Этот больной претендует на непомерно большое время не потому, что он по натуре нахал и эгоист, а потому, что болезнь стала для него самым главным событием его жизни. Вот почему он ожидает, что и вы отнесетесь к его болезни, как к чему-то особенному, уникальному. Стало быть, надо показать больному, что вы тоже считаете его проблему исключительно важной, но что вам нужны совсем другие сведения, о которых он не говорит. Убедившись через минуту-другую, что предстоит нескончаемый рассказ, можно прервать его такими, например, словами: «Вот, Вы подробно рассказываете, что вы чувствовали когда-то, и чем Вас тогда лечили. Но ведь мне-то надо лечить Вашу *теперешнюю* болезнь. Лучше расскажите, что *сейчас* мешает Вам жить!». Такой маневр позволяет перейти сразу к делу, не обижая больного. Но поскольку многословие всё равно останется, полезно почаще прерывать словоизвержение конкретными уточняющими вопросами, вроде: «А когда возникает боль - до еды или после?»; «А что за боль – колющая или давящая?»; «А какого цвета мокрота – белая или желтая?». Это убеждает больного, что его болезнь действительно интересна и важна для доктора, и тогда его досада, что ему не дают высказаться до конца, проходит. Полезно также нарочито обстоятельное физикальное исследование: больной при этом вынужден молчать, но он видит, что доктор внимательный и добросовестный. В заключение, чтобы избежать затяжной дискуссии и многочисленных вопросов, я сразу пишу подробную инструкцию для больного с перечислением диеты, режима и приема лекарств (обязательно упоминая – до еды или после, утром или вечером, а также сроки лечения!). Теперь мой пациент сможет не только перечитывать этот листок у себя дома, но и с удовлетворением показывать его другим врачам...

Совсем иные трудности возникают при общении с пожилым человеком, который плохо

слышит, и у которого снижены память, а то и интеллект. Также и в этом случае как врачу, так, особенно, и больному помогает подробная письменная инструкция (разборчивым и крупным почерком!). Кстати, прежде чем досадовать на бестолковость пациента, стоит подумать, что, быть может, причина заключается совсем в другом. Может быть, вы сами не умеете расспрашивать и объяснять просто и понятно... Кроме того, надо помнить, что если больной чем-то озабочен или напуган, то внимание его рассеивается, ему трудно сосредоточиться, и он плохо вас понимает. Чем доброжелательнее и теплее обстановка беседы, тем понятливее он окажется...

Настоящим испытанием для врача нередко является больной с многочисленными жалобами, особенно, если они к тому же нечеткие, расплывчатые («тяжелая голова», «плохо мне», «чувствую свое сердце», «нехорошо как-то», «всё тело разбито» и т.п.). При всем старании никак не удастся свести всё это в какую-то определенную клиническую картину. Не помогают всевозможные анализы и консультации. Возникает неприятное чувство растерянности и бессилия, которое усиливается при повторных, тоже бесплодных, встречах. «Господи, как избавиться от этого зануды!». В подобных случаях полезно задать себе вопрос – а не выражается ли таким образом депрессивное настроение, связанное с одиночеством или другой трудной жизненной ситуацией? Иногда достаточно подумать об этом, и вся картина становится понятной. Либо несколько деликатных, вроде бы нейтральных вопросов подтверждают такое предположение.

Особую категорию представляют частые визитеры. Есть больные, которые, вроде бы, без явной причины регулярно посещают врача несколько раз в месяц. «Я ведь всё уже объяснил и лекарства дал, что ему еще надо! Как не стыдно надоедать по пустякам!». Так и хочется сделать строгое замечание и повести себя нарочито сухо. Но быть может, у такого человека просто повышена потребность в психологической поддержке. Ему снова и снова нужно подтверждение, что он не одинок со своей болезнью, что врач по-прежнему рядом. Эту слабость не вылечишь суровостью. Отказ врача от частых встреч только усилит тревогу и страхи. Вместо того, чтобы досадовать и сердиться, задайте при очередной встрече несколько вопросов о самочувствии, приложите фонендоскоп к грудной клетке, измерьте артериальное давление и скажите, что ничего плохого вы не нашли. Вы истратите на это всего две-три минуты, но больной уже получил очередную порцию врачебного внимания, приободрился и вновь готов к жизненным трудностям...

Вот другая ситуация. По какой-то причине вы выбились из обычного графика приема. Следующий больной врывается в кабинет с негодованием: «Почему я так долго ждал?». Ваша первая реакция – «Вот нахал! Что я здесь, бездельничаю? Уж если он так спешит, то, пожалуйста, я могу быть строго официальным и закончу с ним в три минуты!». На самом-то деле, этот больной никуда не торопится. Он просто боится, что теперь врач будет вынужден потратить на него меньше времени, чем на других, хотя именно его болезнь – самая важная. Достаточно сказать: «Я ко всем отношусь одинаково добросовестно. Но ведь обследование иногда требует больше времени, чем обычно. Не беспокойтесь, с Вами я тоже буду внимательным». Взаимное недовольство тотчас исчезнет...

Легко понять неприязнь к симулянту и, вообще, к больному, который обманывает и пытается использовать врача не для лечения, а совсем в других целях. Но и в этой ситуации не следует поддаваться чувству морального негодования. Ведь если этот интриган обратился для достижения своих хитроумных планов именно к врачу, то под его корыстью может всё-таки таиться настоящая болезнь. Праведное возмущение ослепит, помешает оценить больного всесторонне и увидеть, что он, быть может, действительно нуждается во врачебной помощи, даже если он сам об этом не подозревает.

Терпимость полезна даже по отношению к тем просьбам, которые кажутся просто излиш-

ними или нелепыми. Так, больной просит какую-то справку, которую он явно хочет как-то использовать. Если речь идет о констатации факта (например, список диагнозов, дата посещения врача и т.п.), то почему не пойти навстречу? Или он просит направить его на дополнительную консультацию. Пусть вы почувствовали в этом обидное недоверие к себе, но отказ только ожесточит и обидит больного, а препирательство отнимет у вас много времени без всякой выгоды.

Совсем другое дело, если больной пытается склонить врача на явно незаконный поступок. Но и здесь также не стоит впадать в праведный гнев. Гораздо разумнее спокойно и *кратко* (это очень важно!), но твердо сказать, что это вы сделать не можете. Ведь больной сам отлично знает, что его желание незаконно. Если он сразу видит, что перед ним непробиваемая стена, он тотчас отказывается от своей попытки. Но если отказ слишком деликатен или многословен, больной чувствует слабость обороны. У него возникает надежда, что врача можно уговорить или запугать. Он переходит в наступление, начинает не просить, а требовать, шуметь и скандалить. Даже если в результате длительного спора вы настаите на своем, больному теперь кажется, что причиной отказа явилось просто нежелание врача пойти навстречу. Он уходит рассерженным, да и ваше настроение испорчено...

Конечно, нельзя дать советы для всех обстоятельств, когда общение с больным оказывается трудным и тягостным. Главное, это пытаться в каждом случае понять, в чем причина возникающей антипатии. Есть старое мудрое изречение: «Понять – значит простить». Кроме того, ведь общение врача и больного – это всегда встреча двух личностей, и вина за конфликт может заключаться в характере врача, а не больного. Ясно, что нетерпимость, категоричность, бесцеремонность, невнимательность, стремление во что бы то ни стало поставить на своем – всё это вызывает справедливое недовольство больного и накаляет обстановку. Вот почему надо постоянно анализировать свое собственное поведение, чтобы избавляться от этих нежелательных черт.

ПОСТСКРИПТУМ. Кому-то может показаться сомнительным призыв не становиться на моральную точку зрения, имея дело с больным, который явно заслуживает осуждения: «Нельзя же потакать негодьям!». Вопрос, что лучше – справедливость или милосердие, обсуждали уже в глубокой древности. Об этом свидетельствует библейский рассказ о пророке Ионе. Бог повелел ему пойти в город Ниневию, жители которого погрязли в пороках, и предупредить их, что если они не покаются, то будут истреблены. Иона был человеком строгих правил; он считал, что злодеев надо наказывать, а не исправлять. Есть латинское изречение: «Fiat justitia, pereat mundus» – пусть всё погибнет, лишь бы свершилось правосудие. Иона не захотел исполнить повеление свыше и попытался бежать. За это Создатель подверг его тяжким испытаниям, и пророк, в конце концов, был вынужден отправиться в Ниневию. Там он проповедует жителям слово Божье, грешники исправляют пути свои, и Бог прощает их. «Иона сильно огорчился этим». Его чувство справедливости так оскорблено, что он хочет умереть, и укоряет Бога за чрезмерную мягкость. В гневе он уходит в пустыню. Там он страдает от солнечного зноя. «И произрастил Господь Бог растение, и оно поднялось над Ионою, чтобы над головой его была тень и чтобы избавить его от огорчения». Но затем Бог заставляет растение увянуть. Иона впадает в уныние, сердито выражает Богу недовольство и слышит в ответ: «Ты сожалеешь о растении, над которым ты не трудился и которого не растил, которое в одну ночь выросло и в одну же ночь пропало. Мне ли не пожалеть Ниневии, города великого, в котором более ста двадцати тысяч человек, не умеющих отличить правой руки от левой?» (Иона, 4, 11).

ВРАЧ КАК БОЛЬНОЙ

Нередко можно услышать, что врачам, когда они заболевают, почему-то не везет: и болезни у них протекают тяжелее, и осложнения при операциях возникают чаще. В молодости меня это удивляло. Ведь должно быть как раз наоборот. Если врач лечит своего заболевшего коллегу, то он проявляет особое участие, внимание и усердие. Да и сам заболевший врач наверняка правильнее и аккуратнее выполняет все медицинские рекомендации, ибо он лучше простого больного понимает их смысл и важность. Однако на протяжении своей долгой медицинской карьеры мне приходилось сталкиваться с такими огорчительными случаями слишком часто, чтобы их можно было объяснить случайностью.

В чем же дело? Чем больной доктор отличается от обычного пациента? Лишь малый процент врачей соприкасается в своей работе с вредными воздействиями, которые могут ослабить организм (радиологи, инфекционисты). Таким образом, биологические факторы не могут объяснить это различие. Но если человек обладает врачебными знаниями, то он относится к своей болезни не совсем так, как рядовой обыватель, не обучавшийся медицине. Вот эта чисто психологическая деталь и отличает заболевшего доктора от остальных пациентов. Казалось бы, разница невелика, но именно она иногда сильно влияет и на ход болезни, и на результаты лечения. Неблагоприятные факторы следует искать, с одной стороны, в психологии заболевшего врача, с другой – в психологии врача, лечащего своего коллегу.

У любого человека болезнь вызывает беспокойство и тревогу. Но у врача эта естественная реакция на неблагополучие может усугубиться как раз вследствие его знаний. При обычном запоре он вспоминает, что и рак толстого кишечника нередко начинается точно так же. Короткий эпизод сжатия за грудиной сразу вызывает у него мысли о неумолимой прогрессивности ишемической болезни, о возможности инфаркта с последующей инвалидностью, о внезапной смерти. Ему хорошо известно, что ноющие боли в пояснице могут быть следствием не только банального охлаждения или неловкого движения, но и остеопороза, разрушения межпозвоночного диска, миеломной болезни. Если ему рекомендуют хирургическое лечение, то он вспоминает, что даже простейшая операция в самых благоприятных условиях иногда оказывается неудачной или даже смертельной. Его собственный опыт говорит, что полностью избежать врачебных ошибок невозможно, ибо врачи – люди, а людям свойственно ошибаться. Не ошибутся ли и в его случае? Он сам иногда назначает больным лекарства, в эффективность которых не очень-то верит; так может быть, и ему дают что-нибудь подобное? Будет ли его врач полностью откровенным, не скроет ли от него, что положение безнадежно? – Ведь он и сам иногда так поступает с обреченным больным... Короче говоря, он знает о таких скрытых опасностях и подводных камнях, о которых простой больной даже не подозревает.

И если груз таких мыслей обрушивается на врача, у которого и без того тревожно-мнительный характер, то его бодрость, мужество и воля к выздоровлению слабеют. А ведь эти факторы несомненно влияют на ход болезни. Пожилому врачу сделали простую операцию, например, пластику паховой грыжи. С точки зрения хирурга операция прошла гладко, и нет никаких оснований для тревог. Но больному ночью кажется, что послеоперационная боль слишком сильна: не начинается ли нагноение? А быть может, ущемлен семенной канатик, и придется снова раскрыть рану? Хорошо известно, что тревога и страх усиливают восприятие боли, и вот уже больной действительно страдает больше, чем его сосед по палате. Чтобы уменьшить эту ужасную боль, он лежит неподвижно, дышит поверхностно и тотчас вспоминает, что такое поведение способствует пневмонии, тромбозу вен, тромбоэмболии. При

мысли об этих новых угрозах начинается сердцебиение, повышается артериальное давление, а то и возникают загрудинные боли. Озабоченная сестра вызывает дежурного врача. Тот, не разобравшись в ситуации, назначает целую батарею экстренных мероприятий, которые сами по себе не всегда безопасны.... А ведь достаточно было на вечернем обходе уделить коллеге всего две-три минуты, внимательно осмотреть область операции, выслушать легкие и сердце и сказать дружеским тоном, что всё в порядке, что никаких послеоперационных осложнений нет, и что неприятные ощущения, которые он испытывает, совершенно естественны и скоро пройдут. Вполне возможно, что больной тотчас бы успокоился и спал бы всю ночь даже без дополнительной инъекции наркотика...

Конечно, далеко не каждый врач ведет себя таким образом. Но ведь кроме истинно мужественных людей есть много таких, которые просто скрывают свою тревогу и страхи. Лечащий врач не должен полностью доверять видимому спокойствию и улыбке своего подопечного. Несколько ободряющих, теплых и дружеских слов уместны всегда. Они не обидят человека стойкого, но как они помогут остальным!

Но не только психологическая реакция врача на свою болезнь может вызвать неблагоприятные последствия. Нередко и лечащий врач, беседуя с заболевшим товарищем по профессии, совершает ошибки, которых он не допустил бы в обычном случае.

Подводные камни возникают уже с первых слов. Заболевший врач, ценя время своего доктора и желая ему помочь, нередко уснащает свой рассказ профессиональными выражениями (приступ астмы, ангинозные боли, перемежающаяся хромота, опоясывающие боли) или начинает прямо с диагноза, который он сам себе поставил. Ему кажется, что не стоит обременять доктора подробным описанием своих ощущений, и лучше сразу перейти к делу. Кроме того, употребляя профессиональные термины, он как бы создаёт атмосферу коллегиального обсуждения случая «на равных» и тем самым выходит из подчиненного положения обычного больного. Со своей стороны, лечащий врач, слыша знакомый язык и готовые формулировки, невольно уменьшает свои собственные диагностические усилия, а то и сразу переходит к лечению. Но почему он уверен, что его пациент правильно использует медицинские термины? Например, тот жалуется на перемежающую хромоту, а на самом деле у него артроз или плоскостопие. Или приступом астмы он называет типичную нервную одышку – неудовлетворенность вдохом. Вот почему расспрашивать и обследовать заболевшего врача надо не по сокращенной программе («мы же с вами свои люди и понимаем друг друга с полуслова!»), а с особой, даже нарочитой тщательностью. Ведь нам нужна реальная и подробная картина болезни, а не набор привычных ярлыков. Только так можно обезопасить себя от суггестии со стороны пациента и создать самостоятельное, независимое мнение о болезни – залог правильного диагноза и лечения.

Но на этом трудности не кончаются. После того, как выяснена суть болезни, надо сообщить больному диагноз и рекомендации. Лечащему врачу иногда кажется, что если его пациент врач, то он относится к своей болезни точно так же, как и он сам – объективно и беспристрастно. Беседа невольно приобретает характер консилиума, когда два профессионала обсуждают на равных какой-то случай, не касающийся их лично. В такой ситуации обычно ограничиваются диагнозом и краткой деловой рекомендацией – **Sapienti sat!** (разумному – достаточно). К чему тратить время на подробные объяснения и психотерапию? Ведь он знает всё не хуже меня! – Это глубокое заблуждение. Если заболевший врач старается разговаривать с нами на привычном, профессиональном языке, это вовсе не свидетельствует о его внутреннем спокойствии. Он тоже нуждается в психотерапии, порой даже больше, чем обычный больной.

Заболевание своеобразно трансформирует психологию врача. Вот забавная, но поучительная иллюстрация. Как-то профессор Мирон Семенович Вовси заболел и пригласил к себе

моего учителя В.А.Каневского, которого он очень уважал и ценил как практического врача. В.А.Каневский осмотрел его и сказал: «М.С., у Вас небольшой энтероколит. Надо принимать несколько дней фталазол (сульфаниламид) по две таблетки три раза в день». – «В.А., а как принимать их – до еды или после?» – спросил академик и генерал медицинской службы, бесспорно лучший московский терапевт того времени...

Предположим, эссенциальная гипертония возникла у терапевта. Он отлично знает все гипотензивные средства и уверенно назначает их своим больным. Но что выбрать для себя самого: мочегонное, бетаблокатор, кальциевый блокатор или что-нибудь еще? Невольно он испытывает растерянность от избытка лекарств. Как хочется переложить решение на кого-то другого и услышать четкий, убедительный, дружеский совет, от которого сразу станет легко на душе! Он обращается к своему товарищу. Увы, вот как иногда протекает диалог. Врач: «Ну что же, у Вас, коллега, типичная неосложненная гипертония. Можно начать либо с бетаблокаторов, либо с мочегонных». Больной: «А что Вы посоветуете?» – «Ну, хотя бы лопрессор (метопролол)» – «Сколько?» – «Скажем, для начала сто миллиграммов в день» – «А может, лучше дизотиазид?» – «Как хотите. Это тоже неплохое средство. Вы же сами знаете, что обе эти группы одинаково пригодны для начала терапии...». Больной чувствует, что доктор не потрудился встать мысленно на его место, и ему всё равно, какое лекарство назначить: ОН РАВНОДУШЕН! Сомнения и неуверенность остались, больной разочарован и принимает лекарство чуть ли не с отвращением, не очень-то надеясь на успех...

Но зачем он вообще обратился к своему товарищу по профессии? Ведь он мог сам написать себе рецепт и начать лечение, не прибегая к посторонней помощи. Просто каждый врач знает, что любое лекарство действует гораздо лучше, если его снабдить, так сказать, аппетитной психотерапевтической приправой. Уверенный тон врача, четкая, подробная рекомендация, безапелляционное отклонение других вариантов лечения на данном этапе – все это убеждает больного, что доктор принял единственно правильное решение и выбрал самое подходящее для него лекарство. Только что изображенная беседа могла бы протекать и по-другому, например, так. Врач: «У Вас, дорогой коллега, обычная эссенциальная гипертония, причем без всяких осложнений. Так сказать, один – ноль в Вашу пользу. Я рекомендую начать со ста миллиграмм лопрессора один раз в день утром после еды. Измеряйте давление утром и вечером целую неделю, и обязательно записывайте все цифры. При следующей встрече мы решим, достаточна ли эта доза». – Больной: «А может, лучше дизотиазид?» – «Я думаю, что бетаблокатор более показан. Во-первых, у Вас небольшая склонность к тахикардии. Кроме того, хотя у Вас нет данных за ишемическую болезнь сердца, но, учитывая Ваш возраст, бетаблокатор будет хорошей профилактической мерой. Так что оставим пока мочегонное в резерве». Беседа в таком ключе поможет доктору освободиться от сомнений и поверить в успех. Ведь заболевший врач тоже хочет получить свою порцию моральной поддержки. Самого себя убедить трудно. Вот он и обращается к коллеге: он нуждается не только в рецепте, но и в психологической помощи. К сожалению, не всегда лечащий врач осознает эту потребность заболевшего товарища, и тогда он лечит только саму болезнь, не обращая внимания на больного. Кстати, вот любопытный вопрос: почему врачи, когда заболевают, нередко лечатся кое-как, неохотно и нерегулярно? Ведь это означает, что в глубине души они относятся несколько скептически к целебному действию «голого» лекарства, т.е. лекарства без психотерапевтической оболочки. Если заболевшему врачу дают только лекарство и ничего больше, то откуда же взяться вере, энтузиазму, прилежанию, которые так необходимы для успеха лечения?

Вот почему заболевшего врача надо и обследовать, и лечить как обычного больного, не делая скидок на его специальные знания. Более того. Поскольку он посвящен в секреты нашей профессии, то психотерапевтическое воздействие должно быть особенно продуманным и тщательным. Пусть наш пациент считает определенное лекарство неэффективным и не про-

писывает его другим. Но если это назначение сделать уверенным тоном и четко объяснить порядок его применения, то больной невольно подумает: «А может быть, мой врач имеет собственный опыт, и в его руках это лекарство не так уж и плохо?». И его скепсис, пусть даже обоснованный, не устоит перед желанием выздороветь. Неважно, окажет ли назначаемый препарат желаемое фармакологическое действие, но психологическая помощь будет несомненной.

Психотерапия должна являться неременной составляющей частью каждого общения с любым больным. Для уменьшения страхов и тревог у заболевшего врача очень полезна беседа с намеренным использованием профессиональных терминов. Разговор «на равных», в духе коллегиального обсуждения производит на такого пациента особо убедительное впечатление: он чувствует, что от него ничего не скрывают. Таким путем его легче зарядить спокойствием, уверенностью в благополучном исходе болезни, терпением и желанием точно выполнять все назначения. В этой беседе надо привлечь внимание больного к положительным факторам и уменьшить в его глазах роль тех отрицательных моментов, которые ему известны, и которые его пугают.

Предположим, у врача гипертонический криз (между прочим, наиболее частой причиной резкого повышения артериального давления являются не какие-то атмосферные пертурбации, как нередко думают больные, а всевозможные нервные стрессы). У больного «тяжелая голова», мушки перед глазами, его пошатывает при ходьбе, тошнит. Но, конечно, больше всего он боится мозгового инсульта. Именно поэтому у такого больного надо не только измерить давление и выслушать сердце, но и провести хотя бы простейшее, но нарочито добросовестное неврологическое обследование: проверить функцию лицевого нерва, нистагм, несколько сухожильных рефлексов и т.п. Тогда в заключение осмотра можно будет авторитетно сказать, глядя прямо в глаза больного: «Ничего тревожного я не нашел: сила в конечностях у Вас не нарушена, рефлексы симметричные, симптом Бабинского отрицательный, нистагма нет. Думаю, что нарушение мозгового кровообращения Вам не грозит». И даже если ваш пациент – опытный невропатолог, а вы сами всего лишь молодой терапевт, больной вам поверит! Ведь в эти ужасные минуты он больше всего жаждет ободрения и потому с благодарностью и доверием воспримет ваши слова. Такое поведение будет не только актом сострадания, милосердия, но и реальным лечебным воздействием: сняв тревогу, мы уменьшим тахикардию и гипервентиляцию, предотвратим дальнейшее повышение давления. В результате больной сразу почувствует себя лучше, еще до того, как начнут действовать таблетки или инъекции.

Заболевшего врача подстерегает еще одна опасность. Коллеги обрушивают на него и на его лечащего врача лавину доброжелательных советов и предложений: все хотят помочь. Возможно, каждый из этих советов неплох, но ведь невозможно воспользоваться ими всеми: из Москвы в Петербург можно добраться либо поездом, либо самолетом, но не ими обоими вместе... Лечащий врач должен избрать какой-то один план лечения и твердо придерживаться его до тех пор, пока он представляется правильным. Следовательно, надо отвергнуть все остальные предложения, хотя это может вызвать обиды и недовольство. Если же проявить слабость и уступить, то лечение станет хаотичным, а сам лечащий врач уже не будет чувствовать себя единолично ответственным за благополучие своего пациента. Коллективное лечение – плохая услуга. В любом лечебном процессе должен быть один врач, который объединяет все сведения, сам принимает все решения и уверенно ведет за собой больного.

Вот почему лечащий врач должен вежливо, но твердо пресекать попытки «улучшить» лечение, если он убежден в правильности собственного плана. Надо также четко разъяснить важность этого обстоятельства своему подопечному, чтобы сделать из него союзника в этой трудной и деликатной миссии.

Больной врач является трудным объектом для лечения. Здесь от лечащего врача требуются

и профессиональные знания, и понимание человеческой психологии, и много душевных сил. Но вот любопытный факт. В США, где медицина особенно сильно пронизана духом коммерции, не так давно решили выяснить, не считают ли современные врачи, что лечить своих товарищей бесплатно – устаревшая традиция? Большинство врачей высказалось за сохранение этого неписанного правила, ибо, по их мнению, «удовольствие, которое получаешь, помогая товарищу по профессии, выше любого денежного вознаграждения»...

В заключение приведу поучительную иллюстрацию. Это отрывок из книги известного американского врача Давида Серван-Шрейбера «Антирак», которую он написал после того, как сам заболел злокачественной опухолью.

«Когда я узнал, что у меня опухоль в мозгу, я сразу же оказался в мире, который мне казался известным, но о котором я в действительности ничего не знал: в мире больных.

Я был немного знаком с нейрохирургом, к которому меня сразу направили. У нас были общие пациенты, и он интересовался моими исследованиями мозга. После известия о моей болезни наши беседы кардинально изменились. Больше не было никаких намеков на мои научные опыты. Мы говорили о моей головной боли, о моей тошноте, о приступах эпилепсии, которые могли случиться.

Я как мог, цеплялся за свой статус врача. Как ни жалко это выглядело, но я сохранял свой белый халат и значок врача, когда шел на эти встречи. В США, где в госпиталях ярко выражена иерархия, медсестры, сиделки, санитары, которые признают ваш статус, с уважением обращаются к вам «*Доктор*». Но когда вы на носилках и без халата, вы становитесь просто «номер такой-то», как все, или даже чаще «мой хороший»...

Я вступил в серый мир, мир людей без звания, без достоинства, без профессии. Никто не интересуется, чем вы занимаетесь в жизни, или что у вас в голове; хотят лишь знать, что у вас на вашем последнем снимке. Я заметило, что большинство докторов не умели относиться ко мне одновременно как к своему пациенту и как к своему коллеге. У меня появилось ощущение, что существует клуб живых, и что мне дали понять, что я из него исключен. Я стал испытывать страх, что меня воспринимают принадлежащим к другой категории, категории людей, отличительным признаком которых является их болезнь...»

ВЫСОКОПОСТАВЛЕННЫЙ ПАЦИЕНТ

«Всевышний Боже! Перед тем, как приступить к святой работе врачевания твоих созданий, я припадаю к твоему престолу и молю дать мне силу духа и усердие, чтобы выполнить свою работу честно и чтобы желание приобрести богатство или имущество не ослепило бы глаз моих. Сделай так, чтобы в каждом страждущем, который придет просить моего совета, я видел человека, независимо от того, богат он или беден, друг или ненавистник, праведник или злодей. Помоги мне увидеть в каждом просто человека в беде. Если более сведущие врачи захотят обучить меня премудрости, дай мне желания научиться от них, ибо наука врачевания не имеет предела. Если же глупцы выкажут мне презрение, укрой меня своим шатром. Помоги не обращать внимание на насмешки людей, как бы уважаемы они ни были, и укрепи мою любовь к своему призванию. Лишь истина пусть будет светочем для ног моих, ибо любое упущение в моей профессии может причинить гибель и болезнь созданиям рук твоих. Боже милосердный, укрепи тело моё и душу, наполни меня духом праведности».

Маймонид, Молитва врача.

Эти благородные слова не просто упражнение в красноречии. Они прочувствованы и выстраданы автором – знаменитым еврейским врачом и философом эпохи средневековья Маймонидом, или Рамбамом (1135 – 1204). Он прожил трудную, полную скитаний и опасностей жизнь, многократно подвергался религиозным преследованиям. Родился он в Кордове (Испания). Там его принудили отречься от веры отцов и принять ислам. Он бежал в Марокко, вернулся в иудаизм и даже написал несколько многотомных трактатов, которые до сих пор числятся среди основополагающих трудов по иудейской религии. Одновременно он усердно занимался медициной. Его сочинения в этой области были настольным руководством для арабских и европейских врачей на протяжении многих веков. Слава его была так обширна, что он стал придворным врачом знаменитого султана Саладина; король Ричард Львиное Сердце также хотел сделать его своим лейб-медиком, но он мудро отклонил это почетное, но опасное предложение. Его могила в Тверии, маленьком городке на берегу Тивериадского озера (Кинерет) до сих пор привлекает массы благочестивых паломников. Текст этой «Молитвы» нередко можно увидеть в Израиле во врачебных кабинетах.

На первый взгляд Молитва Маймонида является просто эмоциональным, поэтическим переложением Клятвы Гиппократова и не содержит ничего нового. Но при внимательном сравнении сразу обнаруживаются существенные различия. Гиппократ ставит на первое место обязанность врача почитать своих наставников наравне с родителями и всячески им помогать. Затем врач обязуется не давать никому «смертельного средства» и «абортивного пессария» и «ни в коем случае не делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом». Наконец, врач должен строго соблюдать врачебную тайну. Непосредственно морально-этическим вопросам в Клятве Гиппократова отведено всего несколько строк. Вот они: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и искусство... В какой бы дом я ни вошел, я войду

туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел...».

Напротив, Маймонида больше всего заботят психологические трудности и соблазны, которые сопровождают нашу профессию, и которые могут причинить вред незащитному больному. Он отлично понимает, что социальное положение и личные особенности пациента иногда влияют на поведение врача самым отрицательным образом. Вор, пьяница, бродяга, нищий и другие персонажи социального дна могут вызвать у врача отвращение и ослабить его желание помочь такому человеку. Маймонид призывает своих собратьев культивировать в себе сострадание и милосердие, чтобы неприглядная или даже отталкивающая оболочка не мешала увидеть под ней просто страдающего человека, нуждающегося в помощи.

Но, как ни странно, в еще более уязвимом положении может оказаться больной на верхних ступенях социальной лестницы. Страх перед властью имущим, робость перед знаменитым человеком, даже искреннее преклонение – все эти чувства невольно сковывают руки врача. Он теряет столь важное для нашей профессии душевное равновесие и независимость суждения. В особенности трудно преодолеть страх за свое благополучие, а то и за собственную жизнь. В этих обстоятельствах требуется большое мужество и нравственная сила, чтобы не оробеть и честно выполнить свой врачебный долг. Может показаться, что в наше просвещенное и демократическое время врач окружен и защищен таким всеобщим уважением, что ему не трудно совершенно спокойно и твердо выполнять свой профессиональный долг и не принимать в расчет посторонние мотивы. Да, когда-то, во времена Ивана Грозного смертная казнь придворного лекаря была привычным делом и никого не удивляла, но ныне?!... Нет, такое сейчас невозможно! – Увы, хотя прогресс в науке и в материальной культуре идет с головокружительной быстротой, но психология людей, их взаимоотношения остаются и сейчас такими же, как тысячи лет назад. Гнев, обида, жажда мести, страх, тщеславие, корыстолюбие – все эти чувства ничуть не изменились и не ослабели.

В повести М.А.Булгакова «Собачье сердце», написанной в 1925 г., изображен чудо-врач профессор Преображенский. Его пациентами были самые высокие советские начальники. Поэтому он чувствовал себя неуязвимым и вел себя нарочито независимо. Но это были первые годы после революции. Вскоре такая бравада стала невозможной. Все поняли, что ни высокие академические звания, ни международная известность, ни признательность тысяч благодарных пациентов – ничто не может защитить доктора от произвола.

В 1932 году застрелилась жена Сталина Надежда Аллилуева. Знаменитого московского врача-терапевта профессора Д.Д.Плетнева попросили подписать для печати медицинское заключение, что Н.Аллилуева скончалась, якобы, от аппендицита. Плетнев отказался. Он изучал медицину и стал профессором еще до революции, для него врачебная честь была не пустым звуком. Уговаривать упрямого профессора не стали. Однако строптивость не была забыта. Спустя несколько лет газеты вдруг сообщили, что доктор Плетнев в своем врачебном кабинете делал молодым пациенткам гнусные предложения, а одну из них он даже укусил! В грудь!!! - Вот какими мерзкими бывают эти старорежимные профессора! Вслед за этим газеты стали публиковать письма возмущенных читателей о том, что таким отщепенцам не место в советской медицине. (Всё это рассказал мне профессор И.С.Шницер, который в те годы работал в клинике Плетнева молодым врачом). Однако даже такая месть показалась недостаточной. Вскоре Плетнева арестовали вместе с Бухариным, Рыковым и др. и заставили на показательном суде заявить, что он лично умертвил Максима Горького, воспользовавшись своим врачебным положением.... А вот и заключительная подробность. В тюремную камеру, где Плетнев томился в ожидании суда, бросили молодого человека, обвиненного в каком-то антисоветском заговоре. Узники разговорились, и старик профессор сказал ему: «Перед допросом Вас осмотрит тюремный врач, спросит, на что жалуетесь. Голубчик, ни в коем случае

не говорите, где у Вас болит – бить будут именно по этому месту!». Этому молодому человеку повезло, его не расстреляли, он дождался освобождения и рассказал об этой встрече своему сыну, моему другу, известному гематологу профессору И. М. Менделееву...

(Недавно, уже после того, как была написана эта глава, я решил проверить свой рассказ о Д.Д.Плетневе по данным в Интернете. В журнале «Известия ЦК КПСС», за 1989 г. где тогда публиковали рассекреченные материалы того ужасного времени, было напечатано письмо Д.Д.Плетнева одному из своих высокопоставленных пациентов К.Е. Ворошилову из тюрьмы: «Ко мне применялась ужасающая ругань, угрозы смертной казнью, таскание за шиворот, душение за горло, пытка недосыпанием, в течение пяти недель сон по 2—3 часа в сутки, угрозы вырвать у меня глотку и с ней признание, угрозы избиванием резиновой палкой. Всем этим я был доведен до паралича половины тела»...)

После войны здоровье Сталина ухудшилось. Он давно страдал от высокой гипертонии и уже перенес нарушение мозгового кровообращения. В 1952 г. его осмотрел один из лучших московских интернистов профессор В. Н. Виноградов и решительно предписал полный отдых от всяческой работы хотя бы на несколько недель. Пациент пришел в ярость: его хотят отправить на покой, как Ленина, чтобы лишить власти! «Заковать в кандалы!» – рычал он. Вскоре было объявлено об аресте В. Н. Виноградова и целой группы лучших московских профессоров – медиков по обвинению в «истреблении руководящих кадров СССР». Все ждали развязки – публичного суда и неминуемой казни.

И вдруг в ночь с первого на второе марта 1953 года у Сталина внезапно произошло обширное кровоизлияние в мозг с полной потерей сознания и параличом правой половины тела. Охранники уединенной подмосковной дачи, где Сталин жил последние годы, встревожились длительным молчанием хозяина, но только вечером второго марта (!) осмелились, наконец, без разрешения войти в спальню и обнаружили его лежащим без сознания на полу. Они переложили его на диван и вызвали, ...нет, не скорую медицинскую помощь, не прикрепленных к больному врачей, а высокое начальство! Приехали растерянные члены Политбюро. Впервые грозный диктатор предстал перед ними совершенно беспомощным. Быть может, пришел конец его железной хватке? А что, если он оправится от удара?.. Только после краткого совещания вызвали – уже поздней ночью – врачей. Попытаемся представить, какой ужас должен был охватить медиков, на которых возложили лечение Сталина в этих обстоятельствах.

Даже беглого осмотра было достаточно, чтобы диагноз стал ясным. Полная потеря сознания, характерное шумное дыхание, паралич правых конечностей, перекошенный от паралича лицевых мышц рот – всё это с несомненностью указывало на тяжелый мозговой инсульт. Итак, диагноз был ясен. Надо было приступать к лечению. И вот здесь-то начались трудности и угрозы, совершенно не связанные с медициной.

Во-первых, где проводить лечение? Казалось бы, чем тяжелее и опаснее состояние больного, тем скорее следует перевезти его в больницу. Ведь только там сосредоточены все условия для комплексного и интенсивного лечения и для борьбы с любыми, самыми неожиданными осложнениями. На даче Сталина не был предусмотрен даже простейший врачебный кабинет. С другой стороны, больному с мозговым кровоизлиянием необходимо обеспечить максимальный покой, чтобы не вызвать повторного кровоизлияния. Этот постулат действует и ныне. Так что же предпочесть – не трогать, чтобы не навредить, или всё-таки транспортировать в больницу? Современный госпиталь располагает такими громадными возможностями реанимации и интенсивной терапии, которые и не снились врачам полвека назад. Поэтому теперь выгоды госпитализации во много раз превышают гипотетическую опасность повторного кровоизлияния во время транспортировки. Но мы должны оценивать поведение врачей в соответствии с принятыми в то время правилами лечения. Вот рекомендации «Справочника практического врача», изданного в Москве в 1990 г. под редакцией академика АМН СССР

А.И. Воробьева : «Больничные условия резко расширяют диапазон терапевтических возможностей и обеспечивают постоянный контроль за состоянием больного, поэтому следует помещать в стационар большинство больных с мозговым инсультом. Противопоказанием к перевозке в стационар являются грубые нарушения дыхания и сердечнососудистой деятельности, а также предагональное состояние». Итак, даже *через тридцать семь лет*, когда лучшие советские больницы уже начали приближаться к современному уровню, показания к транспортировке всё еще имели некоторые ограничения. В 1953 году общепринятая врачебная тактика наверняка была гораздо более консервативной, хотя на самом деле риск транспортировки был и тогда минимальным. Расстояние от дачи Сталина до больницы не превышало 20 км, дорога была прямая и в отличном состоянии, никаких задержек в пути быть не могло – ведь этой дорогой в Кремль Сталин пользовался ежедневно. (Кстати, о качестве дороги. Дорога эта шла по улице Арбат, пересекала Арбатскую площадь и затем мимо Кремлевской больницы вела прямо в Кремль. Поперёк этому направлению через Арбатскую площадь шли трамвайные пути популярного маршрута «А», которым пользовались десятки тысяч москвичей. В 1949 г. внезапно, без всякого предупреждения, трамвайные рельсы на Арбатской площади вдруг в одну ночь залили асфальтом. Утром спешившие на работу москвичи узнали, что трамвайный маршрут «А» отменен, и что вместо него срочно пущены автобусы. Среди этих ошеломленных москвичей был и я, поскольку как раз тогда постоянно пользовался именно этим маршрутом, чтобы добираться на учебу в медицинский институт. Оказывается, накануне автомобиль Сталина слегка тряхнуло на трамвайных рельсах. Он выразил недовольство, и в ту же ночь рельсы убрали...). Всё, что требовалось сделать – это переложить больного на носилки, поместить в специальный автомобиль, а в больнице снова переложить с носилок на кровать. Судя по первому медицинскому бюллетеню, врачи не констатировали тогда ни опасного падения артериального давления, ни отека легких, ни тяжелых дыхательных расстройств. Скорее всего, перевозка произошла бы благополучно. И всё-таки, а если бы по дороге Сталин скончался? Как потом доказать, что смерть наступила просто от самой болезни и не связана с транспортировкой? Нет уж, зачем рисковать в этих ужасных обстоятельствах, надо и о себе подумать. Лучше прибегнуть к спасительной формулировке: «в настоящее время больной не транспортабелен». Ведь для такого утверждения основания есть. А если кто-то слишком горяч и хочет отличиться, пусть докажет обратное!..

Мой шеф профессор Б.Е.Вотчал говаривал, что у консилиумов есть один недостаток: обычно верх одерживает самый трусливый. Действительно, за любое смелое решение отвечать надо лично; большинство не склонно рисковать, предпочитает собственное спокойствие и потому присоединяется к наиболее осторожному мнению...

Допустим все-таки, что решение оставить больного на даче было продиктовано не боязнь врачей за собственную жизнь, а исключительно интересами дела в соответствии с уровнем тогдашних знаний. Но уж дальнейшее ведение больного не оставляет никаких сомнений, что каждый врачебный поступок определялся не только медицинскими показаниями, но и страхом бедных врачей, оказавшихся между молотом Лубянки и наковальней врачебного долга. Только этим можно объяснить, почему постулат абсолютного покоя был доведен до абсурда. Сталина даже не переложили на кровать! Так он и умер через несколько дней на том самом диване, куда его перенесли с пола охранники. А ведь если больной лежит на диване, то к нему можно подойти только с одной стороны. Это очень неудобно для медицинского персонала. Стало быть, это не выгодно и для больного!

В медицинских бюллетенях повторно отмечались высокая температура (38,2-38,6) и лейкоцитоз до 17000. Естественно было заподозрить воспаление легких, которое в такой ситуации бывает очень часто. Наилучшим подспорьем в диагностике воспаления или отека легких является рентгеновское исследование. Конечно, на даче Сталина не было стационарного

аппарата, позволяющего получать качественные снимки. Но можно было привезти хотя бы переносный рентгеновский аппарат, они уже были в то время. Однако ведь придется двигать больного, чтобы подsunуть под него кассету с рентгеновской пленкой. Нет, лучше не рисковать! Так рентгеновское исследование и не было сделано... Единственные инструментальные исследования, которым подвергли Сталина, были повторные электрокардиограммы и анализы крови и мочи.

Уже при первом медицинском осмотре отмечено очень высокое артериальное давление – 220/110 мм рт. ст. Таким же оно оставалось и спустя 24 часа (210/110). Именно оно и было причиной массивного кровотечения. Поэтому первой, неотложной задачей должно было быть как можно более быстрое снижение кровяного давления, чтобы избежать повторного кровотечения и дальнейшего разрушения мозговой ткани. Конечно, в то время врачи не располагали еще такими эффективными гипотензивными средствами, которые теперь известны и доступны любому терапевту. Но ведь еще севильский цирюльник Фигаро знал, что для снятия «вредного напора крови» при инсульте нет ничего лучше, чем кровопускание. Эта лечебная мера с успехом применялась и в середине XX века. Я и сам под руководством моих наставников вводил в локтевую вену толстую иглу и выпускал 200-300 мл крови в случае гипертонического криза или при тяжелой застойной недостаточности кровообращения. Улучшение наступало прямо на глазах! Но как решиться на это у Сталина?! Вдруг он умрет как раз во время этой процедуры? И придворные врачи пишут: «Было повторно произведено кровоизвлечение (слово-то какое осторожное! – Н.М.) посредством пиявок». Действительно, эта процедура кажется не столь зловещей. Но таким образом можно извлечь всего лишь несколько десятков миллилитров крови, а это недостаточно, чтобы снизить артериальное давление. (Согласно опубликованным несколько лет назад почасовым врачебным записям, «в 9.00 поставлено 8 пиявок за уши» и в 15.00 «дополнительно 4 пиявки»). Поскольку пиявка может высосать за один раз всего около 5 мл крови, то всего было извлечено только 60 мл крови!) Кроме того, пиявки впрыскивают в организм больного антикоагулянт гирудин, то есть вещество, понижающее свертываемость крови. Такой шаг может быть полезен в случае тромбоза, но никак не в случае кровоизлияния!

Врачам Сталина можно только посочувствовать. Достаточно мысленно поставить себя на их место, чтобы понять, в каких ужасных условиях они вынуждены были действовать. Впрочем, такое обширное мозговое поражение, которое возникло у Сталина и которое было затем подтверждено при посмертном вскрытии, даже при современном уровне медицины обычно приводит к летальному исходу, либо, в лучшем случае (если здесь уместно такое выражение), к тяжелейшей инвалидности, к растительному существованию. Поэтому, если бы врачи в тех обстоятельствах поступали более энергично и смело, исход болезни вряд ли изменился. Впрочем, человек, создавший гигантскую империю страха, всё равно не мог в свой смертный час рассчитывать на энергичных врачей, свободно принимающих любое профессиональное решение, руководствуясь исключительно благом пациента. Разве это не возмездие?...

Вот еще одна история из того же мрачного времени. Как-то профессору Я.Г.Готлибу, известному московскому урологу, довелось лечить тогдашнего всевластного хозяина Азербайджана Багирова, ставленника и друга Берия. Лечение помогло, благодарный Багиров проникся к профессору доверием и стал его постоянным пациентом. Часто он приглашал Готлиба к себе в Баку на консультацию и даже присылал за ним в Москву специальный самолет. Иногда Готлиб брал с собой свою дочь. С утра девочка оставалась в роскошной гостинице и лакомилась отборными фруктами и восточными сладостями, а профессор отправлялся к своему сиятельному пациенту. Много лет спустя дочь, ставшая впоследствии врачом, рассказывала мне, что возвращался он совершенно измученный; руки его были исколоты и в синих пятнах. Дело в том, что в те годы урологи для оценки выделительной функции почек часто вводили

больным в вену особый безвредный краситель – индигокармин. Но в Баку это вещество всякий раз сначала вводили в вену профессору (проверочка!), а уж потом – Багирову...

Конечно, это примеры необычные, на грани фантазмагии. Но именно поэтому они особенно наглядно показывают, что страх перед высоким начальством может исказить профессиональное поведение врача. Однако в менее выраженной форме такая ситуация знакома многим докторам. Я сам слышал на лекции, как знаменитый хирург А.Н.Бакулев сказал с улыбкой нам, молодым студентам: «Если у подзаборного пьяницы случится перфорация желудочной язвы, то его сразу привезут в ближайшую больницу; уже через полчаса рядовой дежурный хирург его прооперирует, и никаких осложнений не будет. Если же перфорация возникнет у министра, то сначала будут решать, в какую больницу его везти, потом соберут консилиум и только потом начнут готовить больного к операции; а драгоценное время будет уходить...».

Вредить может не только страх, но и другие эмоции, например, тщеславие. Вот к врачу обратился знаменитый ученый, писатель или артист. Это лестно, моя медицинская репутация станет ещё лучше. Но потом возникает беспокойная мысль: а вдруг не повезет, и я окажусь не на высоте? Какие обидные улыбки появятся тогда у завистников и соперников! Нет, надо сделать всё, чтобы избежать неприятностей! Только бы не опозориться! Буду стараться изо всех сил, *но рисковать не буду...*

А вот другая ситуация. В первые годы моей профессиональной карьеры мне посчастливилось работать под руководством чудесного врача и благороднейшего человека Виктора Абрамовича Каневского. С восторгом и наслаждением перенимал я у него тонкости нашего искусства. Я полюбил его сыновней любовью. Однажды он тяжело заболел, возникло массивное легочное кровотечение. Его госпитализировали в нашу Боткинскую больницу, я остался при нем дежурить. Ночью кровохаркание повторилось, и мы решили перелить кровь. Я любил делать внутривенные инъекции и так преуспел в этом деле, что нередко даже опытные медсестры просили моей помощи, если вена оказывалась спавшейся или плохо заметной. У Виктора Абрамовича вены были прекрасные, и все-таки я два или три раза прокалывал вену насквозь, возникала гематома, и наладить переливание никак не удавалось. Ясно помню, как я подумал в этот момент: «Ведь руки у меня не дрожат. Почему же я не могу попасть в вену?». Виктор Абрамович молча терпел, а потом сказал: «Давай позовем Женю (дежурную медсестру)». Она моментально ввела иглу, и мы начали переливание... Как трудно иногда сохранить душевное равновесие и спокойствие, и как они нужны для успешной работы!

Однажды знаменитый Бисмарк заболел, будучи в дороге. Свита бросилась искать хоть какого-нибудь доктора поблизости. Привели невзрачного провинциального лекаря. Он начал расспрашивать больного – собирать анамнез. «Железный» канцлер недовольно оборвал его: «Что Вы тянете время, займитесь делом!». Доктор возразил: «Ваше сиятельство, если Вам недосуг рассказать о своей болезни, то лучше обратиться к ветеринару». Бисмарк оценил находчивость, характер и ум скромного врача, проникся к нему полным доверием и попросил его отныне быть своими лейб-медиком...

Так как же доктору лечить высокопоставленного больного? Ответ, вроде бы, очень прост: не надо робеть, не надо бояться, но не надо и чрезмерно усердствовать, ибо это тоже вредит делу; надо всего-навсего отнестись к нему точно так же, как к любому другому, рядовому пациенту и помнить, что он тоже человек... Но следовать этому совету в реальной жизни очень трудно. Мы должны постоянно быть начеку и следить не только за своим поведением, но и за своими мыслями и чувствами, чтобы не позволить даже подсознательному стремлению к собственному благополучию или выгоде хоть как-то нарушить безупречное выполнение врачебного долга. А еще полезно вспомнить Молитву Маймонида....

ПОСТСКРИПТУМ. В ноябре 2005 года эта глава была уже полностью написана. Вдруг в самом конце декабря 2005 года случилась болезнь премьер-министра Израиля Ариэля Шарона, привлекая к себе внимание мировой общественности. Я могу судить о болезни и об её лечении только на основании тех сведений, которые сообщались средствами массовой информации. Конечно, этого совершенно недостаточно для полноценного профессионального заключения. И всё же некоторые факты удивительным образом перекликаются с этой главой.

Началось с того, что в конце декабря у Шарона возник микроинсульт с кратковременным нарушением сознания и речи. Компьютерная томография позволила исключить внутримозговое кровоотечение; был диагностирован ишемический инсульт (местное тромбирование мелкого сосуда или же тромбоэмболия). Важного пациента обследовали с особой тщательностью, так сказать, по полной программе, включая даже внутривещеводную эхокардиографию (и это у человека, только что перенесшего микроинсульт!). В результате у Шарона было обнаружено небольшое отверстие в межпредсердной перегородке (врожденный порок сердца). Теоретически при таком дефекте тромб из периферической вены может попасть не в малый круг, как обычно, (эмболия легочной артерии), а в артерию большого круга и, в частности в головной мозг. Ясно, что в данном случае порок был ничтожным; ведь он не помешал пациенту стать боевым генералом, участвовать в многочисленных тяжелейших сражениях и дожить до 78 лет. Тем не менее, было решено закрыть этот дефект через две недели, а пока – во избежание повторной сосудистой катастрофы – была начата лечение антикоагулянтном клексаном (низкомолекулярным дериватом гепарина).

Я не знаю, какие конкретно дозы антикоагулянтов получил Шарон, но главный факт трагедии заключается в том, что через две недели после первого эпизода (как раз накануне предполагавшегося закрытия дефекта межпредсердной перегородки) и на фоне непрерывной антикоагулянтной терапии возникло внутримозговое кровоотечение. Оно было настолько интенсивное и упорное, что врачам пришлось **три раза подряд** делать многочасовые нейрохирургические операции, чтобы остановить кровоотечение, а также нормализовать свертывание крови с помощью специальных лекарств. Это позволяет думать, что антикоагулянтная терапия была очень энергичной, и что больной получил не минимальную и даже не среднюю дозу, а скорее максимально допустимую. Представим себе, что на месте Шарона оказался бы точно такой же страдающий патологическим избытком веса 78-летний скромный пенсионер, бывший страховой агент или бухгалтер, мирно доживающий свой век в каком-нибудь провинциальном городке Израиля в кругу многочисленных детей, внуков и правнуков. Я уверен, что врачи отнеслись бы к нему тоже с полным вниманием и лечили бы его на столь же современном уровне. И всё-таки, лечение вряд ли было бы столь энергичным. Вполне возможно, что доктора ограничились бы только назначением аспирина

Премьер-министру В.С.Черномырдину принадлежит знаменитая фраза: «Хотели, как лучше, а получилось, как всегда...». Вот и здесь, по-видимому, было проявлено чрезмерное усердие: ведь пациент – руководитель страны. «Хотели как лучше»...

Не надо – «как лучше»! Надо просто **всегда** исполнять свой врачебный долг **для всех одинаково хорошо!**

Совсем недавно группа европейских исследователей сопоставила эффективность профилактики вторичной парадоксальной мозговой тромбоэмболии с помощью закрытия овального отверстия сравнительно с консервативным лечением. Оказалось, что инвазивное вмешательство не давало дополнительной выгоды (N Engl J Med 2013; 368:1083-1091)...

ОБРЕЧЕННЫЙ БОЛЬНОЙ

Все обучение будущего врача сводится к тому, чтобы вооружить его для борьбы с болезнями, в особенности же с угрозой смерти. Успехи интенсивной терапии и реанимации поражают воображение и вызывают гордость за нашу профессию. Но ведь, в конечном счете, смерть так же естественна, как и жизнь. Совсем победить ее невозможно. В лучшем случае, мы только отдаляем ее. Поэтому, когда она приходит уже бесповоротно, все наши профессиональные знания, лекарства и приборы оказываются непригодными. Вдруг мы становимся безоружными и непривычно растерянными.

Что может быть тягостнее, чем изо дня в день подходить к постели обреченного человека и чувствовать свое бессилие перед неумолимо приближающейся смертью? Как посмотреть такому больному в глаза, что сказать ему? Эти мысли не дают покоя, пока вы осматриваете в палате остальных больных. Но вот и его очередь. Он лежит, отвернувшись к стене, и ровно дышит, как будто дремлет. – «Всю ночь не спал», – объясняет сосед. – «Заснул, наверное». Вы вздыхаете с облегчением. Не стоит будить беднягу, пусть отдохнет. «Я найду попозже», – обещаете вы вслух и поскорее выходите из палаты. Но позднее, ах, как не хочется возвращаться... Кстати, наваливаются срочные дела, там уже и рабочий день заканчивается, в палате послеобеденный сон. Зачем я буду их всех тревожить? Оставлю-ка я всё до завтра...

Вот так поступал я в молодости и очень страдал от своего позорного малодушия. Что же делать в такой ситуации, чтобы не было мучительно стыдно самому? Чем помочь больному тогда, когда, казалось бы, и помочь-то нечем? Неужели здесь ничего не остается, кроме притворного оптимизма и назначений для видимости, в пользу которых сам врач не верит?

Когда-то меня поразила фраза одного французского медика: «Врач по самой своей природе – борец со смертью. Но врага надо уважать, и когда поражение очевидно, надо с достоинством покинуть поле сражения». Но это вовсе не значит, что мы можем бросить умирающего и заняться другими больными... Эта фраза просто призывает нас не отравлять последние дни уходящего из жизни человека ненужными лекарствами и обременительными процедурами. Однажды меня пригласили в больницу осмотреть больного с множественными метастазами рака желудка в печень. Среди прочего больной получал две инъекции но-шпы в день (Drotaverine, синтетический аналог папаверина). Я спросил лечащего врача: «Зачем?» – «Но ведь это сосудорасширяющее» – недоуменно ответил он. «Какие же сосуды Вы хотите расширить, может быть, те, которые питают опухоль?» – «Но ведь надо же больному назначить что-нибудь, хоть для видимости!».

Даже оказавшись вынужденным создавать лишь видимость лечения, врач не должен бездумно и бездушно назначать первое пришедшее в голову средство. Надо и в этой ситуации сохранять внутреннюю честность, врачебную добросовестность и сострадание к больному. Из множества лекарств следует выбирать только такие, которые имеют хоть какое-нибудь реальное или психологическое показание в данном случае. Больной и без того страдает от своей неизлечимой болезни. Так не будем его вдобавок обременять еще и побочными действиями лекарств, если он при этом не получает никакой выгоды. Так, в терминальной стадии сердечной недостаточности нечего рассчитывать на уменьшение одышки и отеков даже с помощью громадных, уже токсичных доз сердечных и мочегонных средств; в этой ситуации разумнее перейти на наркотики. Точно так же неразумно длительно назначать раковому больному антибиотики по поводу субфебрильной температуры. Ведь в этой ситуации она чаще обусловлена

не инфекцией, а распадом опухоли; мы ничего не добьемся, но больной получит стоматит, кишечный дисбактериоз с поносом и кожную аллергию...

Близость неотвратимой смерти отнюдь не означает, что миссия врача закончена. У входа в жизнь – в родильном зале – тоже стоит врач, и задача его здесь чаще всего такая же – не лечить, а просто помочь новорожденному и его матери. Так и теперь, на выходе из жизни мы снова должны всего лишь помочь человеку – облегчить морально и физически неизбежный процесс умирания. Как же вести себя с умирающим больным, что говорить ему?

В романе М.А.Булгакова «Мастер и Маргарита» Иешуа, отвечая Пилату, произносит: «ПРАВДУ ГОВОРИТЬ ЛЕГКО И ПРИЯТНО». Увы, нередко врач вынужден сообщить своему подопечному правду печальную, а то и трагическую. Надо быть уж совсем черствым человеком, чтобы изложить такую весть легко, не задумываясь, каково слышать это больному. Я не собираюсь углубляться в моральные, философские и юридические аспекты этой громадной проблемы, а просто поделюсь своим практическим опытом и результатами полувековых размышлений над этими мучительными вопросами.

В годы моей молодости медицина имела патерналистский характер, и только сам врач решал, что можно сказать больному, а что нельзя. Например, считалось жестоким и потому морально недопустимым сообщать больному о безусловно неблагоприятном прогнозе. Все мои учителя придерживались этой тактики. Затаив дыхание, слушал я их беседы с умирающим или неизлечимым больным и пытался представить, как бы я поступил в такой ситуации. Я не осуждал их умолчаний и мелких искажений правды и всегда внутренне соглашался с ними. Меня восхищали их человечность, сострадание и умение даже в самой горестной ситуации так повести себя, чтобы, не скрывая главного, все же не раздавить безжалостной правдой несчастного, обреченного больного, утешить, ободрить его и сохранить хотя бы искру надежды. Эти беседы остались для меня самыми памятными, драгоценными уроками высочайшего врачебного искусства.

Такого же мнения придерживались тогда не только в Советском Союзе. Среди 442 врачей города Филадельфии (США) в 1953 г. только 3% *всегда* сообщали своему больному диагноз рака, 12% *никогда* не делали этого и 57%, *как правило*, не сообщали такой диагноз (JAMA 153:901-904, 1953). Аналогичную картину обнаружил опрос 219 опытных врачей (средний возраст 50 лет) в крупном клиническом госпитале в Чикаго в 1961 г. В случае некурабельного рака 9% врачей *никогда* не сообщали истинный диагноз своим больным, 47% делали это очень редко; правду предпочитали говорить только 4%, но не нашлось ни одного врача, который бы сообщал такой диагноз *всегда* (JAMA 175:86-94, 1961).

В настоящее время отношение врачей на Западе к этой проблеме резко изменилось. Теперь большинство считает, что больному надо всегда говорить всю правду, как бы горька она ни была. Недавно информационное агентство Медскейп провело опрос 24 000 врачей в США и 940 в Великобритании по различным вопросам медицинской этики (Medscape Business of Medicine Nov 20, 2012). На вопрос: «Скроете ли Вы от больного информацию о его терминальном или претерминальном диагнозе, желая подбодрить его?» только 10% американских врачей ответили «Да»; 72% заявили: «Нет, я всегда абсолютно честен в отношении диагноза», и лишь 18% сказали, что «это зависит от обстоятельств». Английские врачи оказались не столь жестокими: соответствующие цифры были 14%, 54% и 33%...

В пользу этого нового подхода приводят очень веские аргументы. Во-первых, ложь, пусть даже с наилучшими намерениями, рано или поздно обязательно обнаружится. В результате больной страдает вдвойне и вдобавок теряет доверие к своему врачу. Во-вторых, стремительный прогресс медицины приводит к тому, что многие болезни, которые еще недавно считали смертельными или безнадежными, теперь поддаются лечению. Но для того, чтобы проводить такое лечение, часто очень тяжелое, как например современные химиотерапевтические про-

токолы, необходимо, чтобы больной понимал и знал, почему его подвергают этим процедурам. Наконец, больной имеет право знать, сколько ему осталось жить, чтобы распорядиться оставшимся временем и устроить свои дела так, как он хочет.

Однако кроме этих причин, которые, в конечном счете, можно объяснить заботой о благо больного, есть еще одна немаловажная причина, но совсем другого свойства, а именно боязнь судебного преследования. В авторитетном американском журнале *New England Journal of Medicine* (Vol. 330: 223-225, Jan. 20, 1994) было опубликовано изложение одного такого судебного процесса. Это серьезный материал для размышления. У 43-летнего мужчины во время удаления нефункционирующей почки был обнаружен рак в хвосте поджелудочной железы. Хирург полностью удалил опухоль, сообщил об этом больному и направил его к онкологу. Однако он не сказал больному, что только пять процентов больных раком поджелудочной железы остаются в живых через 5 лет, независимо от метода лечения. Онколог предложил новый, экспериментальный метод химио- и радиотерапии, но также не сообщил больному свой прогноз. Через год больной умер, и вдова обратилась в суд. Она утверждала, что если бы больной знал всю правду, он вряд ли согласился бы на малоперспективное, но мучительное лечение и предпочел бы привести в порядок свои дела и мирно дожить оставшиеся дни в кругу семьи. Врачи оправдывали свое умолчание соображениями гуманности. Присяжные согласились с этими мотивами и вынесли оправдательный вердикт. Однако Верховный Суд штата Калифорния единогласно пришел к противоположному заключению. В частности, он записал в своем решении: «Врач, будучи экспертом, оценивает риск лечения или отказа от лечения, а также вероятность успеха своих мер. Однако в компетенцию эксперта отнюдь не входит сопоставление этих рисков с опасениями, страхами и надеждами пациента. Такая оценка и следующее за ним решение выходят за рамки медицины и всецело относятся к компетенции самого больного».

Таково единогласное решение юристов высочайшей квалификации. И всё же это взгляд со стороны. Многие спокойно и хладнокровно разглагольствуют о близкой смерти, пока это не коснется их самих. Я поделюсь двумя личными переживаниями.

Свой последний студенческий год (1953–1954) я занимался на терапевтической кафедре профессора А.А. Багадасарова. Он был вдобавок директором Института гематологии и переливания крови, так что кафедра тоже занималась преимущественно болезнями крови. Поэтому всех молодых врачей и субординаторов для начала отправляли на две недели в кафедральную гематологическую лабораторию. Там мы целыми днями рассматривали в микроскоп мазки крови различных больных под руководством опытной заведующей этой лабораторией. В заключение этого маленького курса, когда мы уже уверенно разбирались в разнообразных кровяных клетках, нам предложили самим сделать мазки собственной крови и дать развернутое описание. Я уколол свой палец, размазал каплю крови на предметном стекле, зафиксировал и окрасил мазок и затем положил его под объектив микроскопа. Сразу же мне бросились в глаза среди множества эритроцитов несколько лейкоцитов с круглым голубовато-сиреневым мелкосетчатым ядром. Такие клетки я видел до этого только у больных острым лейкозом, их называли тогда гемоцитобласты... Пораженный, я подвигал препарат под микроскопом, но клетки эти встречались почти в каждом новом поле среди обычных лейкоцитов. Не веря себе, я попросил соседку по столу взглянуть в мой микроскоп. Она посмотрела мазок и обернула ко мне испуганные глаза: «Знаешь, мне кажется, что это гемоцитобласты... Впрочем, давай позовем Розалию Ильиничну (так звали заведующую лабораторией)». Розалия Ильинична взглянула в микроскоп и с удовлетворением воскликнула: «Классические гемоцитобласты! Чья это кровь?» – «Моя...». Я до сих пор помню, как она посмотрела на меня – смесь жалости, сочувствия и растерянности. «А как ты себя чувствуешь?» – «Хорошо» – «Знаешь что, быть может, ты устал после ночного дежурства, и эти клетки выплыли из костного мозга... Тебе

надо отдохнуть несколько дней, а потом мы повторим анализ...». Я понимал, что это просто попытка утешить, ибо совершенно несомненно, что через несколько дней или недель у меня возникнет то самое заболевание, для которого так специфичны эти клетки – острый миелобластный лейкоз. В те годы лечить эту болезнь было абсолютно нечем, и она очень быстро – за несколько недель – в 100% случаев приводила к смерти...

В унынии я оставил клинику и пошел пешком домой. Был пасмурный и холодный осенний день. Я живо представил, как через месяц-полтора мой труп будет лежать в соседнем патологоанатомическом отделении, куда я так часто бегал – и на вскрытия умерших больных, и чтобы брать кусочки мозговой ткани для своей «научной» студенческой работы. Переходя по Крымскому мосту Москва-реку я было даже подумал – а не броситься ли в воду, чтобы избежать долгих предсмертных мучений? На душе было ужасно тоскливо, но больше всего жаль было не себя, а родителей – я у них был единственным сыном... Как-то они будут жить дальше в одиночестве? Дома я просто сказал им, что мне дали несколько дней отдыха за мои дежурства.

Когда-то мне казалось, что если человеку объявить, что ему осталось жить всего несколько дней или недель, то, наверное, он постарается скрасить близкий конец гульбой и кутежами. Но пробыв дома дня два, я понял, что единственное, что остается в таком случае на самом деле – это просто продолжить обычную повседневную жизнь. Я вернулся на работу в клинику. Лаборантка взяла у меня кровь для анализа, и вскоре мне сказали, что на сей раз мазок совершенно нормальный. У меня нехватило мужества самому посмотреть этот мазок, и я не знал, правду ли мне говорят или же просто жалеют. Но прошла неделя, другая, потом месяц, еще месяц, а я по-прежнему чувствовал себя совершенно здоровым. В последующие годы мне иногда делали анализы крови, и они всегда были нормальными. Так я и не знаю до сих пор, что же это было тогда. Вряд ли это была ошибка в характеристике кровяных клеток – ведь даже очень опытный врач-лаборант, каждый день имевшая дело с кровью больных лейкозами, без колебания распознала их как «классические гемоцитобласты». Много лет спустя я рассказал про этот эпизод выдающемуся гематологу проф. А.И.Воробьеву. Он очень заинтересовался и спросил, не сохранился ли тот мазок. Разумеется, у меня его не было.

То, что я тогда переживал и передумал, очень сильно повлияло на меня как на врача. Все мы начинаем изучать медицину в молодом возрасте, в расцвете сил. Мы бессознательно убеждены, что наше здоровье несокрушимо. Поэтому больные, в особенности больные неизлечимыми, смертельными болезнями кажутся нам как бы совсем другой породой людей. Между нами и ими стоит, хоть и невидимая, но непреодолимая стена: мы здесь, а они там, и мы навсегда останемся по эту сторону барьера... Да, этот больной страдает, он обречен и боится умереть, мне его жалко, и я стараюсь ему помочь, но ведь со мной такое никогда не случится... И вот оказалось, что и я мог бы очутиться в ТОМ лагере. С тех пор, всякий раз, когда я сталкивался с тяжелым или умирающим больным, я невольно ставил себя на его место. И тогда его страдания, страхи и капризы оказывались ближе и понятнее, а чувство сострадания и желание помочь – более живыми.

В английском языке есть такое слово – *empathy*, которое означает способность перенести на себя ощущения и переживания другого человека. Такое же понятие есть и в немецком языке – *Einfuehlung*. К сожалению, русское слово сочувствие, хоть и является абсолютно точным переводом этого слова (как говорят – калькой), имеет у нас другой смысл: это, скорее, жалость к человеку, который страдает. Но ведь обреченный, умирающий больной испытывает не только страдание, будь то страдание физическое (боль) или моральное (тоска, печаль). Душу такого больного могут переполнять и другие чувства – паника, растерянность, страх, озлобленность и т.п. Вот почему он нуждается не только в сострадании, жалости, но и просто в понимании его душевного состояния. Отчасти, быть может, поэтому проблема, о которой

я сейчас говорю, не привлекает к себе достаточного внимания. А жаль. Конечно, эта способность зависит и от врожденных душевных свойств, но молодой врач может развить ее у себя, если он будет почаще пытаться проникнуть во внутренний мир больного, чтобы понять и почувствовать его страхи, надежды и желания. Все знают, что первейшей и главнейшей задачей врача является облегчить страдания нашего подопечного. Но как часто мы забываем, что помимо телесных страданий (боль, одышка, кашель, жажда и т.д.) есть и душевные муки (страх, тоска, тревога, отчаяние), которые нередко еще горше для больного, чем та болезнь, от которой мы его лечим...

Не прошло и года, как я получил новую пищу для размышлений, возникших после этого памятного эпизода. Я уже работал в маленькой сельской больнице на самом севере Карелии – около Полярного круга - и изредка приезжал на несколько дней в столицу республики - Петрозаводск. Там в центральной республиканской больнице я познакомился и вскоре подружился с тоже молодым доктором Иридием Михайловичем Менделеевым. Он окончил Ленинградский медицинский институт за три года до этого и работал ординатором в терапевтическом отделении. Не удовлетворяясь повседневной рутинной, он в самых трудных условиях без всякой помощи со стороны начальства в одиночку занялся научной работой – стал выяснять причины малокровия, очень распространенного тогда у жителей карельских деревень. Помимо наблюдений над больными, он даже проводил эксперименты на крысах, хотя, разумеется, никакого вивария в больнице не было. В самый разгар всей этой работы он вдруг заболел. Рентген грудной клетки обнаружил в средостении увеличенные лимфоузлы. Наиболее вероятным было предположение о лимфогранулематозе – злокачественном заболевании с очень плохим (тогда) прогнозом. Что делать? Оставив жену и маленькую дочь в Петрозаводске, Иридий поехал в Ленинград и лег там в клинику проф.Г.Ф. Ланга, где он когда-то учился в субординатуре. Его обследовали, подтвердили диагноз и провели курс рентгенотерапии – единственный тогда метод лечения лимфогранулематоза, который хоть немного, но все же продлевал жизнь. Узлы уменьшились, и он вернулся в Петрозаводск. Он отлично понимал, что улучшение лишь временное, но... снова принялся за прерванную научную работу, закончил ее и даже успешно защитил кандидатскую диссертацию. Мало того. Центром его врачебных интересов стали как раз больные с заболеваниями крови. Начальство выделило ему целую палату для таких больных, и постепенно он стал отличным гематологом. Поскольку тогдашнее лечение многих болезней крови основывалось на рентгенотерапии, то он, опять-таки в одиночку, преодолевая массу трудностей, организовал в больнице кабинет рентгенотерапии, раздобыл необходимое очень дефицитное оборудование и сам по совместительству стал работать рентгенотерапевтом.... Через какое-то время у него увеличились подчелюстные лимфоузлы. На сей раз он не поехал в Ленинград, а сам назначил себе курс рентгенотерапии и сам стал «выжигать» - так он выразился в разговоре со мной – эти лимфоузлы... Казалось, Иридий был обречен – ведь эффективность каждого последующего курса лечения всегда меньше предыдущего. Несмотря на это, он принялся за новую большую научную работу – докторскую диссертацию тоже на гематологическую тему. Прошло еще несколько лет. Болезнь не возвращалась. Иридий успешно защитил докторскую диссертацию, а когда потом в Петрозаводске организовали университет с медицинским факультетом, он стал профессором и руководителем кафедры внутренних болезней. Все эти годы прошли на моих глазах, и при каждой встрече с Иридием я с тревогой всматривался в его всегда бледное и худое лицо, боясь увидеть признаки рецидива ужасной болезни...

Он опубликовал небольшую, но очень хорошую книгу по гематологии, полную ценных практических советов по лечению различных болезней. Видно было, что автор делится своим собственным большим опытом, а не переписывает из других книг. В главе о лимфогранулематозе, касаясь прогноза, он написал, что иногда ремиссия бывает длительной: «Так, под

нашим наблюдением находится больной с медиастинальной формой лимфогранулематоза, подвергшийся рентгенотерапии в 1954 году и с тех пор остающийся практически здоровым (1961 г.)» – это он написал о себе... Книга эта начиналась словами: «Светлой памяти Варвары Владимировны Сверчевской посвящаю». Это была одна из сотрудниц на кафедре Г.Ф.Ланга. Иридий рассказал мне, с какой заботой и участием выхаживала эта старенькая женщина своих больных, в том числе и его самого, и как он ей благодарен. Голос его при этом неожиданно потеплел, а серые стальные глаза этого мужественного и сдержанного человека вдруг стали мягкими...

Теперь, спустя много лет, можно предположить, что на самом деле у моего друга был не лимфогранулематоз, а саркоидоз – гораздо более доброкачественное заболевание. Но в те годы все вокруг, начиная с опытных врачей в знаменитой клинике Ланга и кончая самим пациентом, были твердо убеждены, что речь идет о безусловно злокачественном заболевании с очень плохим прогнозом. Во всяком случае, у меня всегда щемило сердце, когда я представлял себе, как Иридий беседует со своим очередным больным, у которого безнадежная болезнь крови, и что он при этом чувствует...

Современное лечение болезней крови часто требовало очень дорогих и дефицитных даже в Москве лекарств и приборов. Но в провинциальной гематологической клинике профессора И.М.Менделеева лечение всегда проводили на самом высоком уровне, которому могли позавидовать и столичные больницы. Трудно представить, какие усилия и хлопоты требовались, чтобы «выбить» у московского и местного начальства все это в ту пору всеобщей бедности и дефицита. Что же касается заботы о больном, порядка и опрятности в отделении – я такого не видел даже в Кремлевской больнице, где иногда бывал в качестве консультанта. Я знал, что если больной попадет к Иридию в его клинику, то можно быть спокойным: будет сделано все, что возможно, не будет проволочек, халатности или недоразумений.

Через много-много лет я написал книгу «Искусство общения с больными» (1991 г.) и посвятил особую главу общению с безнадежным, умирающим больным. Там я выразил свое глубокое убеждение, что нельзя сообщать этим несчастным «всю правду, только правду и ничего, кроме правды», как стало теперь модным, особенно на Западе, и отнимать у них остаток надежды. Рукопись я послал Иридию. Он ответил подробным письмом и рассказал, что он тоже никогда не говорит, что больше ничего сделать нельзя. Своим гематологическим больным в такой ситуации он предпочитает напоминать, что болезнь часто течет волнообразно, и что сейчас просто наступило очередное обострение, которое надо переждать; или же говорит, что это обострение от химиотерапии, которое уже бывало и в прошлом и которое благополучно проходило.

Хотя диагноз смертельной болезни, нависший над Иридием в молодости, оказался ошибочным, умер он от рака желудка в возрасте 64 лет. Уже страдая от сильных болей, он продолжал работать в своей клинике почти до самого конца...

Кроме этих двух личных воспоминаний, уместно привести высказывание Ф.М.Достоевского – величайшего знатока человеческой души. В молодости он был осужден на смертную казнь, которую отменили буквально за минуту перед приведением приговора в исполнение. Таким образом, он на себе испытал, что значит знать, и при этом знать наверняка, что твоя жизнь вот-вот закончится.

В романе «Идиот» умирающий от легочной чахотки больной говорит: «Мне надо было человека, чтобы сказал мне, наконец, голую правду, не нежничая и без церемонии. Так он (т.е. врач – Н.М.) и сделал, и не только с готовностью и без церемонии, но и даже с видимым удовольствием. Он брякнул мне прямо, что мне осталось около месяца, но, может быть, и гораздо раньше я умру... Все это Кислородов сообщил мне даже с некоторою щеголеватостью бесчувствия и неосторожности и как будто делая мне тем честь, то есть, показывая тем, что

принимает и меня за такое же всеотрицающее высшее существо, как и он сам, которому умереть, разумеется, ничего не стоит».

Не так уж редко больной требует «сказать всю правду». Однако большей частью за этими мужественными и гордыми словами скрывается надежда услышать всё же что-то ободряющее, обнадеживающее, наподобие: «да, виновен, но заслуживает снисхождения». Во всяком случае, не всегда высказываемые больным просьбы следует понимать буквально. Вот поистине трагикомический пример. Я длительно наблюдал пожилую женщину с корковой слепотой в результате обширного двустороннего инфаркта затылочно-теменных областей коры головного мозга. Затем к этому добавился гемипарез. Больная уже многие месяцы прикована к постели, муж также инвалид, с трудом передвигается по комнате и не в состоянии помочь ей – в общем, ситуация ужасная и, главное, безнадежная. При очередном посещении на дому больная плачущим голосом говорит: «Доктор, дайте мне какого-нибудь яду, я не могу больше так жить! Хотя бы кто-нибудь отнес меня на берег и утопил в море!...». Я только успеваю подумать, что, в сущности, она права, призывая смерть, но уже через мгновение она добавляет тем же голосом: «Доктор, не забудьте, пожалуйста, выписать мне слабительное»...

В своей книге о Сталине писатель Э. Радзинский приводит поразительный отрывок из неопубликованных записок сестры Ленина Марии Ильиничны Ульяновой. Записки эти он обнаружил в секретном партийном архиве спустя полвека после их написания. «Зимой 1921 года В.И. (Владимир Ильич) чувствовал себя плохо, – пишет Мария. – Не знаю точно когда, но в этот период В. И. сказал Сталину, что он, вероятно, кончит параличом, и взял со Сталина слово, что в этом случае тот поможет ему достать и даст цианистого калия. Сталин обещал. Почему он обратился с этой просьбой к Сталину? Потому что он знал его за человека твердого, стального, чуждого всякой сентиментальности. С той же просьбой В. И. обратился к Сталину в мае 1922 года, после первого удара. В. И. решил тогда, что все кончено для него, и потребовал, чтобы к нему вызвали Сталина. Эта просьба была настолько настойчива, что ему не решились отказать. Сталин пробыл у В. И. действительно минут пять, не более, и когда вышел от Ильича, рассказал мне и Бухарину, что В. И. просил ему доставить яд, так как время исполнить данное обещание пришло. Сталин обещал... Но потом, обсудив совместно, мы решили, что надо ободрить В. И. Сталин вернулся снова к В. И. и сказал, что, поговорив с врачами, он убедился, что еще не все потеряно и время исполнять просьбу еще не пришло. В. И. заметно повеселел, хотя и сказал Сталину: «Лукавите?»...

А вот еще один поучительный случай. Смертельно раненого на дуэли Пушкина посетил его друг Владимир Даль, врач по образованию и будущий автор знаменитого словаря. Пушкин радостно приветствовал его и, взяв за руку, умоляюще спросил: «Скажи мне правду, скоро ли я умру?» Тот ответил: «Мы за тебя надеемся, право, надеемся, не отчаивайся и ты». Пушкин благодарно пожал ему руку и сказал облегченно: «Ну, спасибо». Он заметно оживился и даже попросил морошки, а Наталья Николаевна радостно воскликнула: «Он будет жив! Вот увидите, он будет жив, он не умрёт!»...

Врача нередко уподобляют адвокату – оба являются экспертами и оба дают советы своему клиенту. Но между ними есть одна существенная разница. Если совершено тяжкое преступление, то размер наказания определяется как бы извне, только судьей, в соответствии с законом. Какие бы советы ни давал адвокат, сам преступник уже не может повлиять на свою судьбу, спасти себя, скажем, от смертной казни (если он действительно виноват). В случае же опасной болезни исход поединка между жизнью и смертью определяют, среди прочего, и такие факторы, как мужество больного и его воля к жизни. А это зависит, в частности, и от того, как поведет себя врач – просто ли сообщит больному о его шансах (скажет «всю правду») или же, вдобавок, ободрит его и воодушевит на борьбу с болезнью.

Мы нередко ошибаемся даже в диагнозе, хотя строим его на основании множества разноо-

бразных сведений, начиная с анамнеза и кончая самыми утонченными инструментальными данными. Что же тогда можно сказать о надежности наших прогнозов? На этот счет есть давняя медицинская шутка. На улице к врачу бросается прохожий с возгласом: «Профессор, Вы мой спаситель!» – «Что-то я Вас не припоминаю...» – «Ну, как же! Я был уже при смерти, но Вас пригласили на консультацию, Вы меня осмотрели, сказали только одно слово, и я выздоровел!» – «Какое же это было слово?» – «Вы сказали: «МОРИБУНДУС!» (*moribundus* – умирающий)... Можно, конечно, отмахнуться от этой шутки с бородой, но вот что уже в наше просвещенное и насквозь научное время рассказал знаменитый американский кардиолог Лаун (В. Lown). В его клинике длительное время лежал больной с тяжелой недостаточностью сердца. Все попытки помочь ему были безрезультатны. Но вдруг, ко всеобщему удивлению, он пошел на поправку, и был выписан в хорошем состоянии. Спустя какое-то время Лаун случайно встретил его и попытался выяснить, что же произошло. Больной рассказал, что при очередном обходе Лаун выслушал его сердце и подозвал студентов со словами: «Послушайте: настоящий галоп!» – «И я подумал, что если мое сердце еще может пускаться в галоп, то мои дела не так уж плохи!» – закончил больной. Ведь в отличие от врачей он не знал, что ритм галопа – обычно зловещий признак очень плохого состояния мышцы сердца...

В сущности, прогноз опирается только на статистику, – либо в виде нашего личного опыта, либо коллективного опыта (литературные сведения). Статистика может утверждать, например, что только 5% заболевших данной болезнью выживают. Это очень важно для общей оценки ситуации. Но ведь мы не знаем, в какую группу попадет наш конкретный больной – в эти счастливые пять процентов, или же ему не повезет, как большинству. В реальной жизни врач имеет дело не с абстрактным среднестатистическим больным, а с конкретным человеком, который обладает своими собственными, индивидуальными биологическими особенностями. И результат борьбы между жизнью и смертью зависит, среди прочего, также и от этих биологических особенностей. Вот почему больного интересует не статистика, а его личный, индивидуальный прогноз. Это хорошо демонстрирует следующий диалог. Хирург предлагает больному операцию. «Доктор, а это не опасно?» – «Нет, что Вы! От этой операции умирает всего один больной на десять тысяч» – «А он уже умер?». Увы, наши способности дать верный индивидуальный прогноз пока очень малы...

Приведенные соображения диктуют крайнюю осторожность при формулировании индивидуального прогноза и, в особенности, при сообщении его больному. Давая больному даже в самой отчаянной ситуации хотя бы малую надежду, мы ничуть не грешим против строгих правил статистической науки. Ведь одно из её важнейших положений заключается в том, что допустимы даже наиболее невероятные варианты. В то же время такая тактика не только более гуманна, но и более выгодна, ибо она мобилизует мужество и надежду больного – наших важнейших союзников в борьбе с болезнью.

Шведский доктор Аксель Мунте написал чудесную книгу воспоминаний «История Сан Микеле», полную лиризма, глубоких мыслей и юмора. Впервые она была опубликована еще в 1929 году, с тех пор переведена на сорок языков (есть и русский перевод) и переиздавалась в одних лишь англоязычных странах более восьмидесяти раз. В ней он рисует картину французской медицины времен Пастера. Мунте тогда учился у знаменитого французского невропатолога Шарко. По его словам, тот обладал почти что сверхъестественной способностью сразу диагностировать самые сложные случаи, иногда просто бегло взглянув на больного «своим холодным орлиным взором». «С другой стороны, он был удивительно осторожен, когда ему приходилось произносить роковой прогноз даже в явно безнадежных случаях. Он имел обыкновение говорить: «L'imprévu est toujours possible» (всегда возможно непредвиденное)...

Есть и еще одно важное соображение. Все согласны, что особенности нашей личности

очень сильно влияют на наши поступки. Но мы не всегда осознаем, что и врачебное поведение зависит не только от профессиональных знаний, но и от нашего темперамента, склонностей, привычек и убеждений. Представим себе врача с характером мужественным и решительным. Он лишен мнительности и глубоко убежден, что не стоит обращать внимание на свои мелкие недомогания: они пройдут сами по себе. Естественно, точно так же он отнесется к подобным болезням своего пациента. Более того, он обязательно будет убеждать его, что не стоит придавать значения этим пустякам, что они пройдут безо всякого лечения, и что, в сущности, он здоров. Это его убеждение настолько глубоко и незыблемо, что оно представляется ему самым естественным и единственно правильным. Столкнувшись с другим мнением, он сочтет его заблуждением и постарается направить собеседника на путь истинный, обратиться в свою веру. Совсем по-другому поведет себя врач с тревожно мнительным характером. Эту особенность врачебного поведения английский психиатр Балинт (М. Balint) в своей интереснейшей книге «The Doctor, His Patient and The Illness» (Врач, его пациент и болезнь) очень остроумно назвал «апостольской функцией» врача.

У каждого врача есть свои твердые убеждения, что хорошо и что плохо, как больной должен вести себя, и что тот вправе требовать от врача. Он невольно предполагает, что и у его подопечного точно такие же взгляды, а если они другие, то их надо исправить – а как же иначе, ведь истина одна! Эта глубокая убежденность врача, его, поистине, апостольское рвение является важным и очень сильным психотерапевтическим оружием. Но всякое оружие может быть опасно, если им пользоваться неосмотрительно, во всех случаях, без разбора. Конечно, мы всегда влияем как на самого больного, так и на его решения, но мы не должны насиловать его. Ведь у каждого своя правда, вернее, свое представление о ней. Даже евангельским апостолам не удавалось обратить в свою веру всех поголовно.

Теперь вообразим молодого доктора, который преисполнился новейшей благой вестью и свято верит, что **каждый** человек, как и он сам, хочет быть господином своей судьбы, **каждый** хочет решать свои проблемы самостоятельно, и потому **каждый** хочет слышать от врача не слова утешения, но правду, всю правду и ничего, кроме правды. Наверное, такой доктор избежит судебного преследования за предоставление неполной информации своим больным. Возможно, некоторые больные будут даже искренно благодарны ему за откровенность. Но многие сочтут его черствым, бессердечным, а то и просто плохим доктором.

Да, мы не должны кривить душой, но, говоря больному правду, следует все-таки правду эту сдабривать тактом, человечностью и дальновидной заботой о будущем больного. Ведь его мужество, надежда и воля к жизни являются нашими с ним совместными козырями в борьбе со смертью. Правду, одну правду, и ничего, кроме правды должен излагать лишь учебник. Но от врача ожидают не только правду, но также и участие, человеческое тепло и моральную поддержку.

Мне хочется резюмировать только что сказанное словами знаменитого немецкого психиатра и психолога Эрнста Кречмера (Ernst Kretschmer) из его книги «Медицинская психология» (есть русский перевод): «Так называемую «всю правду», высказанную в резкой форме, могут перенести весьма немногие люди, особенно больные. Самый тяжелый прогноз можно дать в такой форме, что при полной серьезности суждения и правде останется маленький след надежды, и этого будет вполне достаточно для больного. Неблагоприятный в основном, но острожно высказанный прогноз практически приносит ту же пользу, что и просто неблагоприятный, но в отличие от последнего он не вредит. Такой подход не только гуманнее, но и умнее, так как мы сами можем ошибиться. Позитивной стороной этого является принцип, которому следуют хорошие старые врачи: никогда не обнаруживать своей неуверенности и нервной спешки, а распространять всегда вокруг себя спокойствие и уверенность. Еще более важным

является второй пункт: никогда не вызывать болезни неосторожными приговорами»).

Мы привыкли считать смерть величайшим злом, которое только может постичь человека. Но когда монахиню мать Терезу, отдавшую всю свою жизнь, помогая жителям трущоб в Калькутте, и получившую за эту благородную работу Нобелевскую премию мира, спросили, какое несчастье в жизни она считает самым ужасным, она ответила: «Одиночество». Да-да, не болезнь, не голод и даже не смерть, а одиночество!

Умиравший больной не всегда страдает от болей или одышки, но он всегда страдает от одиночества: он чувствует, как живые с их повседневными заботами, радостями и горестями постепенно покидают его, и он остается один на один с болезнью и смертью. Боль или одышку можно облегчить инъекцией наркотика, но муки одиночества требуют совсем другого лекарства – сострадания. Часто больной получает это драгоценное лекарство от любящих родных и близких. К несчастью, так бывает не всегда, и тогда от кого же ему ждать этой помощи, как не от врача. Кроме того, мы, в отличие от родственников, обладаем еще и специальными, профессиональными знаниями. Вот это и определяет наше особое и незаменимое место у постели умирающего.

Внезапно возникающая перспектива близкой и неминуемой смерти может произвести на здорового человека потрясающее, катастрофическое действие. Но когда больной медленно угасает, когда он видит, как он неуклонно слабеет и худеет, когда, вдобавок, он еще страдает от болей, одышки или других тягостных ощущений, то он, как правило, устает и смиряется со своей участью. Смерть уже не кажется ему столь страшной и ужасной, как нам: его шкала ценностей начинает меняться. Нередко на первый план выступают преувеличенные заботы о нарушенных функциях тела (запор, потливость, тошнота, вздутие живота, зуд и т.п.). Кругозор больного застилается болями, а ощущение одиночества и покинутости усиливает психологический компонент боли, делая её нестерпимой. И если мы, подойдя к такому больному, ни на минуту не можем забыть, что он обречен, то сам он думает о смерти отнюдь не постоянно. Не надо поэтому смотреть на него жалкими испуганными глазами: он несчастен не потому, что скоро умрет, а потому, что он страдает. Тогда из смертника он превращается просто в больного, нуждающегося в нашей помощи и имеющего на нее полное право. Вот что оправдывает наше присутствие у его постели и позволяет с чистой совестью выполнять свою профессиональную работу не для видимости, а всерьез.

Вспомним больного, отвернувшегося к стенке. Скорее всего, он только притворился спящим или нарочно постарался уснуть ко времени обхода, чтобы не видеть виноватых, растерянных глаз врача и не слышать уверений, что ему уже лучше, или скоро станет лучше. Такая явная ложь не только оскорбляет его. Больной видит, что, кроме этих жалких слов, у доктора нет для него ничего, и, стало быть, умирать придется в одиночку...

А ведь на самом деле этот больной не так уж много просит у врача. Ему нужна помощь двоякого рода: психологическая и чисто медицинская. Во-первых, он хочет быть уверенным, что ему искренне сочувствуют и сострадают, что его не бросят и останутся с ним до конца. Во-вторых, он хочет знать, что врач приложит все старания, чтобы облегчить страдания плоти.

Вот почему к умирающему больному надо подходить гораздо чаще, чем к остальным больным – несколько раз в день, пусть даже всего на несколько минут. Нередко достаточно еще раз пощупать пульс, выслушать сердце, осмотреть язык, или проверить, суха ли под ним простыня, чтобы больной почувствовал, что доктор постоянно помнит его и заботится о нем. Даже когда больной становится сонлив, оглушен, а то и вовсе лежит без сознания, нельзя отдаляться от него, переложив все заботы на медицинскую сестру. По-прежнему надо часто подходить к нему, хотя бы для того, чтобы проверить, ухожен ли он, не переполнен ли мо-

чевой пузырь, обработаны ли пролежни и т.п. У больного бывают минуты просветления, и он должен видеть, что мы его не забыли, не бросили. Кроме того, наше добросовестное выполнение врачебного долга на этом финальном этапе болезни оказывает мощное психотерапевтическое воздействие на окружающих, будь то соседи по палате или родные умирающего. Ведь они зорко наблюдают за нами и судят строго, но справедливо: как же они доверятся нам впоследствии, если в этом трудном экзамене мы обнаружили черствость и равнодушие?..

Вот уже полвека я продолжаю размышлять над этими мучительными вопросами. Искал я помощи и в книгах. Вот некоторые из них, которые стоит прочесть.

Платон. Диалог «Федон»

Цицерон «Тускуланские беседы»

Сенека «Нравственные письма к Луцилию»

Е. Kuebler-Ross, On Death and Dying, 1969. Есть русский перевод: Элизабет Кюблер – Росс «О смерти и умирании». Изд. «София», 2001.

Первые три книги посвящены вечным проблемам страдания и смерти, и это, на мой взгляд, лучшее, что может сказать нам человеческая мудрость. Последняя книга написана врачом на основе общения и длительных откровенных бесед с *двумястами* умирающими больными. В ней много благородных мыслей и ценных советов, она учит состраданию и любви.

Я не могу дать однозначного совета, как поступать в этой ситуации. Но в искусстве вообще нет универсальных рецептов. Каким цветом изображать море? Ребенок всегда рисует его синим, хотя оно бывает и серым, и черным, и голубым, и розовым, и белым – все зависит от освещения. Так и в нашем врачебном искусстве надо не только выяснить диагноз болезни, но и попытаться понять душевный мир пациента, его страхи, тревоги, надежды, желания и сформировать все наше поведение, все наши слова с особенностями этой личности. Вот тогда мы выполним главный завет всех лучших врачей всех времен – лечить не болезнь, а больного...

«КАЖДЫЙ СОЛДАТ ДОЛЖЕН ПОНИМАТЬ СВОЙ МАНЕВР»

Это изречение Суворова нередко приходит на ум, когда я размышляю о том, как мы должны лечить больных. Объяснюсь. Женщина лет пятидесяти говорит мне с тревогой, что у неё недавно обнаружили малокровие, велели принимать железо, но это не помогает: месяц назад гемоглобин был десять, а сейчас уже 9,9... Лицо напряженное, испуганное, взгляд пристальный, испытующий – что-то ей сейчас скажут? Неужели действительно будет объявлен тот самый приговор, который она подозревает? Или, что еще хуже, она увидит смущение врача, его бегающие глаза и услышит уклончивые, неопределенные слова, которые только подтвердят её опасения? Легко догадаться, что терзает её. Ведь первая мысль, которая возникает при беспричинном малокровии в немолодом возрасте – не рак ли это? И если доктор, вместо того, чтобы сразу послать больную к хирургу или к онкологу, просто назначает какие-то таблетки железа, значит дело совсем плохо, сделать уже ничего нельзя! Действительно, толку от лечения нет никакого, второй анализ стал еще хуже: вместо 10,0 г% – теперь 9,9!..

Вид у больной отнюдь не худосочный, общее состояние вполне хорошее. «Вам исследовали желудок и кишечник?» – «Да, сделали гастроскопию и колоноскопию, сказали, что там всё в порядке» – «А ультразвуковое исследование живота?» – «Тоже ничего не нашли». – «Месячные у Вас ещё есть?» – «Да» – «Обильные? Бывают сгустки крови?» – «Да, особенно в последнее время». Мое физикальное обследование также дает нормальные результаты. Я улыбаюсь и говорю, глядя больной в глаза: «Голубушка, никакого рака у Вас нет. Просто Вы стали каждый месяц терять больше крови, чем раньше, вот гемоглобин и снизился. Чтобы его восстановить, требуется железо, но оно плохо всасывается, и потому лечение довольно длительное. Кроме того, ведь кровопотеря у Вас пока повторяется, так что мы как бы носим воду в дырявом ведре. Но рано или поздно месячные прекратятся, и всё придет в норму. А то, что гемоглобин упал на 0,1 – так это вообще никакого значения не имеет: метод не очень точный. Даже если взять у Вас кровь для анализа сразу в две пробирки, то оба результата будут немного отличаться друг от друга». Больная облегченно вздыхает и уходит счастливая...

Из беседы с этой больной следует, что лечащий врач предпринял вроде бы все требуемые диагностические и лечебные мероприятия. Как и положено, он первым делом исключил злокачественную опухоль или кровотечение из желудочно-кишечного тракта. Вполне возможно, он тоже связал анемию с увеличенной менструальной кровопотерей. Во всяком случае, назначение железа в данной ситуации совершенно разумно. Но одно дело правильно ответить на экзамене на вопрос, что надо делать *в случае анемии*, как это рекомендовано в учебнике, и совсем другое дело *лечить больного человека*, у которого обнаружена анемия. Если бы доктор потратил буквально еще 1 (одну!) минуту, и в нескольких фразах объяснил суть болезни и каков его план действий, как бы он облегчил жизнь больной на многие месяцы! Она с доверием и послушно принимала бы таблетки и спокойно, терпеливо ждала бы неминуемого улучшения. Но он посчитал это лишним: ведь главное он всё равно сделал! И вот несчастная больная несколько недель проводит в предсмертной тоске и мысленно оплакивает своих детей, которых еще не успела вырастить...

Задача врача состоит не только в том, чтобы диагностировать болезнь и назначить лечение. Этим можно ограничиться разве что в ветеринарной практике. После того, как нам самим станет ясно, в чем проблема нашего пациента, и как ему можно помочь, мы должны всё это

объяснить ему простыми и понятными словами. Этого требует, во-первых, закон, согласно которому больной имеет право знать всё о своей болезни. Но помимо юридической и моральной стороны, это требование имеет еще и чисто практическое, медицинское обоснование. Если пациенту ясно, почему его лечат именно так, а не иначе, или, выражаясь словами Суворова, если он «понимает свой маневр», то работа врача существенно облегчается, а лечение становится гораздо более эффективным.

Возьмем такую распространенную болезнь, как сахарный диабет. Самая частая его форма (80-90%) – это инсулиннезависимый диабет. Его лечат либо только диетой, либо диетой в сочетании с таблетками. Если спросить такого больного, какой должна быть его диета, то в большинстве случаев он уверенно скажет только, что нельзя употреблять сахар и вообще сладкое. Дальнейший ответ будет уже гораздо менее определенным. Он, конечно, слышал, что надо похудеть, но ведь это так нереально, что этот совет он обычно даже не вспоминает. Говорил доктор и о малокалорийной диете, но что это такое, он толком не понял. Вот хлеба и картошки надо поменьше, это точно. Впрочем, сколько можно съесть за один день, он сказать затрудняется. Во всяком случае, он убежден, что черный хлеб не так вреден, как белый, и потому его не надо так уж сильно бояться. Гречневая каша вроде бы даже помогает, а вот манную кашу нельзя. Очень полезен творог. Овощи и фрукты можно без ограничения (неоднократно больные с удивлением узнавали от меня, что виноград содержит слишком много сахара и потому является запретным плодом!). Есть больные, которые считают, что мёд, в отличие от сахара, не только разрешается, но даже полезен, потому что ведь это «натуральный, фруктовый сахар»! И, наконец, надо регулярно принимать таблетки от сахара и время от времени делать анализ крови и мочи. Вот, пожалуй, и всё, что знает средний больной о том, как ему надо бороться со своей болезнью. А ведь она будет сопровождать его всю жизнь!..

Конечно, чтобы подробно и понятно объяснить больному сахарным диабетом, как он должен питаться, да еще ответить на его вопросы касательно различных жизненных обстоятельств (праздничные дни, большие физические нагрузки, интеркуррентные заболевания и т. д.) – для этого требуется гораздо больше времени, чем отведено на одного пациента при амбулаторном приеме. Впрочем, даже если потратить целый час и рассказать всё самым детальным образом, пользы от этого не будет: больной просто не в состоянии сразу запомнить такой большой объем информации; многое он наверняка забудет уже на другой день. Практика показывает, что больному нуждается в многократном повторении врачебных советов и объяснений. Стало быть, при первой встрече надо ограничиться всего несколькими, но зато наиболее важными, так сказать, стратегическими советами. Если больной поймет самое главное из того, что ему надо делать, то некоторые частные проблемы он сможет правильно решать самостоятельно, без помощи врача.

Поделюсь своим опытом. Первым долгом я объясняю больному, что почти любая пища – не только сладости, но даже мясо – в процессе усвоения образует сахар, который поступает в кровь. Часть его сразу используется для мышечной работы, а часть с помощью инсулина откладывается про запас в печени и мышцах. При диабете инсулина нехватает, поэтому в крови возникает избыток сахара, который теряется с мочой; это вызывает жажду и слабость. Однако главный вред болезни вовсе не в этом. Самое опасное – это то, что высокий уровень сахара в крови очень вредит кровеносным сосудам, и они постепенно закупориваются. Если это происходит в сердце, возникает инфаркт; если в глазной сетчатке, наступает слепота, а если в ногах – бывает гангрена. Чем уровень сахара в крови ближе к норме, тем меньше опасность этих осложнений. Я специально сообщаю больному обо всех грозных последствиях диабета уже при первой встрече, чтобы сразу настроить его на серьезный лад, и чтобы он понимал свою главную, стратегическую задачу. «Чем меньше Вы съедите за один раз, тем меньше сахара поступит в кровь, и тогда Вашего собственного инсулина хватит, чтобы справиться с

ним. Итак, первое правило – не переедать, есть поменьше, но чаще. Далее, надо помнить, что быстрее и легче всего превращается в сахар углеводная пища, в отличие от белков и жиров. К углеводам относятся хлеб, картофель, мучные изделия и все каши. Вот почему эти продукты надо особенно строго ограничивать. Овощи – это тоже углеводы, но они перевариваются гораздо медленнее, и потому не так сильно повышают сахар в крови. Поэтому гарнир для блюд из мяса, птицы и рыбы должен быть из овощей (капуста, морковь, свекла, помидоры, всевозможная зелень), а не из картофеля, макарон или каш. Что касается молочных продуктов и яиц, то эта пища вполне допустима в обычных количествах». Работающие мышцы потребляют много сахара, поэтому физическая нагрузка хорошо снижает уровень сахара в крови. Вот почему больному диабетом надо побольше ходить пешком и заниматься спортом. Далее, я подчеркиваю, что короткий, пусть даже значительный подъем сахара в крови не столь вреден, как длительное, хотя бы относительно умеренное повышение. Поэтому можно позволить себе изредка праздничное застолье или посещение ресторана. Но зато накануне и на другой день следует особенно резко ограничить себя в еде, чтобы, так сказать, не выйти из рамок «месячного бюджета». Такая тактика поможет сохранить невысокий средний уровень сахара. (Эта либеральная поправка значительно скрашивает жизнь диабетика). Наконец, я говорю, что сахарный диабет чаще всего бывает у людей тучных: ожирение и диабет связаны теснейшим образом. «Если Вы похудеете хотя бы на два – три килограмма, сахар у вас уже начнет снижаться. Почаще взвешивайтесь и старайтесь похудеть!».

Все эти важнейшие сведения можно сообщить больному буквально за две-три минуты. Задача упрощается еще и потому, что при первых встречах можно ограничиться просвещением исключительно по части диеты. Ведь всегда надо сначала попытаться отрегулировать диабет только с помощью диеты, без таблеток. Отныне больной сможет осмысленно управлять своим питанием.

Таблетки приходится добавлять только в том случае, если диетическое лечение оказывается недостаточным. Но тогда совершенно необходимы новые объяснения. Первым долгом я с особенной настойчивостью подчеркиваю, что таблетки только *помогают* лечить диабет. «Если вы решите, что при таблетках диета уже не нужна, это будет очень опасной ошибкой. Самое главное – это именно диета. Таблетки – вроде галстука при костюме: можно ходить в костюме без галстука, но не наоборот».

Как известно, современные противодиабетические таблетки делятся на две большие группы с совершенно разным механизмом действия. К одной относятся производные бигуанидов (буформин, адебит, метформин, глюкофаж и т.п.); они снижают повышенный уровень сахара в крови за счет лучшего его усвоения, но никогда не приводят к гипогликемии. Во вторую группу входят производные сульфонилмочевины (глибенкламид, глибетик, даонил, букарбан и т.п.). Лекарства этой второй группы усиливают секрецию эндогенного инсулина и потому, в отличие от первой, могут вызвать опасную гипогликемию. Это различие настолько важно, что больной должен знать о нем. Поэтому, если я назначаю таблетки из второй группы, то обязательно объясняю больному, что такое гипогликемия, её симптомы и меры борьбы с ней. Кроме того, я особенно подчеркиваю, что если больной по какой-либо причине вынужден пропустить прием пищи, он ни в коем случае не должен принимать эту противодиабетическую таблетку. Наконец, больной должен понимать, что если он принимает гипогликемизирующее средство, то частые анализы крови просто необходимы, чтобы можно было подобрать нужную дозу лекарства. Такое объяснение также занимает всего несколько минут.

Разумеется, эти краткие вступительные беседы не могут исчерпать всего того, что должен знать больной сахарным диабетом. Наверняка при последующих встречах возникнут какие-то недоуменные вопросы. Тогда врач сможет дать дополнительные пояснения и советы.

Необходимость подобного просвещения становится уж совсем очевидной, если обстоя-

тельства вынуждают нас дать в руки больного такое сильное и небезопасное оружие, как инсулин. В этом случае врач просто обязан не только обучить больного технике инъекций, но и поделиться с ним своими знаниями об этом лекарстве, чтобы больной действительно стал «понимать свой маневр». Важно не только просветить его по части гипогликемии. Он должен понимать, какова цель утренней инъекции инсулина и какова цель вечерней инъекции, как поступать, если предстоит большая физическая нагрузка, или в случае банального пищевого отравления, когда больной из-за рвоты и тошноты не может принимать пищу и т.д.

Вот еще более частая болезнь – бронхиальная астма. При ней больному обычно прописывают сразу несколько лекарств, каждое из которых имеет свое особое назначение. Если больной этого не понимает, то в момент удушья он в панике начинает хвататься за все лекарства подряд и нередко доводит себя до лекарственной интоксикации. Вот почему также и здесь всего несколько здравых советов окажут больному неоценимую услугу.

В настоящее время обязательными спутниками почти каждого больного бронхиальной астмой являются карманные ингаляторы. Часть из них содержит вещества, снимающие спазм бронхиальной мускулатуры и потому быстро облегчающие одышку. Это орсипреналин (алупент, астмапент), сальбутамол (вентолин), тербуталин (бриканил), фенотерол (беротек) и т. п. Другие содержат кортикостероидные гормоны; их назначение совершенно другое – подавить аллергическое воспаление в бронхах и тем предупредить возникновение приступов астмы. Всё это изложено в любом лекарственном справочнике и известно каждому доктору, выписывающему такой рецепт. Но ведь и пациенту надо знать, что эти маленькие и так похожие друг на друга ингаляторы различаются не только по названию и по цвету, но имеют совершенно разное назначение.

Я показываю больному гормональный ингалятор и говорю: «Если во время приступа Вы сделаете подряд десять или даже двадцать вдохов из этого ингалятора, одышка ничуть не уменьшится. Но это не значит, что он бесполезен. Мы его даем совсем для другой цели. Он не снимает спазм, но зато подавляет воспаление в бронхах. Через несколько дней воспаление стихнет, и вот тогда приступы астмы станут реже. Этим ингалятором надо пользоваться регулярно, независимо от того, есть у Вас сейчас приступ одышки или нет. Если же приступ возник, надо взять совсем другой ингалятор (показываю его больному)».

Назначая карманный ингалятор, я не только объясняю, как им пользоваться, но и обязательно сам демонстрирую способ употребления. При последующих встречах я иногда делаю проверку и прошу больного показать, как он пользуется своим ингалятором. Очень часто оказывается, что мои старания были тщетны, и он всё делает неправильно: либо сдавливает ингалятор несколько раз подряд во время дыхательной паузы, т.е. просто опрыскивает слизистую нёба и языка, либо сдавливает его не при вдохе, а при выдохе и т.п. Кстати, одно обширное зарубежное исследование (4078 больных с астмой) обнаружило, что 71% неправильно пользовались карманным ингалятором (Eur. Respir. J. 2002; 19(2),246–251). Но не стоит огорчаться и считать пациента бестолковым. Это просто хорошее подтверждение общеизвестного факта, что больные обычно не в состоянии сразу запомнить всё и часто забывают инструкции врача, даже при наличии наилучших намерений с обеих сторон. В одном исследовании (Fam Med. 2011; 43(4):254-9) оказалось, что только **две трети больных** могли вспомнить **сразу же после окончания встречи с лечащим врачом** в поликлинике, какие новые назначения были только что сделаны, что за лекарство было назначено, или как его надо принимать! В другом исследовании (Arch Intern Med. 1997; 157(9):1026-30) – уже в условиях клинической больницы – оказалось, что сразу после беседы с врачом при выписке после лечения по поводу инфаркта миокарда или пневмонии **только 58% больных поняли**, как им надо продолжать лечение дома. В то же время врачи, которые проводили эти прощальные беседы,

были убеждены, что 95% больных поняли, что им было рекомендовано...

Мы сами, готовясь в годы учебы к экзаменам, усердно повторяем уже усвоенный, казалось бы, материал. А ведь это мы делаем в период расцвета, когда память особенно цепка и свежа. Почему же мы полагаем, что нашему пожилому подопечному вполне достаточно одного краткого объяснения, и что в дальнейшем мы уже не обязаны тратить свое драгоценное время на эти мелочи? Наоборот, обязательно следует время от времени повторять и напоминать больному свои объяснения и рекомендации.

Надеюсь, этих наугад выбранных конкретных примеров достаточно, чтобы начинающий доктор почувствовал, как это важно – просто и понятно объяснить больному, что с ним и что ему надо делать. Это не только избавит нашего подопечного от неоправданных, а то и совершенно нелепых страхов и опасений. Когда больной понимает суть своей болезни, и почему его лечат именно так, а не иначе, он становится преданным, разумным и активным помощником врача. А ведь нерегулярный прием лекарств и, вообще, непослушание или непонимание больного (non-compliance) является одной из наиболее частых причин неудачного лечения.

Кроме того, подробное объяснение, как надо принимать лекарства, лучше всего убеждает больного, что доктор действительно заботлив и хочет ему помочь. Это не только вызывает чувство благодарности, но и порождает доверие и привязанность к такому врачу. Вряд ли надо объяснять, как важны эти факторы для успешного лечения...

«ЛЕКАРСТВА НЕ ПОМОГАЮТ ТЕМ ПАЦИЕНТАМ, КОТОРЫЕ НЕ ПРИНИМАЮТ ИХ»

Эта фраза известного американского врача Э. Купа (С. Everett Koop, 1916-2013) может поначалу вызвать улыбку – так она напоминает афоризмы Козьмы Пруткова, который с неподражаемым апломбом сочинял банальности, вроде «Никто не обнимет необъятное» или «Если на клетке слона прочтёшь надпись «буйвол», не верь глазам своим» и прочие. Однако на смену добродушному удивлению вскоре приходят серьезные и печальные размышления. Увы, нередко врач искренно полагает, что его задача состоит лишь в том, чтобы установить правильный диагноз и выписать надлежащий рецепт. Остальное – это уже забота пациента: если он хочет выздороветь, пусть аккуратно принимает лекарства, а если он не старается, тем хуже для него, но это уже не моя проблема... Эта нравственная позиция известна давно; её хорошо выразил еще библейский Каин: «Разве я сторож брату моему?» (Бытие, 4, 9)...

В наше время такому взгляду способствует вторжение в медицину рыночной психологии. Стало модным считать, что врач всего-навсего продает пациенту свои профессиональные знания – точно так же, как это делает продавец любого другого товара. Но ведь настоящему продавцу и вправду нет никакого дела, как распорядится покупатель своей покупкой, скажем, будет он носить обновку или повесит её в шкаф.

Есть еще одна причина, по которой врач редко задумывается, принимает ли пациент предписанные ему лекарства. Обучение будущих медиков происходит, главным образом, в крупных клинических больницах. Здесь большую часть лекарств вводят больным в виде инъекций и внутривенных вливаний; кроме того, лекарства приносит медсестра в точно назначенное время, и больному не надо самому покупать их и помнить, когда их принимать. Так что будущему доктору невдомек, что есть, оказывается, еще и такая важная медицинская проблема, как *послушание больного*.

Впрочем, на самом-то деле, эта проблема существует даже в больничных условиях. Вот забавный, но поучительный случай. Во второй половине прошлого века был в Москве известный доктор Наум Александрович Долгоплоск. Он был прекрасным диагностом и любил формулировать свои диагнозы очень подробно, включая все сопутствующие заболевания, даже малозначительные. По каждому пункту такого развернутого заключения он назначал соответствующие лекарства, так что больному приходилось принимать по двадцать и более таблеток в день. Как-то одна больная сказала мне с гордостью, что ранее она лежала в отделении *САМОГО ДОКТОРА ДОЛГОПЛОСКА!* Я спросил её с улыбкой: «И много таблеток Вам давали?» – «Ой, не говорите, целые пригоршни! Но я, конечно, половину выбрасывала в форточку!». Так что же помогло этой женщине – те лекарства, которые она всё-таки принимала, или то, что она благоразумно выкидывала часть из них, или же, наконец, просто её вера в замечательного доктора? Наверняка, при выписке она искренне и горячо поблагодарила Наума Александровича, а тот еще больше утвердился в правильности своего метода лечения... Как часто после выписки больного из больницы в его прикроватной тумбочке находят пригоршни неиспользованных таблеток!

Лишь оказавшись в океане амбулаторной практики, молодой доктор вплотную сталкивается с больными, которые не заключены в госпитальные палаты, и потому вольны поступать, как им хочется. Вот тогда-то он начинает постигать значение этой проблемы. Ведь успех лече-

ния в громадной мере зависит от того, исправно ли пациент принимает свои лекарства и, вообще, насколько старательно и точно выполняет он рекомендации врача. На Западе эту проблему изучают уже очень давно; есть даже специальный термин *compliance*. Его основное значение в английском языке – «податливость», «уступчивость»; но в применении к медицине этим словом обозначают послушание пациента, старательное и аккуратное выполнение им всех советов доктора. К сожалению, в русскоязычной медицинской литературе для этого используют неуклюжее слово-гибрид *комплаентность*, или «приверженность к лечению»...

Специальные исследования показывают, что размеры этой проблемы громадны. Так, по оценке Всемирной Организации Здравоохранения, только *половина* всех больных с хроническими болезнями действительно принимают лекарства и выполняют медицинские предписания именно так, как назначил доктор; особенно низка комплаентность при бронхиальной астме, сахарном диабете и артериальной гипертензии. По другим данным, от одной трети до половины всех больных в США не выполняют рекомендации врачей; естественно, это увеличивает число осложнений и госпитализаций, что оборачивается для здравоохранения США дополнительным расходом 100-290 миллиардов долларов в год (N Engl J Med 2013; 369:694-695).

Вот почему, если лечение не дает ожидаемых результатов, то вместо того, чтобы сразу менять его, следует, прежде всего, выяснить, принимал ли больной лекарства так, как положено. Делать это надо деликатно и с умом. Ведь непослушание больного легко может вызвать у врача одну из двух реакций: либо возмущение («я стараюсь изо всех сил, а ему наплевать!»), либо отказ от дальнейшей заботы о больном («не хочет, ну и не надо, ему же будет хуже!»). Конечно же, больной догадывается об этом, и потому он может сказать неправду. Надо всячески стараться не дать этим недостойным чувствам овладеть собою. Дело в том, что недоверие к врачу (а оно действительно обидно!) очень редко является причиной *некомплаентности*. Гораздо чаще она возникает по причинам вполне простительным, а то и совершенно неожиданным. Поэтому при выяснении некомплаентности гораздо выгоднее не придирчивая строгость, а мягкость, снисходительность и терпимость. Такой подход не только способствует выяснению истины, поскольку он облегчает больному искреннее признание. Он, к тому же, помогает доктору завоевать доверие и признательность пациента, ибо тот видит, что доктор не только выписал рецепт, но и в самом деле хочет помочь ему. А это, в свою очередь, увеличивает шансы на хорошее сотрудничество в дальнейшем...

Итак, почему же больные не всегда принимают лекарства, которые мы назначаем?

Начнем с самой невинной причины – забывчивости. Как известно, память слабеет в старости. Поэтому, имея дело с пожилым пациентом, надо сразу же постараться помочь бедняге, например, написать крупным и разборчивым почерком, как, когда и в какой последовательности принимать лекарства. В настоящее время многие таблетки выпускают запечатанными в пластмассовую пластинку, которая сзади заклеена алюминиевой фольгой. Посоветуйте больному написать фломастером на каждом гнезде дни месяца, если лекарство надо принимать один раз в день, или буквы «у» (утро), «д» (день) и «в» (вечер), если таблетки надо принимать три раза в день. Больной сразу заметит, если он пропустил очередной прием лекарства. Кстати, сейчас бывают в продаже специальные коробочки с гнездами на каждый день недели, куда больной может заранее разложить свои лекарства.

Правда, к обычной забывчивости может примешаться и более глубокая психологическая причина. Ведь каждая таблетка лишней раз говорит больному, что он болен, и потому он относится к ней с неприязнью и подсознательно старается забыть о ней. Но если у больного возникло доверие к своему врачу (а этого надо еще добиться!), тогда у него одновременно появляется надежда, что предложенное лечение действительно поможет. Вот тогда эта таблетка вместо назойливого напоминания становится желанным спасательным кругом, за который

хвататься изо всех сил...

Близка к забывчивости и еще одна, довольно частая причина некомплаентности. Это – слишком большое количество лекарств, назначенных сразу, или сложные схемы их приема (что-то утром, а что-то вечером; до или после еды и т.п.). В таком случае лучше всего попросить больного принести все лекарства, а затем перебрать вместе с ним разные таблетки и расспросить, как он принимает каждое средство. Врач, который выписывает рецепты краткие, да и числом поменьше, не только бережет кошелек пациента. Он, к тому же, уменьшает нагрузку на детоксикационную функцию печени и почек, уменьшает вероятность реакций несовместимости и аллергии, и, наконец, помогает больному принимать лекарства именно так, как считает нужным. Итак, будем разумно скупы в своих назначениях!

Назначения и советы надо излагать как можно более просто и доходчиво, учитывая культурный уровень пациента. В противном случае он может не понять, но переспросить постесняется, особенно, если ему кажется, что доктор спешит и дает понять, что визит окончен. В результате, лечение страдает, несмотря на добрые намерения с обеих сторон. Вот комический, но поучительный случай, который рассказал мне мой незабвенный учитель В.А.Каневский. К нему, тогда еще очень молодому врачу, обратился простой крестьянин с жалобами на боли в спине. Виктор Абрамович посоветовал горчичники на спину. Через несколько дней крестьянин вернулся – «Доктор, мне не легче». – «А горчичники ты приклеивал?» - «А как же, каждую ночь на спину армяка»...

Человек слаб, и больному быстро надоедает принимать лекарства регулярно, особенно, если они назначены на длительный срок. Мы соблюдаем трехразовое питание на протяжении всей жизни не потому, что убеждены в его пользе, а потому, что пробуждающийся аппетит властно призывает нас к столу. Лекарства таким побуждающим свойством не обладают, и очередной прием зависит только от воли больного. А ведь есть немало факторов, которые ослабляют решимость точно выполнять врачебные предписания.

Так, при хронической болезни, где эффект нашего лечения наступает медленно, а главное, не приводит к полному выздоровлению, больной может разочароваться в эффективности всякого лечения вообще. Отрицательно влияет также боязнь реальных или мнимых побочных действий («одно лечат, а другое калечат»). Ведь некоторые медикаменты имеют отрицательную репутацию среди больных. Так, иногда больные не хотят пользоваться нитроглицерином, потому что, «если начнешь его принимать, то уже никогда не освободишься от него». Точно также, назначение даже малых доз антидепрессантов и, вообще, психотропных средств часто вызывает возмущенную реакцию: «Что я, сумасшедший, что ли?!». Некоторые из моих пациентов тревожились, не повлияет ли прием какого-нибудь определенного лекарства, например, мочегонного, на их потенцию. Вот почему полезно узнать, что думает наш подопечный о предлагаемых ему лекарствах. Делать это надо, конечно же, **в обстановке дружеской доверительной беседы**. Да и вообще, всегда полезно сразу же при выдаче рецепта объяснить больному цель назначения и простыми, понятными словами рассеять популярные предубеждения и опасения. Наконец, существенной причиной может оказаться дороговизна лекарства; увы, многие ли врачи знают, сколько приходится платить бедному пенсионеру за то или иное средство?

Наконец, есть и еще одна глубинная причина. Больного приводит к врачу не только боль, одышка, тошнота или какое-нибудь другое соматическое страдание, но также и тревога, страх, паника, короче – жажда психологической помощи. Поэтому посещения врача уже само по себе дает выход беспокойству. Тревога стихает, и тогда таблетки кажутся больному уже не столь важными: ведь главное сделано, я был у доктора, он не испугался, не встревожился; значит, болезнь не такая уж страшная. А вась, всё пройдет и само собой...

В заключение еще один практический совет. В случае длительного лечения очень полезно

время от времени **повторно проверять**, исправно ли больной выполняет все медицинские рекомендации. Ведь не рассчитываем же мы на успех уже после первой таблетки. Точно так же не надо надеяться, что пациент исправится и станет педантом после однократного увещевания. Вдобавок, повторное возвращение к этому вопросу показывает больному, что врач по-прежнему заботится о нём. Это всегда глубоко трогает, вызывает благодарность и доверие, а, следовательно, и послушание...

Итак, мы видим, что причины непослушания различны, и дело вовсе не в дурной воле больного. Например, все знают, что курить вредно, но разве мы сами всегда придерживаемся собственных благих намерений, даже если убеждены в их безусловной пользе? Вот почему бороться с непослушанием больного надо не суровостью, а дружеским участием. К сожалению, чрезмерная забота о больном кажется теперь пережитком патерналистской медицины – этого допотопного, по мнению многих, убеждения, согласно которому врач должен относиться к пациенту точно так же, как отец (*pater* по-латыни) относится к своему ребенку. Ведь в наш просвещённый век свобода личности считается наивысшей ценностью. Поэтому окончательное решение, как лечиться, и лечиться ли вообще, должно принадлежать исключительно этой свободной личности, то есть, самому больному, а дело доктора только предложить лечение!

Однако эти энтузиасты прогресса нередко бросаются в другую крайность – отеческое отношение к страдающему человеку они заменяют полным равнодушием: дескать, пусть больной сам решает, как ему лечиться... Они не понимают, что никакой прогресс никогда не изменит главной основы медицины – инстинктивное желание человека помочь своему страдающему собрату. И уж если термин «патерналистская медицина» кажется кому-то устарелым или даже предосудительным, его можно заменить термином «фратерналистская медицина» (от латинского слова *frater* – брат)...

ПОСТСКРИПТУМ. Вот уже многие годы все поликлинические врачи в своих кабинетах в Израиле постоянно используют компьютеры. Первоначально туда заносили записи истории болезни и распечатывали выдаваемые рецепты. В дальнейшем все индивидуальные компьютеры соединили не только с единым медицинским центром, но и с медицинскими лабораториями. Благодаря этому в историю болезни каждого больного тотчас поступает информация о всех только что сделанных анализах. И вот недавно в эту компьютерную систему включили также все аптеки (дело в том, что аптеки также используют компьютеры). В результате у врача появилась возможность одним нажатием клавиша узнать, какие именно лекарства купил больной из выписанных ему. Это важный шаг по улучшению комплаентности.

И всё же надо помнить, что сущность этой проблемы чисто психологическая, и потому решение её должно быть тоже психологическим. Проще говоря – надо создавать взаимное доверие между больным и врачом....

ЗА ЧТО ЦЕНЯТ ВРАЧА?

Нет, пожалуй, для медика более завидной награды, чем услышать, как про него говорят: «Он хороший врач». Но как стать им? Неплохим началом является усердная учеба в студенческие годы. Однако, если бы качество врача зависело только от обширности его знаний, то самым хорошим врачом был бы свежеспеченный обладатель диплома с отличием: ведь он буквально напичкан новейшими сведениями из всех областей медицины. Увы, любой молодой врач очень быстро убеждается, что надо еще научиться применять полученные знания у постели больного. Книжному эрудиту не хватает множества практических навыков, а ими можно овладеть только в постоянной работе с больными.

Так, при собирании анамнеза надо научиться задавать не только дежурные вопросы, вроде, где болит или когда болезнь началась. Необходимо еще привыкнуть сходу приравниваться к языку каждого больного, к его культуре и интеллекту; лишь тогда удастся так формулировать свои вопросы, что они будут не только понятны, но и помогут ему вспомнить самые важные подробности болезни. А слушая ответы пациента и его рассказ, нередко запутанный и многословный, следует научиться выбирать из словесного мусора только то, что действительно имеет отношение к изучаемой проблеме.

В еще большей степени это относится ко всем элементам физикального обследования - осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Чтобы получить с их помощью нужные и достоверные сведения, необходимо постоянно упражнять и совершенствовать своё умение, точно так же, как это делает профессиональный музыкант. Памятный урок в этом отношении преподавал мне в начале моей медицинской карьеры доцент Александр Павлинович Никольский – очень опытный врач лет 60, пользовавшийся всеобщим уважением во всей громадной Боткинской больнице как замечательный диагност. Он только что вернулся из летнего отпуска, и я представил ему на консультацию одну больную с неясным диагнозом. Среди прочего, я доложил, что у больной имеется слабый диастолический шум на аорте. А. П. выслушал мой рассказ, детально обследовал больную и сказал: «Н.А., я не нахожу диастолического шума» – «Ну как же, А.П., он есть! И Виктор Абрамович (ассистент кафедры и мой непосредственный наставник) его слышал!». Александр Павлинович снова приложил фонендоскоп, внимательно послушал и сказал: «Нет, Н. А., я не слышу. Но, может быть, я просто детренирован после отпуска. Давайте, я посмотрю эту больную снова еще через несколько дней». Я был поражен. Выдающийся врач с громадным стажем не стыдился признаться перед молодым врачом, что его навыки могли временно ослабеть после месячного отпуска!

Следовательно, чтобы научиться использовать знания, нужна постоянная, усердная работа, опыт, тренировка. Нельзя стать хорошим врачом без ежедневного общения с больными. «Il faut toujours, toujours voir des malades» (надо всегда, всегда смотреть больных) – вот первый совет, который давал студентам великий французский врач Труссо во вступительной лекции своего курса клинической медицины.

Но не нужно думать, что вот пройдет 5 или 10 лет, и моя мечта исполнится, я стану хорошим врачом. Это только в армии очередное звание полагается просто за выслугу лет. Врачевание – это не служба, это искусство. Нередко я вижу врачей со стажем пятнадцать - двадцать лет, которые так и не удостоились этого титула ни со стороны больных, ни со стороны своих коллег. Дело не в продолжительности работы и даже не в количестве пролеченных больных, то есть не в размере опыта, а в его качестве. Можно годами ходить на службу в больницу или в

поликлинику, но если сводить свою работу только к выписыванию рекомендуемых рецептов, то есть оставаться как бы передаточным пунктом между учебником и больным, то, возможно, и наберешься сноровки, но хорошим врачом всё равно не станешь. А вот если постоянно, каждый день обдумывать только что сделанное и извлекать уроки из своих удач, а в особенности из собственных ошибок, – вот тогда опыт обогащает по настоящему и способствует совершенствованию. Тогда и созревание идет гораздо быстрее. Иногда про молодого врача со стажем всего несколько лет говорят с уважением: «Из него получится хороший врач». Это значит, что он продолжает усердно учиться, но теперь уже не столько по книжкам, сколько на собственном опыте. А это совсем другая, не школьная учеба. Раньше, в институте, главное заключалось в том, чтобы побольше запомнить. Теперь же главное в том, чтобы непрестанно обдумывать, правильно ли всякий раз использованы имеющиеся знания, и в чем причина каждой ошибки. Чем интенсивнее такая учеба, тем скорее ученик постигает искусство врачевания и превращается в мастера.

Для того, чтобы так учиться, надо, в первую очередь, хотеть этого. Могучим стимулом здесь является любовь к своей профессии и стремление к совершенству. Человек равнодушный, избравший медицину просто как средство заработка, вряд ли станет хорошим врачом. Далее, чтобы успешно анализировать свой опыт, требуются наблюдательность, пытливость, сообразительность. Это уже свойства личности, которыми обладают не все. Вот почему говорят, что нужен особый талант, чтобы стать хорошим доктором. Но не стоит падать духом. Это верно лишь отчасти. Наши врожденные наклонности и свойства можно развивать. Если есть желание и усердие, то можно достичь многого даже при средних способностях.

Итак, не размер книжных знаний определяет качество врача. Любой молодой доктор сегодня знает гораздо больше, чем самый выдающийся медик пятьдесят или сто лет назад. Так, он сразу скажет, какое лекарство надо назначить, чтобы вылечить туберкулезный менингит, который во времена Лаэннека или Труссо был стопроцентно смертельным заболеванием. Но ведь и сейчас есть болезни, перед которыми мы пока бессильны, а в недалеком будущем они окажутся вполне излечимыми. Наши знания всегда неполны, и, тем не менее, хорошие врачи всегда были, есть и будут. Их называют так не потому, что они чудотворцы, то есть могут справиться с болезнью, перед которой бессильны другие доктора, а просто потому, что они помогают гораздо чаще, чем их коллеги. Они знают не больше своих современников, но лучше применяют эти знания. Да и вообще, можно знать не так уж много, и все-таки добиваться успеха, умело и с толком используя даже ограниченный арсенал. Живописец тоже должен сначала изучить законы перспективы, анатомию, основы композиции рисунка, законы смешивания красок и многое другое. Но чтобы создать картину, ему надо сперва решить, какие средства выбрать. Иногда эти средства бывают очень скромными и простыми. Иной художник одним карандашом воссоздает живую жизнь гораздо лучше, чем другой с помощью множества красок. Умение на практике употребить знания важно для любого искусства, в том числе и для врачевания: ведь врачевание – это прикладная медицина. Как же это происходит?

Многое я понял, наблюдая за работой уже упомянутого Александра Павлиновича Никольского. Это был высокий худощавый человек лет шестидесяти, с чеховской бородкой, всегда серьезный и немногословный. На утренних кафедральных конференциях, где обсуждали новых больных, демонстрировали поучительные случаи и заслушивали обзоры и рефераты по разным вопросам, он в прения не вступал, отмалчивался с иронической улыбкой и вообще предпочитал оставаться в своем кабинете. Меня удивляло, что он довольно скептически относится к новейшим теориям, к только что появившимся лекарствам и не очень-то регулярно читает медицинские журналы. Но он сразу оживлялся, когда ему представляли на консультацию непонятного или тяжелого больного. Это было незабываемое и поучительное зрелище. Он внимательно выслушивал доклад лечащего врача, а потом начинал обследовать больного

сам. Сперва он заново собирал анамнез, причем так основательно, я бы даже сказал, въедливо, что нередко всплывали факты, которых лечащий врач не знал, и которые существенно изменяли клиническую картину. Потом он переходил к физикальному исследованию. Это он тоже делал на совесть. Пальпировал не для вида, а как положено, и находил увеличенную селезенку там, где другие её пропускали. При аускультации не просто прикладывал фонендоскоп, как нередко делают титулованные консультанты, а сосредоточенно выслушивал в каждой точке и в горизонтальном, и в вертикальном положении, до и после откашливания. Затем он брал в руки историю болезни, внимательно перелистывал страницу за страницей и читал записи всех анализов и обследований. Здесь он тоже нередко обнаруживал факты, на которые лечащий врач не обратил внимания или забыл. Для нас, молодых врачей, уже на этом этапе многое само собой вдруг становилось ясным. В заключение следовало краткое, здоровое, очень убедительное обсуждение, которое основывалось только на обнаруженных фактах без всяких ссылок на новейшие литературные данные. Рекомендации его тоже были простыми и разумными. Всё это он делал как-то очень серьезно, сосредоточено, не на показ, а чтобы самому разобраться, что с больным.

На кафедре, где я учился, некоторые ассистенты и доценты отличались поразительной эрудицией. Во время обхода, в ответ на доклад лечащего врача, они могли тотчас рассказать студентам, что пишут об этой болезни в последних номерах зарубежных журналов и провести дифференциальный диагноз со множеством других заболеваний. Всё это впечатляло и было очень интересно, но меня смущало, что иногда они забывали хотя бы прикоснуться к больному во время этой блестящей импровизированной лекции. Когда же им приходилось вступать в непосредственный контакт с больным, они нередко оказывались неуверенными и нерешительными и выглядели гораздо бледнее, чем Александр Павлинович. Я же, невольно сравнивая их обходы с обходами Никольского, почему-то вспоминал афоризм Козьмы Пруткина: «При виде исправной амуниции как презренны все конституции!»... Я и до сих пор при каждом удобном случае с огромным интересом наблюдаю за работой своих товарищей по профессии. В молодости мне посчастливилось учиться у выдающихся врачей. Каждый из них поступал у постели больного по-своему, но всякий раз это было поучительное зрелище – работа мастера. Даже когда приходится видеть ошибки или неправильное, с моей точки зрения, поведение врача, я не осуждаю его высокомерно; наоборот, на таких примерах я и теперь учусь, как не надо поступать.

Но даже овладев техникой расспроса и физикального обследования, начинающий медик находится всё еще в начале того пути, о котором Гиппократ сказал: «Путь искусства долг...».

Очень важно выработать у себя особое отношение к больному человеку. Его главными элементами являются приветливость и любознательность. На этом следует остановиться подробнее. Боюсь, что, прочтя эти слова, иной молодой врач тотчас подумает с тоской: «Ну, вот опять мораль читают. Как это им не надоест!». Спешу успокоить его. Я вовсе не собираюсь проповедовать хорошие манеры. Вежливость похвальна всегда и везде при любом общении между людьми. Речь пойдет о некоторых особенностях поведения, которые важны с чисто *профессиональной* точки зрения. Они помогают доктору добиваться более успешных результатов, чем у его коллег, так что он, в самом прямом смысле слова, становится «хорошим врачом».

В словаре Даля слово «приветливость» объясняется, как «ласка, ласковость, радушие, сердечная вежливость, задушевность». Иными словами, приветливость – это не просто формальная вежливость, а нечто гораздо более значительное. Вежливость может скрывать и равнодушные, и даже неприязненные отношения к человеку. Врач должен выработать у себя привычку быть всегда не только учтивым и благовоспитанным, но и приветливым, то есть и на самом

деле относиться к каждому больному тепло и благожелательно. Это нелегко. Деятельность врача в современных условиях напоминает монотонную работу у стремительно движущегося конвейера. Она быстро надоедает, утомляет и ожесточает. Трудно постоянно поддерживать в себе интерес перед нескончаемой вереницей больных. Врач невольно становится равнодушным. Все больные сливаются для него в безликий серый поток, и он успевает заметить лишь самые грубые различия: этот гипертоник, этот легочник, а у того сахарный диабет...

Но если врачу удастся, наперекор этим неблагоприятным условиям, сохранить теплое, дружелюбное отношение к любому человеку, который просит у него помощи, то в награду он получает громадное преимущество перед своими коллегами. Каждый больной становится для него как бы поводом для знакомства с новым человеком, у которого есть собственное лицо и собственная проблема, которая не похожа на другие, и потому возбуждает интерес. Приветливость и человеческое любопытство позволяют разглядеть множество индивидуальных подробностей, которые ускользают от равнодушного и утомленного взгляда. Клиническая картина, которая предстает перед таким врачом, оказывается яркой, многоцветной, она богата важными деталями. Да и сам больной сразу чувствует, что перед ним не равнодушный чиновник с медицинским дипломом, а приветливый и знающий человек, с которым можно поделиться своими заботами и тревогами. Поэтому такому доктору часто рассказывают то, что другим остается неизвестным. В результате, за те же самые десять минут, которые всем нам отведены на одну встречу, он успевает увидеть больше, узнать своего подопечного и понять его нужды гораздо лучше и полнее, чем другие его товарищи по профессии. Всё это, конечно же, помогает сформулировать по-настоящему адекватный диагноз и выбрать наиболее подходящее лечение именно для этого человека. Но выгода состоит не только в этом. Встретив дружелюбный прием, больной проникается доверием к симпатичному доктору и потому будет стараться прилежно следовать его советам и неукоснительно принимать прописанные лекарства. Естественно, результаты такого лечения лучше, и репутация доктора возрастает...

Вот почему общительность, доброта, сердечность, всегдашняя готовность помочь, любознательность, снисходительность к чужим недостаткам – это свойства, которые в громадной мере помогают врачу в его работе. Да и сама работа, вместо постылой обязанности, оказывается удовольствием...

Когда мы, врачи, оцениваем профессиональные качества своего коллеги, то в нашей шкале достоинств важное место занимает умение поставить правильный диагноз. Особенно впечатляет, если доктор смог разобраться в трудном, неясном случае или же диагностировал какое-то редкое или экзотическое заболевание. «Он превосходный диагност» – говорим мы тогда с уважением. И правда, ведь это свидетельствует об умении собрать воедино все пестрые и, казалось бы, противоречивые данные в цельную и понятную клиническую картину. Тотчас невольно вспоминается старинное изречение «Кто хорошо диагностирует – тот хорошо лечит», и вот мы уже склонны думать, что этот доктор и лечить умеет хорошо. Но так ли уж напрямую связаны умение поставить правильный, точный диагноз и умение лечить больного человека?

Конечно, если врач вообще не знает, с чем он имеет дело, то можно лишь пожалеть и больного, и врача. Но это ситуация исключительная. На практике трудные диагностические случаи бывают довольно редко. По большей же части доктор занимается болезнями «простыми», хорошо ему знакомыми, которые он видит чуть ли ни каждый день. Так, если говорить о работе врача-интерниста, то для примера можно назвать эссенциальную гипертензию, грудную жабу и вообще ишемическую болезнь сердца, застойную недостаточность кровообращения, сахарный диабет всевозможные острые простудные заболевания, бронхиальную

астму, хронический бронхит и т.п. В подавляющем большинстве таких случаев диагноз – пусть и приблизительный – становится ясным уже при первой встрече с больным, еще до получения лабораторных анализов и до проведения сложных инструментальных исследований. Следовательно, обычно у доктора довольно быстро возникает хотя бы ориентировочное представление о том, какая проблема имеется у данного пациента. Разумеется, он понимает, что хорошо бы сформулировать диагноз подробно и в соответствии с новейшей классификацией. Но перед ним уже встает совсем другая и гораздо более трудная забота – выбрать наиболее подходящее для данного больного лечение.

Чтобы поставить правильный диагноз, требуется умение, похожее на умение решить кроссворд. Действительно, в этой игре надо по косвенному описанию угадать слово, которое точно соответствует предложенным в этом описании признакам. Для этого надо, с одной стороны, обладать богатым словарным запасом (или, в применении к диагностике, знать очень много болезней), а с другой стороны, уметь быстро перепробовать в уме всевозможные ответы, даже те, которые, на первый взгляд, кажутся неуместными. Итак, это особое упражнение для ума, которое имеет дело с отвлеченными понятиями.

Напротив, лечение больного человека является чисто практическим и очень конкретным занятием. Оно требует совсем других навыков и способностей. Например, чтобы диагностировать пролежни, стоит лишь взглянуть на спину прикованного к постели больного. Но вот чтобы вылечить их, совершенно недостаточно сделать соответствующие назначения медицинской сестре. Надо и самому ежедневно проверять, всё ли делается, как надо, да к тому же и самому при каждом осмотре поворачивать и усаживать больного, заставляя его глубоко дышать, расправлять складки на простыне – короче, постоянно проявлять **заботу**. **Хороший врач – это заботливый врач.** (См. *постскриптум в конце этой главы*). Кстати, даже для того, чтобы обнаружить эти пролежни, надо не полениться повернуть лежачего больного и внимательно осмотреть спину, крестец и пятки, то есть, иными словами, быть заботливым и участливым человеком.

Другой пример. Диагностика хронического заболевания, будет ли это сахарный диабет, эссенциальная гипертензия, остеоартроз и т.п., не требует обычно особой сообразительности. Но как трудно лечить такого больного на протяжении многих лет подряд! Диагноз нередко долго остается прежним, но то и дело возникают всё новые и новые непредвиденные проблемы. Или течение болезни вдруг изменится, или лекарство потеряет свою прежнюю эффективность, или возникнет аллергическая реакция, или больной падает духом и перестает соблюдать предписанную диету и лекарственный режим. Приходится поэтому всякий раз исхитряться, менять лечение, снова и снова подбадривать больного, повторно преодолевать его непослушание. Всё это требует терпения, оптимизма, снисходительности, неустанной заботы о больном, быстрой реакции на перемены в его состоянии.

Наконец, важной составной частью любого лечения всегда является благоприятное воздействие врача на духовный мир своего пациента, независимо от того, идет ли речь о каком-то анатомическом повреждении (болезнь «органическая»), или же о чисто функциональном страдании. Для того, чтобы приободрить больного, освободить его от страхов и отчаяния, пробудить волю к жизни, вызвать доверие к врачу и стремление всячески помогать ему – для всего этого следует обладать особыми качествами, совсем другими, чем те, что нужны для разрешения диагностической головоломки...

Итак, диагностика и врачевание – это не только разные сферы врачебной деятельности. Мало того. Мастерство в одной области отнюдь еще не гарантирует такого же совершенства в другой. Разумеется, крайне желательно, чтобы врач владел в равной степени, как искусством диагностики, так и искусством врачевания. Однако такое удачное сочетание встреча-

ется, увы, не часто, точно так же, как выдающийся композитор далеко не всегда обладает талантом исполнителя.

Когда мы лечим конкретного больного, мы должны выбрать из нашего багажа знаний только те сведения, которые имеют отношение именно к данному случаю. Следовательно, надо не только многое знать, но и еще *уметь выбрать нужное*. Собирая анамнез, надо выбрать наиболее подходящие вопросы; затем выбрать из многословного, а то и бестолкового рассказа больного только то, что относится к делу; далее, выбрать наиболее уместные в данном случае диагностические исследования; потом выбрать наиболее адекватный диагноз; наконец, выбрать наилучшее для данного больного лекарство или оперативное вмешательство.

Итак, нужно иметь обширные знания, и нужно научиться выбирать из этих знаний только то, что требуется в данный момент. Но это еще не всё. Надо еще приложить выбранное именно к тому человеку, которого мы лечим. Поясню примером. Можно дать покупателю первый попавшийся костюм. Иногда он окажется впору, но чаще будет либо болтаться как на пугале, либо стеснять все движения. Лучше поэтому прикинуть на глаз рост и телосложение клиента; тогда он чаще останется доволен, хотя иногда костюм все-таки будет мешковат или тесен. А всего лучше собственноручно снять все портновские мерки и сшить костюм. Вот он будет сидеть идеально, как влитой.

Так и в нашем лечебном деле можно просто назначить какое-нибудь из лекарств, рекомендуемых при данном диагнозе. Более добросовестный и внимательный доктор учтет вдобавок и возраст, и вес больного, и даже сопутствующие болезни. Например, по основному заболеванию показан атропин; но у больного имеется ещё и глаукома, так что придется поломать голову и чем-то его заменить. Или у больного ишемическая болезнь; учебник советует бета-блокаторы; но у этого больного брадикардия, а бетаблокаторы сами замедляют пульс. Стало быть, надо выбрать другое лекарство, которое поможет не хуже, но не усугубит брадикардию. А по-настоящему хороший доктор примет во внимание не только сопутствующие болезни, но и все особенности своего пациента. Например, больному положено лекарство, которое следует принимать три раза в день; но он работает или у него плохая память, так что вряд ли он будет аккуратно выполнять назначения; надо поэтому дать ему пролонгированный препарат, который он сможет принимать всего раз в день, либо утром до работы, либо вечером. Другой пациент - враг лекарств вообще и наверняка не согласится глотать ежедневно пригоршни таблеток; ему подойдет комбинированный препарат, в одной таблетке которого содержится сразу несколько лекарств, нужных для лечения.

Чтобы подобрать лечение, которое подойдет именно для данного больного, а не вообще для этой болезни, недостаточно обзавестись лабораторными анализами, рентгенограммами, консультациями и прочими медицинскими документами. Надо еще хорошенько взглядеться в своего подопечного, узнать его. Для настоящего врача пациент не просто объект, который подвергают исследованиям, чтобы выяснить диагноз и назначить лечение. Он видит не только испорченный клапан сердца или камни в желчном пузыре, он видит живого человека целиком, со всеми его особенностями. Поэтому-то он способен выбрать лечение, наиболее подходящее как раз для этого больного. Вот почему этот доктор чаще других достигает хороших результатов. Вот почему его называют хорошим врачом и больные, и товарищи по профессии.

Чтобы увидеть не только какую-то поломку механизма, но и больного *человека* целиком, не требуются дополнительные специальные приборы. Просто надо отнестись к своему подопечному так, как мы относимся к любому интересному для нас собеседнику – с любопытством, симпатией, дружелюбием и вниманием. Именно про медиков, особенно щедро одаренных этими прекрасными чертами характера, обычно говорят: «это врач от Бога». Но

свойства эти имеются у большинства людей. Правда, рутинная и тяжелая работа нередко ожесточает и даже озлобляет. А если вдобавок молодой врач берет за образец для подражания блестящего, но жесткого, а то и бравирующего своей грубостью специалиста, то постепенно энтузиазм и идеализм увядают, и он сам тоже становится черствым и холодным человеком. Надо сопротивляться таким воздействиям и культивировать в себе человечность, сострадание, сочувствие. Делать это надо не только потому, что так советуют величайшие мудрецы всех времен и народов, но и потому, что свойства эти самым прямым образом помогают в нашей профессиональной работе.

Нередко в одной и той же ситуации можно применить два вроде бы одинаково эффективных способа лечения – либо оперативное, либо консервативное. На чем остановиться? Что менее опасно для доверившегося мне человека? Чтобы принять наилучшее решение, недостаточно знать функциональное состояние сердца, легких, печени и почек. Не менее важно ознакомиться с условиями существования больного, понять его желания, надежды, заботы и страхи, оценить его мужество и волю к жизни. Для этого надо проникнуть в его внутренний мир. Больше того, надо самому проникнуться всеми его чувствами, поставить себя на его место. Вот тогда решение окажется наилучшим, воистину в интересах больного.

Недавно скончался римский папа Иоанн Павел II в возрасте 85 лет. В последние годы он еле передвигался в результате тяжелой и длительной болезни Паркинсона; судя по телевизионным изображениям, его мощный и бодрый интеллект также угасал. За несколько месяцев до смерти у него возникло простудное заболевание; состояние быстро ухудшилось настолько, что больного срочно госпитализировали, и пришлось прибегнуть к вспомогательной вентиляции легких. С болезнью удалось справиться, и папу выписали из больницы. Во время госпитализации его всесторонне обследовали. Врачи нашли, среди прочего, признаки ишемической болезни и заявили, что когда состояние больного стабилизируется, придется произвести зондирование сосудов сердца. Я был до крайности удивлен. Конечно, если перед доктором находится только изолированное сердце, и он видит лишь засорившиеся венечные артерии, то у него невольно появляется желание «прочистить» эти сосуды. Но ведь это сердце находится в теле дряхлого немощного старика, который к тому же почти полностью обездвижен паркинсонизмом. И если даже банальное простудное заболевание едва не привело к летальному исходу, то каковы же шансы успеха при агрессивном лечении ишемической болезни сердца? Сколько вообще этому больному осталось жить? Быть может, он умрет в ближайшие месяцы вовсе не от болезни сердца? (Кстати, так оно и произошло: еще через несколько недель возникла новая простуда, и папа скончался). Наконец, доктор должен принять в соображение, что это сердце глубоко религиозного человека, который твердо верует, что конец земного существования лишь освобождает бессмертную душу, чтобы она могла слиться с Богом. Такой человек не боится смерти и не цепляется за жизнь, особенно если она превратилась в жалкое прозябание. Все эти обстоятельства не менее важны для принятия врачебного решения, чем электрокардиограмма...

Кое-кому может показаться, что если врач интересуется не только болезнью, но и её владельцем – живым человеком, то такая любознательность выходит за рамки непосредственных медицинских обязанностей. На самом же деле именно этот широкий, не зашоренный взгляд помогает выбрать самое подходящее из того, что советуют учебники при данном заболевании. Кроме того, отношение к пациенту, как к человеку дает врачу еще одно, поистине драгоценное преимущество.

Ведь врач должен выбрать не только наилучшее *соматическое* лечение – лекарственное или хирургическое. Болезнь человека, если только он в сознании, всегда содержит большой психологический элемент. Чтобы воздействовать на него, надо проникнуть в душевный мир больного. Приветливость, сочувствие, отношение к собеседнику, как к человеку, а не как к

просителю, неподдельный интерес к мелким деталям болезни и обстоятельствам жизни, уверенное выполнение диагностических действий – вот ключи для этого входа вовнутрь. Такое поведение врача глубоко впечатляет больного, сразу вызывает у него благодарность, облегчение и доверие. Это благоприятное психологическое воздействие происходит, даже если врач не использует сознательно какие-то психотерапевтические методики или приемы, а просто занимается своей, казалось бы, чисто профессиональной работой. Теперь больной уже подготовлен, и даже избитые слова, что всё обойдется, что помочь можно, и что опасности нет, будут восприняты с доверием и радостью. В такой атмосфере все дальнейшие высказывания врача тоже окажутся плодотворными. Успокоить и ободрить больного, вдохнуть в него надежду на выздоровление, укрепить волю к жизни, заставить его самого активно бороться с болезнью и усердно, сознательно помогать врачу – разве всё это менее важно, чем таблетки или инъекции?.. А ведь это и есть психотерапия. Вот почему хороший врач всегда оказывает мощное благотворное психотерапевтическое воздействие, вот почему он всегда лечит не только саму болезнь, но и больного человека.

До сих пор мы обсуждали вопрос о том, что делает обладателя медицинского диплома хорошим доктором с нашей, с профессиональной точки зрения.

Но перенесемся по другую сторону баррикады и попробуем войти в положение больного человека. Его не интересует теоретические тонкости. Он просто хочет найти хорошего доктора и лечиться у него. Для пациента эта проблема является поистине жизненно важной и потому эмоционально окрашена. Однако в своих поисках он не может воспользоваться нашим негласным, но настоящим, «гамбургским» счетом: ведь он ему неизвестен. («Гамбургский счет» - выражение, впервые использованное В.Шкловским. По его словам, результат схватки борцов на арене цирка всегда предрешается заранее антрепренером. Поэтому «раз в году в гамбургском трактире собираются борцы. Они борются при закрытых дверях и завешанных окнах. Здесь устанавливаются истинные классы борцов»). Правда, больной может спросить мнение своего семейного или какого-то другого врача, но, увы, довольно часто ответ будет уклончивым из-за нежелания обидеть товарищей по профессии. Что же делать?

Нередко больной просто выбирает обладателя солидного звания или должности (профессор, академик, заведующий отделением, старший врач и т.д.). Но здравый смысл предостерегает его, что не место красит человека, а человек место. Поэтому, чтобы получить дополнительную информацию, он расспрашивает тех, кого этот доктор лечил. Ведь, в сущности, больному всё равно, сколько научных статей написал доктор, какое у него звание или должность. Единственное, что имеет значение – умеет ли он хорошо лечить. И чем больше больных, которым он помог, чем больше хвалебных отзывов, тем вероятнее, что доктор и в самом деле хороший. Итак, решающее слово по эту сторону баррикады принадлежит не профессионалам, а самим больным. На первый взгляд, такая оценка и в самом деле наиболее адекватная: ведь судят по результатам!

Но как больной может оценить работу врача? Если помощь заключалась в производстве хирургической операции или, вообще, какой-то манипуляции (вправление вывиха, прием родов и т.п.), то результат очевиден даже для непосвященного, и не вызывает сомнений: исход либо удачный, либо неудовлетворительный. Поэтому оценка больными хирургов совпадает, как правило, с нашим, профессиональным мнением. Совсем в другом положении находятся интернисты, невропатологи, психиатры и представители других нехирургических дисциплин. Они занимаются, по большей части, болезнями хроническими, которые редко удается вылечить полностью. Даже в самом благоприятном случае речь идет обычно не о выздоровлении, а только об улучшении. Облегчение, которое испытывает при этом больной, может быть следствием не только удачного соматического лечения. Ведь хорошее самочувствие – это состояние психологическое. Оно зависит как от улучшенной работы внутренних органов,

так и от факторов психологических. Когда больной говорит, что ему стало лучше, то этим заявлением он сводит воедино два разных ощущения. Одно из них напрямик связано с действительно наступившим соматическим улучшением (например, исчезла боль или одышка). Но, кроме того, больной может испытать также успокоение, удовлетворение, душевный подъём. Эта гамма положительных эмоций свидетельствует о психологической перемене: больной освободился от страха и уныния, приободрился, поверил в возможность улучшения. Удельный вес этого эмоционального компонента в том общем чувстве облегчения, которое испытывает больной в результате лечения, может быть разным в разных ситуациях. Иногда радостное чувство вызвано, главным образом, соматическим улучшением. Иногда же больному становится легче просто потому, что его перестали терзать мрачные мысли; ему уже не кажется, что всё пропало; он вновь обрёл надежду и готов к борьбе. Эта перемена настроения является следствием благоприятного воздействия непосредственно на эмоциональную сферу, то есть это результат **психотерапевтического процесса**. Важно подчеркнуть, что этот процесс отнюдь не обязательно является прямой заслугой доктора, и вот почему.

Независимо оттого, использует ли доктор какую-то психотерапию сознательно и активно, или он даже не помышляет об этом, в любом случае больной невольно ставит оценку врачу, и в результате либо проникается расположением к нему, либо отвергает его. При этом больному может понравиться вовсе не то, что доктор ему сказал, а какие-то черты его личности или даже просто манера его профессиональной работы (скажем, решительность, суровость, либо, наоборот, приветливость, мягкость и т.д.). Как бы то ни было, возникновение симпатии и доверия к доктору является результатом психологического процесса в голове больного. Именно это является основой любой психотерапии. Доктор может лишь способствовать этому, сознательно применяя те или другие психотерапевтические приемы и методы, но сам процесс совершается самостоятельно, иногда даже вопреки намерениям доктора. Иными словами, именно больной и только он придает психотерапевтический смысл деятельности врача и всему лечению.

Поэтому суждение больного о своем враче всегда включает, среди прочего, также и оценку той моральной помощи, которую он получил при общении с ним. Вот почему его окончательный приговор содержит значительный субъективный, эмоциональный компонент: «этот доктор мне нравится, он хороший».

Напротив, оценка врача коллегами по профессии строится не на субъективном впечатлении, а на твердых фактах. Нам известно, как часто этот доктор ошибается в диагнозе, какова его эрудиция и сколько у него научных трудов, как часто его лечение оказывается успешным, как часто у него бывают послеоперационные осложнения и так далее. Вот почему мы знаем, кто на самом деле хороший врач, а кто лишь слышит таким благодаря своей должности или званию. Психотерапевтический компонент работы врача занимает в этом реестре обычно скромное место или совсем не учитывается. Ведь этот параметр так трудно измерить, он очень субъективен. Вдобавок, эту сторону врачебной работы далеко не все коллеги считают достаточно важной, чтобы принимать её во внимание при общей оценке.

Теперь представим себе доктора относительно слабого (с нашей, профессиональной точки зрения), но который почему-то располагает к себе больных, иначе говоря, обладает положительным психотерапевтическим воздействием. Даже если результаты его соматического лечения окажутся не очень высокими, больной всё равно будет благодарен этому доктору, ибо он испытал совершенно реальное чувство облегчения, прилив бодрости, душевных сил и мужества. Поэтому он вполне искренно будет рекомендовать этого врача как очень хорошего специалиста.

Некоторых профессионалов такая оценка может удивить и даже рассердить, как явно несправедливая. Но врачи, обладающие незаслуженной (с нашей точки зрения) популярно-

стью, встречаются не так уж редко. Этот факт убедительно показывает, какое большое значение придают больные психотерапевтическому компоненту в любой врачебной деятельности. Можно, конечно, пренебрежительно отмахнуться от этого и сказать, что только профессионал в состоянии оценить истинное мастерство. Но ведь, в конце концов, мы, врачи, существуем не для самих себя, не для профессионалов, а для больных, – точно так же, как артисты существуют для публики. Знатоки могут восхищаться виртуозным мастерством музыканта, но если его игра не волнует души людей, он не сможет собирать полные концертные залы. Вот почему истинная, то есть всеобъемлющая оценка врача зависит не только от его профессиональных знаний и навыков, но и от его человечности, от его способности благоприятно воздействовать на душевный мир своих подопечных. Для того, чтобы стать по-настоящему хорошим врачом, недостаточно получить признание своих коллег; надо еще добиться расположения и доверия больных. А для этого надо постоянно помнить, что психотерапия всегда, во всех условиях является не факультативным довеском, а одним из наших важнейших инструментов врачевания. Идеалом поэтому является врач, который сочетает высокий профессионализм с отчетливым пониманием своей психотерапевтической роли...

...Однажды престарелого композитора Сибелиуса навесил известный пианист Вильгельм Кемпф (Kempff) и сыграл по его просьбе сонату Бетховена. Когда Кемпф закончил, растроганный Сибелиус сказал ему: «Вы сыграли сейчас не только как пианист, а как человек...». Что может быть лучше такой похвалы?...

ПОСТКРИПТУМ. Когда эта глава была закончена, я дал её прочесть своему давнему другу и ученику, талантливому врачу. Он получил прекрасное медицинское образование еще в России, затем прошёл труднейшую и долгую специализацию в Израиле, и вот уже многие годы он успешно работает старшим кардиологом в крупной израильской больнице. В своей рецензии, которую он назвал «Ответ учителю», он написал:

«Интересно, что единственное, что Вы, Н.А., сочли нужным выделить – **Хороший врач – это заботливый врач**. Да это же, извините, ханжество чистой воды. В моих глазах хороший врач – совсем не обязательно филантроп и самоотверженный гуманист, а в первую очередь профессионал, который продает свои знания и умение всем желающим, имеющим деньги, или действующую медицинскую страховку, и считающим, что у них есть проблема со здоровьем – реальная или вымышленная. Если у прикованного к постели больного есть пролежни – его семье нужно объяснить происхождение пролежней, и пути их лечения. Пусть они или сами разглаживают складки на простыне, или наймут кого-то. (Или можно свезти старика в больницу, где это будут делать или нет за зарплату медсестры). Заботливость и тем более участливость тут совершенно не при чем, просто нужен профессионализм.

Хороший врач выставляет на продажу в первую очередь хорошее знание медицины, понимание возможностей инструментов, имеющихся в его арсенале, лекарств, а также знание человеческой природы, и умение манипулировать ею в интересах лечения. Забота и участие – это часть профессионально правильного поведения. Заботливый и участливый профессионал – портной, адвокат или парикмахер могут произвести хорошее впечатление поначалу, но оценка их работы в финале основывается на том, как сидит костюм, одинаковой ли длины виски, или каков приговор суда».

Признаться, я был удивлен и несколько огорчен этим строгим осуждением со стороны врача новейшей формации, несомненно, высокого профессионала. Лишь спустя несколько месяцев после этого, мне посчастливилось разыскать в интернете и познакомиться с полным текстом лекции Френсиса Пибоди (Francis W. Peabody) о врачевании, которую он прочел студентам Гарвардского медицинского факультета в 1927 (!) году. Статью эту продолжают часто упоминать в американской медицинской литературе с огромным уважением вплоть до настоящего времени, что свидетельствует о её важности и актуальности. Пибоди закончил

свою лекцию словами: «**The secret of the care of the patient is in caring for the patient**». Слово *care* само по себе означает по-английски просто заботу (о ком-то или о чем-то); но словосочетание *medical care* означает медицинское обслуживание, лечение, врачевание. Таким образом, эту фразу можно перевести так: «Секрет врачевания заключается в заботе о больном человеке».

Следует подчеркнуть, что в то время, когда эти слова были произнесены, медицина в США была полностью платной: медицинское страхование началось там лишь в 30-е годы прошлого века. И всё же, этот выдающийся врач, для которого «выставлять на продажу» свои профессиональные знания было делом совершенно естественным, был убежден, что основанием врачевания являются именно сострадание и забота о больном человеке.

Но, быть может, эти красивые слова, сказанные почти сто лет назад, надо сейчас списать в архив точно так же, как и никому теперь не нужные учебники того времени? Ответом служит статья из серии «Становление врача», опубликованная совсем недавно в одном из лучших медицинских журналов США (N Engl J Med March 31. 2011; 364:1190-1193). Её авторов занимает не вопрос, нужны ли современному врачу сострадание и забота о больном – для них это самоочевидная аксиома. Они убеждены, что молодежь, поступающая в медицинские институты, с самого начала уже преисполнена альтруизмом и желанием помочь страждущим. Проблема лишь в том, как сохранить этот настрой и научить будущих врачей использовать его столь же профессионально, как они будут впоследствии применять перкуссию, аускультацию, основы физиологии и другие полученные знания. Первая встреча в госпитале со смертью всегда оказывается для начинающего врача тяжелым душевным потрясением. Но когда он видит, что его наставники не впадают в отчаяние и спокойно продолжают свою работу, ему начинает казаться, что это только он один слишком чувствителен и сентиментален, и что надо быть более хладнокровным – как все. Именно в этом кроится источник будущей эмоциональной черствости, столь пагубной для врача. «По сути дела, мы сами учим их равнодушию – не намеренно, но по небрежности, просто нашим молчанием». Вместо этого, опытный врач должен объяснить новичку, что потрясение и сострадание, которые он испытывает, совершенно естественны и даже похвальны. «Задача состоит в том, чтобы научить будущих врачей, как *использовать* эти чувства в своей практической работе на благо больных». Остается лишь добавить, что авторы статьи являются сотрудниками Гарвардского медицинского факультета – настоящей Мекки современной медицины...

ИСКУССТВО НЕ НАВРЕДИТЬ БОЛЬНОМУ.

Этот заголовок может показаться несколько странным. Ведь завет Гиппократов «Ne nocere» («Не навреди») вроде бы настолько понятен и прост, что для его выполнения не требуется никакого искусства. В самом деле, чего здесь мудрить: будь аккуратным и внимательным, соблюдай асептику и антисептику, используй только общепринятые лекарства и притом в обычных дозах, не применяй сомнительные или не проверенные методы лечения и т.д. Напротив, выражение «искусный врач» не удивляет и привычно. Оно подразумевает, что, помимо медицины как науки, существует также искусство врачевания. Заключается оно в умении наилучшим образом применить научные знания не к больному вообще, а к тому конкретному больному, который именно сейчас просит у нас помощи.

И всё-таки призыв «Не навреди» означает нечто большее, чем рутинное выполнение только что упомянутых прописных истин.

О хирурге иногда говорят: «у него легкая рука». Что это значит? Вовсе не то, что этот хирург умеет делать труднейшие операции. Просто мы хотим сказать, что у этого хирурга до удивления мало осложнений как во время, так и после операций. А с точки зрения больного это значит, что если его будет оперировать именно такой хирург, то операция окажется не только успешной, но и пройдет «гладко», то есть неудобства или страдания, неизбежно связанные с операцией, будут сведены к минимуму. Выходит, «легкая рука» есть какой-то особый талант, особое искусство. В рамках хирургии это искусство, наверное, включает в себя, в первую очередь, умение оперировать деликатно, не травмируя ткани. Но ведь, помимо этого, хирург всякий раз должен выбрать и величину разреза, и наилучшее место для него, и размер оперативного вмешательства, и степень его радикальности – и всё это, исходя из конкретных особенностей данного больного. Именно гармоничное, умелое выполнение всех этих условий оберегает больного от возможных опасностей. Очевидно, такой врач владеет *искусством не навредить больному*.

Наибольшей опасностью для больного является, конечно, недостаток у врача знаний и, особенно, опыта. Но это лишь необходимое предварительное условие, вроде соблюдения асептики при любой операции. Увы, даже большие знания не обязательно гарантируют от причинения ущерба. Нередко вредит непомерное рвение, желание сразу же и во что бы то ни стало применить свои знания. Это создает своеобразные шоры, и тогда врач видит лишь свое поле деятельности, а не живого человека.

У одного из моих пациентов был давний и тяжелый хронический бронхит и эмфизема легких. В последнее время у него возникла катаракта, и он перестал видеть одним глазом. Опытный офтальмолог порекомендовал операцию. Больной пришел ко мне за советом. Большинство моих пациентов пожилые люди, и потому многим из них уже удаляли катаракты. Операцию эту делают очень часто, и результаты обычно хорошие. Но среди моих двадцати или тридцати таких больных у двоих возникли серьезные осложнения и длительные боли. Поэтому я решил для себя, что операцию не стоит делать просто потому, что обнаружена катаракта. Риск оправдан лишь в том случае, когда снижение зрения инвалидизирует больного (не может читать, трудно ходить), или, как теперь говорят, снизилось «качество жизни». При расспросе выяснилось, что другим глазом больной пока видит хорошо, без труда читает газету, смотрит телевизор. С другой стороны, надсадное дыхание и частый кашель из-за хронического бронхита и эмфиземы могут вызвать резкие колебания внутриглазного давления и по-

тому способствовать возникновению осложнений в послеоперационный период. И так, риск увеличен, а что больной выиграет сейчас? Я посоветовал пока воздержаться, и прибегнуть к операции, только если он не сможет читать вторым глазом. Однако энтузиазм и настойчивость офтальмолога возобладали... Больной пришел ко мне снова через полгода, перенес уже **три (!)** операции, которые ему были вынуждены сделать из-за возникших осложнений. Он был в отчаянии и рассказал, что ему предлагают еще одну, **четвертую** операцию, которая, может быть, избавит его, наконец, от невыносимых болей...

В наш век неслыханного прогресса медицины легко поддаться иллюзии, что хирургия стала всемогущей и совершенно безопасной. Это заблуждение. Допустим, нам сообщают, что при такой-то операции смертность снизилась до 0,1%, то есть в 999 случаях из тысячи исход благоприятный. Казалось бы, можно с легким сердцем рекомендовать эту операцию нашему больному. Но ведь статистика основана на допущении, что все больные одинаковы: только в таком случае их можно складывать, вычислять проценты и совершать другие математические действия. На самом же деле, у каждого больного есть свои важные особенности: один молод и крепок, другой страдает диабетом, третий перенес в прошлом инфаркт миокарда. Поэтому результаты операции просто не могут быть совершенно одинаковыми у всех больных. Возможно, что и в самом деле, у большинства, скажем, у 900 человек из тысячи послеоперационный период прошел совершенно гладко; еще у пятидесяти наблюдались незначительные осложнения, у сорока осложнения были серьезными, но не опасными; девять человек удалось спасти с большим трудом, и какое-то время они буквально находились между жизнью и смертью. Скончался только один из тысячи, так что, и вправду, смертность очень мала. Но если бы нам было дано знать результаты каждой отдельной операции уже заранее, то для этого одного больного вероятность неблагоприятного исхода равнялась бы не 0,1%, а 100%, а для тех девяти человек, которые чуть было не погибли, эта вероятность была 50%! Стало быть, у каждого больного свои собственные шансы, и они могут сильно отличаться от среднего показателя для большой группы лиц. Средний показатель очень важен для общей ориентировки. Но наш-то больной хочет знать совсем другое – каковы его личные шансы, повезет или нет **ему**? К сожалению, при всех наших знаниях мы не можем гарантировать, что он обязательно окажется в группе счастливых. Что же сказать именно ему, а не среднестатистическому больному? Как не ошибиться, как дать наилучший совет?

Чтобы поставить индивидуальный прогноз, недостаточно статистики и книжных знаний. Необходимо увидеть больного целиком, принять во внимание как его сильные, так и слабые стороны. Вот здесь и начинается **искусство не навредить**. Чтобы сделать хотя бы первые шаги в этом искусстве, надо всегда стремиться увидеть **все** проблемы больного и пытаться сделать их как бы своими собственными. Ведь послать больного на операцию – это совсем не то, что послать пробирку с кровью на анализ в лабораторию. Надо постоянно воспитывать в себе чувство личной ответственности за доверившегося нам больного. Вот тогда врач становится по-настоящему заботлив и осмотрителен. Тогда и решения его будут наилучшими из возможных.

Здесь мы подходим к вопросу о врачебной ответственности. У нее есть два стимула: юридический и моральный. Я вспоминаю, как нам, еще молодым студентам, преподаватели часто повторяли: «Поступайте всегда так, как будто бы рядом с вами стоит прокурор!». Действительно, опасение, что твой неверный шаг может повлечь за собой судебное наказание, потерю работы, осуждение товарищей, недоверие пациентов – всё это заставляет врача стараться не причинить вреда. Но если врач осторожен только потому, что он боится наказания, это значит, что, в первую очередь, он заботится не о благе больного, а о том, как бы не навредить самому себе. В основе такой осторожности лежит равнодушие к больным. Они для него вроде просителей для аккуратного чиновника: тот рассматривает их конкретные просьбы, но, в сущ-

ности, ему нет дела до всех остальных жизненных проблем этих людей. Многие действия такого врача будут, безусловно, правильными. Но отсюда еще очень далеко до искусства не вредить. Ведь искусство не заключается в механическом соблюдении правил и запретов; необходимым условием является творческое, личное действие.

Нередко бывают ситуации, когда возможны два противоположных решения, причем оба имеют свой резон. Но одно из этих решений требует от врача больше ответственности и более чревато личными неприятностями. Естественно, что равнодушный врач предпочтет вариант, более удобный лично для него, хотя, возможно, лучше было бы поступить по-другому. Кстати, это вовсе не значит, что такой врач должен обязательно быть перестраховщиком или менее активным. Например, формально при данном заболевании показано оперативное или какое-то другое небезопасное лечение, и врач рекомендует его, не задумываясь, ибо он поступил как все! Никто не осудит, если результат окажется неудовлетворительным: ведь при каждом вмешательстве иногда бывают осложнения! Гораздо большего мужества может потребовать решение воздержаться, если врач, взвесив все «за» и «против», приходит к выводу, что отказ от рекомендуемого обычно лечения менее опасен для данного больного, чем само лечение. Ясно, что такое решение будет легче осуждать, если в дальнейшем окажется, что доктор ошибся. Чтобы принять такое трудное решение, надо иметь развитое чувство моральной ответственности за человека, доверившегося тебе, надо поставить его интересы выше своих и думать не о том, как бы не навредить себе самому, а о том, как бы не навредить больному.

Под моим попечением уже многие годы находится больной Л. Ему сейчас 77 лет. По поводу ишемической болезни он два года назад перенес шунтирование венечных артерий сердца. Вдобавок, он какой-то рыхлый, тучный и выглядит старше своих лет. Недавно он в тревоге пришел ко мне за советом. Специалист уролог диагностировал у него аденому предстательной железы и повторно, настойчиво рекомендовал операцию. При расспросе оказалось, что больной встает ночью помочиться всего один-два раза, а то и не просыпается до самого утра; никаких неприятных ощущений при мочеиспускании он не испытывает. При пальпации над лобком мочевого пузыря не прощупывался, да и при ультразвуковом исследовании не было остаточной мочи. Легко представить себе ход рассуждений уролога. В настоящее время больной находится в относительно благополучном состоянии, и потому риск аденомэктомии невелик; с другой стороны, если сейчас воздержаться, то как бы потом не пришлось делать операцию в гораздо более тяжелых условиях (еще более преклонный возраст, вероятность новых сердечнососудистых эпизодов). Если операцию сделать сейчас, и она окажется благоприятной, все будут довольны. В случае же неудачи доктор сможет сослаться на статистику: никто ведь и не гарантирует 100% успех; кроме того, больной был обо всем информирован и дал письменное согласие на операцию. С юридической точки зрения такая позиция безопасна и надежна. Но если доктор испытывает моральную ответственность за больного, если он делает его интересы как бы своими собственными, то в случае неудачи он горько упрекнет себя: во имя чего я подверг своего пациента опасности? Разве операция была так уж действительно необходима? Ведь аденома предстательной железы – заболевание хроническое, протекает очень медленно, не всегда прогрессирует и лишь иногда вызывает полную закупорку уретры. Умеренные симптомы простатизма наблюдаются практически у всех пожилых мужчин, но операция по-настоящему нужна только в меньшинстве случаев. Большинство спокойно доживает свой век, так и не испытав острой задержки мочи, не имея перерастянутого мочевого пузыря и хронической инфекции мочевых путей. Взвесив все «за» и «против», я решил, что для моего больного лучше в настоящее время воздержаться от операции. Чтобы ободрить его, я сказал, что главная причина такого решения не в том, что его общее состояние слишком плохое, а в том, что болезнь его не столь уж серьезна, и что шансов на ее резкое ухудшение в будущем не так уж много. Больной ушел от меня успокоенный, но сам я потом долго еще

размышлял и тревожился: быть может, всё-таки прав специалист-уролог, а я, как терапевт, уж слишком осторожен? Мои сомнения прекратились только через несколько месяцев: больной рассказал мне, что он поехал в столицу, обратился там частным образом к очень известному профессору – урологу, и тот также высказался против операции. С тех пор прошло уже семь лет, а состояние этого больного остается стабильным...

Вред можно причинить не только действием, но и словом. Вот невыдуманный случай из практики. Врач-пенсионер 73 лет уже перенес несколько серьезных операций: шунтирование венечных артерий сердца, двустороннее шунтирование сонных артерий. В последнее время возникла новая проблема: он почти не может ходить из-за тяжелого артроза тазобедренных суставов, и ортопед настоятельно рекомендует пластику тазобедренного сустава. Естественно, больного предварительно посылают на консультацию к кардиологу. Тот добросовестно обследует больного самыми современными методами с целью выяснить, не навредит ли ему предполагаемая операция, не окажется ли она слишком опасной из-за сопутствующих заболеваний сердечнососудистой системы. В своем официальном заключении он пишет, что «в настоящее время не обнаружены признаки недостаточности сердца и ишемии миокарда, и потому нет прямых противопоказаний для операции на тазобедренном суставе, но оперативный риск в данном случае значительно больше обычного». Все это правильно и очень важно для хирурга. Но ведь перед кардиологом живой человек, да еще доктор в прошлом, и он хочет сам услышать мнение специалиста. Это естественно, и кардиолог дружески, доверительно говорит ему, как коллега коллеге: «Ну, что ж, может, Вы и выдержите эту операцию...». Формально он прав. Во всяком случае, он сказал больному всю правду, то есть сделал то, что многие теперь считают важнейшим условием успешной врачебной работы. И ведь он наверняка знает лозунг «не навреди». Именно поэтому, проводя пробу с физической нагрузкой, он бдительно следит за состоянием своего подопечного и немедленно прекращает ее при появлении болей, одышки или аритмии сердца, то есть он, вроде бы, следует завету Гиппократа. Но его слова обнаруживают такое непонимание человеческой психологии, такую черствость души, что невольно диву даешься. Неужели он не догадывается, что такие слова лишают больного надежды и повергают его в уныние? А ведь исход любой операции зависит не только от состояния сердца, легких или печени, но и от мужества больного, его бодрости и воли к жизни. Охотно допускаю, что этот кардиолог является специалистом самого высокого класса, и что его экспертные заключения очень надежны. Но вряд ли про такого врача можно сказать, что ему ведомо *искусство не вредить больному*... Иногда произведение художника отличается от неуклюжей кустарной работы всего лишь мелкими деталями, но именно они оказываются решающими. Больному можно сказать: «Дорогой коллега, ведь Вы сами понимаете, что Ваш стакан уже наполовину пуст», а можно сказать: «Ничего, все-таки у нас с Вами еще осталась половина стакана!». Вроде бы это одно и то же, но психологическое, а значит и врачебное воздействие совершенно разное...

Итак, искусство не навредить больному требует от врача не только профессиональных знаний. Надо, чтобы он всякий раз ставил себя на место своего пациента и принимал близко к сердцу *все* его проблемы. Но тогда, среди прочего, следует подумать и о кошельке человека, доверившегося нам. Это далеко не пустяк. Кто чаще всего болеет? – Старики и пенсионеры, которые и так уже вынуждены экономить на всём. Впрочем, и для человека в расцвете лет даже временная нетрудоспособность нередко создает денежные трудности. Стало быть, составляя план лечения, надо не только вспомнить фармакологию, но и подумать, сколько стоят лекарства, которые можно применить в данном случае.

Изобилие современного рынка лекарств поражает воображение. Как только одной фармацевтической фирме удается создать лекарственное вещество с совершенно новым механизмом действия, другие фирмы немедленно начинают выпускать похожие средства, кото-

рые отличаются от первоначального лишь настолько, чтобы их можно было запатентовать. Естественно, каждая фирма рекламирует свою продукцию. Она щедро финансирует клинические исследования в надежде убедить врачей, что ее препарат лучше, чем аналогичное средство, выпускаемое конкурентом. Почти в каждом номере любого медицинского журнала публикуются результаты таких сравнительных исследований. Они используют массовые наблюдения, применяют плацебо, двойной слепой опыт, обрабатывают материал изошренными статистическими методами. Всё это создает впечатление необычайной надежности и объективности. Главный вывод обычно состоит в том, что новое средство предпочтительнее старого. Пусть преимущество это составляет всего несколько процентов, но «разница статистически достоверна»! Проще говоря, нам сообщают, что это новое лекарство чуть-чуть лучше, чем прежнее. Не буду спорить. Более того, я с удовольствием заменю в своей врачебной практике старое лекарство на это новое. Но пусть мне сообщат среди прочего, что новое лекарство не только чуть-чуть лучше, но что оно и дороже прежнего тоже лишь *чуть-чуть*... Увы, нередко больного заставляют платить за новое лекарство в два-три раза больше, чем за аналогичное старое, хотя реальное преимущество (если оно вообще имеется) составляет всего несколько процентов. Вот несколько примеров.

Уже многие годы мы широко используем противовоспалительное и обезболивающее средство ибупрофен (ибупрофен, артофен, пропионовая кислота). На десять дней лечения обычно требуется 30 таблеток по 400 мг, за что член больничной кассы должен заплатить 11 шекелей. Недавно появилось новое лекарство для тех же целей – адвил. Как явствует из прилагаемой инструкции, это тот же самый ибупрофен, только в жидком виде, и расфасован он в красивых зеленых капсулках. Несмотря на то, что в каждой капсуле содержится всего 200 мг ибупрофена, т.е. в два раза меньше, коробочка с двадцатью капсулами стоит 26 шекелей. Значит, чтобы десять дней принимать это лекарство в стандартной дозе по 400 мг трижды в день, больной должен заплатить не 11 шекелей, а 78 шекелей, в семь раз больше! Другой пример. Тридцать таблеток снотворного лориван (лоразепам, ативан) стоят всего 7 шекелей, а тридцать таблеток другого снотворного бондормин (бротизолам, лендормин) из той же самой химической группы бензодиазепинов стоят 33 шекеля, т.е. почти в пять раз дороже. Невозможно представить, что бондормин в пять раз лучше лоривана. За что же тогда платит больной?

Не спорю, если новое лекарство увеличивает шансы на спасение от смертельно опасной болезни пусть всего на несколько процентов по сравнению с прежним, его применение будет оправдано, невзирая на высокую цену. Но ведь таких лекарств очень мало. В громадном большинстве случаев врач имеет возможность выбирать из целого ряда медикаментов примерно одинаковой эффективности. Конечно, каждое из них имеет свои особенности: одно действует быстрее, другое – более длительно, третье как будто дает меньше осложнений и т.д. Но эти различия, как правило, не столь велики, чтобы объяснить громадный разброс в ценах. При этом совсем не обязательно, что самое дорогое лекарство является действительно самым лучшим. Многие лекарства быстро сходят со сцены, несмотря на самую лестную аттестацию в научных статьях.

Так, в первую половину XX века самым сильным средством для лечения сердечной недостаточности считался дигиталис (наперстянка). Сначала использовали просто порошок из листьев этого растения, затем стали применять отвары и спиртовые настойки. Потом появились еще более активные экстракты, свободные от балластных веществ, и, наконец, врачам были предложены в чистом кристаллическом виде гликозиды дигоксин и дигитоксин – действующее начало наперстянки. Кроме того, оказалось, что в некоторых других растениях (строфант, адонис, ландыш, олеандр и др.) есть вещества, похожие на гликозиды наперстянки как по химическому строению, так и по их лечебному действию на сердце. Поэтому в популярнейшем справочнике М.Д.Мошковского «Лекарственные средства», вышедшем

в 1972 году седьмым изданием, в главе «Сердечные гликозиды» были подробные сведения о 39 (!) таких лекарствах. Вот этот поучительный список: Pulvis foliorum Digitalis; Infusum fol. Digitalis; Extractum Digitalis siccum; Digitoxin; Gitalen; Cordigit; Digoxin; Celanid; Abicin; Acetyldigoxin; Lantosid; Dilanisid; Digalen Neo; Satiturani; Succudifer; Digicilenum; Digicil; Inf. Herbae Adonidis vernalis; Extr. Adonidis vernalis siccum; Adonisidum; Adonisidum siccum; Cordiasidum; Strophanthin; Tinct. Strophanthi; Tinct. Convallariae majalis; Extr. Convallariae sicc.; Convallotoxin; Corglycon; Erysimin; Erysimosid; Cardiovalen; Cymarlin; Olitorisid; Neriolin; Cornerin; Periplocin; Gomphotin; Corelborin. Надо особо подчеркнуть, что среди этих названий нет синонимов: каждое из них обозначает отдельный препарат с индивидуальной химической и фармакологической характеристикой! Каждое из этих лекарств, несомненно, обладало кардиотонической активностью: об этом свидетельствовали соответствующие экспериментальные и клинические исследования. Каждое из них имело среди врачей своих сторонников, и потому все они продавались в аптеках в одно и то же время. Но прошли годы, и что осталось от этого головокружительного изобилия? Только одно средство – дигоксин!

Нет сомнения, что такой же «естественный отбор» постепенно произойдет среди столь многочисленных ныне бета-блокаторов, кальциевых блокаторов, статинов и прочих новейших лекарств, которые не устает обрушивать на врачей фармацевтическая промышленность. Так стоит ли, сломя голову, тотчас прописывать больному самоновейшее средство только потому, что его расхвалили в последнем номере медицинского журнала? Лучше подождать результатов других исследований, а еще лучше пока справиться в аптеке, сколько стоит это новое лекарство...

ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

В ноябре 1992 г. в одном из самых влиятельных медицинских журналов США появилась статья нескольких авторов под названием: «Доказательная медицина: новый подход к обучению» – (JAMA 1992; vol. 268, p. 2420-25). Это был своеобразный манифест, призывавший к преобразованию клинической медицины на новых методологических основах. Прежде врачи постигали новые истины и совершенствовались в диагностике и лечении на основе тщательного изучения каждого больного в отдельности или их небольших групп. Такая практика объявлялась устарелой, мало достоверной и ненадежной. По-настоящему доказательными следовало считать только выводы, получаемые при исследовании большого количества больных в каждой группе. Особенно возрастает достоверность, если эксперименты планируют с учетом современных методических требований: контролируемый подбор больных (рандомизация), использование двойного слепого опыта, одновременное проведение наблюдений в нескольких крупных лечебных центрах. Нечего и говорить, что прежние примитивные методы количественной обработки результатов, вроде вычисления средней арифметической или процентов также неудовлетворительны; их надо заменить новейшими статистическими методами. Лечащий врач должен опираться в своей работе не столько на личный опыт, который всегда ограничен, и не на опыт и интуицию своих наставников, а на тщательно проверенные, бесспорные факты новой, доказательной медицины.

Чтобы убедить читателя в преимуществе этого нового, революционного подхода, авторы рассматривают следующий гипотетический случай.

В приемный покой больницы поступает взрослый мужчина после типичного эпилептического припадка, случившегося у него впервые в жизни. Тщательное обследование, включая компьютерную томографию головы и ЭЭГ, не обнаруживает никаких отклонений от нормы. Больной, естественно, боится повторения таких приступов и хочет знать, как ему быть. Какой ответ он мог получить в прошлом? Дежурный врач мог посоветоваться со старшим врачом или с консультантом-невропатологом. Их общее мнение сводилось к тому, что риск повторных приступов велик, хотя никто из этих врачей не мог назвать точную цифру. Врач сообщает больному этот расплывчатый прогноз, советует не водить автомобиль и обратиться к своему врачу по месту жительства. В результате «пациент уходит в состоянии неясной тревоги». Совсем по-другому поступит врач, воспитанный в традициях новой, доказательной медицины. Первым делом он задает себе вопрос, известен ли ему точный прогноз первого эпилептического приступа. Убедившись, что таких сведений у него нет, он включает компьютер и проводит поиск в медицинских журналах на слова: *эпилепсия, рецидивы, прогноз*. Очень быстро он узнает, что риск рецидива у такого больного на протяжении первого года составляет 43-51%; через три года риск равен 51-60%; если на протяжении 18 месяцев не случилось ни одного приступа, то риск рецидива падает до 20%. Врач сообщает больному все эти цифры и советует обратиться к врачу по месту жительства. Теперь «больной уходит с ясным представлением о своем прогнозе».

Авторы зачарованы магией цифр и полны энтузиазма. Им кажется, что больной непременно разделит их оптимизм и почувствует облегчение от такой ясной перспективы. Им невдомек, что ему всё равно, скажут ли, что риск рецидива просто велик, или же, что риск равен 43-51%. Эта точность обманчива, потому, что она тоже не отвечает на самый главный вопрос. Ведь больного интересует только одно: попадет ли он в счастливую половину, и приступов у него больше не будет, или же окажется среди тех 50%, у которых приступы будут повторяться. Этого не знает даже доказательная медицина. Знаменательно, что в первом варианте, когда врач по-старинке сообщает только приблизительный прогноз, он рекомендует больно-

му, на всякий случай, не водить автомобиль. Напротив, врач новейшей формации этого не делает. Что это – забывчивость или бессердечие? Быть может, врач полагает, что, поскольку теперь больной имеет «ясное представление о своем прогнозе», он в состоянии сам решать, водить ему машину или нет...

Впрочем, этот неудачный пример не ослабляет силу и справедливость многих утверждений манифеста. Действительно, современные многоцентровые исследования, которые планируют и осуществляют с учетом новейших методологических требований, являются новым и очень мощным инструментом познания. Несомненно, они способствовали беспримерному прогрессу медицины в последние десятилетия и обещают нам новые достижения. Кроме того, врачи стали отчетливее понимать, что сведения, на которых они основывают свои диагностические и лечебные решения, имеют разную достоверность и надежность – от твердо установленных научных фактов до освященных традицией верований и даже предрассудков. Чем более достоверны знания, на которые опирается врач, тем успешнее должна быть его практическая работа. В результате термин **ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА** стал необычайно популярным.

Но стремление к достоверности не является чем-то новым в медицине. Еще Гиппократ в своем первом афоризме предупреждал, что «удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение затруднительно». Все наши великие предшественники отлично это понимали. Они делали свои выводы на более чем скромном по нынешним меркам количестве наблюдений и не пользовались современными статистическими методами. Зато они компенсировали эти недостатки вдумчивым анализом и многолетней проверкой, прежде чем решались поделиться результатами со своими собратьями. Так, Дженнер (Edward Jenner, 1749—1823) во время эпидемии натуральной оспы заметил, что доильщицы коров, заразившиеся коровьей оспой, потом не заболели натуральной человеческой оспой. Одну такую доильщицу Дженнер убедил дать себе привить натуральную оспу и получил отрицательный результат. В течение *двадцати лет* он продолжал наблюдения, и только потом (в 1796 г.) он решился привить одному мальчику сначала коровью, а потом настоящую оспу. Убедившись в успехе вакцинации, он смелее стал производить дальнейшие опыты, но опубликовал результаты ещё *через два года*. Точно так же поступил и Withering (1741-1799), который подарил медицине дигиталис. В 1775 г. один из его пациентов погибал от водянки. Withering считал случай безнадежным, но больной воспользовался снадобьем какой-то цыганки и поправился. Заинтересованный Withering разыскал эту цыганку, чтобы узнать состав снадобья. Он проверил каждую составную часть и выяснил, что действующим началом является наперстянка. Затем он перепробовал на 163 больных разные части растения, разные способы употребления и разные дозировки. Только *через десять лет* он опубликовал результаты своих исследований.

Эти врачи использовали скромные и примитивные методы, но их логические заключения не опровергнуты вот уже двести лет! Разве это не шедевры доказательной медицины? Её современные методики впечатляют, но полученные с их помощью результаты являются только видимой вершиной айсберга всех наших знаний. Модное стремление к максимальной доказательности еще не делает медицину какой-то другой. Доказательная медицина – это та же самая медицина, которой обучали прежде, просто это более зрелая, более знающая медицина. По-настоящему преобразили медицину революции, связанные с именами **Лаэннека**, положившего начало инструментальной диагностике, **Вирхова**, утвердившего клеточную теорию в патологической анатомии, **Пастера**, впервые показавшего громадную роль микроорганизмов во многих болезнях, **Эрлиха** – основоположника целенаправленного создания новых лекарств.

Даже самые массовые, тщательно спланированные исследования не гарантируют от ошибочных заключений. Вот свежий пример. В 1995 году было объявлено о «научном прорыве в лечении остеоартрита и ревматоидного артрита». Прежде врачи чаще всего применяли с

этой целью аспирин, ибупрофен, напроксен, индометацин и т. п., - так называемые нестероидные противовоспалительные средства (NSAIDs). Все эти лекарства обладают серьезным недостатком: при длительном применении они иногда вызывают язвы, кровотечения и даже перфорации в желудочно-кишечном тракте. Долгое время полагали, что избавиться от этого нежелательного побочного эффекта нельзя, ибо он связан с самим механизмом их действия: эти вещества подавляют фермент циклооксигеназу (cyclooxygenase – COX), который, с одной стороны, участвует в процессах воспаления, но с другой – защищает слизистую желудка и кишечника. В дальнейшем оказалось, что есть две разновидности COX: COX-1 имеет отношение к защите слизистых, а COX-2 влияет на воспаление. Традиционные нестероидные противовоспалительные средства подавляют как COX-1, так и COX-2. В результате специальных работ было синтезировано несколько веществ, которые преимущественно подавляли только COX-2. Появилась возможность воздействовать на воспаление, не причиняя вреда органам пищеварения. Гигантские фармацевтические корпорации (Пфайзер, Мерк) энергично взялись за дело. Они получили разрешение федерального агентства США по контролю за лекарствами – FDA, наладили массовое производство двух лекарств CELECOXIB (CELCOX) и ROFECOXIB (VIOXX), организовали интенсивную рекламную кампанию не только в медицинских журналах для врачей, но и в газетах, чтобы сами больные стали требовать новое чудо-лекарство, субсидировали дополнительные клинические исследования с целью доказать преимущество этих новых, революционных средств. Затраты оправдались. Несмотря на дороговизну (месячный курс лечения селекоксибом стоит в восемь раз больше, чем месячный курс напроксена), селекоксиб в 1999 г. стал одним из «лекарств-бестселлеров» в США (JAMA, 1999, vol. 282, p. 1961).

Волны энтузиазма докатились и до Израиля. Консультанты-ортопеды стали часто рекомендовать VIOXX моим больным, хотя многие из них были бедными пенсионерами. Это модное увлечение смущало меня. Во-первых, противовоспалительное и противоболевое действие этих новых средств было ничуть не сильнее, чем прежних. Кроме того, они тоже не излечивали, а только облегчали течение тех болезней, для которых они были предназначены. Наконец, осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта встречались и при прежнем лечении не так уж часто (около 3% - N Engl J Med. 2000; 343:1520-1528), чтобы оправдать сплошной переход на *очень* дорогое новое лекарство. Вместо этого можно просто добавить к ибупрофену или наксину в целях профилактики недорогое и уже хорошо испытанное противоязвенное средство типа фамотидина. Поэтому сам я ни разу не назначил VIOXX по собственной инициативе.

И вдруг 30 сентября 2004 года FDA распорядилось немедленно изъять из продажи VIOXX! Оказалось, что это лекарство заметно увеличивает частоту инфаркта миокарда. Как же мог случиться такой конфуз в наш просвещенный век доказательной медицины?

Анализ показывает, что причин несколько. Контрольное бюро FDA - это очень серьезная организация, и большинству его решений можно доверять. Но в последние годы специальный закон разрешил FDA взимать с фармацевтических компаний плату за свои проверочные исследования. Это, конечно, улучшило финансовое благополучие организации, но появился стимул делать таких исследований побольше. В результате срок рассмотрения каждой заявки уменьшился вдвое, но качество заключений, по-видимому, пострадало: теперь приходилось аннулировать ранее выданные разрешения в три раза чаще...

Несовершенной оказывается и система регистрации нежелательных побочных реакций. Столкнувшись с осложнением, практический врач не всегда увязывает его с определенным лекарством. В результате часть осложнений остается необъясненной и не доходит до других медиков. Впрочем, даже если причинная связь ясна, врач не всегда готов сообщить этот факт. Фирма, выпускающая лекарство, должна по идее тщательно следить за его дальнейшей судь-

бой и собирать все тревожные случаи. На деле фирмы часто скрывают неудобные факты, если они кажутся несущественными: ведь в проект вложены сотни миллионов долларов. Наконец, многие крупные клинические испытания осуществляются благодаря финансовой поддержке этих самих фармацевтических компаний. Естественно, что врачи, участвующие в таких испытаниях, склонны относиться к новому лекарству благожелательно. Например, в одном из таких исследований сравнивали лечебное действие напросина с VIOXX; авторы подтвердили значительно меньшую токсичность нового лекарства для желудочно-кишечного тракта. Что же касается неожиданного факта, что в испытываемой группе инфаркт миокарда возникал чаще (0,4% против 0,1%), то от него просто отмахнулись, предположив, что напросин, который получали в контрольной группе, уменьшает склонность к тромбозу, подобно аспирину (New England J M, 2000;343:1520-1528). Характерно, что это внушительное по масштабам и солидности исследование – всего свыше 8000 больных – было субсидировано фирмой Мерк, выпустившей новое лекарство...

А вот данные по лекарству из совсем другой фармакологической группы. Антидепрессант ребоксетин (reboxetine) был разрешен к применению в Великобритании, Германии и в других европейских странах с 1997 г. после массовых исследований, доказавших не только его эффективность, но и преимущества перед другими антидепрессантами. Исследования эти были проведены, вроде бы, по всем правилам доказательной медицины. И вдруг совсем недавно (13 октября 2010 г.) в он-лайн издании солиднейшего *British Medical Journal (BMJ)* были опубликованы результаты тотальной проверки 13 исследований, которые и послужили основанием к разрешению этого нового лекарства к продаже. Детальное изучение *всех* протоколов обнаружило, что из обследованных 4098 больных в отчеты были включены данные только 1065 человек, а результаты 3033 человек были отброшены! Если же учесть результаты по ВСЕМ БОЛЬНЫМ, то оказывается, что новое лекарство ничуть не активнее, чем плацебо, и, вдобавок, обладает рядом нежелательных побочных действий!

Авторы этого разоблачительного отчета меланхолично замечают: «Публикуемая литература склонна преувеличивать пользу и преуменьшать недостатки, потому что положительные результаты публикуют чаще и раньше, чем отрицательные результаты. Таким образом, впечатление о лекарстве на основании литературных данных может оказаться искаженным»...

Французский врач А.Залманов (1875-1964) опубликовал в Париже 1958 г. очень интересную книгу «Тайная мудрость человеческого организма» (в Москве её перевод появился в 1966 г.). Он пишет: «Почему каждый честный врач теперь пугается, когда почта приносит бесчисленные проспекты разнuzданной химической промышленности? Потому, что в начале нашего века каждое новое лекарство представляло собой плод, результат тщательных наблюдений клиники над больным. Создатели лекарств были бескорыстны, они не пользовались материальными благами от своих открытий. Теперь химическая промышленность организовала непристойную рекламу, чтобы навязывать врачам каждый день, чуть ли не каждый час, новые лекарства и новые методы, и эта реклама захлестывает даже медицинскую литературу»...

Итак, новая, доказательная медицина, несмотря на все свои претензии, также не гарантирована от ошибок, как и прежняя. Некоторые её утверждения, в которые сегодня свято верят, могут впоследствии оказаться заблуждениями. Впрочем, это свойство любой науки. По-прежнему, важным источником ошибок является так называемый человеческий фактор. И хотя прогресс идет семимильными шагами, но люди не меняются. Доказательную медицину тоже создают люди, а им свойственно ошибаться. Поэтому ошибки были, есть и будут. Единственная защита от ошибок – это здравый смысл. Перед самой внушительной научной статьей можно снять шляпу, но никак не голову...

Но, кроме того, массовые исследования, которыми так гордится современная доказательная медицина, таят в себе изъян особого рода. Никто не спорит, что только при рассмотре-

нии больших групп можно обнаружить закономерности, которые не заметны при изучении отдельных случаев. В большой группе больных неизбежно нивелируются индивидуальные особенности каждого пациента в отдельности. Один больной стар, другой молод, у третьего склонность к аллергическим реакциям, у четвертого недостаточность сердца, у пятого диабет и т.д. Массовые исследования для того и применяют, чтобы избавиться от этих сбивающих с толку подробностей и упростить задачу. Только так можно выявить то, что наиболее существенно для данной группы в целом, что объединяет этих вроде бы разных больных. Действительно, плохо, если за деревьями не видят леса. Однако этот широкий, общий взгляд на проблему сверху может иметь нежелательные последствия в практической работе. Энтузиаст доказательной медицины привыкает относиться к своим больным просто как к представителям громадной группы. Они для него вроде молекул, которые ведь ничем не отличаются друг от друга. Поэтому когда какому-то больному рекомендованное лечение не помогло, это не слишком огорчает доктора: что поделаешь, ведь статистический разброс неизбежен. Да, этому больному не повезло, зато многим другим стало лучше, а это главное. Такая осечка его ничему не учит, он и дальше будет поступать точно так же.

Но на самом-то деле мы всякий раз лечим не среднестатистического больного, а конкретного человека со всеми его индивидуальными особенностями. А эти особенности могут влиять на исход лечения. Как и насколько они влияют – труднейший вопрос, и на него нет общего ответа: всякая особенность влияет по-своему. Можно, конечно, пренебречь ими и действовать строго по инструкции; так нередко и поступают, чтобы облегчить свою работу. Но не лучше ли взять в расчет эти особенности и приспособить универсальную рекомендацию к нуждам именно того больного, который просит нашей помощи здесь и сейчас? Согласен, такое индивидуальное, «кустарное» решение не будет полностью удовлетворять требованиям доказательной медицины. Однако ведь по самой своей специфике врачевание – занятие штучное, вроде изготовления скрипок. Доктор каждый раз вынужден принимать решения и действовать, не имея всей, да к тому же еще и абсолютно достоверной информации. Например, в одном случае анамнез сомнителен, а то и вообще отсутствует (больной без сознания); в другом – нет возможности или времени провести полное лабораторное исследование; в третьем, результаты анализов ложатся в промежуточную область, и могут быть истолкованы по-разному. Трудности такого рода имеются постоянно. Чтобы справиться с ними и безотлагательно начать лечение, врач и сейчас, в эпоху доказательной медицины, вынужден решать многие вопросы в одиночку, самостоятельно и приравнивать рекомендованное в учебниках лечение к своему больному, опираясь только на свой здравый смысл и прошлый опыт.

Здесь мы подходим к вопросу о ценности индивидуального опыта. Когда главной опорой медицинского знания делают массовые исследования, то невольно начинают пренебрегать тщательным анализом отдельных наблюдений и индивидуальным врачебным опытом. Вот что говорит об этом уже процитированный манифест (JAMA 1992; vol. 268, p. 2420-25): «Доказательная медицина развенчивает (de-emphasizes) интуицию, несистематизированный клинический опыт и патофизиологические объяснения как достаточные основания для принятия клинических решений».

Но ведь главное, что отличает зрелого, хорошего врача от начинающего и тем более от студента, это не количество прочитанных книг и статей, а именно наличие *собственного* опыта. У каждого врача есть яркие или необычные случаи в своей личной практике, которые научили его многому, причем гораздо крепче и основательнее, чем книги или статьи. Дело в том, что эти конкретные случаи окрашены его, врача, собственными переживаниями и размышлениями. Именно из таких бесчисленных встреч с больными один на один, из отдельных наблюдений, ошибок и удач складывается индивидуальный опыт – главный капитал каждого врача. Так было и так будет всегда, и никакой, самый головокружительный прогресс не может

изменить этого обстоятельства. Конечно, врач непременно учитывает в своей работе также и коллективный медицинский опыт, но он его рассматривает в свете собственного опыта. И чем богаче собственный опыт, тем лучше может врач использовать коллективные знания в лечении того конкретного больного, которым он занимается именно сейчас. Вот это сознательное индивидуализирование в каждом отдельном случае, а не слепое следование общим рекомендациям и отличает искусного врача от заурядного ремесленника.

Современные массовые исследования гипнотизируют своим охватом громадного количества больных и внушительными статистическим выкладками. Но попробуем представить в подробностях, как такое массовое исследование происходит на самом деле, и к чему это может привести. Для того, чтобы подтвердить преимущества нового противовоспалительного средства рофекоксиб перед прежним напроксеном, 2785 человек получали три месяца новое лекарство, а 2772 человека – старое лекарство (Ann. Int. Med. 2003; 139:539). Перед началом эксперимента, затем спустя полтора месяца и в конце (через три месяца) каждого участника вызывали на личный осмотр и проводили соответствующие анализы. Этим и ограничивался личный контакт исследователя с испытуемым (слова «врач» и «больной» здесь как-то неуместны). При подведении результатов оказалось, среди прочего, что в контрольной группе (старое лекарство) возник всего один инфаркт миокарда, тогда как в основной группе – пять случаев. Но при сопоставлении с громадными размерами групп это осложнение кажется весьма редким, а разница статистически недостоверной ($P > 0, 2$). Поэтому организаторы исследования сочли возможным пренебречь этим неприятным фактом.

А теперь представим себе обычного семейного врача, который решил дать это же новое средство одному из своих больных по поводу болей в суставах. Спустя неделю больной сам пришел на прием к нему и пожаловался на учащение приступов стенокардии. Доктор сначала не связал это с новым лекарством и просто усилил противоангинозную терапию, которую больной получал и ранее. Однако жалобы продолжались. Доктор снова изменил лечение, но безуспешно. Тогда он встревожился и направил больного в больницу. К сожалению, в тот же день возник инфаркт. Больничные врачи тоже не связали инфаркт с новым лекарством: ведь в литературе таких данных еще не было. Но у семейного врача остался неприятный осадок в душе и подозрение, что эти два события как-то связаны между собой. Он отлично понимает, что утверждать это с определенностью нельзя: это всего-навсего один случай. Но своему следующему больному с остеоартритом, особенно, если у него есть вдобавок ишемическая болезнь сердца, он вряд ли назначит это лекарство. Можно, конечно, обвинить этого врача в том, что он недостаточно проникся идеями новой, доказательной медицины: ведь вероятность того, что и у второго больного тоже возникнет инфаркт, ничтожно мала. Но я назову его поведение разумной осторожностью. Она проистекает не из трусости, а из высокого чувства ответственности за судьбу пациента, доверившегося ему. Для такого врача каждый больной – это не просто ещё одна статистическая единица в обширном исследовании, а живой человек. Вот почему он так внимательно относится ко всем его особенностям и к его индивидуальной реакции на лечение, тем более, когда она оказывается неожиданной. Он не отмахнется от неприятного сюрприза, как от случайности и не будет ждать, пока этот сюрприз повторится еще несколько раз, чтобы только тогда сделать правильный вывод. Он поступит так потому, что этот случай слишком памятен ему в мельчайших деталях: ведь больному повторно обращался, а он оказался не на высоте. Лично я предпочел бы лечиться именно у такого доктора...

Другой пример. Совершенно ясно, что высокое артериальное давление изнашивает сосуды, а это способствует возникновению инфарктов миокарда и мозговых инсультов. Поэтому польза от снижения повышенного артериального давления очевидна и без всяких массовых проверок. За последние десятилетия фармакология снабдила нас множеством высокоэффективных гипотензивных средств. Вопрос лишь в том, до какого предела стоит снижать

это давление. На первый взгляд ответ ясен – до нормального уровня. Но когда мы пытаемся определить эту норму, начинаются серьезные трудности.

При поголовном измерении артериального давления у больших групп населения, из которых заранее исключены заведомо больные люди, оказывается, что у лиц старше 40-50 лет оно часто выше, чем в молодом возрасте. Точно так же хорошо известно, что эссенциальная гипертония – это болезнь преимущественно зрелого и пожилого возраста; у молодых она встречается редко. Так за счет чего же средний уровень давления у пожилых выше – за счет физиологической закономерности старения, или в этой группе оказываются также больные с начальными, еще не диагностированными формами эссенциальной гипертонии? Скорее всего, здесь имеют место оба эти явления, но разделить их практически невозможно. Дело в том, что граница между нормальным и повышенным давлением расплывчата. Для сравнения: в диагностике туберкулеза главным критерием является наличие или отсутствие в организме палочек Коха; здесь ответ четкий: да или нет. Напротив, критерии эссенциальной гипертонии не столь определенные. Считать ли, например, давление 140/90 всё ещё пограничным вариантом нормы или уже начальной гипертонией? В каждом отдельном случае бесспорное суждение можно сделать лишь ретроспективно: если при дальнейшем наблюдении давление колеблется незначительно, то, стало быть, это вариант нормы. Если же давление будет увеличиваться, то это укажет на развитие гипертонической болезни.

Эта неопределенность влияет на лечебные рекомендации. Выдающийся американский кардиолог Фридберг в своем классическом руководстве по кардиологии писал в 1956 г.: «У больного с систолическим давлением ниже 200 и диастолическим давлением 110 или меньше обычно нет показаний для использования гипотензивных средств». (Ch. Friedberg. Diseases of the Heart, Second ed., 1956, p. 937). Он полагал, что применять гипотензивные лекарства надо только у больных с ещё более высоким давлением. Читатель может подумать, что такая пассивность вызывалась просто отсутствием в то время по-настоящему сильных гипотензивных средств. Это не так. Фридберг уже применял резерпин, апрессолин и ганглиоблокаторы – вполне эффективные лекарства.

Но уже через 26 лет самый авторитетный американский справочник для практических врачей рекомендовал: «Все больные с диастолическим давлением 90 мм рт. ст. или выше должны получать гипотензивные средства» (The Merck Manual, 14th ed., 1982). Прошло 17 лет, и тот же справочник стал предлагать ещё более наступательную тактику: «Больные с систолическим давлением 140-149 мм рт. ст. и/или диастолическим давлением 90-94 мм рт. ст. должны получать гипотензивные средства» (The Merck manual, 17th ed., 1999).

Наконец, в декабре 2003 был опубликован отчет американского комитета по гипертонии (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure – JNC 7). В нем желательной целью объявлялось давление *меньше* 140/90, а для больных диабетом и хроническим заболеванием почек *ниже* 130/80. При этом врачам рекомендовали помнить, что «начиная с давления 115/75, риск цереброваскулярных осложнений удваивается с каждым повышением давления на 20/10 мм рт. ст.». Для энтузиастов доказательной медицины это ясный намек, что снизить давление до 135/85 – это хорошо, но еще лучше снизить его до 115/75!

Эти новейшие рекомендации основаны на громадных статистических материалах, они удовлетворяют всем требованиям доказательной медицины. Поставленная цель кажется логичной, понятной и убедительной. Так и хочется сразу принять её как руководство к действию без дальнейших рассуждений. Но вдруг на память приходит другой, ещё более бесспорный и соблазнительный совет: «Лучше быть богатым и здоровым, чем бедным и больным». В обоих случаях цель хорошая, но как достичь её? В моей практике только у части больных удается приблизить давление к нормальным величинам без нежелательных побочных реакций. К со-

жалению, довольно часто больные начинают жаловаться то на слабость, то на сонливость, то на кашель. Замена одного лекарства другим помогает не всегда: либо новое средство не снижает давления, либо вызывает другое побочное действие. Нетрудно убедить больного перетерпеть несколько дней, пока пройдут, скажем, послеоперационные боли. Но как уговорить его годами принимать лекарство, которое постоянно вызывает неприятные ощущения? В результате, после нескольких проб выбираешь наименее тягостную для больного комбинацию, но при этом часто приходится довольствоваться давлением порядка 140-160/90 мм рт. ст. Особую трудность представляет изолированная систолическая гипертензия, столь частая у пожилых людей. Кстати, авторы рассматриваемого отчета JNC 7 пишут, что «гипертензия встречается в более чем в двух третях лиц старше 65». Неужели пожилые люди почти все поголовно больны, да ещё одной и той же болезнью? Вот седина действительно бывает у большинства стариков, но ведь седина это не болезнь, а просто возрастной признак. Точно так же с возрастом изменяются эластичные свойства и прочность артерий, что чисто физически приводит к повышению систолического давления. Так может быть, именно эти изменения и являются причиной цереброваскулярных катастроф, а систолическая гипертензия просто свидетельствует о возрастных изменениях сосудов? Ведь мозговые инсульты бывают у стариков и при совершенно нормальном давлении. Но если систолическая гипертензия вызвана возрастом, то ликвидировать её так же трудно, как и другие естественные признаки старения. Впрочем, вполне возможно, что на этот физиологический процесс иногда наслаивается настоящая гипертоническая болезнь. В этом случае риск инсультов, естественно, увеличивается, и тогда стремление снизить давление будет вполне оправдано. Как бы то ни было, даже при самом добросовестном лечении редко удается снизить систолическое давление у пожилого больного до 150–140 мм рт. ст., особенно, если относишься к пациенту с сочувствием и стараешься не отравить его старость слишком усердным лечением...

Косвенным подтверждением утопического характера рекомендации добиваться у каждого больного с артериальной гипертензией давления меньше 140/90 служит недавно проведенное исследование в Дании. Было опрошено 184 семейных врача, под наблюдением у которых находилось 5413 гипертоников со средним возрастом 66 лет. Только у 29% больных удалось снизить артериальное давление до рекомендуемого предела. Авторы исследования отмечают, что 32% больных получали только одно гипотензивное средство, и 39% – всего два средства. Это явный прокурорский намек на то, что если бы семейные доктора лечили более старательно (так и хочется сказать «более агрессивно»), то и результаты оказались бы лучше. Но стоит ли подозревать такое большое количество датских семейных врачей в недобросовестности? Гораздо проще предположить, что многие доктора поначалу действительно старались снизить артериальное давление во что бы то ни стало до рекомендуемых пределов, но их попытки так часто вызывали нежелательные побочные явления, что приходилось довольствоваться более скромными результатами. Этим можно также объяснить, почему больные получали всего одно или, самое большее, два гипотензивных средства: ведь в возрасте 66 лет часто приходится принимать и без того множество таблеток (по поводу диабета, простатизма, атеросклероза, бессонницы, запора и т.д.). Невозможно заставить человека принимать годами целые пригоршни таблеток...

P.S. А вот еще пример, к чему может привести увлечение доказательной медициной, если не умерять его здравым смыслом. Недавно в *British Medical Journal* (BMJ 2009;338:b1665) опубликована большая статья трех английских профессоров. Это суммарный обзор, или, как теперь говорят, мета-анализ 147 отдельных исследований, посвященных одному вопросу – действительно ли лекарства против повышенного артериального давления уменьшают вероятность инфарктов миокарда и мозговых инсультов. Всего, таким образом, было охвачено 985 000 человек (!!!) – величина громадная даже по меркам доказательной медицины. Сводные

данные подверглись тщательной статистической обработке, представлены многочисленные графики и таблицы. Всё это создает впечатление большой надежности и достоверности. Но вывод авторов статьи буквально ошеломляет. Для того чтобы спасти человечество от сердечнососудистых катастроф, они предлагают давать небольшие дозы гипотензивных средств (всё равно каких) ВСЕМ ЛЮДЯМ СТАРШЕ 55 ИЛИ 60 ЛЕТ ПОГОЛОВНО без всякого измерения артериального давления!!! Правда, когда изумление проходит, то при более внимательном чтении оказывается, что никто из авторов не занимается практической лечебной работой: один из них – профессор эпидемиологии, другой – профессор медицинской статистики, а третий – профессор «экспериментальной и профилактической медицины». Вдобавок, двое из них несколько лет тому назад запатентовали некую комбинацию статина, трех гипотензивных средств, аспирина и аскорбиновой кислоты, утверждая, что эта смесь уменьшает риск сердечнососудистых катастроф у всех лиц старше 55 лет...

Я хотел бы закончить эти размышления словами известного американского кардиолога Бернарда Лауна (Bernard Lown). В своем персональном блоге он написал 23 марта 2011 г.: «Доктора гордятся тем, что они практикуют доказательную медицину. Но это самая простая её часть. Гораздо труднее практиковать индивидуализированную медицину. Еще труднее заниматься таким лечением, которое связывает воедино два человеческих существа. А настоящее чудо возникает только тогда, когда больной позволяет доктору взглянуть поглубже в свои глаза»...

ЕСТЕСТВЕННАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

В 1868 г. знаменитый французский врач Труссо сказал в своей вступительной лекции к курсу внутренних болезней: «Знать естественный ход болезней – это больше, чем половина всей медицины... Познать ход болезней – это самое важное, самое фундаментальное понятие для практического врача». Выражение «естественная история болезни» означает, как протекает данная болезнь сама по себе, с самого начала и до выздоровления или до смерти *безо всякого медицинского вмешательства*. Польза такого понятия очевидна. Только зная естественное течение болезни, можно оценить истинную пользу наших лечебных мероприятий – действительно ли они укорачивают длительность заболевания, или уменьшают частоту осложнений, или, наконец, предупреждают наступление смертельного исхода. Как ни странно, в наше время оно почти позабыто. В англоязычном издании Википедии статья, посвященная этому выражению (**natural history of disease**), занимает всего 8 (восемь!) строчек. Такая же статья (но более подробная) есть ещё в испанском и португальском издании Википедии, а также в её вариантах на каталонском (!) и тамильском (!!!) языке, вот и всё. Однако её нет ни в русском издании, ни в немецком, ни во французском, ни в итальянском (данные на ноябрь 2012 г.)... Выяснить естественную историю болезни трудно. Ведь как врачи, так и больные, да и всё общество считают морально недопустимым оставить заболевшего человека без медицинской помощи и ограничиться только наблюдением. И всё-таки можно получить представление о том, как протекала бы та или иная болезнь, если бы её не лечили. Например, каждый врач со сколько-нибудь продолжительным стажем встречает иногда больных с запущенным, то есть поздно обнаруженным и потому не леченым раком. Каждый из таких случаев неизменно заканчивается смертью в ближайшие месяцы или годы. Реже, но всё же бывает, когда врач обнаруживает рак на относительно ранней стадии, но больной решительно отказывается от лечения, и тогда врач имеет возможность наблюдать дальнейшее самостоятельное развитие драмы. Также и в этой ситуации финал всегда один – спустя довольно короткое время больной умирает от этой болезни. Таким образом, естественная история рака общеизвестна – это неуклонно прогрессирующее заболевание, которое без лечения *непрерывно* приводит больного к смерти в течение всего нескольких лет с момента обнаружения.

При некоторых заболеваниях врачи используют разные, иногда совершенно противоположные методы лечения, а течение болезни оказывается, в сущности, одинаковым. Вспомним известную шутку, что если простуду не лечить, то она длится семь дней, а если лечить, то она заканчивается через неделю. Ясно, что такое лечение не изменяет естественного течения болезни.

А вот какова естественная история артериальной гипертонии? Здесь ситуация гораздо сложнее. Иногда мы обнаруживаем повышенное артериальное давление неожиданно при обычном, рутинном измерении, хотя пациент обратился совсем по другому поводу. В этом случае остается неизвестно, случайный ли это подъем, или давление у этого человека уже давно повышено. Ведь обычно повышенное давление долго не сказывается на самочувствии. Таким образом, начало гипертонии остается в тумане, и потому наши представления о её реальной длительности не очень надежны. Скорее всего, эта болезнь ещё более продолжительна, чем нам кажется. С другой стороны, каждый врач знает больных, у которых артериальное давление остается высоким уже многие годы, несмотря на попытки лечения. При

этом общее состояние нередко оказывается вполне удовлетворительным. Отсюда следует, что артериальная гипертония может иногда протекать очень долго (годы и даже десятилетия) и не причинять явного вреда.

Впрочем, гораздо чаще врачу приходится иметь дело с больными, у которых длительная гипертония всё-таки привела к какому-то серьезному ухудшению общего состояния, к инвалидности, а то и к смертельному исходу. Эти последствия гипертонии общеизвестны: «У не леченого пациента с гипертонией есть большой риск декомпенсации левого желудочка сердца, инфаркта миокарда, мозгового кровоизлияния или мозгового инфаркта, а также возникновения недостаточности почек в относительно молодом возрасте» (Справочник Мерка, 17 изд., 1999 г.).

Итак, злокачественная опухоль при отсутствии лечения непременно заканчивается гибелью больного (100% смертность от болезни). Напротив, при длительной артериальной гипертонии есть лишь увеличенная *возможность* получить новое тяжелое и опасное заболевание. Иными словами, естественная история артериальной гипертонии имеет несколько возможных финалов. Часть из них хорошо знакома каждому интернисту, ибо их лечением он занимается чуть ли ни каждый день. Но помимо этих печальных вариантов вполне возможен, стало быть, и совсем другой финал: гипертония сопровождает человека многие годы и даже десятилетия, но, несмотря на это, он благополучно доживает до глубокой старости; или же смерть наступает совсем от другой причины (рак, несчастный случай, воспаление легких и т.п.).

Возникает вопрос, в каком проценте случаев бывает этот, если так можно выразиться, благоприятный исход, то есть, как часто продолжительная артериальная гипертония не приводит ни к мозговому кровоизлиянию, ни к тяжелому заболеванию сердца или почек, и гипертоник умирает от другой причины, не вызванной повышенным кровяным давлением?

Есть много эпидемиологических работ, которые содержат фактические сведения, косвенно дающие ответ на этот вопрос. Вот краткая выписка из обширного отчета Национального центра по медицинской статистике США за 1996 год (Current Estimates From the National Health Interview Survey, 1996). Эти результаты заслуживают особого внимания, поскольку они основаны на обработке данных всей системы здравоохранения США и потому отражают истинную заболеваемость всего населения страны, а не какой-то произвольной статистической выборки.

Частота некоторых заболеваний в США

Возраст	18-44 года	45-64 года	65-74 года
Гипертония	5%	21%	35%
Цереброваскулярная болезнь (ЦВБ)	0,2%	1,3%	4%
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	0,4%	5,2%	13%

Из таблицы следует, что в молодом возрасте (от 18 до 44 лет) гипертония встречается у 5% населения, а частота ИБС и ЦВБ вместе составляет в этом же возрасте всего $0,4+0,2 = 0,6\%$. Но ведь нередко ИБС и ЦВБ бывают у больных с совершенно нормальным давлением, и тогда гипертония не является причиной этих заболеваний. Допустим, что только у половины этих больных давление было повышено; их окажется $0,6\%:2 = 0,3\%$. Но и это еще не всё. Мозговой инсульт даже у гипертоника может возникнуть не вследствие разрыва сосуда из-за чрезмерно высокого давления, а совсем по другой причине (тромбоз, тромбоэмболия). Более того, мозговые кровоизлияния составляют всего 17% всех инсультов, тогда как ишемические инсульты бывают гораздо чаще – 83% (Stroke. 1999; 30: 736-743). Поэтому количество больных, у которых поражение сердца или мозга связано с гипертонией, на самом деле даже меньше, чем 0,3%. С учетом этого сделаем несложный расчет. Итак, на 1000 лиц в возраст-

те 18-44 года в США приходится 50 гипертоников, из которых, самое большее, 3 человека имеют к тому же поражение сердца или мозговых сосудов. Иными словами, из 100 больных гипертонией в возрасте от 18 до 44 лет сердечное или мозговое осложнение возникает всего у 6 человек, то есть у одного гипертоника из семнадцати – не очень-то часто.... Правда, можно возразить, что в таком относительно молодом возрасте гипертония обычно ещё не очень давняя, и потому она еще не успела вызвать осложнения. Возьмем зрелый возраст 45–64 года. Точно такой же расчет показывает, что даже в этой возрастной группе сердечные или мозговые осложнения возникают только у 16 гипертоников из 100, или у одного из шести; следовательно, у пяти гипертоников из шести этих осложнений не будет.

Иными словами, **артериальная гипертония вызывает ишемическую болезнь сердца или сосудистое поражение головного мозга у явного меньшинства гипертоников.** Я уже не говорю о почечной недостаточности: она, как осложнение гипертонии, наблюдается очень редко; это может подтвердить любой врач на своем опыте. В целом же приходится заключить, что артериальная гипертония является в большинстве случаев заболеванием с относительно благоприятным прогнозом...

Этот неожиданный вывод противоречит общепринятой практике энергичного лечения каждого больного гипертонией, как болезни очень опасной. Как объяснить этот парадокс?

Рассмотрим сначала самый многочисленный вариант этой болезни, а именно гипертонию пожилых людей. С возрастом её частота неуклонно и круто возрастает. Так, по данным другого, тоже очень солидного источника (Seventh Report of High Blood Pressure – JNC 7), если в возрасте от 18 до 44 лет гипертонию находят у 5% населения, то в возрасте 60-69 лет её обнаруживают уже у **половины** населения. А среди тех лиц, которые имели нормальное давление в возрасте 55-65 лет, но дожили до 80-85 лет, гипертонию находят в 90%, то есть, **почти у всех.** Невозможно предположить, что практически все пожилые люди болеют одной и той же болезнью. Зато совершенно ясно, что по мере старения многие свойства и параметры организма закономерно и существенно меняются. С годами аорта и отходящие от неё крупные сосуды теряют свою эластичность, становятся более жесткими и неподатливыми. В этом, кстати, можно легко убедиться, рассматривая стандартные рентгенограммы грудной клетки: у пожилых людей грудной отдел аорты виден гораздо чаще и лучше, чем у молодых из-за большей плотности. Эти отвердевшие стенки крупных магистральных сосудов уже не могут легко **расширяться, чтобы свободно воспринять всю кровь, выбрасываемую левым** желудочком сердца при каждой систоле. В результате давление в аорте во время систолы возрастает значительно выше обычного. Однако, если отток крови из аорты в мелкие артерии и дальше на периферию свободен, то есть, если артерии и артериолы не спазмированы, то во время диастолы давление в аорте успеваеет снизиться до нормы с тем, чтобы вновь подняться при следующем сердечном толчке.

Следовательно, такая изолированная **систолическая** гипертония - это не болезнь, которую надо обязательно лечить, а всего лишь одно из проявлений нормального процесса старения. Именно это объясняет, почему её так трудно снизить с помощью лекарств до «нормы», за которую принимают систолическое давление молодых людей (120-130 мм рт. ст.). Каждый практический врач знает, что это либо совсем не достижимо, либо удастся ценой значительных побочных явлений. Это подтверждают и многочисленные отчеты о лечении гипертонии: диастолическое давление удается нормализовать примерно у 90% больных, тогда как систолическое давление удается снизить до нормы только у 50% (Circulation. 2005; 111: 1094-1096).

Правда, здесь надо сделать одну существенную оговорку. Некоторые проявления старости, как, например, седина или морщины, никак не сказываются на образе жизни пожилого человека, и потому их никто не считает болезнью. Но другие последствия процесса старения при некоторых условиях можно считать уже болезнью. Так, изнашивание и истирание су-

ставных хрящей в пожилом возрасте наступает с годами практически у всех. Подвижность, конечно, несколько страдает, но поскольку это происходит у каждого старика, то все понимают, что это «от возраста». Однако у некоторых лиц изнашивание идет настолько интенсивно, что эти люди, в отличие от своих сверстников, почти не могут ходить. Вот такое состояние вполне можно назвать болезнью (например, коксартроз), и тогда попытки её лечить будут вполне оправданы.

Точно так же следует относиться к изолированной систолической гипертонии пожилого человека. Если систолическое давление повышено умеренно (150–170 мм рт. ст.), то вряд ли стоит его снижать, и уж во всяком случае, не следует лечить беднягу «до бесчувствия». Естественная история такой гипертонии относительно благоприятна: это очень длительное состояние, которое совместимо с нормальной продолжительностью жизни человека. Если же систолическое давление доходит до очень высоких цифр (200–220–250 мм рт. ст.), то возникает реальная опасность разрыва аорты, или мозгового сосуда; такую систолическую гипертонию вполне можно назвать болезнью. Тогда действительно показано энергичное лечение, чтобы снизить чрезмерно высокое давление.

Возникает вопрос, а как же лечить эту чересчур высокую систолическую гипертонию? Ведь мы пока не можем вернуть аорте её прежнюю эластичность! – Это так, но высокое систолическое давление является следствием не только увеличенной неподатливости стенок аорты и крупных сосудов. Если просвет мелких артерий и артериол достаточно велик, то часть крови успевает покинуть аорту и магистральные сосуды еще во время систолы, и тогда давление в аорте не может возрасти до опасных значений. Следовательно, уменьшая периферическое сопротивление, то есть, раскрывая мелкие артерии и артериолы, можно в какой-то мере снизить и систолическое давление. Как известно, большинство гипотензивных лекарств – это сосудорасширяющие средства.

Кроме того, есть и еще один способ снизить систолическое давление. Если сокращение сердца происходит очень быстро, резким толчком, то в аорту сразу, одновременно поступает большой объем крови, и давление в ней стремительно возрастает. Если же сердце сокращается не столь резко, а плавно, то наполнение аорты кровью происходит постепенно, и часть систолического выброса успевает сразу уйти на периферию; в этих условиях систолическое давление в аорте также не поднимется до опасного уровня. Как известно, бета-блокаторы воздействуют не только на периферические сосуды, но и на сердечную мышцу. Они блокируют возбуждающее действие адреналина на миокард, и тогда сокращение сердца происходит более спокойно, плавно. Наглядное представление о только что сказанном дает ощущение усиленных ударов сердца («бухание»), которое каждый испытывает при крайнем волнении. Частота сокращений сердца при этом нередко остается прежней или даже замедляется, но каждый удар становится настолько сильным, что это доходит до сознания. Многие артисты перед выходом на сцену принимают таблетку бетаблокатора, чтобы избавиться от этого неприятного ощущения. Вот почему эти лекарства могут избирательно снижать систолическое давление.

Впрочем, как бы ни расценивать изолированную систолическую гипертонию, одно можно сказать с абсолютной уверенностью: она очень распространена, поскольку она имеется у большинства пожилых людей, а их много. Однако в общей статистике болезней её включают в ту же самую рубрику гипертонии, что и другие варианты повышенного артериального давления, которые имеют другой патогенез и другое, часто гораздо более опасное течение. В результате вред от гипертонии в целом как бы размывается, и создается впечатление о более благоприятном прогнозе.

Совсем другие механизмы вызывают артериальную гипертонию, возникающую в молодом возрасте. Здесь главной причиной повышения давления является длительный спазм мел-

ких артерий и артериол. Это затрудняет отток крови из аорты дальше на периферию, и в результате давление в аорте остается повышенным не только во время систолы, но и во время диастолы. Такую комбинированную, или систолодиастолическую гипертонию обнаруживают чаще всего в молодом и в зрелом возрасте (примерно, от 25 до 55 лет), и потому она не имеет никакого отношения к естественным процессам старения. Эта гипертония отличается от гипертонии систолической не только по механизму своего возникновения, но и по своей естественной истории и, значит, по прогнозу. Это убедительно показывает другое крупное статистическое исследование, которое изучало распространение гипертонии в Канаде (СМАJ. 2012 January 10; 184(1): E49–E56). Также и эта публикация дает истинные, а не экстраполированные величины заболеваемости и смертности для всего населения Канады. Кстати, здесь также констатируется крутой рост частоты гипертонией в зависимости от возраста: в возрасте 40–44 года – 10%, в 60 – 64 года – 45%, в 80–84 года – 75%.

Но наиболее поучительными являются данные о смертности. В возрасте 20-29 лет смертность у гипертоников *от всех причин* была **в четыре раза** больше, чем у лиц того же возраста, но с нормальным давлением. В старших возрастных группах эта разница постепенно уменьшалась: в возрасте 45–50 лет смертность у гипертоников была выше, чем у нормотоников уже только в два раза, а в возрасте 70 лет и старше эта разница практически исчезала. Иными словами, гипертония в молодом и в среднем возрасте является очень важным самостоятельным фактором смертности. Напротив, у стариков вероятность наступления смерти почти не зависит от того, есть ли у них гипертония, или же давление нормально: здесь на первое место выходят другие факторы. Это лишний раз подтверждает, что в преклонном возрасте гипертония чаще всего оказывается не самостоятельной болезнью, а просто одним из проявлений процесса старения. Итак, если и надо лечить гипертонию, то особенно настойчиво надо лечить её у молодых...

Эта статья была уже полностью написана, когда я ознакомился с интереснейшей статьей, опубликованной 40 лет назад в журнале The Lancet, (Volume 304, Issue 7878, Pages 431 - 433, 24 August 1974). Её автор Джон Фрай (John Fry, 1922-1994) – примечательная личность. Он проработал врачом общей практики (general practitioner) в одном из пригородов Лондона **сорок четыре года** (!) – с 1947 г. по 1991 г. В 1974 году он обобщил свой громадный опыт амбулаторного врача в книге «Распространенные болезни» (Common Diseases), которая сразу стала бестселлером среди врачей и была переиздана 6 раз за несколько лет. Эта книга переведена на русский язык и опубликована в Москве в 1978 г.

В упомянутой статье под названием «Естественная история гипертонии» автор сообщает о 704 больных с артериальной гипертонией, которых он лично наблюдал на протяжении **более двадцати лет**. Поскольку в тот период по-настоящему эффективную гипотензивную терапию применяли редко (да её, в сущности, тогда еще и не было), то Дж. Фрай справедливо предположил, что его материал отражает естественную историю гипертонии. По его данным, смертность от всех причин у гипертоников значительно превышала смертность людей с нормальным давлением, в особенности у лиц моложе 60 лет. При этом, чем моложе была возрастная группа, тем больше было это различие. Кроме того, смертность была тем больше, чем выше было диастолическое давление. Однако в возрасте после 60 лет разница в смертности между гипертониками и нормотониками сглаживалась. Автор делает поэтому осторожный вывод, что гипотензивная терапия показана, главным образом, для гипертоников моложе 60 лет, в особенности же для молодых гипертоников с высоким диастолическим давлением...

ПОСТСКРИПТУМ. В февральском номере влиятельнейшего журнала американской медицинской ассоциации за этот год (JAMA, vol 311, No. 5, February 5, 2014) опубликова-

ны новейшие рекомендации по лечению артериальной гипертензии у лиц старше 60 лет (the Eighth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - JNC 8). Оказывается, врачам советуют сейчас снижать артериальное давление всего до 150/90 мм рт. ст., а не до 140/90, как было принято раньше. Такая либерализация приведет к тому, что в одних только Соединенных Штатах количество пожилых гипертоников, у которых надо было снижать артериальное давление согласно прежним критериям, уменьшится на 5,8 млн. человек; вдобавок, еще у 13, 5 млн. больных врачам не надо будет упорствовать в снижении артериального давления до прежней цели – 140/90 мм рт. ст....

ГИПЕРТОНΙΑ НА БЕЛЫЙ ХАЛАТ

Это выражение, или «гипертензия белого халата» (white coat hypertension) используют для обозначения хорошо известного врачам феномена. У некоторых людей артериальное давление, если его измеряет доктор, особенно в своем кабинете, оказывается заметно выше, чем при измерении самим пациентом или его близкими в привычных домашних условиях. Это повышение объясняют волнением и тревогой, которые овладевают многими при попадании в загадочный мир медицины. Явление это встречается довольно часто. Обычно его рассматривают просто как досадную помеху, искажающую истинную картину. Действительно, обнаружив высокое давление при собственноручном исследовании, врач может ошибочно диагностировать артериальную гипертензию у пациента, у которого на самом деле давление, как правило, нормально (гипердиагностика заболевания). Для того чтобы обойти это нежелательное препятствие, некоторые предлагают, чтобы давление измерял не сам доктор, а медсестра или даже просто автоматический аппарат. Группа американских авторов рекомендовала с этой целью глубокое дыхание (J Am Board Fam Med. 2004;17,3, 184-189). По их словам, после нескольких глубоких вдохов давление у пациента снижается, и повторное измерение дает величину, которая не искажена влиянием «белого халата». Впрочем, не могу не заметить, что уже давным-давно (с 1957 г.), я многократно был свидетелем того, как мой тогдашний шеф проф. Б.Е.Вотчал регулярно использовал тот же самый прием именно с этой целью, – почти за полвека до публикации в американском журнале... Как бы то ни было, гипертензии на белый халат обычно не придают большого значения. Но вот случай из практики, многому научивший меня. В 1962 г. в клинику проф. Б.Е.Вотчала поступил для лечения по поводу эссенциальной гипертензии академик В.В.Парин. Он был известен не только как выдающийся физиолог, но и как невольный «герой» одной из мрачных историй сталинского послевоенного времени. В 1946 г. во главе группы советских ученых он посетил США по приглашению Американской академии наук и договорился о совместном издании двумя академиями книги, в которой рассказывалось об экспериментах в СССР по поискам противораковых антибиотиков. Инициатива издания этой книги принадлежала Министерству Здравоохранения СССР и была лично одобрена тогдашним министром иностранных дел В.М. Молотовым, вторым человеком в государстве после Сталина. Тем не менее, по возвращении В.В.Парина арестовали, обвинили в том, что он продал американцам секрет лечения рака (!) и осудили на 25 лет тюрьмы. Наскоро был выпущен «художественный» кинофильм «Суд чести», в котором клеймили ученых, пресмыкавшихся перед буржуазным Западом, и дошедших в своем моральном падении до шпионажа в пользу врага... После смерти Сталина вздорные обвинения сняли, В.В.Парин был полностью реабилитирован, и его научная деятельность развернулась еще успешнее. Он даже возглавил все медико-биологические исследования в советской космической программе. Однако годы, проведенные во Владимирской тюрьме, не прошли бесследно. У Василия Васильевича возникла высокая артериальная гипертензия, не поддававшаяся тогдашним лекарствам. Шеф клиники проф. Б.Е.Вотчал назначил меня лечащим врачом В.В.Парина. Я должен был испробовать новое зарубежное гипотензивное средство, поступившее к нам на апробацию, – исмелин (guanethidine).

Василий Васильевич был очень интересным и приятным собеседником, так что во время утренних обходов я обычно слегка задерживался в его палате. Однажды, измерив давление (оно было 140/90) и не сняв манжету тонометра, я перевел разговор на обстоятельства его

ареста. Василий Васильевич с большим юмором рассказал, как сразу после служебной командировки в Академию наук США его вызвали на заседание Политбюро, как все члены Политбюро молча и с испугом следили за тем, как Сталин прохаживался по громадному залу, как, наконец, Сталин сказал: «Я Парину не доверяю», как его потом повезли на Лубянку в такой спешке, что забыли захватить его паспорт, и поэтому охрана там долго препиралась с арестовавшими его офицерами и не хотела его впускать, и т.д. Не прекращая беседы, я вновь измерил давление. Она оказалось 240/130, хотя, насколько можно было судить по всему поведению больного, он был совершенно спокоен и с добродушной улыбкой вспоминал о приключении, которое закончилось давным-давно, да еще самым благополучным образом. Я незаметно перевел разговор на тему патофизиологии легочного кровообращения, что интересовало тогда нас обоих, и вновь измерил давление. Оно снова было 140/90! Значит, даже мимолетное воспоминание об уже давно изжитом тягостном эпизоде, которое, вроде бы, не сопровождалось эмоциями гнева и горечи, всё-таки вызвало резкое повышение артериального давления. Можно лишь догадываться, каким было это давление тогда, в те ужасные минуты! А вот и своеобразное продолжение этой истории, которое мне довелось наблюдать много лет спустя. В 1971 г. В.В. Парин скончался, но с его женой Ниной Дмитриевной у меня сохранились самые дружеские отношения. Несколько раз она рассказывала мне, что у нее появилась лабильная гипертония, при чем резкие подъемы давления возникали как будто без всякой видимой причины. Некоторые врачи, да и сама больная склонны были связывать эти скачки с модной тогда причиной – атмосферными пертурбациями и «магнитными бурями». Один из таких кризов закончился кровоизлиянием в сетчатку глаза. Возник же этот криз сразу после посещения ею могилы В.В. в годовщину его смерти!..

Разумеется, я знал из книг, что артериальное давление может повыситься под влиянием страха, тревоги или ярости. Но мне казалось, что это бывает, если эмоции настолько сильны, что они проявляются не только подъемом давления, но и во всём поведении человека. Ведь когда физиологи изучают влияние эмоций на артериальное давление, они вынуждены подвергать экспериментальных животных чрезвычайно сильным стрессам, чтобы иметь видимое даже со стороны доказательство душевной бури. Здесь же резкий скачок давления был вызван всего лишь мимолетным неприятным воспоминанием, о котором пациент рассказывал совершенно невозмутимо и даже с добродушным юмором. Вероятно, Василий Васильевич и в самом деле не испытывал при этом по-настоящему сильный гнев, горечь и негодование. Точно также житейский опыт говорит нам, что ежегодное посещение могилы мужа не является каким-то исключительным событием, и вряд ли должно вызывать у его вдовы настолько сильное душевное потрясение, так что гипертонический криз будет неизбежным. Оказывается, даже мимолетное душевное волнение, которое человек может попросту не заметить из-за его слабой интенсивности, способно иногда вызвать резкий скачок артериального давления! И действительно, нередко, когда я находил гипертонию на белый халат у своих пациентов, они с удивлением и недоверием слушали мое объяснение, что они, оказывается, испытывают сейчас волнение, и что именно поэтому давление повысилось.

Но ведь в реальной жизни чуть ли не ежедневно бывают стрессы гораздо сильнее, чем рутинный визит к врачу, например, семейные ссоры, конфликты на работе, тревога за родных и близких, горечь несбывшихся надежд, денежные проблемы и т.д. Такие эмоции не могут не вызывать значительную сосудистую реакцию. Это одна из причин, что наше артериальное давление постоянно колеблется.

Вот почему теперь при жалобе на лабильную гипертонию, я думаю, в первую очередь, не о феохромоцитоме или о какой-либо другой экзотической причине повышения артериального давления. Вместо этого я с особым вниманием расспрашиваю больного о его жизненных обстоятельствах и деликатно пытаюсь проникнуть в его внутренний душевный мир. Как прави-

ло, при таком подходе удастся обнаружить какое-то душевное неблагополучие, «невидимые миру слёзы». Это объясняет внезапные подъемы артериального давления гораздо проще и убедительнее, чем модная ссылка на перемену погоды или «магнитные бури». Кроме того, такая тактика оказывается гораздо продуктивнее, чем упорные поиски каких-то гормональных расстройств. Многолетний опыт научил меня, что безуспешны попытки нормализовать такое скачущее давление с помощью одних лишь гипотензивных средств. Эти лекарства в умеренных дозировках не предупреждают внезапный всплеск артериального давления. Если же дозу увеличить, то в межприступный период, когда давление нормально, оно может упасть до опасного уровня. Эти больные нуждаются не только в таблетках, но и в психологической поддержке. Им надо помочь выработать стоицизм, научить их относиться к повседневным жизненным трудностям спокойнее, избавить их от привычки трагически воспринимать даже незначительные, в сущности, житейские невзгоды...

Конечно, сосудистый ответ на эмоцию зависит не только силы переживания, но и от реактивности конкретного человека. Недаром гипертония на белый халат наблюдается не у всех пациентов (от 25% до 77% в разных исследованиях). Но уж если человек реагирует повышением давления даже на осмотр врача, то какова же будет его реакция на подлинные жизненные трудности и конфликты, пусть даже мелкие, с которыми каждый из нас сталкивается чуть ли ни ежедневно? Легко предположить, что в дальнейшем именно из таких вот гиперреакторов рекрутируются больные эссенциальной гипертензией. Вот всего два подтверждения этой мысли.

В Японии длительно наблюдали за пациентами с четко выраженной гипертонией на белый халат (128 человек) и за лицами, у которых этой реакции не было (649 человек). Спустя **восемь лет** эссенциальная гипертензия возникла у **каждого второго** (46,9%) реактора на белый халат и только у **одного из пяти** (22,2%) стабильных нормотоников. Иными словами, сосудистая реакция на белый халат увеличивает шансы заболеть в будущем эссенциальной гипертонией более чем в два раза (Arch Intern Med. 2005 Jul 11;165(13):1541-6). Другое, тоже массовое исследование (2051 человек), выполненное в Италии (Hypertension 2013; 62: 168-174), обнаружило, что при длительном наблюдении (до 16 лет!) у больных с гипертонией на белый халат, но с нормальным давлением в домашних условиях, сердечнососудистая смертность была в 2,04 раза выше, чем у стабильных нормотоников. Что же касается больных, у которых артериальное давление было повышено постоянно, независимо от условий его измерения, то у них смертность была еще выше – 2,94.

Таким образом, гипертония на белый халат не является всего лишь досадным, но ничего не значащим мелким феноменом, на который просто надо делать мысленную поправку. Напротив, это ценный индикатор повышенной психологической и сосудистой реактивности данного пациента.

Рассмотрим довольно частую ситуацию. Больной с несомненной артериальной гипертензией получает уже вполне, казалось бы, адекватное лечение, так что давление при повторном измерении дома вполне удовлетворительное. Но как поступить доктору, если он у себя в кабинете снова обнаруживает высокие цифры? Невольно возникает желание избавиться от этого досадного факта, который портит такую в целом хорошую, благостную картину. Да и сделать это, оказывается, совсем легко. Можно, например, измерить давление еще несколько раз, пока больной не успокоится, и записать наименьшую цифру, или хотя бы взять среднюю арифметическую. Или предложить больному сделать несколько глубоких вдохов – это тоже снизит результат. Наконец, можно поручить измерение медицинской сестре – у неё цифры, наверное, будут лучше...

Но разве визит к врачу является таким уж тяжелым душевным переживанием? У всех у нас сплошь и рядом бывают гораздо более трудные обстоятельства, когда сосудистая реакция,

наверняка, несравненно сильнее. Тот факт, что артериальное давление дома стало нормальным, говорит лишь о том, что пока нам удалось снизить его только для максимально благоприятных условий спокойной домашней обстановки. Это все равно, как если бы мы избавили больного с тяжелой сердечной недостаточностью только от одышки в покое и посчитали бы это вполне достаточным достижением. Реакция на белый халат говорит, что наш подопечный всё-таки не защищен от резких скачков давления в реальных условиях активной жизни. Конечно, легко понять нежелание врача увеличивать дозировку гипотензивных средств в этой ситуации: как бы не вызвать чрезмерное падение артериального давления в условиях покоя. Моя тактика заключается в следующем. Если у моего пациента артериальное давление дома нормально (140/90 или ниже), а при моем измерении оказывается **значительно** выше (на 10–20 мм рт.ст. и более), то я всё-таки осторожно несколько увеличиваю дозировку, чтобы добиться уменьшения (не полной ликвидации!) этой разницы, то есть, гипертонии на белый халат.

Однако главное значение рассматриваемого феномена заключается в том, что он прямо-таки диктует врачу применить общеоздоровительные и психотерапевтические меры для понижения этой чрезмерной возбудимости и реактивности.

Кроме того, феномен гипертонии на белый халат можно использовать не только при оценке личности в целом, но и в прогностическом плане в смысле возможности развития в будущем эссенциальной гипертензии у данного пациента.

Случай, описанный в начале этого эссе, демонстрирует, вдобавок, какое громадное, прямое и очень быстрое воздействие оказывают отрицательные эмоции на артериальное давление человека. Конечно, в этом факте нет ничего нового. Но в учебниках и в обзорах, авторы которых стараются излагать проблему максимально полно, беспристрастно и со всех точек зрения, этот аспект упоминают лишь бегло среди множества других возможных факторов развития эссенциальной гипертензии (гипертонической болезни). Возьмем, например, русское издание такого солидного справочника, как Википедия. Кстати, в ней статья «Эссенциальная гипертензия» подверглась авторской правке совсем недавно (29 августа 2013 г.), и, стало быть, в ней изложены самые новейшие представления. В этом обзоре «психо-эмоциональные стрессовые ситуации» поставлены на **восьмое место** из **деяти** факторов возникновения этой болезни. Первые три места, очевидно, самые важные с точки зрения авторов, занимают «генетическая предрасположенность», «курение» и «избыточное потребление *поваренной соли*». В немецком варианте Википедии перечислено всего **четыре** патогенетических фактора, среди которых на **последнем** месте находится «гиперактивность симпатикуса (так в тексте – Н.М.) при хроническом стрессе». Наконец, в английском издании перечислены **восемь** факторов риска, в том числе даже «нехватка витамина D»; замыкает список курение, но нет буквально ни одного слова о нервно-психическом факторе!

Немудрено, что молодой врач привыкает видеть не живого мыслящего и страдающего человека, а лишь его кровеносные сосуды; в них находятся ионы натрия, молекулы ренина, ангиотензина, адреналина, инсулина, никотина и других веществ, которые, по его мнению, определяют уровень артериального давления...

Наверняка, все только что упомянутые факторы действительно играют какую-то роль в патогенезе эссенциальной гипертонии. Но экспериментаторы, которые так добросовестно исследуют их, не замечают за деревьями леса, они не видят того, что сразу бросается в глаза практическому врачу. Ведь перед ним не лабораторное животное, а человек с его богатой внутренней жизнью. Безо всяких научных статей врач-практик убеждается каждый день, какое громадное влияние оказывают эмоции на артериальное давление, да, впрочем, и на многие другие системы и органы любого человека. Как же можно успешно лечить эссенциальную гипертензию, если не учитывать этот, не побоюсь сказать, важнейший фактор?

В заключение приведу еще одно поучительное наблюдение.

Женщина 35 лет. Года два назад появились частые головные боли, и артериальное давление стало очень высоким (200–220/100–110 мм рт. ст.). В прошлом ничем не болела. Работает маляром, замужем, двое детей (девочки 10 и 12 лет). При обследовании. Спокойная, добродушная, приветливая, улыбающаяся, рассудительная. Нет даже намека на тревогу или внутреннее напряжение. Сон хороший. Муж непьющий, заботливый, материальные условия неплохие, семья дружная, дочери послушные, хорошо учатся, помогают матери по хозяйству. Итак, при расспросе не удается обнаружить какой-либо скрытый конфликт или трудную жизненную ситуацию. Всё это резко противоречит тому, что мы постоянно встречаем у больных эссенциальной гипертензией, и что так способствует подъему артериального давления: внутреннее напряжение, нервность, раздражительность, беспокойство, тревогу, бессонницу, дурное настроение, мнительность и т.п., и всё это на фоне постоянных жизненных стрессов. Следовательно, эссенциальная гипертензия здесь мало вероятна. Быть может, гипертония связана с заболеванием почек? Однако при повторных беременностях давление было нормальным; по-видимому, и анализы мочи тогда были нормальными. В ответ на дополнительные вопросы в этом отношении: дизурических жалоб нет, не встает ночью помочиться, цвет мочи от крепкого чая до соломенно-желтого (то есть, концентрационная функция почек нормальна). Итак, предположение о серьезной болезни почек также становится сомнительным. Поэтому сразу по окончании расспроса я кладу свой фонендоскоп на живот, и тотчас хорошо слышу систолический шум в правом подреберье: стеноз правой почечной артерии! Диагноз «реноваскулярная гипертония; стеноз правой почечной артерии» очевиден. Он поставлен всего через пятнадцать минут от начала клинического обследования! Через день диагноз подтвержден ангиографически, больная переведена в институт сердечнососудистой хирургии и там успешно прооперирована.

Итак, именно психологическая характеристика больной и отсутствие в её жизни хронических стрессов, оказались решающим аргументом, позволившим отвергнуть начальное предположение об эссенциальной гипертонии и направить диагностический поиск в ином направлении...

МЕДИЦИНА ПАТЕРНАЛИСТСКАЯ И МЕДИЦИНА ОБОРОНИТЕЛЬНАЯ

С самого зарождения человеческого общества врачеванием занимались люди, которые имели к этому особую склонность – точно так же, как другие члены рода специализировались в охоте или в изготовлении орудий труда. Эти первобытные целители пользовались как эмпирически найденными снадобьями и манипуляциями, так и магическими ритуалами, заклинаниями и заговорами. Поэтому в глазах пациентов, да и всего племени врач имел репутацию жреца или шамана, то есть человека, не только обладающего определенными профессиональными навыками и знаниями, как любой другой ремесленник, но и причастного к каким-то неведомым и грозным силам. Естественно, это вызывало трепет и благоговейное послушание.

С тех пор врачи намеренно или невольно поддерживали этот ореол значительности, таинственности и всеведения, ибо не нужно особой проницательности, чтобы понять, как важна для успеха любого лечения вера больного во врача и беспрекословное выполнение всех его назначений.

В эпоху Возрождения был дан могучий толчок для развития всех наук. Под влиянием нового мировоззрения и экспериментального метода постепенно трансформировалась и медицина. Был накоплен колоссальный, теперь уже почти необозримый фактический материал. Если в древности болезнь объясняли воздействием злых духов, которых надо изгнать или умилостивить, то теперь болезнь стали связывать с внедрением определенных микробов, конкретными гормональными нарушениями, расстройствами циркуляции крови, генетическими влияниями и т.п.

Болезни, а с ними и медицина стали терять свою загадочность. Врачи, да и все образованное общество приветствовали превращение медицины из шаманства в обыкновенную науку. Ее практическое применение – врачевание – стало в ряд с другими профессиями, вроде инженера, строителя, геолога и т.д. Появилась обширная популярная медицинская литература. Да и сами врачи стали просвещать своих больных, объяснять им свои умозаключения и действия. Это оказалось настолько полезным, что даже возникли новые методы лечения, которые использовали в качестве своего главного или даже единственного средства такие разъяснительные беседы (психоанализ, рациональная психотерапия, когнитивная терапия и т.д.). В результате больной превратился из послушного, но пассивного объекта врачебного воздействия в разумного соучастника лечебного процесса. Такое изменение ролей было выгодным для обеих сторон и, несомненно, способствовало успеху лечения. Однако эволюция взаимоотношений между врачом и больным на этом не остановилась.

Для современной Западной цивилизации важнейшей, верховной ценностью стала свободная личность и ее неотъемлемые права. Логическое развитие этого постулата приводит к тому, что болезнь перестает быть безусловным злом, с которым врач обязан немедленно вступить в борьбу, не ожидая разрешения или мандата со стороны больного. При новом взгляде болезнь оказывается как бы собственностью этой самой свободной личности и, стало быть, только сам больной вправе распоряжаться этой собственностью как ему заблагорассудится – лечиться или нет, а если лечиться, то у кого и как.

Некоторые энтузиасты этого нового мировоззрения даже провозглашают, что боль и страдание, связанные с болезнью или умиранием, являются уникальными и важными событиями

в жизни человека, и потому врач не в праве самовольно лишать больного возможности обогатить свой внутренний мир такими переживаниями...

Эта философия превращает врача из непререкаемого оракула и целителя просто в советника или помощника, наподобие адвоката, который лишь помогает своему клиенту принять наилучшее решение, но оставляет последнее слово за самим клиентом. В результате медицина стала терять свой ПАТЕРНАЛИСТСКИЙ характер. *Pater* по-латыни означает отец. В рамках патерналистской медицины отношения между врачом и больным напоминали отношения между отцом и его малолетним ребенком: отец, конечно же, всегда действует в его интересах, но лишь отец, а не ребенок решает, как поступить наилучшим образом в каждом отдельном случае. Вот как характеризовал патерналистскую медицину председатель Высшего медицинского совета Франции Луи Портес (Louis Portes): «Каждый пациент является и должен являться для врача ребенком, которого надо приручить и, конечно же, не обмануть; утешить и не злоупотребить его доверием; ребенком, которого надо спасти или просто вылечить, проведя через дебри неизвестности... Если только пациент не пострадал настолько, что стал инертен, он испытывает столь сильные эмоции, что почти полностью теряет способность критически оценивать ситуацию» (Bulletin du conseil del'ordre des médecsins, 1950, № 4, p. 255). Особого внимания заслуживает последняя фраза. Она утверждает, что больной не знает, как ему следует поступить, не только потому, что у него нет соответствующих профессиональных знаний. Даже если снабдить его всеми необходимыми сведениями, он не сможет ими воспользоваться, потому что тревога, страх, а то и паника, вызываемые болезнью, лишают его способности трезво и хладнокровно принять наилучшее решение. Вот почему выбор лечения и ответственность за такой выбор ложатся на доктора.

Но в рамках патерналистской медицины доктор не только сам единолично избирал способ лечения. Кроме того, лишь он сам решал, что можно сказать больному о его болезни. Например, прежде считалось морально недопустимым сообщать больному о безусловно неблагоприятном прогнозе или о близкой смерти. Допускалась даже «ложь во спасение», чтобы сохранить у пациента хотя бы слабую надежду. Напротив, приверженцы современной медицины утверждают, что больше всего больной нуждается в правде, какой бы горькой она ни была: правда, только правда, и ничего, кроме правды! Ведь только зная свое истинное положение и все имеющиеся возможности лечения, больной в состоянии принять самостоятельное, свободное решение. Такое решение непременно будет соответствовать его собственным интересам гораздо лучше, чем то решение, которое может предложить ему лечащий врач...

Утрата патерналистского статуса вроде бы облегчает положение врача. В конце концов, самое трудное в любой деятельности – это принять ответственность на себя. «Я выполнил свой долг и предложил больному разумное лечение, но он отказался от моего совета. Это его право, и я не виноват, если ему станет хуже». Согласимся, что это не образ мыслей отца. В этом невозмутимом и даже черством внутреннем монологе обратим особое внимание на слова: «Я не виноват». Отказ от патерналистской модели превращает врача в простого наемного ремесленника, которого надо строго и придирчиво контролировать, чтобы он не злоупотребил нашим доверием. Выражением этой радикальной перемены в отношении общества к врачу стал поистине астрономический взлет числа судебных преследований, обрушившихся на медиков в последние десятилетия. С одной стороны, врачебное сословие может только приветствовать любой дополнительный контроль над качеством своей работы. Мы сами заинтересованы в высоком престиже медицинской профессии и в том, чтобы очищать наши ряды от недобросовестных людей. В США врачи теперь обязаны по закону регулярно повышать свою квалификацию и постоянно представлять всё новые и новые свидетельства об окончании различных курсов усовершенствования.

С другой стороны, врачи вынуждены тратить все более значительную часть своих зара-

ботков на страхование против возможных судебных исков и поэтому повышают свои гонорары. Но самое важное – отношение врача к больному становится двойственным. Если у отца лишь одна забота – как помочь ребенку, то теперь врач посматривает на своего подопечного с некоторой опаской: а не вздумает ли этот пациент вместо благодарности обратиться в суд и потребовать сотни тысяч долларов как компенсацию за плохое или неудовлетворительное с его точки зрения лечение? Врач становится гораздо более осторожным в своих действиях. К заботе о благе больного невольно примешивается также тревога за собственное благополучие. Поведение врача становится **ОБОРОНИТЕЛЬНЫМ**. Стремясь обезопасить себя со всех сторон, он назначает все мыслимые новейшие исследования и консультации. За лишний анализ никто не упрекнет, но неприятно услышать в суде вопрос: «Доктор, а почему Вы не сделали этот анализ?». Нередко это ведет к потере времени, но, главное, резко увеличивает стоимость лечения. Современная медицина становится все более дорогой не только из-за научного и материального прогресса, но и вследствие своего оборонительного характера.

Недавно в Arch Intern Med. 2010;170:1081-1084 было опубликовано исследование, согласно которому 95% американских врачей придерживаются этой самой оборонительной тактики, то есть назначают гораздо больше исследований и процедур, чем нужно в действительности, чтобы защитить себя от возможных судебных преследований. Более 20% всех рентгеновских, компьютерно-томографических и ультразвуковых исследований, 18% лабораторных исследований, 28% направлений на консультацию к специалистам, и 18% госпитализаций были обусловлены не реальными медицинскими показаниями, а исключительно страхом перед судебным преследованием. По ориентировочным оценкам, такая тактика оборачивается дополнительным расходом более ДВУХСОТ ДЕСЯТИ МИЛЛИАРДОВ долларов в год, то есть около 10% всего бюджета здравоохранения США...

Но проблема не ограничивается только денежным ущербом. Еще важнее нежелательные психологические последствия. Чтобы переложить ответственность за конечное решение на самого больного, врач должен добросовестно проинформировать своего клиента обо всех опасностях и нежелательных результатах, которые могут возникнуть в процессе рекомендуемого обследования и лечения. На первый взгляд такой шаг разумен, понятен и его надо приветствовать. Однако представим себе, как это может выглядеть на самом деле при слишком уж буквальном и рьяном следовании новой методе. Допустим, у больного высокое артериальное давление – эссенциальная гипертензия. Сначала обнадежим его, что сейчас медицина располагает обширным арсеналом высокоэффективных средств от этой болезни. Но затем честно предупредим, что если назначить бета-блокаторы, то могут появиться астматические явления или слишком замедлится пульс, или возникнут сексуальные нарушения; не исключены также поносы, тошнота, слабость, сонливость, головокружение, галлюцинации, ночные кошмары и т.д. (я просто переписал то, что перечислено в инструкции для больного, которую фармацевтическая фирма вкладывает в коробочку с лекарством!). Если же выбрать кальциевые блокаторы, то могут возникнуть отеки на ногах, запор, головные боли. Прием мочегонных может вызвать мышечную слабость, импотенцию, повышение сахара в крови, спровоцировать приступ подагры и т.д. Еще более пугающими покажутся в таком бесстрастном изложении различные инвазивные диагностические и лечебные методы вроде зондирования сердца или пункционной биопсии. «Так что же делать?» – спрашивает растерянный больной. – «Я изложил Вам все «за» и «против», и Вы сами должны выбрать лечение» – невозмутимо отвечает доктор. Бедняга ведь не знает, что передовые умы давно объявили патерналистскую методику устарелой и унижающей достоинство свободного человека. Он продолжает взывать о помощи: «Но Вы-то, доктор, как бы Вы поступили на моем месте?».

Конечно, я несколько утрировал ситуацию. На самом деле, переговоры «равных» сторон обычно заканчиваются тем, что мы даем конкретный совет, а больной послушно ему следу-

ет. Да и как может быть иначе? Представление, что больной может сам принять правильное решение, если предоставить ему всю нужную информацию, в значительной степени иллюзорно. Уже сама болезнь часто угнетает и деморализует больного. И если перед его и так уже испуганным взором приоткрыть перспективу новых, дополнительных опасностей, то разве можно рассчитывать на хладнокровное и адекватное решение?

В последнее время стало модным уподоблять врача другим профессионалам из сферы обслуживания. Но это сравнение хромает на обе ноги. Когда мы обращаемся, например, к портному, тот может посоветовать нам пиджак двубортный или однобортный, приталенный или свободный. В этой ситуации мы, действительно, сами спокойно и без труда принимаем собственное решение именно потому, что оно не является жизненно важным. Но вот пациенту объявляют, что у него обнаружен рак предстательной железы, и что лечение может быть либо хирургическим, либо лучевым. В ответ на свои вопросы он узнает, что наиболее надежным методом является хирургическое удаление железы, но при этом часто бывают такие тягостные осложнения, как недержание мочи и импотенция. При лучевой терапии эти осложнения встречаются реже, но зато бывают другие осложнения, вроде лучевого проктита или лучевого цистита. Наконец, в ряде случаев можно ограничиться всего лишь бдительным наблюдением, поскольку это заболевание часто протекает очень медленно. Больной может даже заглянуть в медицинский учебник. Там беспристрастно изложены все «за» и «против» каждого из современных методов лечения, возможные осложнения и их частота при каждом варианте лечения. Но ведь учебник предназначен не для больного, а для врача, и только он может выбрать наилучший вариант именно потому, что он является незаинтересованной стороной. У самого же пациента эта обильная информация к размышлению вызывает только растерянность. В эту трудную минуту он нуждается не в статистических выкладках и не в результатах сравнительных исследований, а совсем в другом – в *дружеском совете*, то есть совете, который содержит не только логические аргументы, но и моральную, эмоциональную поддержку.

Можно сколько угодно разглагольствовать о прогрессе, о правах человека и о свободе личности, но непреложным фактом является, что лишь незначительное меньшинство обладает достаточной силой воли и желанием самостоятельно определять свою судьбу и не боится принимать важные решения. Величайший знаток людской психологии Ф.М.Достоевский утверждал: «Нет заботы непрерывнее и мучительнее для человека, как, оставшись свободным, сыскать поскорее того, перед кем преклониться». Зададимся вопросом, почему врачи так редко и с такой неохотой лечат себя и своих близких? – Сознание, что болен близкий и дорогой человек, вносит смятение в нашу душу, и нам, поэтому, трудно беспристрастно выбрать наилучшее лечение, несмотря на весь наш опыт! Что же тогда говорить о простом неискнутом больном?

Своим простодушным вопросом: «А что бы Вы сами-то, доктор, сделали на моем месте?» больной возвращает нас к нашей патерналистской роли. В конечном счете, решать и брать ответственность на себя приходится нам, даже если формально соблюдены требования новой, оборонительной медицины. Итак, мы должны отдавать себе отчет, что, несмотря на грандиозный прогресс в медицине как науке, психологические отношения между врачом и пациентом мало изменились по своей сути.

Все эти рассуждения далеко не праздны, а имеют практическое значение. Вернемся еще раз к нашему примеру. Своим добросовестным изложением всех побочных действий гипотензивных лекарств мы почти наверняка деморализовали нашего больного, особенно если он мнителен по натуре. Теперь он будет принимать каждую таблетку с боязнью и отвращением. Всякое, даже мимолетное и невинное неприятное ощущение будет ему казаться началом тех

бед, о которых его предупреждали. А если вспомнить, что в таких явлениях, как тошнота, слабость, импотенция имеется громадный психологический компонент, то нам же самим будет очень трудно решить впоследствии, чем вызвано появление жалобы - реальным побочным действием лекарства или же суггестией врача.... Лечить длительные или хронические заболевания всегда трудно, между прочим, еще и потому, что больные часто неаккуратно или неполностью выполняют врачебные предписания (non-compliance). Ясно, что страх и недоверие больного играют в этой проблеме важную роль.

Следовательно, если мы заинтересованы в успехе лечения, нельзя запугивать больного. Всё, что мы ему говорим, должно быть пронизано дальновидной заботой об укреплении его мужества – нашего главного союзника в борьбе с болезнью. Конечно, это вовсе не значит, что позволительно лгать, пусть даже с благими намерениями. Врач должен всегда сохранять внутреннюю честность и порядочность. Но не менее важно контролировать свои высказывания здравым смыслом. Например, безопасность и польза противогриппозной вакцины проверена буквально на миллионах людей. И всё же в перечне побочных действий этой вакцины каждая фирма-изготовитель упоминает возможность анафилактического шока. Если врач, желая защитить больного от гриппа, порекомендует ему эту вакцину, но обрушит на него подробное перечисление всех возможных осложнений, включая и самые редкие, то, конечно, он выполнит свой долг сообщать всю правду. Но скорее всего напуганный больной откажется от прививки. Ведь, в отличие от врача, он не знает, что анафилактический шок встречается при вакцинации исключительно редко. Так что такая информация ничуть не поможет, а скорее помешает больному сделать правильный выбор... От свидетеля в суде, да и от эксперта требуют правду, только правду и ничего, кроме правды. Роль врача совершенно другая. От него больной и все общество требуют лечения и облегчения страданий. Поэтому поведение врача всё равно остается, в сущности, патерналистским, и никакие модные рассуждения не могут изменить это.

Лет сорок назад ко мне обратилась молодая вдова. У ее единственного ребенка – мальчика семи лет обнаружили дефект межпредсердной перегородки и предложили операцию. Испуганная мать приехала за советом в Москву из Горького (ныне Нижний Новгород). Мальчик не отставал от сверстников ни по физическому развитию, ни в играх, сердце было нормальных размеров, легочный рисунок на рентгенограмме не был усилен, шум еле прослушивался. Данные зондирования сердца также говорили об очень небольшом размере дефекта. Ультразвуковой диагностики в ту пору еще не было, но все остальное говорило, что порок незначительный. Я сказал, что настоятельной необходимости в операции нет, и что вполне можно ограничиться наблюдением. На мое решение повлияло также и то, что в те годы (1970 г.) сердечная хирургия в СССР делала только свои первые шаги, и операционная смертность была еще довольно высока. Женщина просияла и смущенно призналась, что она уже обращалась с тем же вопросом к известному профессору в Горьком (она назвала фамилию хирурга, который первым начал в этом городе делать операции на сердце). Профессор осмотрел ее ребенка и предложил сам его прооперировать. Тогда эта миловидная и очень симпатичная женщина простодушно и доверчиво спросила: «Профессор, а если бы это был Ваш сын, Вы бы тоже посоветовали операцию?». Эти слова поразили его в самое сердце. Он растерялся, а потом ответил: «Я должен еще подумать. Приходите ко мне через три дня». Через три дня он сказал ей, что теперь он не настаивает на операции...

ПЕРЕЛЕТНЫЕ ПТИЦЫ...

Каких только больных не встретит врач за полвека работы! Это и профессионально трудные или необычные случаи, это и просто интересные люди. Но особенно запомнился мне один больной. Было это в Москве летом 1979 года. Незнакомый голос по телефону попросил навестить больного на дому. Я отправился по адресу на Преображенскую площадь. Дверь открыла маленькая сухонькая старушка лет за 70. Я вошел в однокомнатную квартиру с убогой обстановкой: обшарпанный платяной шкаф, этажерка с потрепанными книгами, маленький холодильник, старый телевизор, три стула – жилье бедных пенсионеров. На кровати лежал старик лет 80 в очках с толстыми стеклами. Он жаловался на одышку, кашель, отеки на ногах. Два года назад ему поставили кардиостимулятор. В те годы установка кардиостимулятора была в Москве очень редкой процедурой, вызывавшей трепет не только у больных, но и у врачей; по-видимому, состояние больного тогда было очень тяжелым, и показания к операции неотложными. Кроме того, его оперировали по поводу катаракты, но неудачно, так что зрение было резко снижено. Говорил он из-за одышки с трудом, но производил впечатление вполне сохранный в интеллектуальном отношении человека. При обследовании была картина выраженной недостаточности сердца: большие отеки на ногах, набухшие шейные вены, увеличенная почти на ладонь печень. Диагноз не вызывал сомнений. Я назначил необходимое лечение, объяснил, как принимать таблетки и уже собрался уходить, как вдруг больной остановил меня: «Доктор, я ведь вызвал Вас не только для лечения. Мне нужен еще совет». – «Какой же совет?» – «Доктор, мы с женой люди верующие, и нам здесь трудно жить. Мы хотели бы уехать в Израиль. Как, по-вашему, выдержу я это?». Как раз в то лето 1979 года ручеек эмиграции из СССР заметно расширился, и довольно часто можно было услышать, что кто-то из знакомых или из знакомых этих знакомых получил разрешение на выезд.

Я был ошеломлен. Сколько должно было накопиться горя, разочарований, обид, унижений у этого неприметного полуслепого старика, чтобы уже на краю могилы он тоже захотел вслед за другими оставить страну, где родился! «Есть у Вас здесь родня?» – «Никого, мы только вдвоем с женой»- «А в Израиле?» – «Там есть знакомые». Что ответить на такой неожиданный вопрос? Я немного подумал и начал говорить, подыскивая на ходу подходящие слова: «Видите ли, перелет в самолете сам по себе не является большой нагрузкой, и это, наверное, будет Вам под силу. Но хлопоты, связанные с получением разрешения, сборы перед отъездом, потом устройство на новом месте – всё это очень тяжелое испытание для любого человека. Это может сократить дни вашей жизни. Поэтому Вам надо решить, что для Вас важнее. Если Вам дорог каждый дополнительный день, то, наверное, лучше остаться. Если же для Вас главное - хоть немного пожить на Святой Земле, то можно рискнуть...». Я замолчал, сам удивляясь тому, что сказал. Но старик ответил: «Спасибо, доктор, Вы дали мне очень хороший совет!».

Я ушел, но еще несколько дней находился под сильным впечатлением... Недели через три этот больной снова позвонил и попросил повторно проконсультировать его. На этот раз его состояние было гораздо лучше: сошли отеки, исчезла одышка – лечение помогло. Конечно, меня разбирало любопытство – что же он решил, но я в своих вопросах не стал выходить за профессиональные рамки. Закончив осмотр, я просто снова написал подробную инструкцию, как в дальнейшем принимать лекарства, и уже приподнялся, чтобы уйти. В этот момент старик улыбнулся и сказал: «Что же Вы не спрашиваете о самом главном?» – «Ну, так что

же Вы решили?» – «Можете меня поздравить: я уже заказал вызов!» (В то время власти выдавали разрешение на выезд только на основе приглашения от каких-нибудь родственников в Израиле. Это была простая формальность, родственники могли быть придуманными, но без бумаги с израильской печатью никакие просьбы не рассматривали). Я поздравил супругов и пожелал им удачи.

Месяца полтора спустя мой пациент опять позвонил и радостно сообщил: «Н.А., мы получили вызов!». Теперь первым делом надо было собрать все необходимые бумаги. Не обошлось без курьеза. Власти пытались всячески затруднить эмиграцию. С этой целью они, среди прочего, придумали требовать от желающих уехать справку о согласии родителей отпустить своих детей за границу или же справку о смерти родителей. И вот моим восьмидесятилетним старичкам тоже пришлось обращаться в разные архивы, чтобы доказать, что их родители давным-давно скончались, и, значит, они не бросают их в возрасте свыше ста лет и не обременят ими советскую власть...

Наконец, все документы были готовы и поданы в ОВИР (учреждение, занимавшееся выдачей разрешений на выезд). Теперь оставалось только ждать ответа. К тому времени эмиграция евреев из СССР перестала быть чем-то исключительным, и даже чиновники стали относиться к ней, как к привычному делу. Обычно месяца через два после подачи заявления просители получали разрешение, и только в редких случаях следовал отказ. Люди осмелели, и количество заявлений на выезд стало расти как снежный ком. Начался прямо-таки массовый исход из страны. Такого оборота правительство не ожидало. Привычнее всего было бы запретить эмиграцию вовсе, но на это духу нехватало, и было решено просто тормозить и затруднять. Первым делом удлинители срок рассмотрения документов. Прошли «законные» два месяца, прошло три, четыре месяца, но ответа всё не было. Пытка неопределенностью и долгим ожиданием тяжела для каждого, но каково отсчитывать бесплодные месяцы старому человеку, ведь у него их осталось так мало...

Я сдружился со своим пациентом и его симпатичной преданной женой, время от времени навещал их и был в курсе их забот. Старик даже похудел от переживаний, стал плохо спать. Я был уверен, что если бы перед глазами чиновников ОВИРА оказались не бумажки, а сами эти беспомощные и беззащитные старики, то даже у них, наверное, проснулись бы изумление, стыд и сострадание... Прошло полгода, но ответа по-прежнему не было. Как-то ночью меня разбудил телефонный звонок. Звонила жена моего больного. «Н.А., Ефим Соломонович попал в больницу с воспалением легких. Лечение не помогает. Приезжайте, спасите его!». На следующее утро, испросив разрешения у заведующей терапевтическим отделением больницы, где лежал мой пациент, я отправился туда. Он лежал на высоком изголовье и тяжело дышал. Палатный врач доложил, что у больного обширная пневмония, подтвержденная рентгенологически, и зачитал протокол рентгеновского исследования: «В нижней доле правого легкого имеется пневмоническое затемнение». Далее он сказал, что несмотря на интенсивное лечение антибиотиками, состояние больного пока не улучшается. Начав свое обследование, как и положено, с перкуссии легких, я сразу же обнаружил абсолютную тупость – драгоценный, почти безошибочный признак наличия большого количества жидкости в плевральной полости! Еще через две минуты всё стало ясно тут же у постели: у больного массивный правосторонний гидроторакс вследствие выраженной сердечной недостаточности (отеки на ногах, набухшие шейные вены, увеличенная и болезненная печень), а вовсе не пневмония! По моему совету ему тотчас сделали прокол, удалили больше одного литра жидкости, и одышка сразу исчезла. Больного вскоре выписали, и он с женой вновь стали ждать...

Так прошел целый ГОД (!). И вот снова звонит мне его жена. «Н. А., у Ефима Соломоновича перестала идти моча, его отвезли в больницу, и там сделали операцию – вставили трубочку с бутылочкой. Помогите мне спасти его, я его отвезу в Израиль даже с бутылочкой!».

Когда я услышал эти слова, у меня сдавило в горле. Вот он, настоящий, незаметный героизм! Всякий раз, думая о них, я представлял себе стаю перелетных птиц, стремящихся на юг. Желание оставить прежние места так сильно, что ни старость, ни увечье - ничто не может остановить этот порыв. Вслед за сильными и бодрыми птицами пытаются подняться на крыло даже старые и больные. Лучше погибнуть в пути, только бы не остаться!.. Действительно, у моего больного возникла острая задержка мочи вследствие аденомы предстательной железы. Из-за общего тяжелого состояния урологи рискнули сделать самую минимальную операцию – через маленький разрез в нижней части живота вставили в мочевой пузырь резиновую трубку, по которой мочи оттекала в стеклянную бутылку (в Москве тогда еще не было легких пластиковых бутылок, они появились позже, вместе с заграничными прохладительными напитками). В те давние годы такую операцию – надлобковую цистостомию - делали довольно часто, и несчастные старики месяцами ходили с этой бутылкой, привязанной к бедру, ожидая второго этапа, когда, наконец, производили аденомэктомию и закрывали свищ над лобком. Конечно, в данном случае не было и речи о возможности второго этапа в будущем, так что больной был обречен до конца жизни на трубку с бутылкой...

Когда после выписки из урологического отделения я вновь навестил его, то увидел плачевную картину. Как это часто бывает у старых людей, внезапное острое заболевание привело к психической декомпенсации. У больного по ночам стали возникать приступы возбуждения и галлюцинации, он всё время вскакивал и кричал, так что его жена тоже не спала, пытаясь успокоить его. А днем, когда он впадал в забытие, бедная старушка должна была отстирывать от мочи груды белья и пеленок. Она и раньше-то было худенькой, а сейчас превратилась в былинку и еле держалась на ногах. С большим трудом удалось ликвидировать и это обострение. Спустя несколько недель состояние больного улучшилось, и их жизнь вошла в привычную колею. Однако ответа не было по-прежнему. Тяжело было смотреть на несчастных стариков, жизнь которых таяла в бесплодном и всё более безнадежном ожидании свободы. Как разжалобить эту холодную и неприступную государственную машину? Многие с этой целью писали Брежневу, Андропову, в ЦК КПСС, Генеральному прокурору, но тщетно. Обычно такие письма оставались без всякого ответа. И я решил написать от имени своего больного письмо первому секретарю московского комитета партии Гришину. В то время он входил в первую пятерку кремлевского руководства, но по своей должности вроде бы не имел отношения к вопросам эмиграции. Я рассчитывал, что такое письмо покажется секретарям Гришина непривычным, и они его, по крайней мере, прочтут. Вот что я сочинил: «Уважаемый Виктор Васильевич! Мне 82 года, жене моей 75 лет. Я член общества слепых. Три года назад мне поставили батарейку для сердца, а недавно у меня перестала отходить моча, и мне поставили трубочку с бутылочкой. У меня с женой здесь нет родных, мы люди верующие и хотим уехать в Израиль. Здесь мы обуза для государства. Помогите нам, пожалуйста, уехать!». Через неделю мне позвонила его жена: «Н.А., дорогой, мы получили разрешение!».

Наконец-то их мучения кончились! На прощание он подарил мне свое сокровище – иврит-русский словарь Ф.Л.Шапиро, изданный в Москве в 1963 и сразу же ставший библиографической редкостью. Теперь осталось только упаковать свои убогие пожитки – битые кастрюльки, потертые пальто, несколько десятков книг, стулья, обитые выцветшей клеёнкой, и другие вещи в таком же роде и отвезти их на таможеню. Когда я пришел к ним в последний раз, уже накануне отлета, старушка рассказала мне о своем приключении на таможене. В очереди на покупку авиабилетов она познакомилась с семьей, также получившей разрешение на выезд. Это были очень состоятельные люди. Чтобы вывезти всё свое имущество, они попросили ее взять на свое имя часть их мебели. Она согласилась. И вот на таможене вслед за битыми кастрюлями и обшарпанными стульями распаковывают для досмотра роскошный бильярдный стол красного дерева с шарами из слоновой кости! Таможенник изумился и спросил: «Бабуш-

ка, зачем тебе этот бильярдный стол?». «А я уже придумала, что сказать – говорит она мне, - и отвечаю: «У моего старика батарейка в сердце. Скоро её надо будет менять. Вот я и продам бильярд, чтобы купить новую батарейку» – «Нет, бабуля, бильярд я не пропущу!». «Села я в сторонке, не знаю, что делать. Вдруг подходит ко мне грузчик. «Что, бабуля, грустишь?» – «Да вот бильярд не пропускают...» – «Есть у тебя пятьсот рублей?» – «Я дала ему деньги. Вижу, он подошел к столу начальника, положил туда в ящик деньги и что-то шепнул начальнику. Тот вернулся к своему столу, заглянул в ящик и потом говорит мне: «Ну ладно, бабушка, пропущу я твой бильярд...». Таким оказался их последний контакт с советским государством...

Спустя полгода я узнал от нашей общей знакомой, что они благополучно прилетели в Израиль и поселились под Иерусалимом в Мевассерет Цион. Вскоре израильские урологи сделали старику второй этап операции аденомэктомии, так что он избавился от трубки с бутылочкой. Еще через год эта знакомая, тоже пожилая женщина, сообщила мне, что он скончался и добавила: «Умер-то он как цадик (праведник) – в Иерусалиме...». Звали его Ефим Соломонович Рафалович...

УВЕРЕННОСТЬ ВРАЧА КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

Обращаясь к врачу, больной хочет получить не только чисто медицинскую помощь (лекарство, операция, процедура). Он жаждет также психологической поддержки: он хочет уверения, что болезнь его не очень опасна, что ее можно победить. Главное же, больной хочет почувствовать, что врач знает, как надо поступить, что врач не сомневается и твердо убежден в правильности своих действий. Стало быть, для больного важен не только вопрос, насколько обширны и адекватны знания врача, но и вопрос, верит ли сам врач в предлагаемое лечение. Различие это может показаться надуманным или несущественным, но в практической лечебной работе оно исключительно важно.

Известный московский невропатолог начала XX века Л.С.Минор полушутливо охарактеризовал свою специальность латинской фразой: “**Diagnosis optima, prognosis pessima, therapia nulla**”, то есть диагностика в высшей степени точная, прогноз безнадежный, а лечения нет никакого. Конечно, это крайний случай ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО НИГИЛИЗМА, но в не столь выраженной форме терапевтический нигилизм встречается часто.

Каждый врач на протяжении своей медицинской карьеры подвергается множеству экзаменов для проверки его знаний. Но все эти нередко трудные и остроумные тесты не позволяют оценить, положителен или отрицателен тот эмоциональный заряд, который неизбежно сопровождает его деятельность и существенно влияет на ее результаты. С другой стороны, сами больные удивительно тонко и быстро обнаруживают терапевтический нигилизм и избегают таких врачей. Фрейд – этот великий ум и великий скептик – признавался, что комната ожидания перед его кабинетом для частных консультаций нередко пустовала. И наоборот, встречаются врачи как будто и недалекие, с ограниченными знаниями, а то и просто шарлатаны, которые имеют колоссальную практику и огромные очереди на прием. В чем же секрет? – Больные чувствуют, что такой врач сам свято верит в эффективность своего лечения. Это твердое убеждение неминуемо передается его пациентам, заряжая их энтузиазмом, надеждой и послушанием. Такая приправа сделает любое блюдо вкусным и полезным...

Однажды председателем государственной комиссии по выпускным экзаменам в Первом Московском медицинском институте пригласили академика И.П.Разенкова, знаменитого физиолога, ученика И.П.Павлова. На экзамене по глазным болезням одна студентка отвечала бойко, но несла такую ахинею, что экзаменаторы стали переглядываться. Тогда И.П.Разенков спросил ее, не собирается ли она стать офтальмологом, и, получив отрицательный ответ, поставил проходной балл. В перерыве все члены комиссии напустились на председателя: «Иван Петрович, ведь она же ничего не знает!». Разенков улыбнулся и сказал: «Зато она не оробела, а это для врача – важное качество». – Это рассказала мне много лет спустя свидетельница, бывшая тогда членом той самой экзаменационной комиссии...

Как же создается у врача эта убежденность, столь ценная для его практической работы? Немаловажное значение имеют, конечно, психологические особенности личности. Есть люди скептики по своей природе, и есть фанатики, которые, уверившись однажды в чем-либо, не знают уже сомнений. Между этими двумя полюсами находится большинство людей.

Молодой врач, впервые приступающий к практической деятельности, полон энтузиазма и жаждет поскорее применить все то, чему его обучили. Он еще не знает сомнений. Ведь он представитель новейшей медицины, в которой господствует экспериментальный метод, двойной слепой опыт и статистическая обработка результатов. Это когда-то, в стародавние

времена учебники были полны нелепыми заблуждениями и предрассудками. Теперь же медицина гарантирована от ошибок! И только окунувшись в океан практической лечебной работы, новичок узнает реальную цену полученных знаний. Некоторые из них оказываются бесспорно надежными, в этом он сам убеждается ежедневно. Так, вскрытие гнояника сразу же и ощутимо улучшает состояние больного. Не требуется также особой наблюдательности, что удостовериться в безотказной эффективности касторового масла как слабительного или фуросемида как мочегонного. Такого рода повседневный опыт превращает отвлеченное знание в твердое убеждение. Врач становится увереннее. Убежденность очень облегчает работу, ибо главный враг действия – сомнение.

Однако бесспорные истины вроде вышеприведенных примеров составляют лишь небольшую часть нашего профессионального багажа. Гораздо чаще практическая польза того или иного средства не столь очевидна. И тогда мы вынуждены опираться уже не столько на собственный, сколько на коллективный опыт, т.е. на рекомендации статей и учебников. Сознание, что я поступаю так, как советуют более опытные врачи, что каждый врач на моем месте поступил бы точно так же, – такое сознание является мощной психологической поддержкой в трудную минуту, когда надо принять самостоятельное важное решение. Этот фактор – назовем его «так поступают все» – очень часто определяет наши врачебные действия и избавляет от мучительной неуверенности и сомнений.

Значение коллективного опыта в медицине огромно. Именно он превратил ее из первобытного индивидуального шаманства в науку, то есть в свод знаний. Однако эта опора под названием «так поступают все» включает в себя не только коллективные знания, но и коллективные заблуждения. Двести лет назад было просто недопустимо лечить воспаление легких без кровопускания. Когда в 1869 г. знаменитый французский клиницист Труссо осторожно предлагал отказаться от этого метода, он понимал, что «отвергать пользу кровопускания при пневмонии означает в глазах большинства врачей отвергать свидетельство повседневного опыта». Возьмем более близкий пример. Еще 50 лет назад было бы просто неприличным не назначить строгую щадящую диету больному пептической язвой. Сколько добросовестных экспериментальных работ было посвящено поискам наилучшей противоязвенной диеты, сколько диет было предложено и проверено в массовых исследованиях, а теперь выясняется, что диета не имеет существенного значения в лечении этой болезни!

Уже упомянутый Труссо считал препараты белладонны важнейшим средством в лечении бронхиальной астмы. Кстати, он сам страдал ею, и потому его мнение много стоит. Но спустя ровно сто лет в авторитетнейшем руководстве по клинической фармакологии (L.S.Goodman & A.Gilman *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 3d ed. 1965) безапелляционно утверждалось, что холинергические факторы играют лишь незначительную роль в приступе бронхиальной астмы, и потому польза алкалоидов белладонны при астме сомнительна. Занявшись клинической фармакологией бронхорасширяющих средств в 60-е годы, я, между прочим, испробовал также и аэрозоли атропина и быстро убедился в правоте великого французского врача. По моим данным, оказалось, что у больных астмой и обструктивным бронхитом спазм бронхиальной мускулатуры наполовину, а то и более обусловлен парасимпатическими влияниями. Сейчас новые производные атропина, особенно в виде аэрозолей (ипратропий бромид, аэровент, атровент) занимают видное место в лечении бронхиальной обструкции (N Engl J Med 2010; 363:1715-1726).

Выходит, что даже тщательные научные эксперименты не гарантируют от ошибочных выводов. Это, кстати, следует из истории даже такой объективной науки, как физика – вспомним учение о флогистоне (теплороде) в 18 веке или учение о мировом эфире в 19 веке.

Итак, багаж наших знаний и представлений, на который мы опираемся в своих повседневных врачебных действиях, не является столь уж непогрешимым. И здесь возникает дилемма.

С одной стороны, и мы, врачи, и наши больные – все мы нуждаемся в психологической поддержке, в твердой уверенности, что наши советы и мероприятия правильны. С другой стороны, мы должны отдавать себе отчет в относительности наших знаний и, соблюдая меру, не лечить до бесчувствия...

Конечно, трудно взглянуть беспристрастно и как бы со стороны на те методы лечения, которые мы применяем сейчас, и в действенности которых мы твердо убеждены. Но вот несколько поучительных примеров из истории медицины, которые вызывают к осторожности и благоразумию.

На протяжении многих столетий кровопускание было одним из главных, коронных средств в арсенале врача. Вот замечательная история болезни, где кровопускание было использовано, как говорится, по полной программе.

«Утром 13 июля 1824 г. французский солдат был ранен в грудь ударом сабли. Спустя несколько минут он упал и потерял сознание от потери крови. Его тотчас доставили в местный госпиталь. Там ему незамедлительно удалили двадцать унций крови (570 мл), «чтобы предупредить воспаление». Ночью кровопускание повторили в размере 680 мл. На следующее утро больного осмотрел главный хирург и назначил еще одно кровопускание (285 мл)... 29 июля рана воспалилась. Для борьбы с инфекцией было поставлено 32 пиявки вокруг раны. В последующие три дня было поставлено еще 40 пиявок. 3 октября солдат, наконец, был отпущен на волю. Лечащий врач с чувством законной гордости написал, что «жизнь пациента удалось спасти благодаря энергичным кровопусканиям в суммарном размере 4,8 л, а также применению большого количества пиявок, которые извлекли дополнительно около 1,1 крови».

Конечно, такое поведение наших предшественников может сейчас вызвать у молодого врача только изумление и даже ужас, вместе с гордым сознанием нашего превосходства: нет, такие вопиющие, поистине убийственные глупости были возможны лишь в далеком прошлом, когда медицина еще не стала наукой. Сейчас такое исключено!

Увы, *errare humanum est* (ошибаться – это свойство человеческой природы), и никакой научный прогресс не может гарантировать нас от новых ошибок. В 1949 г. Нобелевская премия по медицине была присуждена за новый, «революционный» метод лечения тяжелой шизофрении – префронтальную лоботомию. К 1951 году только в США было сделано почти 20,000 этих операций. В настоящее время об этой варварской операции стараются не вспоминать, как о постыдном помрачении ума...

Но и сейчас любой врач со стажем работы в несколько десятков лет может вспомнить случаи радикальной переоценки, казалось бы, незыблемых догм, случившиеся уже на его веку. Так, в начале моей медицинской карьеры, каждый больной с острым инфарктом миокарда должен был первые две недели лежать неподвижно на спине; даже поворачиваться на бок ему следовало только с посторонней помощью. Садиться ему разрешали только через три недели, а первые шаги он делал через 4-5 недель. У запуганного больного выступал холодный пот, когда, проснувшись утром, он обнаруживал, что лежит не на спине, а на боку! Никого не смущало, что для того, чтобы взгромоздиться на подкладное судно, тучный больной должен истратить гораздо больше усилий, чем при невинном повороте на бок. При этом все врачи прекрасно понимали, что длительное неподвижное лежание предрасполагает к гиповентиляции нижнезадних отделов легких с последующим возникновением пневмонии, к флеботромбозам нижних вен с последующим развитием легочных тромбоэмболий, к острой задержке мочи у пожилых больных с явлениями простатизма и т.д.

А ведь даже тогда приходилось наблюдать больных, у которых диагноз острого инфаркта миокарда выяснялся с опозданием, уже после того, как они успевали несколько дней походить дома ил даже повторно посетить поликлинику. В дальнейшем у таких больных болезнь протекала не тяжелее обычного. Помню, как-то году в 1959 в мужском отделении нашей кафе-

дры терапии находился больной с острым инфарктом миокарда, который категорически отказывался лежать в постели и с улыбкой преспокойно прогуливался каждый день по длинному больничному коридору. Все считали его не совсем нормальным в психическом отношении, и потому он не был немедленно выписан за нарушение режима. Течение болезни у него оказалось совершенно обычным...

Так как же уберечь больного от чересчур уж рьяного следования врачебной моде, которая, того и гляди, вдруг сменится на что-то противоположное? Решать эту трудную проблему в какой-то мере помогают здравый смысл и собственный опыт. Дополнительным подспорьем является широкая культура врача, его интерес к истории медицины, чтение книг наших великих предшественников. Только тогда мы начинаем понимать, что современная медицина, несмотря на ее фантастические успехи, состоит не только из бесспорных истин. Мы еще далеки от высочайшей вершины той неведомой горной страны, по которой мы странствуем. То, что мы знаем и во что мы верим сегодня – это всего лишь краткая очередная остановка в нашем бесконечном восхождении по пути поисков и заблуждений, модных увлечений, разочарований и великих открытий...

ВРАЧ КАК ЛЕКАРСТВО

На первый взгляд врач – это просто человек, обладающий особыми, медицинскими знаниями. Именно поэтому, в отличие от остальных людей, он твердо знает, как диагностировать инфаркт миокарда, какие лекарства помогут при приступе бронхиальной астмы, что надо делать при костном переломе или кровотечении и т.д. Если эта точка зрения справедлива, то врача можно было бы назвать ходячим медицинским справочником. Однако стоит лишь сделать такое логическое заключение, как у нас немедленно возникает решительный протест: мы чувствуем, что роль врача гораздо сложнее и значительнее. В чем же дело? Действительно, при встрече с пациентом врач мобилизует свои специальные знания, чтобы распознать болезнь и выбрать соответствующее лечение. Но ведь эту работу может с успехом выполнить даже компьютер. Чем же деятельность врача превосходит работу компьютера?

Коренное различие состоит в том, что эти специальные знания прилагают не к поломке в бездушной машине, а к мыслящему и страдающему человеку, и прилагает их не компьютер, а живой человек. Больного приводит к врачу не только физическое страдание (боль, одышка, тошнота, головокружение и т.д.). Он хочет убедиться, что доктор действительно знает, что с ним и как ему помочь, он хочет, чтобы доктор обнадежил его, приободрил и успокоил, короче, он жаждет также *психологической помощи*. Поэтому при встрече с врачом больной не может оставаться бесстрастным, пассивным наблюдателем. Он всё время оценивает и внешний облик врача, и его поведение, и его действия, и его слова, отыскивая (и находя!) во всем этом столь нужную для него моральную поддержку. Вот почему врач всегда оказывает на больного большое психологическое воздействие, хочет ли он того или нет. Это влияние либо усиливает лечебный эффект всех его профессиональных мероприятий, либо, наоборот, снижает их пользу. Итак, врач сам по себе оказывается своеобразным лекарством.

Много лет назад английский психиатр Балинт организовал семинар для семейных врачей с целью помочь им справляться с психологическими проблемами, возникающими в их повседневной работе. Результаты он изложил в интереснейшей книге «Врач, его пациент и болезнь» (M. Balint “The Doctor, His Patient and The Illness”, London, Pitman, 1957). По его словам, на одном из первых заседаний участники обсудили вопрос о том, какие лекарства они используют чаще всего. Очень быстро все участники дискуссии пришли к выводу, что наиболее употребительным лекарством является... сам врач!

Будущие медики усердно штудируют механизмы действия множества лекарств, запоминают показания и противопоказания к их применению, дозировки и возможные осложнения. В дальнейшем, начав практическую работу, молодой врач убеждается, что некоторые из этих средств он использует часто, другие реже, а третьи в его специальности совсем не нужны. Привычными средствами он владеет уверенно. Они знакомы ему теперь уже не по учебникам, а из собственного опыта. Он знает, когда дозу стоит уменьшить или, наоборот, увеличить, какое лекарство наиболее пригодно в данном случае и в какой форме его применить. Однако многие врачи даже не подозревают, что в их арсенале есть одно лекарство, которое они используют чаще всех остальных, буквально ежедневно и ежечасно. Конечно, лекарство это особенное, его не взвесишь на аптекарских весах и не подвергнешь химическому анализу. Но оно тоже имеет свой особый механизм действия, точку приложения, показания, способы применения, дозировку и осложнения. Попробуем рассмотреть это своеобразное лекарство, используя привычные понятия клинической фармакологии.

Когда доктору предлагают новое лекарство, то он сразу спрашивает: «Для чего оно?» (или «От чего оно?»). Итак, каково же назначение средства, которое называется «врач»? – Оно ободряет больного, снимает его страхи и тревогу, укрепляет мужество и желание выздороветь, дает надежду и помогает терпеливо ждать результатов лечения. Мы видим, что, с одной стороны, все эти характеристики какие-то неопределенные, расплывчатые. Если воспользоваться научной терминологией, то следует говорить о неспецифическом тонизирующем действии на центральную нервную систему. В любом учебнике фармакологии имеется маленький раздел, посвященный центрально стимулирующим или тоническим средствам, вроде женьшеня или кофеина. Эти несколько страниц не идут ни в какое сравнение с огромными главами, где разбираются такие четко очерченные, понятные и важные группы, как например, мочегонные или антибиотики. И действительно, обычные стимуляторы имеют узкие, к тому же довольно неопределенные показания и потому их применяют лишь изредка. Напротив, = только что перечисленные действия лекарства «врач» в высшей степени полезны при любом заболевании. Его можно смело назвать универсальным. Вместе с тем, это не панацея. Оно не может заменить наши обычные лекарства и методы лечения. Стало быть, это очень полезное и эффективное вспомогательное средство (*adiuvans*). Впрочем, вспомним, что одной из самых частых причин обращения к врачам являются всевозможные функциональные и невротические нарушения. Совершенно очевидно, что, во всяком случае, уж при этих-то заболеваниях роль именно этого лекарства особенно велика; при умелом его использовании оно нередко оттесняет обычное медикаментозное лечение на задний план, а то и делает его излишним.

Как же дозировать это лекарство? Обычные медикаменты фармацевт отвешивает в граммах и в миллиграммах. Но рассматриваемое средство имеет совершенно другую, нематериальную природу. Здесь размером дозы может быть величина душевных усилий врача, которые он прилагает для достижения психотерапевтического эффекта у данного больного. Но ведь врач и без того совершает немалую умственную работу, чтобы выяснить диагноз и выбрать наиболее подходящее лечение. Кое-кто из молодых врачей может поэтому возразить: «Мы и так загружены до предела. А нам предлагают еще сверх того тратить силы на что-то неопределенное и не очень-то понятное! Нет уж, будем просто лечить больного и не гладить его по головке». Спешу рассеять эти опасения. В большинстве случаев вполне эффективной оказывается доза минимальная, можно даже сказать – гомеопатическая, которая не требует от врача никаких дополнительных усилий. Действительно, значительную часть психотерапевтической работы выполняет за врача сам больной по своей собственной воле! Именно он придает нашей даже чисто профессиональной деятельности психотерапевтический смысл. Нам остается только не мешать больному в этой его работе, а еще лучше слегка помочь ему.

Что же способствует психотерапевтическому эффекту, и что вредит ему? Во всех учебниках фармакологии много внимания уделяют проблемам взаимодействия различных лекарств (*drug interactions*). Врач должен знать, какие лекарства могут усилить действие избранного им средства, а какие, наоборот, могут помешать или даже привести к опасным осложнениям. Рассмотрим поэтому, сначала факторы, которые потенцируют наше лечебное (точнее было бы сказать, благотворное) воздействие на больного, а затем факторы негативные.

На врача работает, в первую очередь, то обстоятельство, что само общество поставило его в положение целителя, то есть человека, от которого все остальные могут ждать помощи. Вот почему белый халат, как символ избранности, сразу вызывает у наших пациентов уважение и готовность с доверием воспринимать все наши слова. (Кстати, поэтому халат неопрятный и мятый разочаровывает больного). Далее, психотерапевтический эффект усиливают зрелый возраст врача (седина), его репутация, его ученые звания. Нередко этого совершенно достаточно, чтобы больной получил ту психологическую поддержку, в которой он

нуждается. Но, кроме того, есть еще целый ряд факторов, которые значительно усиливают лечебное действие, причем они также не требуют от врача специальных усилий. Речь идет о некоторых особенностях его поведения. Это – внимательность по отношению к больному, приветливость, сочувствие, оптимистический настрой, простая и понятная речь, вежливость и деликатность. Может показаться, что эти рекомендации пригодны для школы хороших манер, но не имеют отношения к медицинской науке. Однако на основании своего полувекового опыта я могу уверенно утверждать, что это самые лучшие, поистине безотказные средства, чтобы завоевать доверие больного человека и тем усилить лечебное воздействие врача. «Ничто не стоит так дешево, и ничто не ценят так высоко, как вежливость». Вот почему надо культивировать в себе эти качества с самого начала врачебной карьеры.

И наоборот, как же вредит себе доктор, если во время беседы с больным он смотрит не в глаза ему, а куда-то в окно, если во время аускультации он разговаривает с медсестрой, если он забывает, что больной уже ответил на его вопрос, если он проявляет свою спешку, часто поглядывая на часы и нетерпеливо обрывая больного!

Иногда доктор бывает груб, высокомерен, нетерпим, невнимателен. Это значит, что он не только не ценит свое главное лекарство, но и относится к нему с пренебрежением: он уверен, что если есть профессиональные знания, то ничего более и не требуется. На самом же деле это невозможно: лекарство под названием «врач» всё равно будет присутствовать во всех его лечебных мероприятиях: об этом позаботится сам больной. Просто при таком отношении это лекарство приобретает отвратительный вкус. Мы знаем, что у медикамента иногда бывают неприятные свойства, но с нашей, врачебной точки зрения, мы полагаем, что в интересах дела больной может и потерпеть. Однако вдруг он проявляет безрассудное упрямство и отказывается, причем не только от этого ингредиента, но и от всего лечения в целом! Примечательно, что это решение обусловлено не низким профессиональным уровнем врача, а только его поведением. Хорошо еще, если больной просто обратится к другому доктору. Хуже, если он совсем потеряет доверие к нашей ортодоксальной медицине и пойдет к знахарю или шарлатану. Уж там-то потребность больного в психологической поддержке удовлетворяют в полной мере, хотя неизвестно, получит ли он при этом по-настоящему эффективную помощь.

До сих пор мы говорили о минимальной дозе нашего лекарства. Чтобы пользоваться ею, не нужно ни лишнего времени, ни дополнительных душевных усилий. Такая доза не имеет никаких противопоказаний, она полезна в каждом случае, а риск от её применения равен нулю в буквальном смысле этого слова. Однако есть больные, которым это лекарство показано в дозах более значительных. Как часто они встречаются? По моему впечатлению, это бывает не так уж часто: примерно один раз на пять – десять «обычных» больных.

В этих случаях доктору приходится использовать свое психотерапевтическое влияние более основательно, что требует уже и времени, и душевных сил. Впрочем, новичка можно снова успокоить: больные, которым показаны максимальные дозы этого средства в виде психоанализа, гипноза и т. п. встречались в моей практике врача терапевта очень редко: два – три раза в год, а то и реже. Если врач понимает, что его назначение не только в том, чтобы диагностировать болезнь и выписать рецепт, но и в том, чтобы помочь больному морально, то есть если он осознает свою психотерапевтическую роль, то он и ведет себе соответствующим образом. Тогда даже в процессе своего обычного профессионального общения с пациентом ему нетрудно понять и почувствовать, чего хочет от него больной, какой поддержки он жаждет. Тогда он легко сможет найти те слова, которые реально помогут именно этому больному. Обычно это не занимает много времени. Впрочем, психотерапевтические беседы и вообще-то не должны быть слишком длинными: ведь каждый больной знает, что хороший доктор нарасхват и всегда занят; если он многословен, значит, на него нет спроса, а стало быть, он и не заслуживает доверия. Даже краткие слова ободрения и надежды попадают в

цель и вызывают у больного благодарный отклик, если только они конкретны, то есть, приспособлены к данному случаю. Больной сам разовьет их дальше и обогатит. В результате он вновь обретёт мужество, терпение и оптимизм. Кстати, сила поэзии состоит, между прочим, в недосказанности; это пробуждает фантазию и позволяет слушателю самому тоже поучаствовать в творчестве...

Применяя любой медикамент, мы подбираем дозу и способ введения в зависимости от индивидуальных особенностей пациента (возраст, сопутствующие заболевания, тяжесть общего состояния и т.д.). Точно так же и в том случае, когда врачу приходится использовать свое психологическое влияние уже намеренно в качестве лекарства, он должен индивидуализировать его применение. Но доза и форма лекарства «врач» зависят не от нозологического диагноза, а от душевного состояния пациента. Ведь оно воздействует не на микробов, не на уровень сахара в крови, не на ослабевшую мышцу сердца, а на страх, тревогу, отчаяние, тоску, безразличие. Иногда душевное страдание оказывается горше самой болезни.

Стандартное заверение, что всё будет хорошо, помогает очень редко. А если положение безнадежное, то такие слова и дежурная бодрая улыбка могут лишь оскорбить страдающего человека. Больному надо показать, что доктор отлично понимает его опасения, но, в отличие от него, он их не разделяет, потому что он твердо знает, что надо делать, и уверен в благополучном исходе. Врачебный вердикт всегда должен быть подобен приговору: «Да, виновен, **НО ЗАСЛУЖИВАЕТ СНИСХОЖДЕНИЯ**». Иными словами, больному следует предъявить все те благоприятные факторы, так сказать, «смягчающие обстоятельства», которые имеются именно в его случае. Тогда он поверит, что оптимизм врача обоснован.

На практике формы применения этого лекарства очень разнообразны. Иногда это просто ободрение. Внимательное и добросовестное обследование, спокойное и приветливое выражение лица, уверенный тон рекомендаций – все это уже показывает больному, что доктор знает свое дело. И если к этому добавить несколько обнадеживающих слов, то цель будет достигнута.

Иногда главное назначение этого лекарства – снять тревогу и страх. Нередко больной создает себе совершенно фантастическое представление о своей болезни, и его страхи просто нелепы. Так, при легкой простуде тревожно-мнительный пациент боится, что у него воспаление легких, а в случае сахарного диабета он истолковывает банальную артралгию в стопе, как предвестник гангрены, хотя никакого поражения периферических артерий еще нет. Естественно, что врачу даже не приходят в голову такие мрачные варианты, а больной стесняется высказать свои подлинные опасения. Рассеять их нетрудно, но для этого надо войти в положение больного и понять, что пугает его на самом деле. Впрочем, нередко страхи больного вполне обоснованы и понятны. Например, после мастэктомии по поводу рака любая женщина, конечно же, боится метастазов. В этом случае надо привлечь её внимание к тем благоприятным факторам, которые имеются как раз у неё, скажем, малый размер опухоли к моменту операции, или отсутствие метастазов в региональных лимфоузлах, или неотягощенная наследственность, или полное отсутствие подозрительных теней в компьютерных томограммах и т.д.

Как ни странно, довольно часто больной нуждается не столько в конкретной медицинской помощи, сколько в обычном здравом совете. Помощь такого рода отнюдь не выходит за медицинские рамки. Наоборот, такое участие вызывает горячую признательность больного и увеличивает его доверие. Кстати, это не требует от врача особой житейской мудрости. Просто надо видеть перед собой не только закупоренную венечную артерию сердца или камень в желчном пузыре, но и страдающего, обескураженного человека. Сочувственный, но спокойный взгляд со стороны нередко позволяет дать больному простой совет, который позволит ему совсем по-другому отнестись к проблеме, которая его так волнует...

Значительную часть пациентов терапевта составляют больные с хроническими заболеваниями. Необходимость постоянно принимать лекарства или соблюдать диету и другие ограничения является тяжелой психологической нагрузкой. В результате легко пасть духом и отказаться от лечения, или оно становится беспорядочным. Даже наилучшая комбинация медикаментов окажется бесполезной, если больной не будет повторно получать инъекции мужества, терпения и оптимизма, то есть если не добавят лекарство, которое называется «врач»... Предлагаемый очерк – только попытка привлечь внимание к этому замечательному лекарству. Я описал лишь те свойства и особенности его применения, которые я узнал во время своей полувековой работы в качестве практического врача. Его клиническая фармакология еще ждет специальных научных исследований. **Feci quod potui, faciant meliora potentes** (Я сделал, что мог. Пусть другие сделают лучше).

ПОСТСКРИПТУМ. Спустя несколько лет после того, как эта глава была написана, я нашел в Интернете блог знаменитого американского кардиолога Бернарда Лоуна (Bernard Lown). Там в 2008 г. он поместил своё эссе «Врач как плацебо» (The Doctor as a Placebo). В нем он рассматривает психологическое воздействие врача на больного. Мысли автора, основанные, как и у меня, на полувековом опыте практического врача, суммирует следующий отрывок: «Слова являются самым могучим средством в арсенале врача. Больные жаждут внимания, а чтобы удовлетворить эту потребность, необходимы, в первую очередь, слова. Беседа может исцелять. Это одно из самых недооцененных средств в арсенале врача. Врачебная практика постоянно подтверждает целительную силу слов. Я знаю всего лишь несколько лекарств, которые более эффективны, чем правильно подобранное слово».

Поразительно, что два старых врача, отделенные десятками тысяч километров друг от друга, учившиеся и работавшие в совершенно различных условиях, приходят к одинаковым выводам о громадной роли психотерапевтического фактора в медицине.

Впрочем, по моему мнению, психологическая роль врача гораздо значительнее, чем эффект плацебо. Слово ПЛАЦЕБО обычно означает инертное, не обладающее никаким фармакологическим действием вещество, которое используют в качестве контроля в научных исследованиях. Кроме того, иногда врач сознательно использует плацебо, как лекарство, когда – за неимением лучшего – он назначает больному заведомо неэффективное средство, чтобы создать хотя бы видимость лечения в надежде на положительный психотерапевтический эффект. (Кстати, даже в наши дни такая тактика остается весьма распространенной. Опрос 400 врачей общей практики в Германии показал, что 76% из них использовали плацебо в среднем двадцать раз в год с исключительной целью добиться психологического улучшения - цитировано по интернетовскому изданию Family Practice (2011) doi: 10.1093/fampra/cm1045).

Действительно, само появление человека в белом халате, и, тем более, производимые врачом профессиональные действия, оказывают на больного благоприятное психологическое действие: он видит, что помощь подоспела, и что, стало быть, вот-вот ему станет легче. Но если индифферентная таблетка и может создать у больного впечатление, что его лечат, и, тем самым, улучшить его настроение, то, согласимся, что в этом благоприятном результате есть, увы, элемент обмана. Психологическая же роль врача отнюдь не сводится к этому простейшему, неспецифическому плацебо-эффекту. Она несравненно более значительна и благородна.

Конечно, если врач выслушает больного с непроницаемым выражением лица, а затем бесстрастно объявит ему свой «приговор» (диагноз и назначаемое лечение), то такое нейтральное поведение действительно можно сравнить с плацебо. В этом случае улучшение будет зависеть исключительно от фармакологических свойств таблетки. Однако такой «идеальный» эксперимент для проверки нового медикамента, когда психологическая роль врача намеренно сведена к нейтральному действию пустышки, совершенно невозможен в реальной жизни.

Ведь каждый больной просто интуитивно знает, что лечение состоит не только из таблеток. Когда он решает обратиться к врачу, то его побуждает к этому не только желание получить какое-то лекарство; одновременно он жаждет моральной поддержки. Поэтому, если его встречает доктор, который хочет играть роль настоящего плацебо, или если доктор и в самом деле холоден и равнодушен, то пациент испытывает горькое разочарование. Ведь этот врач не оправдал его надежд! В результате вера больного в успех лечения непременно ослабеет. Иными словами, «плацебо», то есть то, что по самому определению, должно обладать нулевым или нейтральным эффектом, вдруг становится явно отрицательным фактором, несмотря на все благие намерения врача-экспериментатора!

Надо быть уж совсем бессердечным, чтобы так вести себя по отношению к человеку, просящему нашей помощи. В отличие от пассивной капсулы-пустышки, доктор может воздействовать на душевный мир больного активно, сознательно и целенаправленно. Своими словами, профессиональными действиями и всем своим поведением он может вдохновить его на борьбу с болезнью, восстановить утраченное было мужество, вдохнуть волю к жизни и дать надежду на выздоровление.

Впрочем, анализ экспериментов с использованием плацебо вскрывает важную психологическую роль врача, даже если этот аспект его работы незаметен, на первый взгляд. Когда врач дает больному плацебо, то у больного всё равно возникает впечатление, что его лечат: ведь доктор обследует, делает назначения, сестра приносит в положенное время таблетку и т.д. Больной уже рассчитывает на неё, и он не разочаровывается: вот она, эта возделенная спасительная таблетка! Уже от одного этого больному становится легче. Стало быть, лечебный процесс начинается и разворачивается еще задолго до того, как больной получает таблетку. Важно подчеркнуть, что эта начальная, или предварительная стадия лечебного процесса не зависит от того, что потом дадут больному – реальное лекарство или же плацебо. Само ожидание визита врача (или медсестры), вся процедура осмотра, наконец, получение таблетки или инъекции – всё это благоприятно воздействует на больного. Его надежда оправдалась: всё происходит так, как надо, и, значит, ему вот-вот станет легче! Весь этот комплекс предварительных переживаний уже сам по себе приносит облегчение!

Таким образом, общее, суммарное облегчение при *реальном* лечении (когда больной получает фармакологически активное средство) складывается из:

- 1) этого предварительного психологического компонента (ожидание скорого облегчения + подтверждение всех ожиданий в виде привычной для больного медицинской процедуры) и
- 2) реального фармакологического действия лекарства.

Возникает вопрос: каков удельный вес каждого из этих двух компонентов в общем терапевтическом эффекте?

Ответом могут служить интереснейшие исследования последнего времени (J Med Philos (2011) 36 (1): 69-78; Lancet Neurology 2004; 3:679-84). Например, больной получал обезболивающее средство скрытым образом через внутривенную систему, причем в разное, заранее не фиксированное время; то есть, больной не знал, в какой момент в его вену поступал наркотик. Оказалось, что при такой постановке опыта испытываемое больным облегчение составляло всего лишь *половину* от действия того же самого лекарства, когда его вводили на глазах у пациента в привычный для него срок! Иными словами, «голый» наркотик, без психологической приправы в виде предвкушения с последующим подтверждением, оказывался в ДВА РАЗА СЛАБЕЕ, чем с психологической «приправой»! Аналогичные опыты с противопаркинсоническим средством показали, что психологический компонент в снятии ригидности составлял ОДНУ ТРЕТЬ от общего эффекта!

Итак, психологическую роль доктора в лечебном процессе можно смело сравнить с весьма эффективным и сильным лекарством. Будем помнить об этом!

«...И ВСЕГДА ОБЛЕГЧАТЬ СТРАДАНИЕ...»

В старину говорили, что удел врача – *иногда* излечивать, *часто* помогать, и *всегда* облегчать страдание больного». Этот афоризм возник в эпоху младенчества медицины, когда врачи смиренно полагались не столько на свои знания, сколько на целительные силы природы. В этих условиях им приходилось заниматься посильной помощью своим пациентам и, главным образом, утешением. Много изменилось с тех пор. Успехи современной медицины потрясают воображение. Болезни, которые раньше считали неизлечимыми или смертельными, теперь поддаются лечению. Даже сама смерть стала иногда обратимой, и появилось новое понятие «клиническая смерть», которое нашим славным предшественникам показалось бы нелепым.

Ныне молодой доктор чувствует себя вооруженным с головы до ног, он уверен, что справится с любой трудностью. У него есть антибиотики против инфекций, инсулин против сахарного диабета, цитостатики против злокачественных опухолей; он знает, что надо делать при уремии или при кардиогенном шоке, когда и как применить дефибриллятор сердца и многое, многое другое. Но при встрече с человеческим страданием он испытывает замешательство. Он не помнит, чтобы на лекциях или в учебниках обсуждали вопросы, что такое страдание больного, и как его облегчить.

Сразу оговоримся, что бывает и чисто душевное страдание, например, при смерти близкого человека, при неразделенной любви или при другом жизненном несчастье. Но такое страдание связано не с болезнью, а с трагическими моментами человеческого существования вообще. Это уже отнюдь не медицинская проблема, а философская и религиозная.

Молчаливо подразумевают, что главной причиной страдания в медицине является боль. Следовательно, чтобы облегчить страдание, надо, всего-навсего, назначить пациенту обезболивающие средства. В этом отношении современные врачи располагают богатым арсеналом. Так, в справочнике лекарств, разрешенных Минздравом Израиля на 2012 г., список противоболевых средств (аналгетиков) занимает целых семь страниц из общего количества 194 страниц, – ровно столько же, сколько отведено всем средствам от сахарного диабета. Даже гигантская группа противoinфекционных средств, включающая не только антибиотики, но и сульфамиды, противотуберкулезные, противомаларийные, противогрибковые и противовирусные средства, уместилась в этом справочнике всего на 10 страницах.

Если же больной страдает не от боли, а от зуда или, скажем, от бессонницы, то и на этот случай есть подходящие лекарства. Выходит, что эта проблема в медицине, в сущности, перестала существовать: на каждое страдание есть своя таблетка!

Но неужели лекарство – это наш главный ответ на проблему страдания в медицине? Вот повседневный житейский случай. Малыш весело резвится под присмотром матери. Вдруг он споткнулся, упал и расшибся. Ребенок начинает громко плакать, на лице неподдельное страдание. Почему же он страдает? Вопрос может показаться наивным и даже нелепым для человека с медицинским образованием. То есть как это – почему? Ясно, что от боли! Чувствительные нервные окончания в месте ушиба получили сигнал о травме и передали его по специальным нервам в головной мозг; сознание восприняло этот сигнал в виде ощущения боли, вот ребенок и плачет. Иными словами, причиной страдания является боль. Стало быть, чтобы избавиться от страдания, надо всего-навсего ликвидировать боль, то есть дать таблетку или сделать инъекцию.

Но наивная мама плачущего ребенка не изучала медицину. Она берет его на руки, ласково целует, дует на ушибленную коленку и говорит несколько нежных слов. Ребенок тотчас успокаивается, и уже через минуту он снова резвится и играет. Слезы и страдание исчезли!

Что же произошло? Ведь все только что описанные действия никак не могли повлиять на боль саму по себе. Мать просто успокоила, утешила и приободрила ребенка. Следовательно, ребенок страдал и плакал не потому, что боль была уж очень сильной, а потому, что в его жизнь вдруг вторглось что-то непонятное и пугающее. Его страдание было вызвано не столько болью, сколько страхом, внезапным ощущением своей незащищенности и одиночества. Поведение матери – этой всемогущей защитницы – изменило отношение ребёнка к боли. Мама рядом, мама меня любит, мама спокойна, значит, мне ничто не грозит, опасности нет!

Если мы перейдем от этой простейшей модели болезни в привычный мир клинической медицины, то и здесь легко показать, что страдание отнюдь не сводится к ощущению боли. У больного ишемические боли и гангрена стопы. И всё-таки, вопреки очевидности, он еще надеется на чудо, – вдруг всё обойдется, и он снова поправится. Но каждый возврат боли рушит его последние иллюзии и надежды, он вновь убеждается, что спасения нет, и что он потеряет ногу, а то и умрет. Разве отчаяние не делает его боль еще более нестерпимой, а страдание еще более ужасным? Ампутация устранит причину боли, но разве страдание этого человека исчезнет? Скорее всего, оно даже усилится, несмотря на то, что он понимает, что врачи спасли его от гибели. Ведь отныне он знает наверняка, что уже до конца своих дней он будет ограничен в своей повседневной жизни, что ему уже никогда не освободиться от палки, а то и от инвалидного кресла.

Другой пример. Приступ пароксизмальной тахикардии довольно редко вызывает сердечную астму или отек легких, то есть по-настоящему мучительное удушье. Само же по себе ощущение ускоренного биения сердца отнюдь не слишком тягостно: каждый из нас испытывал его после нескольких минут бега. Почему же приступ пароксизмальной тахикардии часто является ужасно мучительным переживанием? Дело в том, что у здорового человека сердцебиение возникает только при физической нагрузке или при волнении, и потому оно воспринимается как закономерное, то есть, нормальное явление. Когда же быстрое сердцебиение возникает в покое, безо всякой видимой причины, то это, естественно, вызывает тревогу или даже страх; именно это заставляет больного страдать. Точно так же обстоит дело со стенокардией (грудной жабой). В сущности, это ведь даже не боль, а чувство тяжести и давления за грудиной, причем интенсивность этого ощущения не столь уж и велика. Но вот больной узнаёт – от врача ли, от окружающих, что это признак серьезной болезни сердца, которая может вызвать инфаркт миокарда, инвалидность, а то и смерть. Отныне он знает, что в его жизни наступила трагическая перемена, и что он уже никогда не сможет легко бегать или быстро ходить. Он страдает не от нестерпимой боли, а от сознания, что жизнь его теперь постоянно в опасности, что каждое, даже мимолетное сжатие за грудиной может оказаться предвестником рокового исхода.

Боли при родах иногда бывают сильными, но обычно они не сопровождаются страданием, потому что отношение женщины к этим болям особое. Боль, вызываемая болезнью, воспринимается нами как неожиданно возникшая угроза нашему благополучию и даже самой жизни. Мы не знаем, что это такое, и как защитить себя. Внезапность и непонятность угрозы вызывают тревогу, сознание своей беспомощности и страх; всё это усиливает восприятие боли («у страха глаза велики»). Напротив, беременная женщина заранее знает, что ей предстоит. Но она также знает, что эти боли обязательно пройдут, а главное, после них наступит столь желанное вознаграждение!

...Вот памятный эпизод из самого начала моей медицинской карьеры. Я работал тера-

певтом в Карелии под самым Полярным кругом в маленькой сельской больнице на 25 коек. Утром 30 декабря 1956 года в наше крохотное родильное отделение поступила роженица. Обычно роды самостоятельно принимала наша опытная акушерка, поэтому я отнесся к этому заурядному известию совершенно спокойно. Но на следующее утро акушерка сказала мне, что схватки длятся вот уже почти что сутки, но женщина по-прежнему не может родить. Я поспешил в родильную комнату. Это была уже не очень молодая роженица (лет 30), но роды были первые. Женщина приехала вслед за мужем из Белоруссии, где раньше она работала санитаркой в роддоме. Она слабо улыбнулась мне усталым, потным и одутловатым от длительных потуг лицом и робко сказала: «Доктор, миленький, только, пожалуйста, не режьте ребенку головку...». – Значит, она видела в роддоме случаи краниотомии! – Дело в том, что когда в процессе тяжелых родов головка плода оказывается вколоченной в малом тазу, и плод погибает, то для спасения хотя бы матери, врачи специальным инструментом разрезают головку, чтобы уменьшить её размеры и извлечь плод из родовых путей. Во всяком случае, в середине XX века врачи иногда вынуждены были так поступать... Эта операция отчаяния называлась краниотомией. Что делать? Наш акушер-гинеколог уехал на несколько дней в столицу республики Петрозаводск, хирург был в отпуске, я остался в больнице один. Уже несколько дней бушевала метель, все дороги занесло метровым слоем снега, так что акушер-гинеколог из ближайшей больницы за 70 километров, всё равно не мог добраться до нас. Кесарево сечение я никогда не делал, да и вообще не имел хирургической практики. Впрочем, один раз я ассистировал нашему акушеру как раз при этой операции. Я постарался успокоить роженицу. Мы договорились, что пока пусть она еще потрудится, а если толка не будет, то придется оперировать. Бедняжка промучилась еще целый день. Она ужасно устала, на лице застыло выражение страдания, но снова и снова она просила меня «не резать головку»... Каждый час я заходил в родильную комнату и всё яснее чувствовал, что страшного испытания не избежать. Наконец, часов в одиннадцать вечера 31 декабря я распорядился кипятить инструменты и стал с трепетом снова перечитывать учебник акушерства. И вдруг, о счастье, ровно в полночь на первое января она всё-таки самостоятельно родила здорового мальчика! Эта женщина не просила облегчить свои ужасные мучения, она была готова терпеть боли и страдать, лишь бы стать матерью!..

Больной может страдать, даже если у него нет ни только болей, но и вообще других неприятных или тягостных ощущений. Так, бесплодие часто вызывает тяжелое страдание, хотя во всех других отношениях женщина может быть совершенно здоровой. Для Бетховена глухота была главной трагедией его жизни, из-за этого он даже подумывал о самоубийстве. Напротив, Эдисон шутил, что благодаря глухоте, которая у него возникла в детстве, он был избавлен всю жизнь от выслушивания глупостей.

Итак, мы видим, что страдание больного в значительной мере зависит от того, как он оценивает свое состояние, как он относится к своей болезни. Боль, удушье, жажда, зуд, тошнота и другие неприятные ощущения являются жизненно важными биологическим сигналами тревоги. Они оповещают о какой-то неисправности в человеческом организме. Такой сигнал рассчитан на то, чтобы предупредить об опасности и вызвать целесообразное действие в ответ. Страдание же возникает тогда, когда человек не понимает, в чем угроза и как ей противостоять, когда он осознает свою незащищенность, свое бессилие и одиночество. Следовательно, страдание больного человека - это особое психологическое переживание. Его может порождать боль или какое-то другое тягостное ощущение, как семя порождает дерево. Но точно так же, как дерево – это не семя, так и страдание – это не просто боль.

Эти рассуждения отнюдь не являются праздною гимнастикой для ума. Их цель – показать, что даже когда страдание вызвано физической, так сказать, «настоящей» болью или какой-нибудь другой явно материальной причиной, то всё равно в страдании имеется важ-

ный психологический компонент. Неисправная машина не может страдать, она нуждается только в ремонте. Но неисправность в организме человека вызывает не только нарушение функции, но – нередко – также и душевное страдание. Вот почему доктор – это не просто специалист по ремонту сложной человеческой машины. В своей работе он должен учитывать также и душевное состояние пациента. Чтобы облегчить страдание, надо использовать не только обезболивающие (при боли), снотворные (при бессоннице), мочегонные или морфий (при тяжелой сердечной одышке), антипруритные средства (при нестерпимом зуде) и т. д., но и оказывать страдающему больному самую что ни на есть простую человеческую душевную помощь и моральную поддержку, как это умеет делать каждая мать...

Когда-то врачебный арсенал был поистине жалок. Знаменитый немецкий врач Гуфеланд (1762 – 1836), лечивший, между прочим, Шиллера и Гете, написал в старости пособие для врачей общей практики на основе своего громадного полувекового опыта. Книга оказалось очень востребованной, и выдержала за несколько лет шесть изданий. В конце книги он поместил особую главу под названием «Три первейших средства врачебного искусства» (*Die drei Kardinalmittel der Heilkunst*). Это были... кровопускание, опий и рвотное! Немудрено, что в тех условиях важнейшую роль играла личность врача, его способность поддержать больного морально, «облегчить страдание» и, посредством этого, помочь ему преодолеть болезнь. Иными словами, главным оружием врача была психотерапия. Головокружительный прогресс медицины отправил в пыльный чулан многие прежде коронные средства, вроде банок, припарок, пиявок, кровопускания, мышьяка, ртути или рвотного камня и дал нам взамен поистине чудодейственные лекарства. Энтузиастам доказательной медицины кажется поэтому, что теперь можно обойтись этими надежными, научно обоснованными средствами, а психотерапию – эту прежнюю «палочку-выручалочку» – отдать во владение узким специалистам в этой области – психиатрам и психологам.

На это можно возразить следующее. Столь же грандиозная трансформация произошла и в военном деле. В древности воин имел только лук, да стрелы, и потому его главным оружием были мужество и отвага, то есть чисто духовные качества. Нынешний солдат экипирован несравненно лучше: он снабжен автоматом, гранатами, прибором ночного видения, бронезином и т.п. И всё-таки, даже теперь побеждает в бою не тот, у кого лучше военное снаряжение, а у кого дух сильнее. То же самое можно сказать и про медицину: никакие технические или научные открытия не отправят в архив личность врача, его целебное психологическое воздействие на больного...

Римский философ Сенека, много размышлявший о природе страдания, заметил, что «Каждый несчастен настолько, насколько полагает себя несчастным» («Нравственные письма к Луцилию», письмо XXXVIII). Если страдание заключается в особом отношении к болезни или к неприятному ощущению, то ведь это отношение у каждого человека может быть различным. То, что одного заставляет страдать, у другого вызывает прилив мужества и готовность бороться. Нельзя сказать заранее, какой будет реакция данного больного на то или иное обстоятельство, то есть, будет ли он страдать, и если да, то насколько сильно.

Когда страдание вызывается болью, то стоны, слезы и выражение лица тотчас говорят врачу, что больной действительно страдает. Если же страдание вызвано чем-то другим, то таких ярких внешних проявлений страдания может не быть, хотя это вовсе не значит, что больной не страдает. Он не показывает вида, и всё-таки молча надеется, что доктор не только даст ему таблетки, но и посочувствует, утешит, обнадежит и приободрит его. Как же обнаружить это незаметное, немое страдание? Для этого доктору надо, во-первых, развивать свою душевную чуткость. Во-вторых, он не должен ограничиваться перкуссией, аускультацией и направлением на анализы и в рентгеновский кабинет. Надо еще и *побеседовать* с больным человеком, причем не только с узкой целью собрать анамнез настоящей болезни, то есть, на

что он жалуется, когда болезнь началась, и чем его лечили в прошлом. Надо ещё попытаться проникнуть в его душевный мир, чтобы понять, что именно вызывает страдание у данного больного, и в чем оно заключается. Только тогда врач сможет по-настоящему выполнить завет *всегда облегчать страдание...*

Но вот у доктора нет сомнений: этот больной страдает. Какими же психологическими средствами и приемами можно воспользоваться, чтобы помочь ему? Начну с неожиданного: просто выслушать с сочувствием. У Александра Володина – известного драматурга и поэта – есть поразительное стихотворение:

Говорят — Бога нет.
А есть Законы Физики,
и Законы Химии,
и Закон Исторического Материализма.
Раньше, когда я был здоров,
Бог мне и не нужен был.
А Законы Физики,
и Законы Химии,
и Закон Исторического Материализма
объясняли мне всё
и насыщали верой
в порядок мироздания
и в самого себя.
(Когда я был здоров).
Но теперь, когда душа моя больна,
ей не помогают Законы Физики,
ей не помогают Законы Химии
и Закон Исторического Материализма.
Вот если бы Бог был —
ну, не Бог, а хотя бы что-то высшее,
чем Законы Физики,
и Законы Химии,
и Закон Исторического Материализма, —
я бы сказал Ему:
— Я болен.
И Оно ответило бы:
— Это верно.
Вот беда какая, ты болен...

Герой этого стихотворения не просит всемогущего Бога избавить его от болезни или хотя бы от его душевной муки. Он жаждет только одного, чтобы было кому пожаловаться, и чтобы тот, кто может всё понять, выслушал и – не вылечил, нет! – а хотя бы просто посочувствовал, дескать, «Да, вот ведь беда-то какая...» и помолчал бы вместе с ним... Какое глубокое понимание сути человеческого страдания!

В молодости я боялся долго сидеть у постели умирающего больного – ведь сказать-то нечего! Я думал, что это вынужденное молчание обнаруживает мое врачебное бессилие самым унижительным образом. Теперь я понимаю, что даже молчание, если только оно проникнуто теплотой и сочувствием – это тоже помощь человеку, который страдает...

Но в нашем психологическом арсенале есть не только такое молчание. Один мой пациент, у которого был давний и тяжелый хронический бронхит и выраженная эмфизема легких, сказал мне как-то с печальной улыбкой: «У вас, у врачей, есть два любимых выражения: «Это быва-

ет» и «Это пройдет». К сожалению, теперь я все чаще слышу «Это бывает» и всё реже – «Это пройдет»...

Это шутовское, но меткое замечание наводит на размышления – действительно, почему мы часто употребляем эти фразы? Обычно их произносят мельком, почти что машинально, не придавая им особого значения. Тем не менее, они являются одним из элементов той неспецифической психотерапии, которую бессознательно применяют в своей повседневной практике многие врачи. Когда мы говорим «это бывает», мы, тем самым, как бы сообщаем больному, что беда, постигшая его, не является чем-то небывалым, исключительным. Точно такое же явление доктор встречал и раньше, оно ему знакомо, он ничуть не удивлен и не растерян, и, следовательно, он знает, что надо делать... Когда же мы говорим, что «это пройдет», то, тем самым, мы авторитетно заверяем больного, что его страдание не будет длиться вечно, и что облегчение наступит обязательно. Эти две, казалось бы, такие банальные фразы отвечают жажде измученного больного получить утешение. Вот почему даже эти незатейливые слова проникают в его душу и облегчают его страдание.

А если врачу удастся понять, в чем именно заключается страдание данного больного, то он сможет найти более подходящие слова, чем только что упомянутые, и такие аргументы, которые действительно утешат и облегчат человека, который страдает...

Например, больной жалуется на тяжелую бессонницу: «Доктор, я совсем не сплю, замучился прямо». На самом же деле, он страдает просто потому, что трагически оценивает это абсолютно невинное явление. Ведь всем известно, что лишение сна хотя бы на сутки-двое вызывает такую непреодолимую сонливость, что человек засыпает буквально на ходу. Нездаром, попытка лишением сна является одним из самых эффективных методов сломить волю. Если человек не спал всего одну ночь, то уже на следующие сутки он обязательно возместит этот дефицит.

Иногда быстро заснуть не удастся. Причиной является обычно возбуждение, накопившееся на протяжении дня. У человека с тревожно-мнительным характером это нетерпеливое ожидание сна порождает тревогу – а вдруг я совсем не засну? Как же я смогу работать завтра? Или, быть может, я засну, но только под утро, не услышу звонок будильника и опоздаю? От подобных мыслей возбуждение и волнение нарастают еще больше и гонят сон прочь. В результате больной засыпает поздно и встает с чувством разбитости. (Кстати, это дурное самочувствие вызвано не тем, что сон был слишком коротким, а нервной усталостью от долгого ночного беспокойства перед наступлением сна. Ведь каждый врач с опытом ночных дежурств знает, что если человека разбудить всего после нескольких часов сна, то он просыпается достаточно бодрым и работоспособным). Теперь такой человек будет ожидать каждую следующую ночь с тревогой, боясь, что его мучения опять повторятся...

Конечно, легче всего отделаться от такого пациента, прописав ему снотворные таблетки. Но тем самым мы создаем у него условный рефлекс: есть таблетка – есть сон, нет таблетки – нет сна. В результате мы приучаем больного к пожизненному приему снотворных. А ведь сущность страдания здесь чисто психологическая. Так почему же не ответить адекватным, *психологическим воздействием*, то есть попытаться убедить больного отнестись к своей проблеме более спокойно. Такой метод лечения бессонницы прекрасно описал выдающийся психотерапевт Дюбуа (P. Dubois, 1848-1918) в своей замечательной книге, которую я горячо рекомендую всем врачам, «Психоневрозы и их психическое лечение» (СПБ 1912 г.):

«... Я обыкновенно говорю так: сон – всё равно, как голубь; если вы его не трогаете, он подлетает к вам, но если захотите поймать, он улетит!... Не беспокойтесь, и не гонитесь за сном; этим вы его только отгоняете от себя... В нескольких бессонных ночах не заключается никакой опасности... Можно без всякого риска не обращать внимания на бессонницу, тем более, что это есть и лучшее

средство вернуть себе спокойствие и сон. Пусть больной, прежде всего, перестанет бояться бессонницы, пусть отнесется к ней равнодушно, говоря себе: если засну, тем лучше; не засну, не беда. Только когда затихнет душевное волнение, сон является сам собою».

Разумеется, дать конкретные советы, как поступать в разных случаях, невозможно. Цель этого эссе – всего лишь показать сложность проблемы страдания в медицине и побудить читателя к размышлению. Это поможет ему найти свой собственный подход к страдающему больному. Несколько примеров из моей практики представлено в других главах этой книги; быть может, они также будут полезны в этом отношении.

О КУЛЬТУРЕ ВРАЧА

Однажды в Москве, беседуя с группой молодых клинических ординаторов, я употребил выражение из «Египетских ночей» Пушкина. К моему изумлению, ни один из этих молодых симпатичных докторов даже не слышал о таком произведении. Все они были столичные жители, и их родители принадлежали к образованному классу (врачи, инженеры, журналисты). Это было лет сорок назад. А недавно я получил письмо из Москвы от своего давнего друга психиатра Н.Г.Шумского. Он писал: «Я спрашиваю молодых психиатров при знакомстве с ними, что они читали, начиная с подросткового возраста. Ответ нередко таков: Пушкина (без уточнения), «Война и мир», «Мастер и Маргарита» или еще что-нибудь из Булгакова. Что же касается специальной литературы, то всё или почти всё их чтение – это учебник двух весьма посредственных авторов».

Надо ли врачу быть широко образованным, культурным человеком? Быть может, этот вопрос удивит некоторых или покажется несущественным. Действительно, если считать доктора просто специалистом по лечению болезней, то, чтобы овладеть своей профессией, ему вполне достаточно знать всевозможные болезни, уметь их диагностировать и лечить – вот и всё. Ведь от мастера в другой области, например, от портного или столяра мы ожидаем только хорошей работы – ладно сшитого костюма или удобной красивой мебели. Нас не интересуют другие особенности ремесленника, к которому мы обратились, – добрый он или злой, учтив или груб, читал ли он Достоевского и Шекспира или нет. Главное для нас, – знает ли он свое дело? Но стоит лишь поставить врача в один ряд с другими ремесленниками, как внутреннее чувство немедленно протестует: врач – это нечто совершенно особое. В чем же уникальность нашей профессии?

Зададим более простой вопрос: должен ли врач одеваться опрятно и скромно? Это, вроде бы, и подавно не имеет отношения к его профессиональным знаниям и к умению лечить; некоторые врачи даже бравируют своим затрапезным видом. Быть может, они полагают, что контраст между их небрежной одеждой и высоким мастерством должен особенно впечатлить больного. Не будем спорить, правы ли они. Но если они делают это намеренно, то, стало быть, понимают, что внешний облик врача не безразличен для больного.

Для большинства людей медицина – это знание особенное, имеющее отношение к здоровью, жизни и смерти; поэтому она вызывает не только уважение, но и некоторый трепет; здесь неуместны фамильярность и бесцеремонность. И если пациент видит, что доктор одет неряшливо, то невольно заключает, что и к своему высокому призванию тот относится без надлежащего почтения; возможно, его профессиональные знания так же беспорядочны, как и его внешний вид; того и гляди, такой доктор, не дай Бог, перепутает лекарства или сделает ошибку в рецепте. Впрочем, и не в меру щеголеватый вид (а у женщины-врача к тому же изобилие косметики и украшений) также разочаровывает больного и вызывает у него недоверие. Ведь каждый знает, что медицина – наука очень трудная, она требует долгой учебы, усердия и прилежания. Настоящий врач понимает, какая громадная ответственность лежит на нем, и потому он посвящает своей профессии все свои силы и всю жизнь. У него просто нет времени долго заниматься своей внешностью. Поэтому он одевается просто, скромно и опрятно. Напротив, расфранченность сразу говорит больному, что доктор слишком интересуется модой. «Где уж ей заботиться обо мне, небось, всё время думает о тряпках...». Удивительно, что не все врачи понимают эти очевидные истины. Ведь еще Гиппократ писал:

«Мудрость должно усматривать следующим образом: если у кого нет изысканного и тщеславного украшения, ибо из одевания – приличного и простого, сделанного не для излишнего хвастовства, а для доброй славы – вытекает серьезность и соответствие с самим собой как в мыслях, так и в походке».

Итак, мы видим, что у больного есть свое отчетливое представление о том, каким должен быть настоящий, хороший доктор. Всякий раз, когда он встречается с нами, он невольно сопоставляет то, что видит, со своими ожиданиями. И если оказывается, что мы не соответствуем им, он занижает нам оценку, а то и вовсе разочаровывается. Он отказывает нам в доверии, а это очень плохо. Чего же больной ждет от нас, кроме самого лечения?

До сих пор мы говорили о том, чего ожидает он от нашего внешнего вида. Но еще более внимательно он изучает наше поведение. В первую очередь, он ищет те качества, которые, по его убеждению, обязательны для человека, выбравшего профессию врача. Доброта, приветливость, сочувствие, терпимость, готовность помочь, внимательность, бескорыстие – вот чем, по его мнению, должен обладать любой врач. Всё это больной может увидеть и почувствовать уже в первые минуты общения. И если он убеждается, что врач обладает такими свойствами, то сразу проникается симпатией и доверием. Естественно, это облегчает врачебную работу.

Однако больной пытается угадать не только черты характера своего врача, но и меру его профессиональной пригодности! Казалось бы, это ему недоступно. Адекватно оценить знания и умение врача могут только коллеги по профессии. Кстати, вот почему наши пациенты так уважают научные звания: ведь их присуждают специалисты, то есть люди понимающие. Раз ему присвоили звание профессора, значит, это врач действительно достойный... Какие же особенности поведения позволяют больному оценить наше умение? – Любого мастера своего дела сразу видно по спокойной, уверенной работе, без суеты и лишних движений. Присмотритесь, как опытный врач расспрашивает и обследует больного. Как целесообразны, последовательны и экономны все его действия! Неудивительно, что больные очень часто сразу же выделяют опытного врача, и их оценка большей частью оказывается верной.

Но больной ожидает от врача не только соответствующей внешности, особых положительных черт характера и профессиональных знаний. Для него важен еще один критерий, а именно, культурный уровень. Чтобы стать врачом, надо очень долго учиться и прочитать очень много книг. Такая учеба должна делать человека образованным, интеллигентным. Он вежлив, учтив, деликатен, от него не услышишь резкого слова. А если он груб, невнимателен, высокомерен, то чему же вообще он научился в своем университете? – Нет, это плохой врач...

Итак, больной хочет, чтобы и внешний вид врача, и его поведение, и его манеры соответствовали тому образу, который он создал себе. Пренебрегать этим скромным, но разумным и справедливым желанием не следует. Наоборот, надо стараться удовлетворить его. Ведь если действительность совпадает с идеалом, то возникает доверие, столь нужное в нашей лечебной работе.

Следовательно, манеры, изобличающие образованного и культурного человека, помогают врачу завоевать расположение пациента. Однако этот благоприятный эффект является следствием лишь внешних проявлений культуры. Главная же выгода заключается в том действии, которое оказывает культура на самого врача. И дело не только в том, что запас его знаний становится богаче, хотя это и полезно само по себе. Компьютер в состоянии воспринять громадный объем информации, но это не изменит его свойств. Напротив, человек под влиянием длительного и разнообразного обучения преобразуется: он становится *культурным*. Не случайно, в толковых словарях Даля и Ушакова синонимом слова «культурный» берется слово «образованный». Не ученый, то есть обученный многому, а именно *образованный*. Новые

знания дает учеба, а образование формирует, изменяет, преобразует самого человека.

В первую очередь, культура дает широкий кругозор. Что это означает в приложении к нашей профессии? Нередко врачей буквально завораживает нынешний прогресс в медицине. Им кажется, что прошлое со всеми его предрассудками осталось далеко позади; теперь всё по-другому, и даже медицина стала совсем другой; её и называют-то по-новому – ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. В ней безраздельно господствует строгий научный метод с двойным слепым опытом; её выводы основаны на громадном количестве наблюдений благодаря координированной работе сразу нескольких крупных клиник; о результатах ныне судят не примитивно по процентам или средним цифрам, как делали в старину, а после виртуозной статистической обработки. Это в старой медицине могли быть недостоверные результаты и ошибочные заключения; теперь это исключено.

Но если врач не ограничивает себя чтением новейшего учебника, а познакомится хотя бы с некоторыми сочинениями наших великих предшественников (заверяю: это очень интересно!), то он убедится, что современная медицина – всего лишь короткий этап в нескончаемом процессе познания. Он увидит с изумлением, что кое-что из того, что кажется ему последним словом науки, было уже известно задолго до его рождения. И если даже самые светлые умы прошлого иногда ошибались, несмотря на их поразительную наблюдательность и силу анализа, то, стало быть, и современная наука содержит в себе не только истины, но и заблуждения. Понимание этого помогает врачу относиться с разумной осторожностью к каждому открытию, которое спешно объявляют эпохальным, или к очередному новейшему лекарству, которое только что расхвалили в последнем номере научного журнала.

Корней Иванович Чуковский живо изобразил в своих сказках, как ребенок представляет себе хорошего доктора.

Добрый доктор Айболит,
Он под деревом сидит.
Приходи к нему лечиться
И зайчонок, и волчица,
И жучок, и паучок,
И медведица...
...И всем по порядку
Он дает шоколадку,
И ставит им, ставит им градусники...
...Десять ночей Айболит
Не ест, не пьет и не спит,
Десять ночей подряд
Он лечит несчастных зверят,
И ставит, и ставит им градусники...

Ребенку хочется, чтобы доктор был добрый, его лекарства – вкусными, как шоколадка, а обследование – легким и нестрашным, как измерение температуры. Такой доктор может вылечить любую болезнь и снова сделать каждого совсем здоровым. Мы улыбаемся детской наивности, но в глубине души мы и сами чувствуем, как еще далека наша медицина от идеала, несмотря на грандиозный прогресс. Увы, многие наши диагностические исследования обременительны, болезненны и не всегда дают ясный ответ; наши лекарства редко излечивают совсем, но зато часто вызывают нежелательные побочные явления; вернуть здоровье полностью нам удастся лишь иногда. Поэтому не надо сурово осуждать непомерный энтузиазм и пристрастие врачей ко всему новому. Нами движет не суетная любовь к моде, а серьезная психологическая причина – неудовлетворенность.

Подсознательно мы чувствуем, что знаем мы всё-таки очень мало, а наша медицина по-

прежнему несовершенна. Вот почему с такой радостью и надеждой мы встречаем каждое новшество.

Широкая культура создает правильную перспективу и умеряет этот энтузиазм разумным консерватизмом, осторожностью и здравым смыслом. В результате врач более трезво относится ко всему новому. Одно дело – лекарство, которое предложили против смертельной болезни. Здесь оправдано стремление немедленно испробовать его, даже если оно появилось совсем недавно, и, к тому же, очень дорогое – а вдруг оно спасет нашего больного? Совсем другое дело – лекарство, которое, *может быть*, немного лучше предыдущего, но которое стоит гораздо дороже, и к тому же еще недостаточно проверено. Так за что больной переплачивает в этом случае – за свою дополнительную выгоду или за легкоеверие врача и его приверженность к быстро меняющейся моде?

Знакомство с произведениями классиков медицины не только позволяет более трезво и критически относиться к соблазнительным новинкам, которые прогресс ежедневно обрушивает на врача. Такое чтение помогает ему повысить свое профессиональное мастерство. Дело в том, что важнейшая отрасль медицины – врачевание – является сплавом науки и искусства. Искусство это заключается в умении применить наилучшим образом отвлеченные научные знания именно к тому больному, который сейчас просит нашей помощи. Науку можно изучить по учебникам. Но искусству врачевания, как и любому другому искусству, можно научиться, только работая под руководством зрелого, опытного мастера. Еще лучше понаблюдать за работой разных мастеров экстра-класса. Не каждому молодому врачу выпадает счастье уже на первых шагах встретить таких наставников. Зато хорошие книги доступны всегда. Читая их, мы мысленно общаемся с великими умами прошлого, учимся у них. Как заметил Паскаль, «невольно удивляешься и радуешься: рассчитывал на знакомство с автором, а познакомился с человеком». Все начинающие художники тщательно изучают классические образцы, повторно копируют знаменитые картины для того, чтобы постигнуть тайны мастерства. Так и доктор получает драгоценные уроки, видя, как его славные предшественники достигали замечательных результатов, имея в своем распоряжении лишь скудные средства своего времени.

Но не только чтение классиков медицины благотельно для врача. Не менее полезно и общее гуманитарное образование. Знакомство с такими великими умами, как Достоевский, Толстой, Ибсен, Ларошфуко, Платон, Сенека, чтение Библии – всё это помогает понять человеческую психологию, учит любви к людям, состраданию, терпимости, смирению. Именно о таком враче, который обогащен широкой гуманистической культурой, Гиппократ сказал: «Врач-философ подобен богу»...

О ПСИХОТЕРАПИИ

«Отчего бы это, Брут: состоим мы из души и тела, но забота о теле давно уже стала наукой; а исцеление души и теперь не столь многим дорого и приятно, а гораздо чаще кажется людям сомнительно и опасно? Или страдания души меньше, чем страдания тела? Нет, душевные немощи куда губительнее и многочисленнее телесных».

Цицерон «Тускуланские беседы», глава «Об утешении в горе»

В 1904 году основатель метода рациональной психотерапии Поль Дюбуа, перечислив грандиозные успехи медицины в только что закончившемся девятнадцатом веке (открытие Пастером роли микробов в инфекционных заболеваниях, создание первых лечебных вакцин и сывороток, полная трансформация хирургии благодаря асептике и наркозу, коренное преобразование патологической анатомии благодаря целлюлярной патологии Вирхова, возникновение современной физиотерапии, открытие рентгеновских лучей и т.д.), иронически заметил: «Остается только удивляться, что остаются еще больные на белом свете».

Прошло еще сто лет. Прогресс ускорился неимоверно. Чуть ли не каждый день мы получаем всё новые и всё более могущественные средства диагностики и лечения. Многим врачам начинает казаться, что вот-вот наступит время, когда у нас будут, наконец-то, лекарства от каждой болезни. Тогда роль врача будет заключаться только в том, чтобы с помощью новейших приборов найти неисправность в человеческой машине и выписать положенный рецепт.

Увы, несмотря на фантастический прогресс, больных и болезней не становится меньше. А заболеваемость эссенциальной гипертензией, атеросклерозом, сахарным диабетом и злокачественными опухолями растет буквально как эпидемия. Впрочем, при ближайшем рассмотрении оказывается, что даже победы над такими кошмарами прошлого, как холера, чума, оспа и туберкулез тоже были обусловлены не столько новыми лекарствами, сколько массовыми профилактическим и санитарным мероприятиям. Выходит, надежда, что с любой болезнью можно справиться подходящей чудо-таблеткой, оказывается иллюзией. В чем же дело?

Причина заключается в том, что большинство болезней не являются простыми, элементарными поломками человеческой машины, которые можно исправить с помощью несложного ремонта («таблеткой»). Возьмем для примера мелкую дорожную аварию. Для автомобиля это просто несколько царапин на лаковом покрытии, да, быть может, небольшой ущерб для тормозных колодок от слишком резкого торможения. Такие дефекты может устранить каждый ученик в любом гараже. Но ведь в машине есть водитель. И вот для него та же самая авария – это, быть может, гипертонический или ангинозный криз в момент столкновения, а кроме того, длительные состояния тревоги и страха во время каждой следующей поездки еще несколько дней.

Кто-то остроумно заметил, что жизнь на десять процентов состоит из того, что с нами происходит, и на девяносто процентов из того, как мы на это реагируем. Болезнь – это не только

воспаление, инфекция, тромбоз, ишемия или какой-либо другой патофизиологический процесс. Это всегда и событие в духовной жизни человека. Уж на что, казалось бы, простым, преходящим и невинным заболеванием является юношеское акне, но какое депрессивное воздействие оказывают иногда эти безвредные гнойнички на психику подростка!

Для обозначения врачебной деятельности в русском языке есть два слова – лечить и исцелять. Но если первым из них («лечить») мы пользуемся на каждом шагу, то второе («исцелять») употребляется гораздо реже, да и звучит оно как-то торжественно. Оно имеет общий корень со словом «целый» и потому означает не просто исправить поломку, починить, подправить, а восстановить целиком всё, сделать, как было. В словаре Даля это слово объяснено так: «**ИСЦЕЛЯТЬ**, исправить, сделать целым;... возратить здоровье». Между прочим, близкое по смыслу английское слово *to heal* и немецкое слово *heilen* также имеют корневое значение «целый, цельный». Ещё более многозначительные связи между этими понятиями можно обнаружить в таком древнем языке, как иврит. Слово «лечить» имеет тот же корень, что и слово «лекарь», «врач» (**Р-П-А**). Но слова «исцелять» и «здоровый» имеют другой корень, который употреблен в самой первой фразе Библии тоже как глагол: «В начале сотворил Бог...» (**Б-Р-А**). Этот глагол означает не просто сделать что-нибудь, а создать что-то совершенно новое, чего не было прежде. Таким образом, в иврите слово «здоровый» имеет оттенок «как новый», «новехонький», «с иголки». Согласимся, что не так уж часто мы имеем право назвать результаты своего лечения исцелением...

Недостаточная эффективность нашей работы объясняется тем, что все мысли врача заняты именно какой-нибудь местной, изолированной поломкой человеческой машины. Такая поломка нередко сама бросается в глаза, или её нетрудно обнаружить с помощью умных диагностических приборов. Погруженные в ремонт этой детали, мы не замечаем владельца машины – мыслящего и страдающего человека. В результате получается латание, мелкая штопка, а не исцеление; мы не возвращаем полного телесного и душевного здоровья.

Безрассудная вера во всемогущество современной фармакологии побуждает нынешних врачей, особенно молодых, лечить все болезни, даже расстройства душевного здоровья, исключительно таблетками или уколами. А ведь не надо иметь никакого медицинского образования, чтобы знать, какое могучее влияние на человека оказывает психологическое воздействие. Большинство великих и благородных поступков, вплоть до самопожертвования были осуществлены под влиянием соответствующих идей, внушенных этим героям другими людьми. Как же может врач пренебрегать внутренним, духовным миром своих подопечных и не пытаться воздействовать на него для блага больного человека?

Здесь мы подходим к проблеме психотерапии в работе практического врача. Этот термин очень популярен в последнее время, но каждый понимает его по-своему. В интересах дела стоит обсудить, что же должно означать это слово. Но предварительно одно давнее воспоминание.

Сразу после окончания медицинского института в Москве мне пришлось работать в далекой сельской глуши в одиночку врачом общей практики. Жизнь скоро показала, что книжные знания – это одно, а умение приложить их к больному человеку – это совсем другое. Лучший способ приобрести такое умение – это понаблюдать за работой опытного, хорошего врача у постели больного. Только спустя три года мне посчастливилось поступить в клиническую ординатуру в большой столичной больнице, где такие врачи были. Моим непосредственным руководителем стал доктор Виктор Абрамович Каневский. Многому научился я у него, но один его урок особенно врезался в память.

Я курировал больную с клапанным пороком сердца и частыми приступами пароксизмальной тахикардии, от которых она очень страдала. Все наши попытки помочь были безрезультатны. Как-то перед утренним обходом дежурная медсестра докладывает, что прошедшая

ночь выдалась особенно тяжелой, приступы аритмии следовали один за другим, и в многоместной палате никто не спал. Слушая этот доклад, я впадаю в отчаяние. Как войти в палату, как взглянуть в глаза несчастной больной, как перенести презрительные взгляды её соседей? И как набраться духу продолжить лечение, когда все кругом видят твою беспомощность? – «Эх ты, горе-врач!». Виктор Абрамович тоже расстроен. Мы входим в громадную палату, где лежит десять человек. Нас встречает неприязненное молчание. Виктор Абрамович садится около постели больной, несколько мгновений сокрушенно молчит, сочувственно смотрит ей прямо в глаза, потом вздыхает и говорит с непритворным чувством: «Бедняжка, как же Вам тяжело было этой ночью!». Я поражен: разве можно так открыто признавать свою врачебную неудачу, да ещё в присутствии других больных! На его месте я бы сделал вид, что ничего особенного не произошло, и молча приступил бы к своему ежедневному обследованию. Едва я успеваю так подумать, как, к моему изумлению, с лица больной исчезают ожесточенность и вражда. Что же произошло? Мой учитель не стал скрывать свое поражение. Но его непритворное огорчение и сочувствие показали, что он удручен не как профессионал, у которого произошла досадная осечка, а как обычный человек, которому не удалось помочь другому человеку в беде. Он от души, бесхитростно пожалел больную. Конечно же, она почувствовала это, и ей стало легче; разочарование и недоверие к доктору исчезли. «Ну что ж, приступим к делу». По ходу рутинного расспроса и обследования Виктор Абрамович как бы мимоходом подчеркивает даже мелкие положительные детали: «Так зуд сегодня поменьше? – Отлично! И стул был? – Очень хорошо!». Обращаясь ко мне, он говорит: «Н.А., а ведь экстрасистол сегодня определенно меньше!». Больные, как правило, ощущают перебои сердца, и потому она убеждается, что Виктор Абрамович не обманывает её. Я понимаю, что всё это не имеет решающего значения, но не только больная, но даже и я приободряюсь. Окончив обследование, В.А. говорит: «Голубушка, конечно, положение трудное, но сдаваться мы не будем». И снова он искренен. Он не отвергает очевидное и не прячется за избитые оптимистические фразы, которые были бы так неуместны в этой печальной ситуации. Но как раз эта честность помогает больной поверить всем его последующим словам, пробуждающим надежду. Виктор Абрамович диктует новые назначения и объясняет нам, молодым врачам, цель каждого из них. На самом же деле он незаметно показывает больной, что доктор не растерян, что у него есть ясный и разумный план дальнейших действий. Все больные в палате с любовью и обожанием смотрят на моего дорогого учителя, и я начинаю понимать, что для того, чтобы стать хорошим доктором, недостаточно научиться диагностировать разные болезни и запомнить лекарства против них; надо еще овладеть искусством общения с человеком, который страдает...

Никогда ещё не приходилось мне встречать такое поведение врача. Всё, что делал Виктор Абрамович в то памятное утро, было очень просто и в то же время необычайно полезно, умно и человечно... Конечно, я и раньше кое-что слышал и даже читал о психотерапии, но здесь я впервые увидел, что это такое на самом деле. Впечатление было сильнейшее. С тех пор меня стала интересовать психология взаимоотношений между врачом и больным. Более полувека я постоянно наблюдаю за своим поведением во время работы, за реакцией больных на мои слова и поступки, присматриваюсь, как поступают другие врачи. Интересуюсь я и специальной литературой, посвященной этой теме. И вот результат моих размышлений.

Итак, что же такое психотерапия? Обратимся для начала к справочникам. Из них наиболее часто используемым и универсальным является сейчас интернет-энциклопедия Википедия. Её полнота беспримерна; так, в её англоязычном варианте имеется (ноябрь 2013 г.) свыше *четырёх миллионов* статей (для сравнения: в знаменитой 32-томной Британской энциклопедии всего 65 000 статей). В англоязычном издании Википедии определение этого термина таково: «**Psychotherapy is an interpersonal, relational intervention used by trained**

psychotherapists to aid clients in problems of living. (Психотерапия – это межличностное воздействие, применяемое специально обученным психотерапевтом для оказания помощи клиентам в жизненных проблемах)». В немецком издании Википедии объяснение еще более громоздко: **«die Behandlung psychisch, emotional und psychosomatisch bedingter Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen mit Hilfe psychologischer, d. h. wissenschaftlich fundierter Methoden durch verschiedene Formen verbaler und nonverbaler Kommunikation** (Лечение заболеваний, страданий или расстройств поведения, обусловленных психическими, эмоциональными или психосоматическим факторами, с помощью психологических, то есть научно обоснованных методов посредством различных форм вербального и невербального общения)». Согласно франкоязычной Википедии, это **«une pratique visant à donner du sens, à soigner et éventuellement à résoudre les problèmes découlant d'une souffrance psychique rencontrée par des individus et pouvant se manifester par des symptômes comme la dépression, l'anxiété ou éventuellement par des troubles du comportement** (т.е. практика, имеющая целью истолковывать, лечить и, по возможности, разрешать проблемы, проистекающие из душевного страдания личности, которые могут проявляться симптомами депрессии, тревоги или расстройствами поведения)». Наконец, в русском издании говорится, что **«Психотерапия (от греч. psyché — душа и therapéia — забота, лечение, уход) — особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психологического характера».**

Всё это звучит очень наукообразно и внушительно, но невольно возникает впечатление, что психотерапия – это какой-то особенный способ лечения, доступный только посвященным, и потому он не имеет отношения к повседневной работе обычного врача-интерниста. Ведь больные с депрессией, фобиями и другими выраженными нервно-психическими расстройствами встречаются в его практике довольно редко. Но даже если он и обнаружит у больного какой-то невроз, то, чтобы использовать психотерапию, придется отправить его к соответствующему специалисту.

То, что мой учитель делал в то памятное утро, не соответствовало моим тогдашним представлениям о психотерапии. Он не занялся анализом сновидений пациентки, не стал обучать её аутогенной тренировке или медитации; он не применил метод свободных ассоциаций, гипнотическое внушение или еще какую-нибудь экзотическую технику. И вообще, он не был дипломированным психотерапевтом. Больше того, я не помню, чтобы он упоминал этот термин в многочисленных беседах с нами, молодыми докторами. Да и не было у нашей тогдашней больной такого нервно-психического расстройства, при котором показано специальное психотерапевтическое лечение. Это была просто минута отчаяния, которая может случиться у каждого, когда так нуждаешься в моральной поддержке. И больная получила её в полной мере. Я присутствовал при сеансе подлинной и благотворной психотерапии. Ведь каково назначение психотерапии вообще, независимо от применяемой техники? – Помочь человеку психологическими средствами. Как раз это и сделал мой учитель. Какими же приёмами он воспользовался? Своим искренним сочувствием и теплом он показал больной, что она для него не просто трудный медицинский случай, а близкий ему человек, и что он ей сострадает. Именно такое отношение восстановило потерянное было доверие к врачу. Обида и замкнутость исчезли, больная вновь стала восприимчивой к словам ободрения. Но ободрение это заключалось не в произнесении тех банальностей, которые имеются на такой случай у всех нас. Каждое слово было продуманным и уместным именно в этой ситуации и потому убеждало по-настоящему. Вот почему они возродили у больной мужество и терпение, которые так важны для борьбы с болезнью.

Кому-то покажется, что называть психотерапией деятельность такого рода, значит не-

померно расширять рамки этого понятия. Но вот что говорит по этому поводу выдающийся американский психолог и психотерапевт Абрахам Маслоу (Abraham Maslow). В его книге «Мотивация и личность» (русский перевод опубликован в 1999 году) есть глава, посвященная психотерапии. Один из её подразделов озаглавлен: «ХОРОШИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ». Там он пишет: «Заботу, любовь и уважение стоит счесть психотерапевтическими способами воздействия на человека, но особыми – такими, которые вполне под силу непрофессионалам... Это очень мощные психотерапевтические средства, но они всегда направлены ко благу человека, они не могут причинить вреда никому».

Специальные исследования обнаружили странный, на первый взгляд, факт. Эффективность психотерапии зависит не столько от того, к какой психотерапевтической школе принадлежит психотерапевт, и не от того, какую конкретно специальную методику он применяет, сколько от того, удалось ли ему вызвать доверие и симпатию пациента. Следовательно, личность врача, его умение создать хорошие человеческие отношения с больным являются неременной, главной основой любого положительного психотерапевтического воздействия.

При встрече врача с больным неизбежно возникают какие-то человеческие отношения. Хорошими эти отношения можно назвать, когда больной чувствует, что им интересуются, что его уважают и готовы выслушать без критики и осуждения, что его понимают и готовы помочь. Оказавшись в атмосфере приветливости, теплоты, сочувствия, искренности, больной непременно испытывает облегчение. Тревога, которая сопровождает любую болезнь, отступает; приходит ощущение безопасности, возникает надежда. Вот почему эти отношения обязательно обладают положительным психотерапевтическим действием. Наоборот, если больной почувствует холод, равнодушие, тем более осуждение, неприязнь, презрение или насмешку, то и эти отношения непременно окажут психологическое воздействие, но только отрицательного свойства. Больной перестанет доверять врачу, замкнется; его естественное беспокойство относительно своей болезни усилится, а надежда на хороший исход ослабеет. Психотерапевтический потенциал неизбежно кроется в любом межличностном общении, тем более в каждом общении врача с его пациентом. Один из персонажей Мольера с изумлением узнаёт, что он, оказывается, всю жизнь говорил прозой. Точно так же многие врачи даже не подозревают, что они постоянно используют психотерапию. Им кажется, что их конкретная специальность (терапия, хирургия и т.д.) не имеет с ней ничего общего. На самом же деле, любой акт врачевания непременно содержит в себе элемент психотерапии.

Благотворное психологическое воздействие может вызвать общение даже с человеком, не имеющим никакого медицинского образования. Для этого достаточно создать обычные хорошие человеческие отношения. Примером может служить эпизод из повести Н. Полевого «Повесть о настоящем человеке». Летчику Маресьеву ампутировали обе стопы. Молодой человек был в отчаянии: жизнь разрушена, никогда ему уже не летать! Его сосед по палате дал ему вырезку из газеты с рассказом о русском летчике времен первой мировой войны, который после такой же ампутации смог вернуться к своей профессии – на протезах! Кроме того, он рассказал ему и про Франклина Рузвельта, который смог стать президентом США, несмотря на паралич обеих ног. (В последующих изданиях этой книги упоминание о Рузвельте было выброшено – был разгар «холодной войны»...). Эта бесхитростная дружеская психологическая помощь оказалась необычайно эффективной. Молодой человек преодолел отчаяние, к нему вернулось мужество. Превозмогая боль, он неустанно тренировался на протезах, и в дальнейшем вновь стал боевым летчиком.

Но при встрече врача и больного возникают отношения особые. В отличие от будничного житейского контакта двух людей, здесь стороны не равны, их роли неодинаковы. Больной заранее допускает превосходство своего партнера и с самого начала рассчитывает на его по-

мощь, в том числе и психологическую. Любое ощущение нездоровья вызывает у человека естественное чувство беспокойства и тревоги. Он не знает, что с ним, не опасна ли его болезнь, сможет ли он выздороветь, сможет ли он снова работать и т.д. Поэтому, когда он обращается к врачу, то он хочет не только облегчения телесного страдания. Больной хочет увериться, что доктор знает свое дело; он жаждет ответа на все заботящие его вопросы. Он нуждается не только в таблетках или в операции, но и в успокоении, ободрении, моральной поддержке. Он уже готов с доверием выслушать всё, что ему скажут. Впрочем, он ищет опору не только в словах врача, но и во всём его поведении. Больной сам придает психотерапевтический смысл любому лечебному акту, даже если врач не позаботится об этом.

Со своей стороны, доктор чувствует свое преимущество перед партнером благодаря медицинским знаниям и опыту, и потому его слова авторитетны, а поведение уверенно. Таким образом, в этой ситуации обе стороны невольно порождают психотерапевтический эффект. Вот в чём главная разница между тем медицинским лечебным средством, которое называют психотерапией, и обычной моральной поддержкой, которую люди оказывают друг другу в повседневной жизни. Если же вдобавок врач понимает, что у каждого больного есть потребность в такой поддержке, и сознательно идет навстречу ей, тогда благоприятное психологическое воздействие многократно усиливается.

Врачебная деятельность такого рода, несомненно, является психотерапией, но это, если так можно выразиться, психотерапия неспецифическая, повседневная. Она не бросается в глаза, и учебники посвящают ей всего несколько строчек. Однако это незаметное благотворное воздействие на душевную жизнь больного человека необычайно важно. Любая психотерапевтическая методика, какой бы сложной или экзотической она ни казалась, является всего лишь видимой, заметной верхушкой громадного айсберга, называемого психотерапией вообще. Все старания дипломированного психотерапевта могут оказаться тщетными, если он не использует эту неспецифическую психотерапию, а проще говоря, если он не ободрит больного и не одарит его своим человеческим теплом и сочувствием.

В этом отношении поучительна разница между судьбой Фрейда – ученого и Фрейда – практического врача психотерапевта. С одной стороны, он стал одним из самых знаменитых ученых двадцатого века, и это не удивительно: ведь, подобно Колумбу, он тоже открыл громадный, неведомый до того мир – мир бессознательного. Но точно так же, как Колумб ошибочно считал до конца своих дней, что он просто другим путем приплыл в Индию, так и Фрейд ошибся в своих выводах. Он заключил, что человек – это существо злобное, агрессивное, эгоистичное, всегда озабоченное сексуально, находящееся во власти разрушительных инстинктов; если дать им волю, то они приведут к кровосмешению, убийству и прочим преступлениям. Поэтому в отношении Фрейда – врача к пациенту нет живого человеческого участия, а есть отчужденность, холодное любопытство естествоиспытателя, и даже легкое презрение к «венцу творения». Естественно, больные быстро угадывали это, и, как он сам признавался, приемная его кабинета для частных консультаций нередко пустовала. По-видимому, доктор Зигмунд Фрейд так и не добился в Вене широкой популярности среди больных ...

Итак, психотерапия в медицине может быть использована в двух вариантах. Один из них заключается в применении тех специальных методик, которые характерны для психотерапии в привычном (правильнее сказать, в самом узком) смысле этого термина. Это психоанализ, аутогенная тренировка, медитация, экзистенциальная терапия, психодрама и т. п. Для овладения этими методами требуется длительное обучение и тренировка. Кроме того, все эти лечебные процедуры рассчитаны на продолжительные курсы и дают эффект спустя недели и месяцы. Поэтому применять их целесообразно только при очень серьезных нервных расстройствах (фобии, навязчивые состояния, депрессия). Такие случаи составляют ничтожную долю от

общего числа больных, которые обращаются к врачам наиболее массовых специальностей - к терапевтам или к хирургам. Работая многие годы врачом общей практики и постоянно обращая внимание на душевное состояние своих подопечных, я редко встречал больных, которым была показана такая специализированная психотерапия - не более нескольких раз в год.

Вот почему, как пишет Маслоу «Мы привыкли видеть в психотерапии своего рода крайнее средство, последний шанс, нечто подобное хирургическому вмешательству, например. К психотерапевту обращаются, главным образом, глубоко нездоровые люди, и потому в сознании большинства населения, как впрочем, и в сознании самих терапевтов, психотерапия приобрела оттенок роковой неизбежности, ужасной, трагической необходимости».

Но значит ли это, что остальные больные, а их громадное большинство, совсем не нуждаются в психологической помощи? Конечно, нет. Как любая неожиданность, болезнь непременно вызывает у человека настороженность, тревогу. Дальнейшая реакция может быть различной – от решимости бороться до паники и желания спастись бегством. А ведь исход болезни зависит не только от состояния сердца, легких, печени или иммунной системы, но и от мужества больного, его воли к жизни. Страх, смятение, неуверенность – дурные помощники в любом сражении. Вот почему успокоить больного, ободрить, дать надежду, укрепить выдержку – значит помочь преодолеть болезнь. В этом и состоит предназначение неспецифической психотерапии. Это вовсе не проявление сострадания и жалости, не утешение, подаваемое как милостыня несчастному мученику, а совершенно реальная медицинская помощь в борьбе с **любой** болезнью. Вот почему неспецифическая психотерапия должна быть непрерывной составной частью всякого лечебного плана.

Многие врачи используют такую психотерапию в своей повседневной работе, даже не замечая этого. И немудрено. Ведь эта психотерапия довольно близка к той душевной поддержке, которую все мы часто оказываем друг другу в обыденной жизни. Кроме того, больной сам придает психотерапевтический смысл всем словам и действиям врача. Врачу кажется, что он просто делает свое дело, но его приветливость, внимательность, добросовестность – всё это самым благотворным образом действует на пациента. Больной чувствует, что попал в надежные руки. Эта непреднамеренная польза может быть увеличена, если врач осознает свою психотерапевтическую функцию и поступает соответственно.

Конечно, главное – это действительно сочувствовать больному и искренне стараться помочь ему. Но важно, чтобы больной увидел это. Хороший актер не только переживает чувства своего персонажа, но и умеет показать это зрителю, убедить его. Так и врач должен стараться, чтобы его поведение и все его слова оказывали желаемое психологическое воздействие. Как же добиться этого?

Первое условие – больной должен почувствовать, что его внимательно слушают. И дело тут не в простой вежливости и даже не в том, что мы черпаем из рассказа важные диагностические сведения. У больного нередко есть потребность выйти из своего одиночества, поделиться хоть с кем-нибудь своими заботами и горестями. Латинское выражение **dixi et anima levavi** (сказал и душу облегчил) доказывает, что этот психологический факт известен давным-давно.

Вот необычное и трогательное подтверждение только что сказанному. Один американский врач решил как-то выяснить, сколько времени потребуется больному, чтобы рассказать о своей проблеме, если не прерывать его (Ann Intern Med. 2004; 140:144). В кабинет вошла симпатичная старушка лет за 70. Врач включил секундомер и спросил: «Ну, так что же Вас беспокоит?». Больная начала неторопливо описывать события последних недель. Соседка что-то заметила и сказала ей об этом, потом больная позвонила своей сестре, та посоветовала сходить к доктору, но моя сестра вечно паникует, а я сама не люблю беспокоить врачей.... Среди всего этого длинного и бессвязного рассказа промелькнуло, было, слово «кашель»,

но тут же разговор перешел на погоду, которая сейчас просто ужасна, не правда ли?... Я и вообще часто простужаюсь, хотя стала одеваться потеплее... Сон тоже стал хуже, наверное, из-за кашля?... А в местном аптечном киоске не так-то легко самой выбрать подходящее лекарство – их так много, да и названия какие-то непонятные. ... Несколько раз в кабинет заглядывала удивленная медсестра и показывала на часы, но доктор остался непреклонным... Весь монолог занял двадцать две минуты. В легких слева доктор обнаружил хрипы, а на сделанной сразу же рентгенограмме оказалось массивное затемнение, подозрительное на опухоль. Доктор тотчас попросил по телефону пульмонолога в соседней клинике осмотреть больную вне очереди. Тот подтвердил опасения; действительно, у больной был рак легких в далеко зашедшей стадии. Пульмонолог известил об этом лечащего врача по телефону и не скрыл от больной ни диагноз, ни печальный прогноз. Когда, наконец, больная вернулась к лечащему доктору, он сказал было ей с сочувствием: «Да, не веселый день получился сегодня у Вас...». – «Она поглядела на меня с улыбкой, похлопала по руке и сказала: «Пустяки, не беспокойтесь! Я прожила хорошую жизнь. Но я хочу, чтоб Вы знали – это был мой лучший визит к доктору. Вы единственный, кто выслушал меня!»...

Эта удивительная история – не призыв всякий раз выслушивать нескончаемые монологи. Просто следует помнить об этой потребности больного и дать ему почувствовать, что его выслушали, и что он действительно выговорился. Для этого с самого начала надо смотреть больному прямо в глаза, не отвлекаться на посторонние действия и действительно сосредоточить все внимание на больном. Уже через минуту ясно, стоит ли молчать дальше. Впрочем, даже если рассказ многословен и бестолков, не надо нетерпеливо обрывать его – это обижает, контакт нарушается, больной замыкается в себе. Гораздо разумнее вставить какой-нибудь уточняющий вопрос. Например, больной среди прочего мельком сказал, что кашляет, и уже собрался было продолжить свое безбрежное повествование. Вот здесь можно перебить: «А кашель у Вас с мокротой или без?» или «Когда кашель больше – ночью или днем?», «А какого цвета мокрота?» и так далее. Такой деликатный перевод монолога в беседу не только сразу дает нужные сведения, но и доказывает, что вы на самом деле слушатель внимательный и заинтересованный. И чем конкретнее будут такие вопросы, тем быстрее убедится больной, что доктор действительно хочет узнать даже мельчайшие детали болезни. Скажем, при жалобе на одышку тотчас выяснить, связана ли она с физической нагрузкой или нет, сопровождается ли она кашлем или свистами в груди и т.п. При жалобе на боли в животе сразу уточнить локализацию боли, её длительность, связь с едой или опорожнением кишечника и так далее. Воспользовавшись несколько раз подряд этим приемом, можно безболезненно и довольно быстро перейти к обычному активному расспросу.

Хорошо известно, что некоторые врачи благотворно влияют на пациентов уже при первой встрече. Как им это удается? В специальном исследовании психологи отобрали пятьдесят врачей, которые, по мнению их коллег, явно превосходили других этими целительными свойствами (*Ann. Int. Med.* 2008, 149:10, p. 720-4). Подробные беседы с такими врачами обнаружили некоторые общие черты их поведения во время контакта с больным. Главными из них было: не торопиться, слушать больного внимательно и с интересом, быть искренним, не создавать барьеров. Вот некоторые поучительные высказывания таких докторов.

«Я полагаю, что самое главное – это выслушать больного. Его надо расспрашивать не только о его болезни, но и об его жизни. И пореже прерывать его рассказ».

«У меня может быть куча неотложных дел, но я должен сесть и выглядеть спокойным, не напряженным. Иногда я даже демонстративно снимаю пиджак, чтобы показать больному, что я не тороплюсь и всецело нахожусь в его распоряжении».

«Между мной и больным не должно быть никаких барьеров. Мой письменный стол всегда стоит в стороне у стены».

«Как-то я участвовал в семинаре по технике общения с больными, которым руководил известный психиатр. Он рекомендовал «наклоняться вперед», «сидеть только на передней части стула». Я спросил: «Не лучше ли просто быть заинтересованным в пациенте?»

А вот ползушутливый совет убеленного сединами американского врача начинающему коллеге на вопрос, как добиться успеха в своей собственной частной практике: «**A physician needs 3 things: availability, affability, and ability -- and ability is the least important**» (Доктору необходимы три вещи: быть доступным, быть приветливым и знать свое дело; при этом последний пункт – наименее важный)...

Следующим этапом знакомства врача с больным является физикальное обследование (осмотр, перкуссия, аускультация и т.д.). Не все понимают, что это не только способ получить ценную информацию, но и очень эффективное средство завоевать доверие больного. Средоточенное лицо врача во время такого обследования, прикосновение его рук доказывают больному лучше всего, что им интересуются и занимаются всерьёз. Особенно это помогает, если уже при расспросе видно, что вы имеете дело с «трудным случаем» – давним неясным заболеванием, с человеком, потерявшим веру в медицину, или с мрачным, агрессивным субъектом. Один из лучших терапевтов Москвы середины прошлого века проф. М.С.Вовси говорил с улыбкой: «Сколько времени надо, чтобы услышать сердечный шум? Несколько секунд. Но ведь больной этого не знает. Поэтому я аускультирую сердце полминуты...». Нарочито обстоятельное и прилежное физикальное обследование надежнее всего убедит пациента, что он попал к добросовестному врачу, и расположит его к вам. Это займет всего несколько минут, но в результате вы получите не только определенные медицинские факты, но кое-что еще, не менее важное – доверие больного. Как остроумно заметил Дьюба, «бывают хирурги, которым больной готов дать отрезать чуть ли не голову, другому же он не доверит и ногтя».

Даже если больной уже давно известен врачу и пришел просто для того, чтобы получить очередной рецепт на постоянное лекарство, стоит потратить несколько десятков секунд на подсчет пульса или на измерение артериального давления, на аускультацию легких или сердца, на осмотр языка и т.п. Пусть эта манипуляция будет чисто символической, но для больного она снова подтвердит, что доктор не жалеет своего времени и по-прежнему активно следит за его состоянием...

Но, конечно, наибольшим психотерапевтическим потенциалом обладает беседа с больным после выяснения диагноза.

На первый взгляд, нет ничего сложного в том, чтобы сообщить больному свое заключение и дать лечебные предписания. А теперь, когда нам твердят, что нельзя ничего скрывать от больного, что он имеет право на полную информацию о состоянии своего здоровья, задача кажется, вроде бы, совсем легкой. В этом отношении врача стали уподоблять механику, который спокойно рассказывает владельцу автомобиля обо всех найденных в машине неисправностях. На самом деле эти роли сильно различаются. Механик имеет дело с предметом неодушевленным, который никак не отреагирует даже на самый безотраднейший отчет о поломках. Да и владелец машины, несмотря на естественное огорчение, все-таки будет искренно благодарен за то, что от него ничего не утаили. Вот почему от эксперта-механика мы вправе требовать правду, всю правду и ничего, кроме правды. Совсем в другом положении находится врач. Его слова не только содержат конкретную информацию («правду»), но и непременно оказывают психологическое воздействие на больного. Они могут либо напугать, деморализовать его, либо помочь собраться с силами для борьбы с болезнью. Эмоциональная реакция больного на сказанное зависит не только от сути того, что ему сообщают («диагноз»), но и от того, **как**, какими словами, с какими интонациями ему говорят об этом. Наша беседа всегда является своеобразным дружеским напутствием. Всё, что говорит врач, должно быть пронизано дальновидной заботой об успехе лечения и благе больного.

Например, статистика утверждает, что при данном заболевании выздоравливает всего несколько процентов заболевших. Казалось бы, наш долг – проинформировать об этом нашего пациента, чтобы он реально представлял свое будущее. Можно даже подумать, что мы сообщаем больному нечто весьма важное, то, что он должен знать. Но не надо быть глубоким знатоком человеческой души, чтобы догадаться, что, скорее всего, эта сухая цифра вызовет уныние, а то и отчаяние. Следовательно, такая «правда» заранее повредит успеху наших же собственных лечебных действий. А ведь на самом деле, больному важно, и он хочет знать не то, сколько больных выздоравливает вообще, а совсем другое - выздоровеет ли он сам. Увы, при всех наших знаниях мы никогда не можем предсказать с абсолютной уверенностью, окажется ли наш больной неудачником, как и большинство, или же ему повезет, и он выздоровеет. Не знаем же мы этого потому, что исход зависит не только от нашего лечения и не только от состояния его внутренних органов, но и от множества других, неизвестных нам пока факторов. Одним из них, несомненно, является мужество больного, его воля к жизни. Даже если считать удельный вес этого фактора небольшим, он может оказаться решающим, как та мышка в известной сказке, без которой не мог вытащить репку дед со всеми своими помощниками...

Вот почему врач всегда должен подумать, что именно из того, что он знает, стоит сообщить больному. Можно, конечно, бесстрастно проинформировать его, что при данном заболевании современные методы лечения оказываются успешными только в трех-пяти процентах, и это будет правдой. Да и к чему скрывать её? Ведь у больного есть возможность самому заглянуть в учебник. Но врач – это не бездушный медицинский справочник. Он-то, конечно, знает эти печальные цифры, но его опыт показывает, что даже в самой отчаянной ситуации всегда имеется вероятность благоприятного исхода, пусть и самая ничтожная. Как же не попытаться увеличить эти шансы? Это вовсе не значит, что позволительно скрывать, лгать или приукрашивать. Просто больному можно сказать, что положение, действительно, очень трудное, но отнюдь не безнадежное. Такое утверждение тоже будет правдой и ничуть не будет противоречить самым строгим правилам статистики. Зато эти слова будут иметь совсем другой эмоциональный заряд. А если мы вдобавок укажем больному на те благоприятные факторы, которые имеются как раз у него, и которые увеличивают его личные шансы на успех, мы снабдим его дополнительным оружием для борьбы с болезнью – оптимизмом...

Как известно, асептика – это комплекс мер, оберегающих операционное поле от попадания туда вредных микроорганизмов. Практика эта так укоренилась в медицине, что сейчас любой врач, не только хирург, соблюдает правила асептики почти что автоматически. Увы, многие доктора, тщательно моя руки и следя за стерильностью всех инструментов, даже не подозревают, что есть еще один, тоже невидимый и неощутимый фактор, который может причинить вред пациенту. Это неосторожно сказанное слово. Вот почему, беседуя с больным, врач должен постоянно соблюдать **словесную асептику**, то есть избегать всего, что может неблагоприятно повлиять на душевное состояние своего подопечного без всякой нужды.

Одной моей больной сделали корректирующую ортопедическую операцию на бедре. Даже через три месяца на рентгенограммах не было ни малейших признаков костного сращения. Ортопед решительно объявил, что шансов на сращение больше нет. Больная была в отчаянии. Желая приободрить её, я пригласил на консультацию другого ортопеда, хорошо знакомого мне очень пожилого врача уже на пенсии, но с громадным практическим опытом и славившегося своим умением выхаживать самых тяжелых больных. Он был так приветлив и доброжелателен, так внимательно расспрашивал и обследовал мою пациентку, что я, старый врач, просто наслаждался такой безукоризненной в психологическом отношении работой, а сама больная явно приободрилась, и в глазах её появилась надежда. В заключение ортопед сказал, что в его практике сращение наступало иногда намного позднее, чем обычно - спу-

стя полгода или даже год после операции. Казалось бы, цель консультации была достигнута. И вдруг, к моему изумлению, врач доверительно сказал больной: «Но вообще-то, я предпочел бы другой вариант операции: он лучше». Я чуть было не застонал. Ведь сделанного не вернешь! Какая польза больной от этих слов? Зато теперь она будет уверена, что кость не срастается только потому, что была сделана «неправильная» операция! Мне стоило больших усилий вновь убедить больную, что еще не всё потеряно. Действительно, спустя год наступило полное срастание отломков...

Выдающийся немецкий психиатр Эрнст Кречмер (1888-1954) написал в своей классической книге «Медицинская психология»: «важнейшим принципом психотерапии является: nihil posse (не навреди). Кто действительно никогда не навредил психике своего пациента, тот уже хороший психотерапевт»

Итак, сущность неспецифической психотерапии состоит в душевной поддержке заболевшего человека. Оказать ближнему помощь в трудную минуту является, несомненно, хорошим поступком. Таким образом, мы невольно переходим из области медицины в сферу этики, морали, или деонтологии, которые как раз и трактуют о том, что является добром и что является злом в действиях человека по отношению к другим людям. Так, взаимопомощь, доброта, справедливость, честность, сострадание – всё это хорошо, а жестокость, ложь, эгоизм – это плохо. Существуют даже такие понятия, как медицинская этика или медицинская деонтология. Действительно, обман врачом больного с корыстной целью или его профессиональная недобросовестность – безнравственны. И наоборот, забота о больном, безупречное выполнение врачебного долга означают соблюдение врачебной этики.

Однако в наш трезвый и насквозь деловой век доказательной медицины молодому врачу иногда начинает казаться, что он стал просто инженером человеческой машины. И поскольку в авторемонтной мастерской совершенно неуместны разглагольствования о морали, то и призывы оказывать больному не только профессиональную медицинскую помощь, но еще и душевную поддержку кажутся такому доктору излишними и даже ханжескими. Впрочем, как специалист, он не возражает против новейших психотерапевтических методик: ведь они разработаны и предложены не скучными проповедниками морали, а его коллегами, тоже профессионалами. Однако применять психотерапию должны те, кому это положено; это уже не его забота...

Как-то я дал прочесть в рукописи некоторые главы этой книги своему другу и бывшему моему ученику, врачу этой самой новейшей формации, талантливому, широко образованному молодому кардиологу. В ответ он прислал подробное письмо, где излагает свою (да, наверное, и не только свою) точку зрения на рассматриваемую проблему. Частично я цитировал его ранее, в главе «За что ценят врача?». Вот еще один отрывок из этого письма:

«...Вы полагаете, что хороший врач – это человек, сочетающий черты доктора Гааза, доктора Швейцера, сестры милосердия из санитарного поезда времен первой мировой войны, и платной сиделки – чтобы, перевернув на обходе дементного прикованного к постели старика, расправить под ним простыню, чтобы на ней не было складок, обработать пролежни иодом и сильверолом, и продолжать все это, не доверяя ни обслуживающему персоналу, ни родственникам больного. (При этом продолжать обход, принимать новых больных, писать выписные письма, смотреть рентгеновские снимки, а уходить домой в конце рабочего дня будут другие врачи отделения, не столь самоотверженные, не столь заботливые и поэтому не столь хорошие – но зато реально существующие, а не сусальные.) О таком враче мечтают пенсионеры и сентиментальные немолодые девушки: самоотверженный врач, врач без семьи, без друзей, без увлечений, бессеребряник, единственная страсть которого – разглаживать складки на простыне больного с пролежнями, или санитарно-просветительная работа - рассказы о правильном питании при диабете или высоком холестероле и т.д. и т.п.

В моих глазах хороший врач – совсем не обязательно филантроп и самоотверженный гуманист, пылкий проповедник утренней физзарядки и холодных обливаний, а в первую очередь профессионал, который продает свои знания и умение всем желающим, имеющим деньги, или действующую медицинскую страховку, и считающим, что у них есть проблема со здоровьем – реальная или вымышленная. Если у прикованного к постели больного есть пролежни – его семье нужно объяснить происхождение пролежней, и пути их лечения. Пусть они или сами разглаживают складки на простыне, или наймут кого-то. (Или можно свезти старика в больницу, где это будут или нет делать за зарплату медсестры). Заботливость и тем более участливость тут совершенно ни при чем, просто нужен профессионализм. Главное тут принахаться и перевернуть беднягу на живот.

Хороший врач выставляет на продажу в первую очередь хорошие знания медицины, понимание возможностей инструментов, имеющихся в его арсенале, лекарств, а также знание человеческой природы, и умение манипулировать ею в интересах лечения. Забота и участие – это часть профессионально правильного поведения. Заботливый и участливый профессионал – портной, адвокат или парикмахер могут произвести хорошее впечатление поначалу, но оценка их работы в финале основывается на том, как сидит костюм, одинаковой ли длины виски, или каков приговор суда».

Судя по письму, моему молодому критику осточертели моральные сентенции. Он уже взрослый человек, да к тому же еще и высококвалифицированный специалист, а ему по-прежнему читают нотации, как надо себя вести с больным (кстати, слово «деонтология» как раз и означает науку о том, как *должно* поступать с моральной точки зрения). Эти, как ему кажется, ханжеские призывы к добродетели так надоели, что он даже слышать не хочет о том, что любой больной нуждается не только в сугубо медицинской помощи, но и в моральной поддержке.

Если Вы, мой читатель, согласны с мнением автора этого письма, то это значит, что я недостаточно ясно изложил свои мысли. В мои намерения вовсе не входило читать моральные проповеди. Это, как показывает жизнь, занятие мало перспективное. Небрежно обследовать больного – это, действительно, плохо с моральной точки зрения, точно так же, как не дать больному высказаться и, тем более, грубо его обрывать. Но призывом к морали здесь не можешь, особенно, если сам врач, к несчастью, просто грубый или черствый человек. А вот подсказать, как деликатно и необходимым для больного образом прервать нескончаемое словоизвержение и получить необходимую информацию, как превратить бесконечный монолог в продуктивную беседу и в то же самое время завоевать доверие и уважение больного – это уже не вопрос этики, а маленький профессиональный секрет, облегчающий работу...

В этой книге я делюсь с молодыми врачами теми приемами и маленькими «хитростями» врачебного поведения, которые я узнал за полвека работы, и которые позволяют благоприятно влиять на душевный мир пациентов, вызывают у них доверие к врачу, возрождают мужество, бодрость, надежду и волю к жизни и, тем самым, способствуют преодолению болезни.

Описанные здесь приемы неспецифической психотерапии используют простейшие психологические закономерности межчеловеческого общения. Доктор может использовать их с единственной целью – добиться наилучшего врачебного эффекта. Конечно, все общечеловеческие понятия о том, что хорошо и что дурно, неизбежно присутствуют в поведении каждого врача. Но я говорю не об этом, а о тех практических приемах и об особенностях поведения врача, которые облегчают ему оказывать помощь больному самым эффективным образом. Поясню примером из другой области. Если у столяра или у сапожника все подручные инструменты расположены в определенном порядке и всегда находятся в исправном состоянии, то работать такому ремесленнику гораздо легче. Но ведь эти простые и очевидные правила хорошей работы не имеет никакого отношения к морали: это просто маленькие профессиональные приемы, или секреты, увеличивающие эффективность работы...

РАССКАЗ ЧЕХОВА, ИЛИ О ПСИХОТЕРАПИИ ПО ПЕРЕПИСКЕ

У А.П.Чехова есть забавный рассказ «Лошадиная фамилия» об отставном генерал-майоре, у которого разболелись зубы. Все домашние средства не помогли, и ему посоветовали обратиться к знахарю, который умел заговором избавлять от зубной боли. Жил он в другом городе, но мог выслать заговор по телеграфу. Однако никто не может вспомнить фамилию этого человека, очень простую, вроде бы лошадиную, и потому никак невозможно послать ему просьбу о помощи. Комизм усугубляется тем, что как автору, так и читателю совершенно ясно, что лечить зубную боль заговором, да еще по телеграфу – смешно и глупо. Поэтому все попытки вспомнить фамилию знахаря кажутся напрасными и вздорными хлопотами.

Чехов написал этот рассказ в возрасте 25 лет. К этому времени он уже целый год обладал врачебным дипломом. Я гораздо старше Чехова, и у меня более чем полувековой стаж непрерывной лечебной работы. Наверное, поэтому я отношусь к заговорам по-другому. Не знаю, обладают ли заговорные слова, часто совершенно нелепые, каким-то непосредственным лечебным воздействием, в обход психики, вроде того, как, скажем, питьевая сода облегчает изжогу напрямую, как простая химическая реакция, нейтрализуя соляную кислоту в желудке. Но как опытный врач я знаю, что сам акт произнесения каких-то таинственных и непонятных слов, даже если их говорит дремучая бабка, может благоприятно повлиять на больного чисто психологически («А вдруг поможет? Ведь чего только не бывает! Я так измучился, а здесь хоть какая-то попытка помощи...» и т.п.). В таком случае, нет никакой разницы между заговором непосредственным и прибывшим по телеграфу: уже сам факт получения положительного ответа на мольбу о помощи оказывает обнадеживающее и успокаивающее действие.

Но ведь и ободряющие слова доктора, которыми он старается приободрить больного и вдохнуть в него надежду и мужество для борьбы с болезнью, имеют ту же самую точку приложения, а именно, сознание пациента и его эмоциональную сферу. Правда, в отличие от заговорного бормотания, они содержат современные медицинские термины и понятные логические доводы. Однако это тоже психотерапевтическое воздействие, которое можно осуществлять не только при непосредственном контакте врача с пациентом, но и с помощью почтовой переписки.

Недавно я получил письмо с просьбой о медицинском совете от человека, с которым я был знаком много лет назад, когда жил в Москве. Уже с первых строчек мне стало ясно, что главное, в чем он нуждался, это как раз в психологической, а не лекарственной помощи. Во всяком случае, именно её я сознательно и попытался оказать в своих ответных письмах. Мне кажется, что чтение такой переписки, а также моих попутных комментариев может быть поучительным. Остается лишь добавить, что переписка шла по электронной почте (e-mail), так что интервал между вопросом и ответом был гораздо короче, чем при использовании обычной почты (почти как Чехова – лечение по телеграфу)...

Конечно, при непосредственном общении врач воздействует на больного не только своими словами, но всем своим поведением, жестами, взглядами, приветливой и ободряющей улыбкой и прочими невербальными средствами. Кроме того, по ходу рассказа больного врач задает встречные вопросы, и потому беседа протекает живо, естественно, а её полезное влияние гораздо больше. С другой стороны, её трудно использовать в учебных целях, поскольку присутствие посторонних наблюдателей стесняет больного и лишает беседу необходимой

доверительности и непринужденности. Да и объяснять коллегам по профессии свои слова доктор сможет только по окончании беседы, а не сразу по ходу дела. Таким образом, анализ переписки между пациентом и врачом имеет некоторые преимущества перед лекционной демонстрацией их непосредственной беседы. Ниже представлены в хронологическом порядке письма больного, мои комментарии к каждому письму и мои ответы на них. Все мои комментарии для удобства выделены курсивом.

Представляемому больному 80 + лет. Он окончил медицинский институт и даже имеет высокие академические степени, но никогда не работал как лечебник, а всю жизнь занимался гигиеной и воздействием вредных веществ на организм человека. Всегда был очень активным, деятельным, жизнелюбивым и компанейским человеком.

Письмо первое (из Кисловодска).

...Что касается моих дел, то проблема № 1 - это полное отторжение любого вида активности за пределами жилища, дачи, машины. Кровать, кресло, компьютер, книги, редактирование журнала - без проблем. Никакой депрессии не испытываю до момента выхода из дома в Сбербанк, магазин и т. д. Возвращение домой - как пешком из Африки. Машину ставлю возле дома, чтобы не идти в гараж, до которого 5 минут ходу. Какая-то невероятная лень. Вытащить меня куда-нибудь почти не реально, что очень огорчает жену. Понимаю, что подобная адинамия трагична, но как бы я ни старался, каждый шаг за пределы дома - насилие над собой. Был у очень известного профессора-психиатра. Прописал он мне Ремерон (Mirtazapine, антидепрессант - Н.М.) и Асцетру (? -так в тексте письма - Н.М.). Прочитал в интернете аннотацию, запрятал рецепты подальше, и больше у него не появлялся. Интересно, что все эти ощущения исчезают за рулем машины. Еду на дачу от 1,5 до 3 часов и, кроме естественной усталости, ничего не испытываю, но это только до выхода из машины. Лень эта в значительной степени пропадает при перемещении по дачному участку, но заставить себя что-то долго делать не могу. При утомлении от интеллектуальной деятельности звон в ушах и сердцебиение. Порог утомляемости снижен существенно. Моя бы воля, из дома бы не выходил! Все это при том, что в прошлой жизни я был жизнелюб, трудолюб, женолюб и т. д. Аденокарциному простаты у меня нашли в 2004 г. случайно. Облучили и посадили на релизинги и бикалутамид-Тева (антиандроген - Н.М.). Поскольку я много занимался в свое время химическим канцерогенезом, зависимостью доза-время-эффект, то самовольно изменил схему, повысив порог по ПСА с 4 до 9. Это позволило мне перейти в 2006 г. от непрерывного приема лекарств к перерывам на 5-6 месяцев по рассчитанным мною кривым зависимости ПСА от дозы и времени лечения. Как видите, я уже 10 лет без мета. Естественно, что без тестостерона я понурое жвачное животное (утрирую умышленно), но против фактов, увы, не попрешь. Но эмоциональной депрессии и каких-либо страхов не испытываю вообще, пребывая в пределах своей ойкумены. Проблема № 2 - метеопатия. Она у меня давно, но в последние годы она меня обременяет, т. к. имею уже многолетние наблюдения о своей зависимости от смены погоды. Моя погода - это пасмурно и дождь. Прилично чувствую себя и при стабильной солнечной погоде. Оптимальное место - Сочи, где мне всегда хорошо, и где я бываю каждый год. Реакция на смену погоды разнообразна: это могут быть серебристые змейки, перемещающиеся из одного угла глаза в другой (мигрень - сказал один знающий невропатолог), внезапные головокружения (очень редко), предсердные экстрасистолы, боли в области слева от грудины над соском. Подскоки давления (редко), т. к. у меня стабильно 135-140/80. Прошлой зимой после тяжелого гриппа и бытового стресса (дача) на улице случился приступ мерцательной аритмии с частичной потерей сознания и сужением поля зрения по вертикали. По скорой в 51 больницу, а оттуда в кардиоцентр, где мне поставили кардиовертер. Через месяц - странный приступ с ощущением опоясывающей боли поперек груди (стягивание ремнем) и тяжелый предмет, давящий на сердце над левым соском. Продолжительность 5 - 10 мин. с последующим ознобом и потением, короткий перерыв и снова приступ. Так продолжалось больше часа, и я снова по скорой попал, теперь уже в 67 больницу. После выписки провел благополучно лето на даче и сентябрь в Сочи. Осенью появились приступы стягивания груди и ощущения тяжести слева над соском. Интересно, что приступы можно прервать каким-то отвлечением (разговор, изменение положения, работа). Если ничего не делать, то они могут длиться до нескольких часов. Сон, как правило, их прерывает, но проснувшись, ощущаю снова то же самое. Нитро препараты не снимают (как правило), но помогает валокордин (как правило). После

приступа взвинченность в голове и звон в ушах. Второй день в Кисловодске, пасмурно и моросит. А мне хорошо. Позавчера было солнце 3 дня, и мне на грудь давило. Трижды делали ЭКГ - единичные наджелудочковые экстрасистолы 1 на 40-50 ударов, а то и реже. Остальное без изменений вот уже последние 20 лет: ишемические изменения задней стенки левого желудочка и всю жизнь левограмма. Мне пытались в стационаре дать феназепам (транквилизатор – Н.М.), но от него никакого толка. ЭЭГ показала функциональные изменения в диэнцефальной области, но что это такое, никто сказать не может, а ведь там полсотни ядер. Стараюсь особенно не распространяться, чтобы не запутать себя и Вас. Покойный Б. М. Гехт (известный невропатолог - Н.М.) говорил, что меня к врачам опасно допускать, т. к. я навязываю свое видение.

Мой комментарий к первому письму.

Итак, мой собеседник обладает обширными медицинскими знаниями, многократно обращался к врачам (нередко высокой квалификации) и внимательно наблюдает за своим состоянием. Последние два обстоятельства говорят, что болезнь занимает важное место в его духовном мире. Правда, это, наверное, еще не полный уход в болезнь, поскольку имеется также и много других интересов (наука, дача, семья и т.п.). Но всё же передо мной сразу встает задача – по крайней мере, уменьшить важность болезни в глазах пациента, чтобы он перестал рассматривать её как трагедию или угрозу для жизни. В общении с таким больным полезно, хотя бы изредка, намеренно пользоваться медицинской терминологией: для него это будет означать, что я разговариваю с ним как бы на равных, коллегиально, и тогда мои слова будут более убедительны. Несмотря на солидный возраст, интеллект у него полностью сохранен, так что надо быть весьма осмотрительным и осторожным в своих высказываниях, чтобы он не обнаружил потом каких-либо противоречий в моих словах.

Совершенно очевидно, что многие детали клинической картины имеют невротический характер и не указывают на какое-нибудь серьезное органическое заболевание сердца. Так, неприятные ощущения в области сердца какие-то странные, причудливые; они совершенно не напоминают ангинозные боли. Они не снимаются нитропрепаратами, но зато проходят от легкого успокаивающего средства (валокордин) и даже при отвлечении внимания. Очень характерно также сочетание этих приступов с ознобом, точнее, с внутренней нервной дрожью. Возможно, что установка кардиовертера после первого же, и как потом оказалось, единичного до сих пор приступа мерцания предсердий, было слишком уж активным вмешательством. Как бы то ни было, сейчас у больного бывают лишь редкие предсердные (то есть безобидные) экстрасистолы: одна на 40-50 ударов, а то и реже; такие экстрасистолы у пожилых людей скорее правило, чем исключение. Кроме того, больной не жалуется на одышку при физических нагрузках, так что недостаточности сердца у него, по-видимому, тоже нет.

Первый план занимает слабость, или быстрая утомляемость; но это не столько мышечная слабость, сколько просто нежелание обременять себя физической активностью. Кстати, эта «лень» (удачная характеристика, принадлежащая самому больному!) проходит на даче, где он всё-таки, пусть и в уменьшенной степени, занимается её благоустройством. Еще одну характерную деталь дает его собственная фраза из более позднего письма: «Шнурки на обуви никогда не развязываю, лень завязывать». Ясно, что уж такая-то минимальная активность давным-давно не является физической нагрузкой! Таким образом, эта жалоба говорит не о том, что больной не может выполнять физическую работу из-за какой-то болезни сердца, гормональных нарушений или нарушенной иннервации скелетных мышц, а о том, что ему просто не хочется «вставать с дивана». Иными словами, это явление тоже психологической природы.

Возникает предположение о стертой, или замаскированной депрессии. Основания для такого предположения, вроде бы, есть. Это и резкое прекращение активной и многогранной деятельности после выхода на пенсию, и обнаружение рака предстательной железы, и последовавшее затем облучение. Мало того. Лечение антиандрогенами продолжается до сих пор, а

это по-прежнему постоянно напоминает больному, что угроза рецидива рака остается. Кроме того, такое лечение часто приводит к снижению либидо и к импотенции, что, наверно, особенно болезненно для такого «жизнелюба и женолюба», как он сам себя называет.

Имея медицинское образование, больной сам уже подумывал о депрессии, но утверждает, что «эмоциональной депрессии и каких-либо страхов не испытываю вообще». Он даже обратился по этому поводу к высококвалифицированному психиатру. Тот назначил лечение антидепрессантами, но больной отказался принимать их из-за опасения побочных действий. Поэтому, хотя возможность депрессии следует выяснить, но делать это придется очень осторожно: сам больной в такое объяснение не верит, и мои вопросы в этом отношении наверняка встретит в штыки, а его ответы могут быть не столь чистосердечны.

Впрочем, я полагаю, что даже если какие-то элементы депрессии в этой ситуации имеются, вряд ли здесь помогут антидепрессанты. Эти лекарства предназначены, в первую очередь, для лечения депрессии, как особого психиатрического заболевания. Такая депрессия отличается от известных каждому нормальных колебаний эмоционального фона тем, что подавленное настроение оказывается вне всякой связи с наличием и со значительностью каких-то горестных обстоятельств в жизни больного; часто такая депрессия выглядит как бы беспричинной. Именно поэтому её называют эндогенной. Согласно современным представлениям, эндогенная депрессия связана с особыми биохимическими нарушениями обмена серотонина, норадреналина и дофамина в ткани головного мозга. Антидепрессанты как раз и нормализуют содержание этих вещества в нервных синапсах. Если же подавленное настроение вызвано просто печальными жизненными обстоятельствами, то такая реакция является совершенно нормальной, и, уж если оказывать помощь, то она должна быть скорее моральной, психологической, а не фармакологической.

Поэтому надо будет спросить, когда впервые появилась эта «лень» - до обнаружения рака предстательной железы, или после: если она появилась до, то предположение об эндогенной, беспричинной депрессии станет более вероятным. Однако выяснять это следует осторожно и деликатно: больные не любят, когда доктор старается обвинить во всём «нервы». Им кажется, что, тем самым, их болезнь объявляют незначительной и даже намекают, что они сами виноваты в ней... По этой же причине я сознательно не буду проявлять повышенный интерес к деталям сексуальной жизни в последнее время. Во-первых, это может вызвать внутренний протест больного слишком бестактным любопытством и очевидным намерением свести всё к банальной депрессии. Во-вторых, я убежден, что и вообще, роль сексуального фактора в патогенезе невротических нарушений далеко не столь значительна, как утверждают Фрейд и его последователи, тем более, в столь пожилом возрасте. Вместе с тем, надо будет с самого начала попытаться уменьшить страхи больного и показать ему, что его болезнь, в сущности, не так уж и опасна.

Мой ответ на первое письмо.

«...Наверное, Вы и сами догадываетесь, что многие элементы Вашей клинической картины (не говорю - все) имеют функциональный, или психологический характер. В частности, приступы довольно длительных болей в области сердца, которые не снимаются нитратами, но проходят от валокордина и при отвлечении внимания, а также при засыпании - всё это недвусмысленно свидетельствует против коронарной болезни. Кстати, как я понял, приступы эти бывают уже давно, но они не привели к ухудшению сердечного статуса, то есть, болезнь не прогрессирует, так сказать, «один – ноль» в Вашу пользу... Приступы мерцания предсердий также могут возникать не только вследствие плохого кровоснабжения сердечной мышцы из-за коронарной болезни, как обычно думают, но нередко от каких-то непонятных нам неврогенных влияний. Конечно, лучше было бы не разглаговольствовать, что это функциональное, а просто избавить Вас от этих неприятных ощущений, но, во всяком случае, я могу заверить, что сами по себе эти приступы не опасны и не являются предвестниками тяжелых осложнений. Например, некоторые женщины тяжело и реально страдают в предменструальные дни, но опыт их научил,

что это проходит без последствий, и они мирятся с этим неизбежным злом... Всё же стоит проверить состояние коронарных просветов объективным способом. Теперь это возможно и без обременительной катетеризации и ангиографии, просто с помощью специальной компьютерной томографии или даже с помощью доступной всюду пробы с физической нагрузкой.

Что касается Вашей слабости и утомляемости, то скажите, когда, примерно, это началось, и есть ли какая-нибудь четкая динамика (постепенно становится всё хуже, или же это плато)? Вполне возможно, что и здесь есть, хотя бы частично, психологический элемент: на даче Вы устаёте меньше. Быть может, некоторую роль играет и недостаток тестостерона, но для суждения об этом надо знать об уровне либидо и прочих деталях сексуальной жизни, главное, изменилась ли она существенно именно после начала лечения бикалутамидом. Впрочем, в нашем с Вами возрасте наступает и нормальное увядание, так что суждение будет затруднительным».

Письмо второе.

«...Проблему Вы затронули более широко чем врачевание. Я прекрасно понимаю, что эмоциональная сфера сегодня есть некая нематериальная субстанция, которую сегодня приходится описывать категориями философскими, заполняя вакуум материального незнания. Отсюда вытекает чистая эмпирика, которую сегодня может материализовать только искусство врача. Но ведь за любыми психоневрологическими реакциями стоит ретикулярная формация, многочисленные ядра гипоталамуса и других образований, доставшихся нам от животной жизни. Результаты объективных клинических исследований практически не трактуемы. В качестве примера привожу мои ЭЭГ и КТ головного мозга: диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга по типу дезорганизации. Дисфункция диэнцефально-стволовых структур. Признаки дисциркулярной энцефалопатии. Атеросклероз внутренних сонных артерий. Ну и что? Опытный психоневролог вполне мог бы дать не менее конкретную, а может быть, даже более глубокую характеристику. Во всяком случае, я прекрасно понимал и без этого, а только анализируя свое состояние, где зарыта собака. Но я не клиницист и компетентно лечить не умею, хотя почти 10 лет занимался изучением влияния длительного действия токсикантов на гипоталамус и подкорковые структуры. У меня просто кора и подкорка существуют сами по себе и мне для стабилизации вегетативной сферы приходится порой прибегать к физической или мозговой активности (надо было это делать в более ранние годы). Поскольку у меня не стенозирующий склероз, то я отказался от статинов и бетаблокаторов, тем более, что сосуды головного мозга пока что существенно не влияют на мой интеллект.

Мой комментарий на второе письмо.

Мой собеседник согласен, что в его болезни большую роль играет нервный фактор. Но вслед за многими докторами он твердо верит, что все его «болячки», как он выражается, вызваны, якобы, тем, что в каких-то определенных участках мозга возникли какие-то определенные изменения. Если врач сможет найти эти поломки, то лечение («ремонт») не составит большого труда. И действительно, поиски были настойчивыми: энцефалограммы, компьютерная томография, но их результатом оказались лишь туманные, хоть и внушительные слова, вроде «дисфункция диэнцефально-стволовых структур». Да и сам больной объясняет свое состояние тем, что у него «кора и подкорка существуют сами по себе». Напротив, я вижу просто растерянного и напуганного человека с неустойчивой и сверхчувствительной нервной системой, которая чрезмерно реагирует даже на изменения погоды. Поэтому я должен объяснить ему, что в его случае я не верю в пользу лекарственного лечения, ибо нет лекарств, которые могут изменить индивидуальные особенности реагирования человека, точно так же, как невозможно с помощью таблеток изменить цвет глаз или отпечатки пальцев, например. Вместе с тем, мне надо продолжить попытки уменьшить значимость болезни в глазах больного, чтобы он перестал её бояться. В частности, важно снять его страх, что его физическая пассивность, или гиподинамия сильно навредит ему в будущем. Кроме того, надо всё-таки еще раз прощупать возможность истинной депрессии с помощью внешне нейтральных вопросов. В частности, спросить, нет ли недержания мочи: это частая и очень удручающая проблема при заболеваниях предстательной железы.

Мой ответ на второе письмо.

«...В 1948-49 годах, когда Павловский нервизм насильно внедряли в советскую медицину, рассказывали анекдот, а может быть, и реальный случай. Врачи поставили диагноз «Расхождение между первой и второй сигнальной системой». На вскрытии нашли опухоль мозга... Прошли годы, наука продвинулась неимоверно, и теперь Вы уверенно пишете о расхождении между корой и подкоркой! Вам, привыкшему к строгим понятиям химии и токсикологии, это кажется таким же твердо установленным научным фактом, как, например, нехватка инсулина при диабете. Для меня же это вздор, не заслуживающий внимания. Конечно, ЭЭГ, компьютерная томография и магниторезонансный метод – громадные шаги вперед. Но объяснять неврозы, страхи или просто плохое настроение человека неполадками в каких-то определенных ядрах подкорки, в ретикулярной формации или еще в каких-нибудь местах, которые можно локализовать с помощью этих методов, - это всё равно, как если бы мы записывали шум работающего компьютера (или колебания его электромагнитного поля), и на основании анализа этого суммарного гула от десятков и сотен тысяч его деталей делали бы далеко идущие выводы о том, почему компьютер барахлит.

В особенности шатки наши научные знания о заболеваниях нейropsychической сферы. У Зоценко какой-то чиновник говорит: «Я не понимаю, что написано в этом входящем циркуляре, но ответить на него я могу». Вот и я часто не в состоянии точно сформулировать наукообразный диагноз, но я чувствую, в чем проблема моего больного, в чем он нуждается, и как ему помочь. И для меня этого достаточно...

Все Ваши проблемы вовсе не от того, что в сонных артериях есть какие-то бляшки, и не от того, что у Вас нашли какую-то дезорганизацию где-то в стволе мозга или еще в каком-нибудь другом месте. Если, например, у человека стали дрожать руки, а также появились кошмарные сны и приступы сердцебиения после какого-то трагического события, то можно, конечно, снять ЭЭГ и ЭКГ, сделать компьютерную томографию головы, обследовать больного в лаборатории сна, провести дифференциальную диагностику его тремора и, быть может, даже представить абсолютно точную топическую диагностику, в каких именно отделах мозга локализован беспорядок. Но я отодвину все эти бумаги и начну просто по-человечески беседовать с этим страдальцем. Ему помогут не таблетки, которые, якобы, нормализуют обмен серотонина или чего-то там еще (впрочем, через 20 лет окажется, что они нормализуют не серотонин, а какое-то другое звено неизвестно чего), а просто сочувствие, внимание, человеческое тепло, уверения, что постепенно это пройдет, и какие-то несложные здравые советы. - Вот моя философия врачевания, которой я придерживаюсь последние лет 35-40. И чем больше я читаю современные солидные медицинские журналы, тем более утверждаюсь в ней, а больные всё чаще говорят мне спасибо...

Я полностью согласен, что физическая активность хороша даже в почтенном возрасте, но ведь попугаи, которые на свободе активно летают в тропических лесах в поисках пищи и партнеров, в домашних условиях годами сидят на жердочке, дремлют и спокойно доживают до ста лет! Так что уж очень сильно бояться, что адинамия ужасно вредна, не стоит...

Теперь о болячках. Как Вы спите - хорошо или плохо? Как чувствуете себя при пробуждении - бодрым, всё хочется сделать, или же разбитым, вялым? Как проходит у Вас день, в смысле, что Вы делаете, - заняты нужными делами, или, от нечего делать, смотрите телевизор? Есть ли какие-то конфликты, отравляющие жизнь? Как общее настроение - спокойное, бодрое, или угнетенное, тревожное? Как Вы переносите физические нагрузки, например, подъем на второй - третий этаж, - с одышкой или спокойно? Повлияла ли история с простатой на интимную жизнь и, кстати, не бывает ли небольшого недержания мочи?»

Письмо третье.

«Я привык жить, радуясь бытию. Попугай живет, повторяя чужие глупости. Конечно, я могу с удовольствием не вылезать из постели, блуждать по квартире и нехотя ковыряться на даче. Но ведь я еще позапрошлой зимой (до приступа) перекидал лопатой 260 кубометров снега, не испытывая серьезного напряжения (правда, не спеша, т. к. зимой больше делать нечего). На лыжах ходить боюсь, да и лень одолевает. Иногда выезжаю на снегоходе, но все это с огромным волевым усилием над собой. Просветы (как вчера) бывают, но редко. У меня хорошая, понимающая ситуацию жена, обладающая удивительной способностью убирать напряжение. Я себя сравнивал с ядерным стержнем, а ее - с бариевым

замедлителем, поглощающим всё, что из меня извергается. Учитывая мой императив, это качество для меня спасительное (хоть у нее и гипертония, но она на 17 лет моложе). Короче говоря, могу плюнуть на все - пусть идет, как идет, постепенно превращая меня в капусту. Честно говоря, не хочу. Академик-психиатр предложил лечь к нему - подобрать лекарства. Боюсь психушки, даже с отдельной палатой. От нее потом не отвяжешься... Меня пыталась пользоваться умная и грамотная доктор гомеопат, но не смогла подобрать лекарство. Стрихнин в концентрации ниже Авогадро (т.е. при таком громадном разбавлении исходного раствора, когда, согласно общепринятым химическим представлениям, в данном объеме не может находиться даже одна единственная молекула данного вещества – Н.М.) на третий день вызывал у меня возбуждение и бессонницу. Общение с медикаментами для меня проблема. Лечение рака потянуло за собой гипотиреоз. Начал принимать эутирокс (левотироксин – Н.А.). На 3-й день засвистели бронхи, на 5-й – астма, пришлось бросить. Понимаю, что существует комплекс старческих недугов, у одних больше, у других меньше...

Засыпаю прекрасно. Просыпаюсь почти всегда среди ночи, но засыпаю в зависимости от погоды - либо сразу, либо под утро. Наиболее крепкий сон от 8 до 9.30 утра с образными снами; пробуждение без особенностей, но первые утренние часы всегда вялые и какие-то обременительные. Завтракаю поздно, в 11-12, обедаю в 16 – 17, ужинаю поздно - стакан кефира. Телевизор не смотрю вообще и газет не читаю (счастливчик! - Н.М.). Вся моя жизнь в интернете. Два - три раза в месяц езжу на машине в экспертный совет, где я член совета. Бываю на бывшей работе, где числюсь консультантом, но редко. С авторами журнала, редакцией и статьями работаю в интернете и не спеша, и, вообще, все делаю очень медленно, т. к. все время тянет на диван. После обеда обязательно сплю. При каждом удобном случае едем в загородный дом, который более комфортен, чем городская квартира. Конфликтов практически нет, если не считать таких событий, как перевыборы председателя научного общества, которым я был много лет, и невозможность противостоять выдвижению недостойного кандидата, поддерживаемого Министерством. Вступать в борьбу я не стал - сердце не то. Конфликтов нет, дома спокойно. Настроение спокойное, но не бодрое. Угнетения не испытываю. После операции - проблема с нагрузками. Поначалу не мог поднять 3 кило и гулять больше получаса. Сейчас на даче на ногах два - три часа подряд. Больше не получается: начинается сердечный приступ со звоном в голове. Последний раз уезжали с дачи, лихо поднял две сумки килограммов по 7-8. Начался приступ. Принял под язык нитросорбит, но приступ завершился где-то через час. После этого сел за руль, и через два часа был дома. По лестнице иду по-разному: бывает легко, а бывает не очень, нехватает вдоха, приходится искусственно делать несколько глубоких вдохов. Отдаю себе отчет в полной физической запущенности. Дома велотренажер, но заставить себя залезть на него – проблема. Интимную жизнь закончил в 72 года (рак в 75) (догадался о цели моих вопросов! - Н.М.); недержание мочи было, но последние три месяца оно исчезло, и трусы у меня сухие».

Мой комментарий на третье письмо.

Моя осторожная попытка вызвать сомнение в большом вреде адинамии отвергнута сходу: «Попугай живет, повторяя чужие глупости». Надо будет привести более основательные аргументы. Как я и предполагал, мой собеседник иногда может выполнить достаточно большую физическую работу (уборка снега на даче, подъем по лестнице). Кроме того, по крайней мере, часть одышки является, на самом деле, неудовлетворенностью вдохом, а это чисто невротический феномен. Стало быть, проблема не в болезни сердца. По-видимому, семейная обстановка благоприятная, что уменьшает вероятность депрессии. Зато сообщение о гипотиреозе ставит вопрос, не связана ли слабость именно с ним – надо выяснить.

Мой ответ на третье письмо.

«У меня возникли дополнительные вопросы. 1. Ваш гормональный профиль - последние данные (щитовидная железа, надпочечники, гонады).

2. Перечислите ВСЕ лекарства, которые Вы принимаете + их точные дозы.

3. Какая точно была доза эутирокса? 4. Опишите подробно Ваш последний приступ после поднятия двух сумок.

Конечно, клиническая картина у Вас многокомпонентная. Разумеется, есть какой-то элемент де-

прессии, но мне кажется, он не велик и не определяет всю картину. Скорее всего, это не эндогенная депрессия, которую лечат психиатры, а просто нормальная реакция человека на трудные и грустные жизненные обстоятельства (сознание онкологической болезни, тревога о будущем, + еще какие-то моменты, которые мне неизвестны). Во всяком случае, Вы не психиатрический пациент, и не станете им, бояться этого не надо. Наверняка, частично сказывается изменение прежнего гормонального фона. Это снижение может быть следствием не только болезни и лечения, но и результатом нормального возрастного ослабления деятельности всех желез внутренней секреции. Хотя это явление нормально, но может у некоторых лиц вызывать неприятные ощущения - вспомним климакс. Во всяком случае, я бы, поэтому, пытался не столько полностью нормализовать гормональные дефициты у Вас (кстати, какова норма в 80+ лет, вряд ли кто знает), сколько, хотя бы чуть-чуть их сгладить. На практике это означает, что в Вашем случае надо начинать с крошечных доз и очень медленно их увеличивать, но тоже по чуть-чуть, и руководствоваться Вашим самочувствием... Также и состояние Вашего сердца не вызывает у меня серьезных опасений. Настоящая одышка физического напряжения у Вас в пределах возраста, а то, что Вам приходится иногда делать нарочито глубокие вдохи, так это совсем из другой оперы, это неудовлетворенность вдохом, чисто невротическое явление, хорошо знакомое мне по многим больным с невротическими расстройствами. Так что говорить о сердечной декомпенсации не приходится.

Пока я бы советовал попробовать Гинкго Билоба - это экстракт китайского растения с легким общетонизирующим действием. Я давал его здесь моим старичкам, они очень хвалили - яснее голова, немного лучше память, появляется бодрость. Это лекарство есть и в Москве. Попробуйте всего 1 таблетку утром после еды.

Конечно, трудно лечить по переписке. При личном контакте врач многое узнает из невербальных элементов общения, тогда тотчас возникают дополнительные вопросы. Но Вы даете очень обстоятельные ответы, это помогает».

Письмо четвертое 1 декабря.

«Отвечаю по памяти. ТТГ - 11,04, ПСА - 5. Другие не делали. Снова ищу ответ на два вопроса: 1) метеопатия, 2) отторжение активности. Поездки в экспертную комиссию и на работу совершаю, как насилие над собой. Сегодня с трудом выгнал себя из постели, но заставить себя пойти гулять не смог. Сколько бы я ни спал, просыпаюсь с ощущением невыспанности. Разгуливаюсь часам к 12. После выписки из больницы (июнь) 2 месяца предуктал и верошпирон. Сегодня только верошпирон утром 50 мг и всё. Может быть, Вы с этим не согласитесь, но меня эмоционально ничто не обременяет, и мои болезни не предмет для психоаналитика. Поверьте, что я пребываю в ощущении полной самодостаточности, почти как идиот. Мне хорошо и радостно жить! Но все эти радости - лежа в постели, сидя в кресле с книгой или за компьютером. Мне даже лень шнуровать ботинки, и если можно не двигаться, то я не двигаюсь. Отторгаю все виды любой физической деятельности. Пробовал Ладастен, еще что то подобное, в то числе и Гинкго. На 3-й, 4-й день перестаю спать. Как бы Вы ни относились к процессами возбуждения и торможения, но они у меня взаимно неуравновешенны, и прием стимулирующих лекарств приводит к гипертрофированному эффекту, а это уже за пределами успокоительного общения. Сейчас пробую эутирокс по четверть таблетки через день. Пока что бронхи не свистят. Может, удастся. Ощущаю, что прием эутирокса меня просветляет где-то ко второй половине дня. Хотелось бы надеяться, что в моем состоянии тиреоидный дефицит играет какую-то роль. Как мне избавиться от геомагнитных влияний - тоже вопрос. Кстати, в Сочи и в Израиле чувствую себя более устойчиво, и вообще, лучше, когда пребываю в атмосфере устойчивой. Предпочитаю теплый и влажный климат. Хорошо себя чувствовал в юго-восточной Азии. Но сейчас боюсь далеко улетать, да и лень. И вообще, лень, лень, всё поглощающая лень.

Эутирокс 50/4 1 раз в день утром до еды. Как ни странно, но никаких отрицательных ощущений у меня мои болезни, с точки зрения природы депрессии, не вызывают, и я о них вспоминаю лишь тогда, когда они приходят. Но ведь такая патологическая лень и метеопатия должны иметь в основе материальный субстрат, и я убежден в его эндогенной природе. Может быть, это связано с моей недоношенностью (семимесячный из двойни, второй ребенок мацерирован), и, вообще, я лев по зачатию и близнец по рождению (июнь). Может быть, что-то из прошлой жизни повлияло на мой гормональный статус. Вот сейчас пытаюсь приучить себя к очень малым дозам эутирокса. Какого-то другого

гормонального препарата боюсь из-за рака. Все больше думаю о малых дозах транквилизаторов, но побаиваюсь психиатров. Что касается последнего приступа, то он возник не при поднятии сумок, а когда я вернулся в дом, где-то через минуту. Ощутил давление слева между соском и кардиовертером, одновременно какие-то ощущения в голове, близкие к головокружению и слабость; затем появилось ощущение вливания сюда грудной клетки веревкой по горизонтали, где-то на уровне 4 - 5 грудного позвонка (характерная для невротических жалоб причудливость и необычность – Н.А.). Тахикардия 80-90 минут 10-15 (Это не столько тахикардия, сколько ощущение усиленных ударов сердца – Н.А.). Эмоционально все это сопровождалось какой-то отстраненностью от окружающего. Длилось это минут 30, но машину повела жена. Еще через 10 минут всё прошло, и я, сев за руль, прекрасно доехал за полтора часа до Москвы. Вспомнил: приступ сопровождался знобкостью. Нитраты приступ не прервали, но несколько видоизменили ощущения.

Письма Ваши храню, как зеницу ока...»

Мой комментарий на четвертое письмо.

Итак, предположение об истинной (эндогенной) депрессии можно теперь с уверенностью отвергнуть. Необычайно детальное описание странных, даже экстравагантных ощущений вновь подтверждает уже отмеченную мною с самого начала чрезмерную фиксацию больного на своих переживаниях. Следовательно, необходимо пытаться снизить статус болезни в глазах больного, развенчать её, придать ей характер банального, заурядного и неопасного недомогания.

Очень поучительно следующее обстоятельство. Мой собеседник обладает обширными медицинскими и биологическими знаниями. Он даже принадлежит к научной элите в своей профессии. Кроме того, он еще и просто очень культурный человек в обычном понимании этого слова. Тем не менее, в попытках понять свою болезнь он использует не только современные научные представления о корке, подкорке, многочисленных ядрах в гипоталамусе и т.д., но и совершенно дремучие астрологические рассуждения. На первый взгляд, такая нелепая мешанина способна вызвать лишь насмешливую улыбку. Однако в действительности, это показывает, что любая сколько-нибудь серьезная и продолжительная болезнь может вызвать у человека особые психологические изменения. Он внезапно осознает свое бессилие и одиночество перед какой-то непонятной силой, которая так резко и так жестоко нарушила его благополучие. Естественно, он обращается к врачам. Однако, если им не удастся помочь, то у больного появляются, вдобавок, испуг и растерянность. Он лихорадочно пытается понять, что же случилось. В отчаянии он перебирает самые разнообразные объяснения, даже такие, которые он сам посчитал бы нелепыми, если бы был здоров. Это лишний раз показывает, как остро нуждается любой больной в моральной поддержке и ободрении, то есть в психотерапии...

Чтобы получить представление, каков общий эмоциональный фон моего собеседника, я задам ему еще несколько вопросов. А в конце письма замечу вскользь, что люблю прогуливаться по утрам, слушая через маленький проигрыватель классическую музыку – вдруг мой пример соблазнит?..

Мой ответ на четвертое письмо.

Еще несколько вопросов. Ваш вес и рост (полный Вы или худощавый)? Опишите Ваш обычный день с самого пробуждения до отхода ко сну; что Вы делаете на протяжении дня? Кишечник - запоры? Отношения с детьми и внуками? Много ли у Вас сейчас друзей и приятелей? Что из художественной литературы Вы читаете, что особенно понравилось за последние годы? Как память?

Отдыхайте и гуляйте. Я был однажды в Кисловодске - чудные дорожки, изумительный воздух, красота и покой! Чем-то это напоминает Карловы Вары. У себя здесь я каждое утро гуляю, не спеша, в одиночестве с маленьким проигрывателем и наслаждаюсь общением с Бетховеном, Моцартом, Рихтером, Бренделем и Хейфецом...

Письмо пятое .

«Рост 176,5 см, вес 110 кг. Полный. Просыпаюсь в 9-10, процедуры, туалет, душ - 11.30, завтрак – 12, последние известия - 12.30, компьютер – 14, прогулка, магазин и т. д. - 15.30, возвращение; 16 - 17 обед; после обеда сон 1,5 - 2 часа, 19 – известия, 19.30 - компьютер, чтение в кресле или на диване, 23 – творог, кефир, 23.30 - постель, 30 мин. чтение; сон до 4-5, пробуждение, туалет, сон и т. д. 2 раза в месяц сижу в экспертной комиссии, для чего приходится вставать в 7 утра, поэтому выезды туда стараюсь сочетать с посещениями редакции. Стул по утрам регулярно без напряжения. Отношение с детьми и внуками прекрасные, видимся на всех днях рождения. На новогодние каникулы все, включая всех родственников, у нас на даче. С сыном каждый день в скайпе. Раз в году он с женой приезжает к нам; его дочь особой тяги к нам не испытывает, но отношения нормальные. С друзьями - катастрофа. Все ушли, а новых заводить серьезно не умею. Есть три-четыре человека, с которыми перезваниваюсь, но без близости. Читаю много, люблю Форсайта, Гарднера и хорошую остросюжетную литературу. Российское кино и теле не смотрю - мерзость, но с удовольствием смотрю «Властелин колец», «Аватар», «Пираты Карибского моря». Музыка – Шнитке, Денисов, Губайдулина. Обожаю скрипку: Менухин, Коган в любом репертуаре. Давление, в основном, нормальное, но иногда 1-2 раза в году кратковременные подскоки (погода) до 150-160. С памятью – скандал: забываю фамилии. Память о прошлом прекрасная. Издал мемуары 360 стр., почти не прибегая к источникам.

Мой комментарий на пятое письмо.

Общая картина стала достаточно ясной. Можно сообщить больному мое заключение и дать рекомендации.

Ответ на пятое письмо.

«Хочу еще раз обсудить одну из Ваших главных жалоб - физическую пассивность. Конечно, при отсутствии каких-то явных инвалидирующих заболеваний первая мысль – это о депрессии. Но я не нахожу сколько-нибудь выраженной, настоящей психиатрической депрессии, которая требует специального лекарственного лечения. Даже имеющийся у Вас гипотиреоз очень невелик, чтобы отнести на его счет всю адинамию. Конечно, стоит всё же проверить и состояние надпочечников, поскольку при Аддисоновой болезни тоже бывает слабость. Но, насколько я мог понять, главное у Вас, это, скорее, психологическое нежелание быть активным, а вовсе не физическая невозможность совершить длительную прогулку, например. Вполне возможно, что отчасти это связано с некоторым общедепрессивным фоном (уход с работы, неизбежное возрастное снижение жизненного тонуса вообще и либидо в частности и т.д.). Всё это физиологически обусловлено и не является болезнью. Вас это беспокоит, но не потому, что Вы не можете сделать то, что Вам очень хотелось бы, как это бывает, например, у сердечников, которые глазами всё бы сделали, но одышка не позволяет.

Как я понял, Вас тревожит, что адинамия ускорит процесс старения, атеросклероза и т.д., поскольку сейчас очень модно рассматривать адинамию очень вредным для здоровья явлением. Я привел, было, пример с попугаями, которые в неволе доживают до ста лет, но это Вас не убедило. Я много размышлял на эту тему, и вот некоторые дополнительные аргументы. Конечно, физическая активность дает чувство бодрости, удовлетворения и поднимает настроение, но вряд ли она продлевает жизнь. Знаменитый хирург Н. М. Амосов твердо верил в спасительность мышечной работы и решил доказать это на собственном опыте. Он каждый день пробегал чуть ли не 10 км и, вообще, давал себе большие физические нагрузки, следил за своим весом (стал просто тощим), не пил и не курил, интенсивно работал в любимой профессии. Всё, казалось бы, шло хорошо, но лет в 70+ у него возникла полная сердечная блокада, пришлось поставить пейсмейкер. В дальнейшем возник склеротический порок аортального клапана, приведший к тяжелой сердечной недостаточности и операции. Мой однокашник и закадычный друг Ю.З. Крейндин (писатель Ю. Крелин) описал в одной из своих повестей своего сослуживца и друга хирурга Мишу Жадкевича. Я был с ним знаком. Это был хирург от Бога. Лет в 40-50 стал бегать, тоже на какие-то сумасшедшие дистанции, стал худой как щепка (он очень высокий); конечно, он не пил и не курил. Увы, лет в 60 - рак поджелудочной железы... В одном из псалмов Давида написано: «Дней жизни нашей – семьдесят лет, а при большой крепости – восемьдесят лет...». Это, по-видимому, естественная продолжительность жизни человека, и мы с Вами её даже немного превзошли. Такая первостепенная, кардинальная биологическая константа не может меняться от таких мелочей, как колебания в составе пищи или в уровне физической активности. Даже столь,

казалось бы, важный фактор, как уровень в крови половых гормонов, тоже не влияет на здоровье и долголетие. Так, у женщин возрастное изменение гормонального фона происходит гораздо более резко и скачкообразно, чем у мужчин (климактерий в 40-50 лет), но они тоже живут потом до 70-80 лет. Евнухи тоже не умирают молодыми. А собаки домашние, которые дремлют 15-20 часов в день в отличие от волков, которых только ноги-то и кормят?

Всё это я пишу, чтобы освободить Вас от тревоги. Конечно, лучше быть здоровым и богатым, чем бедным и больным, лучше (точнее, приятнее) сохранить физическую активность и бодрость до 80+, но если этого нет, то и это не беда... Живите и не берите в голову!

Письмо шестое.

Спасибо за обстоятельное и доброжелательное письмо. Жена вытащила меня гулять. На улице легкий мороз, снег и яркое солнце. Сначала нехватало вдоха, но потом расхотелось, что в горку, что под. Гуляли 1,5 часа, вернулся в хорошем настроении 9-й день пью эутирокс 1/4 от 50. Вчера попробовал 1/2 таблетки, но сразу начал кашлять. Снова пью 1/4 таблетки. Вы вспомнили Амосова. После лечения в Германии и незадолго до смерти он мне прислал 4 страницы (а он присылал мне время от времени свои заметки), в которых полностью дезавуировал с горечью свою систему... Проблема длительности жизни меня интересует гораздо меньше чем проблема КАЧЕСТВА ЖИЗНИ. Передо мной примеры моих двоюродных братьев. Оба фронтовики, окопники, инвалиды войны. Старшему - 90, весь день в электрокаталке, еле ворочает языком, живет в Филадельфии. Общаемся в скайпе при помощи его более молодой жены. Второй в Москве, светлый ум, интеллектуально активен, но сидит целые дни дома с газетой и телевизором - 89 лет, ранение позвоночника и контузия, стул искусственно 1 раз в неделю. Из дома уже не выходит... Ну и что это за жизнь? Судя по всему, у меня еще довольно приличный запас физических сил, но что делать со всепоглощающим отторжением деятельности, точнее говоря, с ЛЕНЬЮ, которую я считаю болезнью. Пример сегодня. Надо идти гулять, на улице мороз, перчатки в чемодане. Пошел без перчаток, лень лезть в чемодан. Шнурки на обуви никогда не развязываю, лень завязывать. Специально накопил метровые рожки для обуви и т. д. Моими проблемами по-прежнему остаются метеопатия и связанные с ней сердечные и иные приступы. Что надо делать?...

Кровь и моча - как у младенца, кроме сахара 7 и СОЭ 25. Сахар такой уже 4 года, не обращаю внимание. На СОЭ врачи не обращают внимание. Я это не очень понимаю, но внимание тоже не обращаю.

Мой комментарий на шестое письмо.

По-прежнему боится, что адинамия снизит в будущем «качество жизни». Но даже если адинамия и в самом деле приводит к дурным последствиям, то для этого нужны многие годы, или даже десятилетия. Разве можно рассчитывать в таком возрасте на столь большой срок? Надо намекнуть на это, но очень деликатно.

Мой ответ на шестое письмо.

Опять-таки вопрос упирается в психологию - каким будет качество Вашей жизни в будущем? Не думайте об этом, этого никто не знает, и никакие Ваши старания сегодня не могут сделать лучше качество Вашей жизни через год (да что через год, через день! - вспомните ответ Воланда Берлиозу! Кстати, Берлиоз собирался именно в Kisловодск). Сегодня хорошо - и слава Богу!...

Письмо седьмое 4 декабря

Но ведь болячки - это реальность, и надо пытаться хоть как-то их уменьшить. Одни говорят, что, когда ноет поясница, надо полежать, другие - наоборот, что надо расхаживаться. Кто прав? Между прочим, Берлиоз плохо кончил не от болячек, а от пролитого Аннушкой масла. Я же убежден, что если разобраться в первопричине, то можно хоть что-нибудь придумать. На протяжении многих лет я себя наблюдаю и в общих чертах представляю себе, что я пациент невролога вегетолога, т. к. отчетливо вижу дисфункцию своего вегетативного аппарата, обостряющуюся при изменениях погоды. Нужно как-то отрегулировать мою подкорку, и это не пустые слова. В данном случае психология есть некое выражение осознанных желаний и естественной потребности избавиться от дискомфорта. Я же говорю о другом - о возможном лечении, прекрасно понимая что и у моей лени есть материальная основа где-то в неспецифически активирующих системах. Полагаю, что Вы не отрицаете их существование и роль. Когда в токсикологической клинике Склифа затруднения с определением токсиканта, они обращаются ко мне, но никогда не обращаются с вопросами, КАК лечить, потому что я это не умею. Многообразие

и политропность действия токсикантов заставили поднатореть в вопросах общей патологии и в поисках первичного звена. Вот я и пытаюсь уцепиться за первичное звено. Лечить только не умею...

Мой комментарий на седьмое письмо.

Какой сумбур в голове моего собеседника! Он по-прежнему считает, что лечить надо всего-навсего вегетативную нервную систему или какие-то ядра в гипоталамусе. Если у юноши часто потеют ладони, и он краснеет, то, конечно, в этом участвует вегетативная нервная система. Но ведь причина-то не в ней, а в его чрезмерной стеснительности, и, чтобы помочь ему, нужен не врач «невролог-вегетолог», а ободрение, здравые советы и просто время для взросления. Пусть чрезмерная чувствительность, своего рода гиперестезия и гиперреактивность моего пациента по отношению к колебаниям погоды обусловлены какими-то неполадками в вегетативной нервной системе. Но тогда чем обусловлено его обостренное внимание к своим неприятным ощущениям, которое позволяет ему описывать их так подробно, с мельчайшими нюансами – ведь это психологическое явление! Разве и то, и другое не связано с самой личностью больного? Человек уравновешенный, тем более флегматик будет реагировать и на погоду, и на свои недомогания совсем иначе! Да у него даже стиль писем будет совсем другой! Так что же лечить – подкорку, вегетативную нервную систему, какие-то «неспецифические активирующие системы», или же саму личность? Но как вообще можно лечить или хотя бы смягчать нежелательные особенности личности? Я не вижу другой возможности, кроме психологического воздействия, то есть, психотерапии.

«Болячки» застилают весь его умственный горизонт, хотя они, в действительности, не опасны для жизни, да и не столь уж болезненны, чтобы всё время думать только о них. Именно это надо объяснить ему.

Мой ответ на седьмое письмо.

Я очень рад, что малые дозы левотироксина, вроде бы, стали помогать. Конечно, добиваться полной нормализации его уровня в крови не стоит, тем более, что в нашем продвинутом возрасте концентрации всех гормонов наверняка ниже, чем в расцвете жизни. Так что придерживайтесь дозы 12,5 мг, или даже половины этого не менее месяца, и только потом, если не будет побочных явления (астма или сердцебиение), можно будет попробовать чуть-чуть еще добавить. Но еще раз повторю, Ваша клиническая картина лишь в скромной степени связана с такими вот легко выявляемыми и легко поправимыми поломками.

Ваши сердечные жалобы не имеют никакого отношения к стенокардии и, вообще, к какому-либо заболеванию сердца. Тот факт, что Вы можете, хотя бы иногда, гулять и в горку, и под горку, говорит, что мышца сердца и её питание вполне приличные. Об этом же говорит и то, что последний «сердечный» приступ возник не сразу после поднятия двух тяжелых пакетов, а спустя какое-то время: неисправный мотор начинает дребезжать и греться именно во время работы, а не потом, уже на стоянке. Частая связь с переменной погоды с несомненностью указывает на повышенную реактивность нервной системы. Но как реализуется это влияние, и почему оно принимает у Вас такие причудливые формы, этого я не знаю. Уверен, что этого не знают и так называемые специалисты по вегетативной патологии. В одном я глубоко убежден – дело не в какой-то патологии какого-то ядра в подкорке, а в индивидуальных особенностях функционирования вашей нервной системы, которые исправить мы не умеем, поскольку это что-то очень сложное для человеческого ума. Кстати, Вы сами пытаетесь объяснить свои недуги, с одной стороны, микроскопическими изменениями в каких-то ядрах гипоталамуса, а с другой стороны, привлекаете даже космические причины, вроде того, что Вы зачаты под знаком Льва. Если так, то, чтобы всё исправить, Вам надо просто заново родиться, но уже под другим знаком Зодиака – не правда ли, какой спасительный выход? А если без шуток, то мои советы заключаются в следующем.

Во-первых, Ваши приступы, даже если они мучительны (впрочем, у меня впечатление, что они не столь уж болезненны, как, например, бывает приступ подагры или отхождение камня из почки), то они не опасны, то есть они не приведут к инфаркту, инсульту или к смерти. Это очень важно иметь в виду, и потому не впадать в отчаяние. Есть много женщин, у которых месячные протекают с болями. Но они знают, что это не опасно, и что это обязательно пройдет, и потому они относятся к этому, как к

неизбежной неприятности, которую надо просто перетерпеть. А чтобы перетерпеть было легче, принимают таблетку анальгина и не ищут специалиста - эндокринолога или вегетолога. Во-вторых, приступы бывают не так уж часто, чтобы делать жизнь совсем уж несносной. Возник приступ – примите валерьянку или валокордин с анальгином, а если беспокоит сердцебиение – добавьте 5-10 мг обзидана (от такой маленькой дозы бетаблокатора я еще ни разу не видел ничего плохого), и как только приступ прошел – забудьте о нем! В-третьих, наслаждайтесь тем, что еще осталось: у Вас нет одышки напряжения, Вы можете читать, Вы не оглохли, у Вас нет артрита, и Вы можете гулять, у Вас осталась интеллектуальная жизнь – разве этого мало? Старый ребе говорил: «Нельзя жить так хорошо, надо портить себе удовольствие!» - этому мудрому совету следует вместо Вас Ваш организм.... Наконец, в-четвертых, не отравляйте свою сегодняшнюю жизнь заботами о том, какой вред Вам в будущем может причинить адинамия, или лень, или еще что-то, над чем мы всё равно не властны!

Читайте «Нравоучительные письма к Луцилию» Сенеки – кладезь стоической мудрости!

Письмо восьмое.

Сенека, кажется, сказал, что благо не в том, чтобы жизнь была долгой, а в том, как она прожита. Я без излишней скромности скажу, что натворил много чего. Всю жизнь я жил достаточно активно, и до прошлой зимы без серьезных проблем со здоровьем. Занимался не только наукой и организацией здравоохранения, но и не забывал о радостях жизни... Дорогой друг! Впервые я увидел анализ моего состояния, с которым я полностью согласен, и который удовлетворил меня не только глубиной, но и мудростью, которую сегодня, в период лечения по стандарту Мосгорздрави N 74, и не увидишь...

Письмо девятое.

Появились запоры и покашливания в начале и конце дня. Связываю с эутироксом.

Ответ на девятое письмо

Попробуйте чуть уменьшить дозу: либо принимайте 1/4 таблетки по 50 мг через день, либо купите таблетки по 25 мг, и принимайте 1/4 такой таблетки (6,25 мг) каждый день. Гипотиреоз у Вас не слишком выраженный, так что, быть может, даже небольшое подрегулирование окажется для Вас полезным и достаточным. Между прочим, в молодости я занимался проблемой связи между дозой лекарства и её эффектом. Большинство лекарств действуют как ферменты или вроде ферментов, то есть они как бы только присутствуют и ускоряют реакцию, а не поглощаются ею, как, скажем, бывает при нейтрализации кислоты щелочью. Поэтому зависимость часто бывает не прямая, а логарифмическая: если дозу увеличить в 100 раз, то эффект станет сильнее не в 100 раз, а всего лишь в два раза (логарифм 100 равен 2).

Письмо десятое.

Сегодня утром яркое солнце сменили облака. Это было в 8.30, и у меня началась тахикардия при движении и нехватка вдоха. К 12 все прошло. Как же мне надоела эта метеозависимость!

Ответ на это письмо.

Как я понял из Ваших описаний, Вас беспокоит не столько настоящая тахикардия (это 100 и более ударов в минуту), сколько ощущение усиленных ударов сердца: бух-бух-бух... При этом частота может быть либо совсем невысокая (60-70), или чуть ускоренная (80-90). В такой ситуации очень быстро и хорошо помогают совсем маленькие дозы анаприлина (индерала, обзидана, пропранолола): 5-10 мг. В России это лекарство также давно есть в дозировке 10 и 40 мг. Советую попробовать сразу при начале такого приступа - эффект наступает очень быстро.

Моё письмо еще через два дня.

Как я понимаю, Вы сейчас уже вернулись в Москву. Советую выяснить состояние надпочечников (это АКТГ + стероидные гормоны + калий и натрий в крови). Хотя вряд ли Ваше состояние связано с гормональными расстройствами, всё же следует исключить эту возможность.

Письмо одиннадцатое (из Москвы).

С удовольствием получаю Ваши весточки. Вторую ночь в Москве. Вчера ездил на машине. Состояние приличное, но почему-то слегка поташнивает. Стараюсь не обращать на это внимания. Признаюсь честно, что общение с Вами существенно стабилизировало мое отношение к своим проблемам, и это хорошо! Через неделю уеду на дачу до середины января, анализы постараюсь успеть сделать.

Письмо двенадцатое.

По возвращении в Москву появилось ощущение не раскрывающейся грудной клетки. Появляется оно в положении стоя. Число дыханий 17/мин., пульс 60. Сейчас у компьютера это ощущение прошло, но когда сижу, ссутулившись, появляется ощущение давления слева проецируясь на область кардиовертера. Но в принципе сейчас, когда сижу, меня ничто не беспокоит. Может быть, не надо всё время к себе прислушиваться?

Ответ на двенадцатое письмо.

Ощущение, что грудная клетка не раскрывается, родственно чувству неудовлетворенности вдохом - типичной невротической жалобе. То обстоятельство, что оно возникает или усиливается при положении сидя, ссутулившись, говорит, что это как-то связано с положением ребер, то есть, опять-таки, это не сердечная жалоба. Вообще, человеческая машина настолько сложна, что в ней частенько может что-то поскрипывать без того, чтобы это предвещало неизбежную поломку. Поскрипит и пройдет само собой! Не стоит обращать внимание на эти маленькие недомогания. Как-то я, было, начал полшутливое эссе «Почему мы так редко болеем?» Например, мы нередко поперхиваемся, но как редко возникает аспирационная пневмония! Еще чаще каждый человек спотыкается, но как редко он падает, и еще реже дело доходит до перелома или до сотрясения мозга! Всё это говорит о могуществе наших страхующих механизмов. Оказывается, серьезно заболеть не так уж и просто! Больше доверяйте мудрости природы и своему организму, который верно служит нам так долго!

Письмо тринадцатое.

От всей души поздравляя с Новым 2014 годом! Желаю здоровья и благополучия Вам и Вашим близким. Поскольку убежден, что случайно ничего не происходит, воспринимаю как дар судьбы нашу виртуальную встречу. Она приятна мне не только потому, что я впервые увидел объективный и разумный анализ моего состояния, но и познакомился с Вашей системой взглядов, которая мне импонирует.

Постскриптум.

Закончив этот «роман в письмах», я послал его своему другу – опытному и добросовестному семейному врачу в Израиле с многолетним стажем. В своем ответе он, в частности, написал:

«Вообще, я не слишком оптимистичен в отношении эффективности лечения у больных тревожными состояниями. У меня есть пациент, который прилепился ко мне лет 12 назад. Молодой здоровый человек 40 лет, с массой постоянно меняющихся соматических жалоб, без малейших объективных признаков болезни, примерно раз в месяц, иногда чаще, приезжает ко мне в поликлинику из другого города, чтобы получить от меня заверения, что с ним всё в полном порядке. Проходил психотерапию, лечение антидепрессантами, альтернативную медицину - ничего не меняется.

Видимо, дело тут в генетике. Кстати, я вижу очень часто, у таких больных их нарушения передаются по наследству. Если родители - ипохондрики и склонны к невротическим реакциям, то и часть детей становится точно такими же, когда подрастают.

Мне часто бывает грустно и тяжело от того, что очень многим я помочь не могу, а они продолжают и продолжают ко мне ходить. Одним добрым словом - при всей его важности - больного не вылечить, а во многих случаях ничего другого в моем арсенале и нет».

Я решительно не согласен с такой пессимистической оценкой и полагаю, что поднятый коллегой вопрос заслуживает подробного рассмотрения.

В представленном наблюдении суть болезни заключается в невротическом расстройстве. Иногда оно возникает просто как однократная реакция на какое-то событие - либо острое соматическое заболевание, либо мучительное душевное переживание. Обычно в таких случаях нужна в психологической помощи бывает непродолжительной.

Совсем другая проблема возникает перед врачом, если главной причиной невротического расстройства является не столько случайный внешний фактор, сколько особая невротическая

конституция человека. Например, демонстрируемый больным жалуются на необычайную метеочувствительность. Вообще-то, погода действует на всех людей, и в этом отношении мы подобны другим живым существам. Вопрос лишь в том, насколько выражена эта реакция. Пушкин испытывал особый прилив вдохновения осенью, и плохо чувствовал себя весной, но всё-таки он продолжал творить в любое время года. Если же у пациента при определенном изменении погоды регулярно возникают ощущения настолько тягостные, что он не может работать, и поэтому обращается к врачу, то, конечно, такая реакция является чрезмерной и ненормальной. Вот эта необычная сила реакции, точнее, отсутствие прямой пропорциональной связи между интенсивностью раздражителя и силой реакции является характерной чертой невротической конституции. Главное здесь не в самом раздражителе (будет ли это погода, соматическое заболевание, эмоциональное переживание и т.д.), а в свойстве определенного человека реагировать чрезмерно или необычно. Иногда стартовый стимул может быть настолько незначителен, что не только врач, но даже и сам больной не догадывается, что же именно вызвало реакцию, и тогда клиническая картина кажется беспричинной и загадочной.

Но даже если этот стимул прекратил свое действие, или же он был устранен, то повышенная чувствительность пациента и его неадекватное реагирование всё равно останутся. Они вновь проявят себя в ответ на совсем другой раздражитель. Правда, на сей раз клиническая картина невротического расстройства может оказаться иной, и пациент обратится к врачу другой специальности. Так, при приступах сердцебиения, болях в области сердца или при внезапных скачках артериального давления он попадет к кардиологу; при болях в животе и неустойчивом стуле его направят к гастроэнтерологу; при головокружении или бессоннице им займется невропатолог и так далее. Как бы то ни было, человек с невротической конституцией будет снова и снова искать медицинскую помощь.

Как же обычно поступают с таким больным? Сначала, после некоторых колебаний выбирают диагноз, который, как будто, наиболее подходит к имеющейся клинической картине: вегето-сосудистая дистония, климактерическая кардиопатия, пролапс митрального клапана, раздраженный кишечник, диафрагмальная грыжа, невроз тревоги и так далее. А затем, в соответствии с диагнозом, начинают лечение: при сердцебиении дают бетаблокатор, при болях в области сердца - анальгетики, при бессоннице - снотворное, при неустойчивом стуле рекомендуют диету, при болях в животе назначают спазмолитики, а при подавленном настроении прописывают антидепрессанты... Врач только штопает прохудившийся участок; он не видит главную, коренную причину болезни, а именно самого больного, его невротическую природу.

Но как воздействовать на эту невротическую конституцию? Совершенно очевидно, что это врожденное (а часто и наследуемое) свойство. Нет таких таблеток, которые могли бы превратить унылого ипохондрика в мужественного и уверенного в своём здоровье человека. И всё-таки помочь таким людям можно. Дело в том, что клиническая картина любого невротического расстройства состоит из двух частей. Одна из них – это бросающиеся в глаза соматические проявления, например, усиленное сердцебиение, ускоренная перистальтика кишечника, спазм какого-то участка гладкой мускулатуры, длительное и потому болезненное тоническое сокращение мышц затылка и спины и тому подобные феномены. Вторая часть заключается в том, как сам больной воспринимает и оценивает эти явления. Обычно интенсивность этих неприятных ощущений не столь уж велика, но больному каждое из них кажется очень опасным или нестерпимо болезненным. И вот на эту, вторую часть клинической картины врач может благотворно влиять психологически, снимая необоснованные страхи, ликвидируя панику, развенчивая преувеличенную до степени трагедии роль болезни в жизни больного, ободряя и успокаивая его, воспитывая в нем более стойкое отношение к своей болезни. Иногда к этим мерам полезно добавить небольшое количество лекарств. Однако последние - это лишь

вспомогательное средство (*adiuvans*) для усиления или ускорения психологической помощи. Кстати, любое лекарство, помимо чисто фармакологического действия, обладает также и неспецифическим психотерапевтическим влиянием: ведь все больные заранее надеются, что таблетка или укол поможет (эффект плацебо).

Оба эти воздействия (психологическая поддержка и лекарства) помогают больному выйти из обострения. Но вернувшееся удовлетворительное состояние будет продолжаться лишь до тех пор, пока не возникнет новое невротическое расстройство, поскольку возможность такого развития событий, то есть сама невротическая конституция, остается. Если на сей раз клиническая картина окажется другой (скажем, вместо сердечных жалоб появились жалобы диспепсические), то у семейного врача есть выход: он может отправить больного к консультанту - гастроэнтерологу. Но если клиническая картина при новом обострении будет прежней, то у врача невольно возникает впечатление, что предыдущее лечение было недостаточно эффективным. На этом обстоятельстве стоит остановиться. Врачу всегда хочется помочь радикально: не подлечить, а излечить. Каждый рецидив поэтому действует удручающе. Неожиданное упорство болезни ставит его в тупик и вызывает неприятное сомнение в своих силах. На самом же деле, доктор не виноват: как ни лечи осеннюю простуду, на следующий год заболевание всё равно повторится, если больной склонен к сезонным обострениям...

Мы не в состоянии переделать характер пациента и потому не можем освободить его от склонности к невротическим реакциям. Но разве мы можем полностью излечить диабет, атеросклероз, бронхиальную астму или даже боль в пояснице, несмотря на внушительный арсенал самых разнообразных средств против этих недугов? И нас, и больных, и всё общество в целом вполне устраивает, если нам удастся помочь при обострении этих заболеваний и обеспечить более или менее комфортное существование пациента. Почему же следует ожидать полного исцеления от психотерапии? Это ведь только в посредственных нравоучительных романах отрицательный герой в конце полностью и навсегда исправляется.

Вот почему моральная поддержка при каждом рецидиве, даже если они часто повторяются, это такая же полноценная врачебная работа, как, например, курс инъекций вольгарена при очередном обострении пояснично-крестцового радикулита. Поэтому не стоит огорчаться при новом визите невротика. Он приходит к нам повторно не потому, что мы его плохо лечили в прошлый раз, а потому, что у него снова возникла потребность в психологической помощи. Сам факт, что он снова обращается именно к нам, а не ищет другого доктора получше, говорит, что мы действительно облегчали его состояние в прошлом. Точно также больной с анатомическим дефектом стопы приходит за новой парой ортопедической обуви не потому, что прежняя была плохой, а потому что она уже сносилась. В этом отношении мы выполняем работу, подобную работе хорошего и мудрого священника: визит к нему не делает человека святым, но дает душевный заряд на какое-то время и наполняет его добрыми намерениями; но потом ему снова надо явиться к духовному наставнику, чтобы повиниться и вновь подкачать свои шины...

Конечно, такое общение доктора с больным, как описанное выше, требует много времени и потому вряд ли возможно в повседневной амбулаторной практике. Но я могу с чистым сердцем уверить читателя, что отдельные элементы техники, которые были здесь продемонстрированы в полном виде с учебной целью, я постоянно применяю в своей обычной работе семейного врача. Даже просто сочувственный взгляд прямо в глаза пациента, нарочито обстоятельное физикальное обследование, видимое отсутствие спешки и в заключение несколько дружеских ободряющих слов, - всё это уже успокаивает тревогу больного и наполняет его надеждой. Несколько недель ему будет легче жить, а потом он снова придет, но не потому, что ему не помогли в прошлый раз, а потому, что он нуждается в новой порции душевной поддержки, или, выражаясь ученым языком, в новой порции психотерапии...

НАУКА И ИСКУССТВО В МЕДИЦИНЕ

С давних пор ведется спор о том, является ли медицина наукой, или искусством, либо, наконец, сочетанием того и другого. Этот спор продолжается даже сейчас: заглянув в интернет-поисковую систему Medscape, можно найти десятки статей, опубликованных на эту тему в самые последние годы. На первый взгляд, эта дискуссия имеет чисто теоретический или даже схоластический характер. Однако автор надеется показать, что то или иное отношение врача к этой проблеме сильно сказывается на том, как он лечит своих больных.

В далеком прошлом все полагали, что медицину следует причислять к искусствам. Научный багаж врачей был тогда так скуден, что им приходилось больше полагаться на свой собственный опыт, на свою интуицию, и, особенно, на целебное влияние своей личности. Поэтому результаты зависели не столько от знаний врача, сколько от его таланта. Но ведь то же самое можно сказать и о работе любого художника. Ясно, что такая медицина была в значительной мере искусством.

Ныне арсенал наших сведений просто громаден, и он продолжает непрерывно обогащаться. Именно эта лавина научных исследований сделала современную медицину столь могущественной. Вспомним хотя бы открытие Пастером решающей роли микроорганизмов в инфекционных заболеваниях. Это привело к созданию лечебных вакцин и сывороток, а в дальнейшем и к созданию антибиотиков; одновременно это совершило переворот в хирургии благодаря введению асептики и антисептики. Другие эпохальные исследования обнаружили центральное значение инсулина в патогенезе сахарного диабета и тироксина в Базедовой болезни. Открытие витаминов, различных гормонов и факторов свертывания крови, изучение механизмов иммунитета и биологии злокачественных клеток сделали современную медицину совершенно непохожей на медицину 19 века, не говоря уже о медицине гиппократической. Все эти открытия были сделаны с помощью экспериментов, которые ничуть не уступают по своей точности и достоверности тем экспериментам, которые характерны, скажем, для физики или химии.

В результате медицина оказалась буквально пропитана наукой. Немудрено, что многие врачи твердо убеждены, что теперь медицина – это такая же полноценная наука, как и другие отрасли знания. Они считают её освобождение от элементов искусства большой победой и потому с негодованием отвергают любые поползновения отстоять её древнюю связь с искусством. Энтузиастам науки чудится в таких попытках что-то обидное, как будто примесь искусства делает медицину менее уважаемой. Таким образом, отрицание роли искусства имеет в этом споре выраженную эмоциональную окраску. Вот подтверждение только что сказанному. Году в 1967 начальство Института усовершенствования врачей в Москве предписало всем кафедрам проводить семинары по марксистско-ленинской философии. Шеф нашей кафедры Б.Е.Вотчал предложил обсудить на одном из таких заседаний вопрос, является ли медицина наукой или искусством. Я в своем выступлении сказал, что элементы искусства можно обнаружить даже в инженерии: например, Эйфелева башня или Бруклинский мост основаны на точных математических расчетах, но одновременно считаются произведениями инженерного искусства. Точно также искусство присутствует и в нашей профессии. Борис Евгеньевич непривычно резко оборвал меня и сухо сказал, что это вздор, и что современная медицина является наукой...

Однако Ньютоны, Эйнштейны, Пастеры и Павловы занимаются только поисками ответов на вопросы «как» и «почему». Поэтому знания, добытые этой чистой, или «настоящей» наукой, сами по себе еще не облегчают нашу жизнь. Для того, чтобы они стали приносить пользу, требуются люди совсем других профессий – инженеры, электротехники, геологи, строители, программисты, а также врачи. Вот почему от фундаментальных наук отпочковались прикладные научные дисциплины, как, например, инженерия, электротехника, строительство, агрономия и т.п. Медицина также разделилась на две части. Одни медики создают новые лекарства, изучают биологию злокачественных клеток, роль генетических нарушений в возникновении той или иной болезни и т.п.; короче, они занимаются чистой наукой. Но для большинства медиков главным содержанием их работы является лечение. Следовательно, одна часть медицины – это несомненная наука в чистом виде, вроде физики, химии или биологии. Вторая же её часть – это практическое применение научных знаний – врачевание.

Итак, вопрос – является ли медицина наукой, или же это сочетание науки и искусства, может относиться только к врачеванию. Рассмотрим подробнее эту деятельность.

Казалось бы, если научные исследования выяснили суть болезни, и как её лечить, то использовать эти знания на пользу больному человеку не должно составлять особого труда. Увы, когда молодой врач, доотказа напичканный новейшими научными сведениями, и полный энтузиазма, встречает больного, то часто он испытывает растерянность: жалобы больного и результаты обследования редко соответствуют той картине болезни, которую он старательно заучивал в студенческие годы. Впрочем, такое же чувство нередко испытывают и опытные профессионалы. Один врач шутливо посетовал, что больные имеют досадную привычку не читать наши учебники, и потому их жалобы часто либо бестолковы, либо совсем не похожи на то, чего мы ожидаем. Действительно, слишком часто клиническая картина оказывается необычайно сложной и запутанной.

Причина этого проста. В учебниках каждую болезнь рассматривают в изолированном, чистом виде, саму по себе, так сказать, без посторонних примесей. На самом же деле болезнь неразрывно связана со своим обладателем - живым человеком. Поэтому его индивидуальные особенности не могут не влиять на характер болезни, на её течение, на её внешние проявления. Но ведь все люди разные. Одна и та же боль у человека тревожно мнительного или склонного к истерическим реакциям окажется гораздо сильнее, ярче и драматичнее, чем у человека уравновешенного. Иногда психологическая реакция больного на болезнь заключается в её отрицании («неправда, я здоров!»); ясно, что в этом случае пациент не будет жаловаться на боль, или будет описывать её, как незначительную. Однажды я лечил больную с выраженной недостаточностью сердца, поступившую в больницу с приступом сердечной астмы. На вопрос, не было ли в прошлом таких же приступов, она ответила отрицательно. Никаких расстройств памяти или интеллекта у нее не было. Но когда я взял в больничном архиве её прошлые истории болезни, оказалось, что она несколько раз поступала в то же самое отделение с типичными приступами сердечной астмы... Как известно, сахарный диабет часто поражает периферические нервы, особенно чувствительные; поэтому у таких больных инфаркт миокарда нередко бывает безболевым, что, естественно, затрудняет раннее распознавание.

Точно также одновременное наличие у пациента нескольких болезней (а в пожилом возрасте это, скорее, правило, а не исключение) может так усложнить общую клиническую картину, что врачу трудно решить, какое из этих заболеваний является ведущим, и на что надо направить лечебные усилия в первую очередь. Так, больная с несомненными признаками серьезной болезни сердца (мерцательная аритмия, кардиомегалия, высокое артериальное давление, периферические отеки) жалуется на одышку даже при малых физических нагрузках. Казалось бы, налицо типичная недостаточность сердца. Как ни странно, интенсивное и длительное лечение большими дозами мочегонных и дигиталиса не дает улучшения. В легких имелись

скудные рассеянные сухие свистящие хрипы – скромный признак, по-видимому, умеренной диффузной бронхиальной обструкции. Однако добавление нескольких простых противоастматических средств ликвидировало одышку и отеки буквально за несколько дней.

Это лишь примеры, взятые наугад. На самом же деле, каждый больной имеет свои важные отличия: один молод, другой стар; у этого есть, вдобавок, сахарный диабет, а у этого выраженная аллергическая реактивность; тот алкоголик, другой - злостный курильщик, у третьего депрессия, у четвертого снижена память. Разве всё это не влияет самым существенным образом на суть болезни, на её внешние проявления и на эффективность лечения?

А ведь имеются еще трудности, так сказать, внешние: то анамнез сомнителен или даже совсем отсутствует из-за того, что больной без сознания; то нет возможности или просто времени провести нужное диагностическое исследование; наконец, полученные в лаборатории результаты могут оказаться в промежуточной зоне, и потому не позволяют склониться к определенному мнению. В учебнике невозможно предусмотреть бесчисленные варианты, и потому врач вынужден сам, без посторонней помощи выяснять диагноз и подбирать наилучшее лечение в этом густом тумане неопределенности.

Оказывается, что не так-то просто приложить научные медицинские знания именно к тому больному, который как раз сейчас ждет помощи. Да и прикладывать можно по-разному. Можно просто сблизить два предмета так, что они коснутся друг друга, но тогда между ними, наверняка, останутся многочисленные зазоры и щели. А можно приладить их друг к другу так, что произойдет полное совмещение.

Для такой работы надо не только *знать* всевозможные болезни и их отличительные признаки. Не менее важно *уметь* из многословного, а то и бестолкового рассказа больного отобрать существенное; *уметь* выделить в пестрой клинической картине только то, что относится к делу; *уметь* правильно оценить результаты лабораторных исследований, то есть иногда использовать их как важное доказательство, а иногда не принять их во внимание, если врач убежден, что они противоречат всем остальным данным. Наконец, надо *уметь* увидеть те индивидуальные особенности пациента, которые могут повлиять на результаты лечения. Такое умение можно приобрести только в постоянном и многолетнем общении с больными; его нельзя почерпнуть из книг.

Стало быть, для успешного врачевания нужны не только обширные научные знания, но и собственный, индивидуальный опыт. В последнее время роль такого опыта часто принижают. Энтузиасты новой формации твердо верят, что теперь, когда медицина по-настоящему стала наукой, врачу не требуется ничего, кроме научных знаний. «Доказательная медицина развенчивает (de-emphasizes) интуицию, несистематизированный клинический опыт и патофизиологические объяснения как достаточные основания для принятия клинических решений» (JAMA 1992; vol. 268, p. 2420-25). И действительно, в любой науке результаты каждого эксперимента всегда воспроизводимы и заранее предсказуемы, кто бы ни повторял эксперимент – студент или профессор. У любого химика произойдет в пробирке та же самая реакция, если он смешает в ней два заранее известных вещества. Точно также любой инженер, имея соответствующие знания, сможет построить мост, независимо от того, молод он или пожилой, есть ли у него опыт, или это его первая самостоятельная работа. В любом случае, мост обязательно будет надежным и пригодным для транспорта.

Увы, медицина не может похвалиться такой повторяемостью. Даже имея дело с одним и тем же больным, разные врачи нередко ставят разные диагнозы и предлагают разное лечение. Но если результаты зависят, пусть даже отчасти, от таких неопределенных и неконтролируемых факторов, как интуиция, талант и личный опыт врача, то исход врачебного вмешательства нельзя предсказать заранее с уверенностью. В таком случае врачевание теряет свою претензию быть полноценной наукой. Это горькая пилюля для энтузиастов безраздельного

господства науки в медицине...

Но принижение роли индивидуального опыта в практической медицине противоречит здравому смыслу. Хороший врач – это не просто врач, знающий самые последние достижения современной медицинской науки. Если бы это было так, то врач, который только что закончил обучение, превосходил бы своего старшего товарища, который получил диплом 10-20 лет назад, и потому успел подзабыть кое-что из того, чему его учили. Загруженный повседневной работой, он, к тому же, не всегда в курсе новейших веяний и последней медицинской моды, в отличие от свежее испеченного коллеги. Зато у него есть одно бесценное преимущество – вот уже многие годы он ежедневно *применяет* свои научные познания в больнице или в поликлинике. Этот долгий опыт практического приложения знаний дает ему уверенность и сноровку. Он привыкает сразу замечать особенности каждого своего больного и потому ему легче подобрать наиболее подходящий ключ для решения именно данной проблемы. Вот почему результаты лечения у такого доктора чаще оказываются лучше, чем у молодого доктора. Именно про врача с большим опытом говорят «искусный врач». Иными словами, он владеет *искусством врачевания*.

Следовательно, искусство врачевания – это не мифическое понятие из далекого прошлого, вроде флогистона или философского камня, а непреложный факт нашей повседневной лечебной практики. Самое убедительное доказательство дает нам хирургия. Все хирурги применяют одни и те же стандартные, давно известные хирургические вмешательства, но результаты у некоторых постоянно оказываются лучше, чем у других. Больной ищет не того хирурга, который очень много знает, а хирурга искусного, у которого «легкая рука»; это гарантирует, что операция пройдет гладко и без осложнений, удачно. То же самое, пусть и не в столь явной форме, мы видим во всех других областях практической медицины.

Кто-то остроумно сказал, что *искусство* в медицине – это знать, когда, где и как использовать *науку* медицины. Иными словами, искусство врачевания заключается в умении приложить универсальные знания именно к тому больному, который как раз сейчас просит нашей помощи, и выбрать то лечение, которое наилучшим образом будет соответствовать именно его особенностям. Костюм фабричного изготовления неплох, но костюм, сшитый искусным портным по индивидуальным меркам, гораздо лучше. Правда, здесь разница только эстетическая, тогда как различие между стандартным и индивидуализированным лечением может иногда оказаться роковым...

Но как трудно увидеть те индивидуальные особенности пациента, которые могут сказаться на результатах лечения! Еще труднее догадаться, как именно влияет каждая из этих особенностей на саму болезнь и на реакцию больного на лечение! А ведь эти трудности возникают перед практическим врачом ежечасно. Что же делать? Современная доказательная медицина стала такой популярной отчасти потому, что она позволяет, на первый взгляд, обойти трудности, связанные с индивидуализацией. Её главное методологическое преимущество заключается в исследовании сразу громадных групп в нескольких крупных медицинских учреждениях. Когда больных очень много, то сами собой нивелируются все сопутствующие факторы, которые так смущают врача у постели больного. В результате получается ясный ответ на вопрос, как действует данное лекарство на болезнь в её чистом виде, неискаженную всяческими побочными заболеваниями или какими-то индивидуальными свойствами пациента. Иными словами, нам дают четкую рекомендацию, как лечить ДИАГНОЗ такой-то болезни. Но не случайно в любом, даже самом успешном исследовании оказывается, что изученное средство помогает не всем больным, вошедшим в разработку. Скажем, массовый эксперимент обнаружил, что испытываемое лекарство помогло в 80% – это очень хороший результат. Поэтому авторы делают вывод, что именно с этого лекарства и надо начинать лечение данной болезни. Но почему же оно не помогло остальным двадцати процентам больных? – Очевидно, потому, что

у них были какие-то осложняющие индивидуальные свойства, например, это были диабетики или алкоголики или очень пожилые люди. Могли также сказаться какие-то генетические или биохимические особенности, но ведь их не выявишь при обычном клиническом обследовании. Впрочем, причина неуспеха, возможно, лежала прямо на поверхности, но авторы массового исследования не обратили на неё внимания в погоне за многочисленностью.

На самом же деле, очень редко попадаете больной, у которого болезнь имеется в чистом виде, и нет этих сбивающих с толку добавочных обстоятельств. Вот для такого больного рекомендация, добытая методами доказательной медицины, подойдет идеально. Но в реальной-то жизни врач почему-то всегда встречает больных сложных и запутанных, «не типичных». Конечно, можно не вникать в детали и просто дать то лекарство, которое рекомендует доказательная медицина. В *среднем* результаты работы такого врача, наверное, окажутся неплохими тоже примерно у 80% его пациентов. Такая тактика особенно оправдывает себя, если у врача нет времени подробно разобраться с больным. Вот почему наличие стандартов очень полезно. Они помогают избежать ошибок, которые свойственны молодым или невежественным врачам, «изобретающим» собственные, порой нелепые методы лечения.

Но что же делать тому больному, который не попал в это счастливое большинство? Внимательный, а лучше сказать, искусный врач заметит и оценит эти индивидуальные особенности, и потому вместо рекомендованного лекарства «первого ряда» он сразу выберет другое лечение. Например, при лечении сахарного диабета рекомендуют начинать с диеты. Но врач видит, что этот, именно этот больной не будет соблюдать её – слишком он любит вкусно поесть и выпить, или он заглушает свою депрессию обжорством. Такому больному он уже при первой встрече даст таблетки, чтобы сразу добиться улучшения и не разрушить доверие к врачу и к лечению вообще.

Конечно, путь искусства долог и труден, как сказал Гиппократ, да и не каждому удастся далеко продвинуться по этой дороге. И всё-таки, даже теперь, имея научно обоснованные четкие рекомендации по диагностике и лечению всех болезней, не следует отказываться от попыток поглубже узнать каждого своего пациента и применять свои знания творчески, то есть надо стараться овладеть искусством врачевания. Не всегда эти усилия приносят немедленную пользу, но тренировка такого рода облегчит и ускорит превращение молодого и еще неопытного обладателя медицинского диплома в искусного врача...

Мне хочется закончить эти несколько отвлеченные рассуждения примером поистине искусного врачевания, взятым из реальной жизни. Ведь любая картина позволяет понять, что такое изобразительное искусство, лучше, чем несколько трактатов.

К знаменитому американскому кардиологу Бернарду Лауну (Bernard Lown) пришел на консультацию пожилой больной. Уже пять лет у него часто возникали приступы аритмии сердца; он много раз поступал в приемный покой для купирования приступа. Пациент был достаточно богат, и поэтому он уже и ранее обращался к первоклассным специалистам, но безуспешно.

Казалось бы, в этой ситуации доктор должен сначала расспросить пациента, какие лекарства ему назначали в прошлом, чтобы не повторять прежние ошибки. Затем надо выяснить, нет ли у него каких-либо гормональных или электролитных нарушений, которые способствуют аритмии. В заключение, можно было бы провести специальное электрофизиологическое исследование, которое прояснило бы характер аритмии и возможную локализацию первичного очага раздражения в сердечной мышце. Все эти сведения позволили бы выбрать наиболее подходящее противоаритмическое средство, тем более, что сейчас их у нас очень много.

Доктор Лаун один из лучших знатоков именно в области аритмий сердца. Еще в 1960 г. он опубликовал классическую монографию о дигиталисе, где он первый показал, что снижение уровня калия в крови вследствие усиленного лечения мочегонными часто вызывает аритмии.

В дальнейшем он участвовал в создании дефибриллятора и кардиовертера для борьбы с опасными нарушениями ритма. Он же внедрил в медицинскую практику лидокаин, как эффективное противоаритмическое средство. Так что для кардиолога такого уровня это был заурядный случай.

На самом деле, всё произошло не так. Вот рассказ самого Лауна, опубликованный в его персональном интернет блоге 1 января 2010 г.

«Больной отвечал на все мои вопросы моментально, ясно и кратко и смотрел мне в глаза. Мне казалось, что он уверен в себе и успешен. Его милостивая и молодая жена сидела рядом с ним и с обожанием слушала его. Я подумал, какой счастливый брак! Затем невинный вопрос: «Сколько у вас внуков?» Он опустил голову, избегая моего взгляда. Заминка была тем заметнее, что на все предыдущие вопросы он отвечал сразу. Передо мной вспыхнул красный сигнал. Быть может у его внука проблемы с поведением, болезнь, инвалидность, а может, он умер? Быть может, он не ладит с женой сына? Мое любопытство возросло. Проблема явно требовала выяснения. Его жена, которая до этого момента была оживленной и разговорчивой, подтверждая и дополняя сказанное мужем, сейчас печально замолчала. Мой пациент горестно ссутулился. Определенно, их внук умер после трагической длительной болезни, подумал я.

«Ваши внуки здоровы?» – Немедленный ответ: «Да, вполне» – «Нет проблем с их поведением?» – «Нет, они очень благовоспитанны» – «Они живут недалеко от вас?» – «Да, мы живем в одном городе». Не знаю, почему я задал следующий вопрос, но я чувствовал, что спросить надо: «Вы часто видите их?» Тягостная пауза, и потом: «Мы не видели наших внуков уже несколько лет».

«Дальше расспрашивать не было нужды. В отрывистых предложениях загадка была разъяснена. Жена молча плакала, пока пациент рассказывал их историю. Многие годы их сын участвовал в семейном бизнесе. Затем он получил ученую степень по менеджменту в престижном университете. После возвращения сын решил всё преобразовать. Начались постоянные споры. Отец отказался сделать его директором. В ответ сын подал в отставку и навсегда запретил родителям видеться с тремя внуками...»

«Когда я предложил больному пройти в смотровой кабинет, он спросил с улыбкой: «Зачем осматривать меня? Ведь вы уже решили проблему». Он удивился, почему в прошлом никто из кардиологов не поинтересовался его семейными обстоятельствами. Еще более удивило его, что он сам ни разу не связал свои натянутые отношения с сыном со своей сердечной проблемой. После этого справиться с аритмией было легко. В последующие десять лет не было ни одного рецидива болезни».

Сразу после государственных экзаменов и получения врачебного диплома я стал изучать французский язык специально для того, чтобы познакомиться с французской медициной – одной из лучших в 19 веке, да и теперь тоже. Спустя год я уже смог прочесть с громадным интересом все три тома клинических лекций знаменитого французского врача Труссо (A. Trousseau), изданных в Париже в 1868 году. Труссо был, пожалуй, последним гигантом старой, гиппократической медицины, которая еще не знала лабораторной диагностики и инструментальных исследований и основывалась только на непосредственном изучении больного. Но он поистине был великим врачом. Это он ввел в широкую врачебную практику операцию трахеотомии для спасения детей, погибавших от дифтерии гортани, а также прокол грудной клетки (парацентез) при экссудативном плеврите. Он же предложил лечить рахит рыбьим жиром. Его именем назван один из признаков спазмофилии. Он первый обнаружил связь между тромбозом периферических вен и раковой опухолью. А его описания клинической картины подагры, брюшного тифа, туберкулезного менингита и многих других заболеваний гораздо ярче, полнее и точнее, чем то, что можно встретить в современных учебниках.

А вот еще один поучительный факт. Труссо считал препараты белладонны важнейшим средством в лечении бронхиальной астмы. Кстати, он сам страдал ею, и потому его мнение

многого стоит. Но спустя ровно сто лет (1966) в авторитетнейшем руководстве по клинической фармакологии L.S.Goodman & A.Gilman безапелляционно утверждали, что холинергические факторы играют лишь незначительную роль в приступе бронхиальной астмы, и потому польза алкалоидов белладонны при астме сомнительна. Заинтересовавшись этим противоречием, я сам испробовал аэрозоли атропина и быстро убедился в правоте Труссо. По моим данным оказалось, что у больных астмой и обструктивным бронхитом спазм бронхиальной мускулатуры наполовину, а то и более обусловлен парасимпатическими влияниями (Клиническая медицина, 1970, т.48, №5, стр.142-145). А согласно последней совместной рекомендации американских и европейских пульмонологов по лечению хронических обструктивных заболеваний легких (*Ann Intern Med.* 2 August 2011;155(3):179-191), таким больным следует назначать ингаляции либо антихолинэргиков, либо бета-агонистов (лекарства перечислены в рекомендации именно в таком порядке! – Н.М.). Сейчас новые производные атропина, особенно в виде аэрозолей (ипратропий бромид, аэровент, атровент) занимают видное место в лечении бронхиальной обструкции...

Во вступительной лекции, обращаясь к молодым студентам и врачам, Труссо, отдавая должное прогрессу и научным знаниям, горячо отстаивал роль искусства в нашей профессии и под конец воскликнул: «**De grace, un peu moins de science, un peu plus d'art, messieurs!**» (Господа, ради Бога, чуть поменьше науки, чуть побольше искусства!). Эта фраза меня так удивила, что я её запомнил. Ведь тогда я был убежден, что для нашего времени этот призыв уже не актуален. Ныне, после полувека непрерывной практической работы у постели больного, я согласен с этим призывом мудрого и великого клинициста...

ПОСТСКРИПТУМ. Я сердечно благодарен своему давнему ученику и дорогому другу Юрию Яковлевичу Бузиашвили за настойчивый совет написать это эссе. Сейчас он успешный дипломированный кардиолог в Лос Анжелесе, США, (Dr Yuri Busi, M.D., Ph.D., F.C.C.P., F.A.C.C.).

ЧТО ЗНАЧИТ, «ЛЕЧИТЬ НЕ БОЛЕЗНЬ, А БОЛЬНОГО»

В годы ученичества я часто слышал призыв «Лечить не болезнь, а больного». Однако и тогда, и даже позднее, в первые годы самостоятельной работы, этот лозунг казался мне странным и непонятным. Ведь если я лечу болезнь, то ведь, тем самым, я лечу и больного. Чего же еще хотят от меня?

Только в зрелом возрасте открылась для меня мудрость этого афоризма. Подозреваю, что и сейчас многие молодые врачи испытывают такое же недоумение. Попробую объяснить, как я теперь понимаю его смысл.

Для доктора, который только что сдал выпускные экзамены и еще не имеет опыта практической работы, каждая болезнь – это просто глава в учебнике. Он помнит всё, что там написано, и ему не терпится поскорее приступить к делу. Но его знания позволяют пока лечить не больного человека, а только ту самую болезнь, что описана в книге. Ведь в учебнике нет главы под названием «Больной». Впрочем, думает вчерашний студент, она и не нужна. Больной – это всего лишь придаток к болезни, вернее, её носитель. Неважно, кто он – мужчина или женщина, работает или давно на пенсии, молод он или стар и т.п. Моя задача состоит лишь в том, чтобы освободить этого невольного владельца от нежеланного приобретения...

Однако для врача опытного эти два, казалось бы, таких простых слова – «болезнь» и «больной» – наполнены совсем другим содержанием. Жизнь уже научила его, что в учебнике есть лишь *рассказ* о болезни. Сама же болезнь никак не может существовать отдельно от больного, точно так же, как живописная картина не может существовать в отрыве от холста. Никакое, даже самое обстоятельное описание картины не может заменить то знание, которое получает зритель, разглядывая саму картину. Это сравнение можно развить дальше. Если предложить нескольким художникам один и тот же сюжет и даже наиболее подробным образом обговорить детали, то всё равно, каждый художник нарисует свою собственную картину, и все они будут сильно отличаться друг от друга. Так и картина болезни у каждого больного оказывается своеобразной и неповторимой, потому что больной – это не холст под картиной, а её... автор! Слово «автор» здесь может показаться странным, но, если вдуматься, оно вполне уместно. Действительно, именно биологические свойства заболевшего человека и его личные особенности определяют все характерные черты болезни – будет ли она острой или перейдет в хроническую форму, окажется ли она легкой или закончится фатально, какие участки организма она поразит в наибольшей степени и т.д. Таким образом, больной (точнее, его организм) в самом буквальном смысле этого слова «создает» свою собственную, неповторимую картину болезни, хотя, в отличие от художника, делает это он произвольно и бессознательно. Во всяком случае, без такого «автора» не было бы и самой картины.

В учебнике болезнь искусственно оторвана от больного для удобства изложения, но в действительности болезнь существует только в больном. Она неразрывно связана с самой сущностью своего носителя: индивидуальные свойства человека определяют форму болезни, а болезнь, в свою очередь, воздействует на человеческий организм и изменяет его. Когда врач начинает это понимать, то его отношение к больному изменяется коренным образом. Из бесцветного и нейтрального носителя или владельца болезни он превращается в её создателя. Если для новичка больной является как бы мелкой деталью где-то на периферии клинической картины, то у врача опытного он перемещается в самый центр и становится главным

объектом изучения и последующих лечебных действий.

Вот почему те врачи, которым удалось извлечь этот главный урок из своей практической работы, оказываются в состоянии индивидуализировать лечение. Они лечат больного, а не болезнь. Именно поэтому их результаты оказываются лучше, и окружающие считают их хорошими докторами.

Чтобы показать, как можно использовать эти общие рассуждения в повседневной работе, приведу одно наблюдение из своей собственной консультативной практики.

Больная Б. 62 лет.

Первая встреча 16/06/1999 г. Два года назад перенесла аортокоронарное шунтирование (три шунта). До этого – типичная стенокардия напряжения, но инфаркта не было. После операции бывают периоды слабости («тяжелые ноги»); впрочем, иногда может много ходить, не испытывая при этом одышки или прежнего давления за грудиной. Кроме того, бывает длительная (часами) тяжесть в груди. Это ощущение появляется в покое, нитроглицерин либо совсем не помогает, или «помогает» минут через десять – пятнадцать. Иногда возникает какое-то дрожание в области сердца (при детальном расспросе это не ощущение ударов сердца или перебоев – «просто внутри всё трясется и дрожит, как холодец»). Сон удовлетворительный. Дочь с семьей живет в Канаде. Сама больная не работает. Её муж тоже не работает: по профессии он инженер-нефтяник, здесь в Израиле подходящей работы не оказалось. В прошлом пептическая язва в 12-перстной кишке. Хронический запор.

При обследовании. Общее состояние удовлетворительное. Взгляд тревожный, печальный. Несколько замкнута, отвечает односложно, с трудом удается получить подробные ответы. Фиксирована на своих неприятных ощущениях, депрессивна. Отеков нет, шейные вены в положении лежа не набухают. Сердце не увеличено, тоны его нормальные, шумов нет. Небольшой акцент второго тона в аортальной точке. Давление 145/75. Пульс 54, ритмичный, хорошего наполнения. Живот не вздут, безболезненный, печень не увеличена. Артериальная пульсация на ногах хорошая, симметричная. Сонные артерии – пульсация хорошая, шумов нет. Гемоглобин 13,6 г%; глюкоза в крови 88 мг% (у матери был сахарный диабет); холестерин 220 мг%; триглицериды 235 мг%; липопротеиды высокой плотности 53 мг% (норма 35 – 86). ЭКГ в день осмотра – ритм синусовый, зубцы Т V1-V4 (-), Т V5 (-+); сегмент ST на изолинии; небольшое ухудшение по сравнению с ЭКГ 04/03/1999.

Лечение: Normiten (Atenolol) 25 mg x 1, Micropirin (Aspirin) 100 mg x 1, Simovil (Simvastatin) 30 mg x 1. (Последнее лекарство было назначено по поводу высокого уровня холестерина с хорошим эффектом: холестерин снизился с 369 мг% до 220 мг%).

Итак, нет сомнения, что у этой больной имелась ишемическая болезнь сердца. Главным и неоспоримым доказательством этого диагноза является операция аортокоронарного шунтирования. Точно также ясно, что такая операция сама по себе не может вылечить эту болезнь окончательно: наверняка, холестерин продолжит откладываться в стенках венечных артерий сердца, и в будущем они снова могут оказаться закупоренными. Следовательно, ишемическая болезнь остается и сейчас, через два года после операции.

Разумеется, семейный врач видит эту проблему, да и как иначе – она сразу бросается в глаза. Но он видит только ишемическую болезнь сердца. Правда, жалобы больной, действительно, несколько странные, но мудрствовать не стоит. Наверное, они все-таки связаны как-то с этой болезнью. Вот он и лечит эту болезнь – так, как рекомендует учебник. Больная получает бетаблокатор в качестве коронарорасширяющего средства, аспирин для профилактики тромбоза коронарных артерий и статины для снижения уровня холестерина в крови. Вроде бы, все назначения правильные, но больной не становится лучше, и поэтому она обращается ко мне.

Первым долгом я стараюсь как можно подробнее познакомиться со всеми её неприятными ощущениями. Ни одна из жалоб даже отдаленно не напоминает истинную стенокардию (*Angina pectoris*). Поэтому надо выяснить реакцию больной на физическую нагрузку. Как я и предполагал, больная иногда может совершать длительные прогулки, не испытывая ни

загрудинного сжатия, ни одышки. Значит, просветы её коронарных артерий либо совсем нормальны, либо сужены слегка. Состояние сердечной мышцы тоже хорошее, поскольку нет признаков недостаточности сердца. Следовательно, ишемическую болезнь у этой пациентки **в настоящее время** можно расценить, как незначительную; во всяком случае, не она определяет клиническую картину. Два года назад, перед операцией, ишемия миокарда была, по-видимому, настолько выражена, что пришлось прибегнуть к хирургическому лечению. Но теперь ситуация совершенно иная. Жалобы больной скорее указывают на невротическое состояние. Для того, чтобы проверить это, я подробно расспрашиваю больную о её жизненных обстоятельствах. Они оказались достаточно печальными. Не только она, но и муж не работает; ясно, что их материальное положение трудное, и, главное, нет надежды на улучшение в будущем. Ощущение одиночества и покинутости усиливается разлукой с единственной дочерью, которая со своей семьей живет в другой стране.

Из-под стандартного и удобного ярлыка «ишемическая болезнь сердца» начинает выступать совсем другая проблема. Передо мной женщина, подавленная трудными условиями жизни. Кроме того, она боится, что её болезнь вот-вот нанесет ей новый удар (инфаркт? сердечная декомпенсация с полной инвалидностью? внезапная смерть?). Ведь несмотря на операцию, остаются разнообразные неприятные ощущения. Все они кажутся ей грозными сигналами того, что болезнь прогрессирует, а лечение-то не помогает! Она хотела бы переехать к дочери, но боится, что больное сердце не выдержит перелета. Да и как сложится её жизнь там, в Канаде? Вдруг возникнет инфаркт, и она станет непосильной обузой для дочери, которая и так с трудом сводит концы с концами.... Удастся ли ей и мужу получить там бесплатную медицинскую страховку?

Итак, главная проблема сейчас – не ишемическая болезнь сердца, а просто сама эта несчастная женщина, измученная страхами и тревогой. Можно, конечно, назначить ей какие-нибудь транквилизаторы или антидепрессанты, но ведь эти таблетки не избавят от душевного страдания, а только приглушат его. Эта больная нуждается не в дополнительных лекарствах, а в моральной поддержке и психологической помощи. К счастью, помочь в этом случае будет совсем нетрудно.

Во-первых, я объясняю больной, что все её неприятные ощущения отнюдь не являются признаком болезни сердца. «Вот сжатие за грудиной, которое бывало у вас при ходьбе до операции, это, действительно, настоящая сердечная боль. Но ведь сейчас этого у вас нет. А тот факт, что вы можете долго ходить без одышки и без сжатия за грудиной, доказывает, что ваше сердце получает нормальное количество крови. На всякий случай, попросите вашего семейного врача сделать пробу с физической нагрузкой. Я уверен, что она окажется нормальной». Что же касается тяжести в области сердца, то это часто бывает даже у здоровых людей при тревоге и тоске; недаром есть выражение: «камень на сердце». Чтобы доказать больной, что это не просто слова утешения, а мое истинное твердое убеждение, я уверенно, решительным голосом советую ей ходить побольше и не бояться физических нагрузок («инфаркты возникают не от физической нагрузки!»). Далее, я напоминаю больной, что у неё нет трех важнейших факторов риска: она не курит, и у неё нет ни артериальной гипертонии, ни сахарного диабета. Всё это позволяет рассчитывать на благоприятный прогноз и на долгие годы нормальной жизни. Наконец, не дожидаясь встречного вопроса, я говорю, что не вижу никаких медицинских противопоказаний к её перелёту к дочери в Канаду - опять-таки с целью снять страхи и дать надежду на перемены к лучшему. Беседа явно достигает цели: больная оживляется, на лице появляется улыбка. Мы расстаемся друзьями...

Повторная встреча через год - 29/08/2000 г. Раз в два-три месяца в покое бывают приступы респираторных болей под ложечкой и за грудиной, но без отдачи в шею и в нижнюю челюсть. Каждый приступ длится часа два подряд, сопровождается дрожью в теле, чувством жара и ощущением ритмичного

сердцебиения. Затем возникает громкая отрыжка воздухом, и приступ заканчивается. Нитроглицерин не помогает. Такие приступы повторяются несколько раз в день на протяжении одной недели, после чего вновь наступает хорошее самочувствие на несколько месяцев. Ходит легко. Изотопное скенирование сердца дало нормальные результаты. Лабораторные анализы без особенностей. ЭКГ почти без изменений по сравнению с прошлым годом. Из результатов моего обследования: менее депрессивна, улыбается, более общительна. Артериальное давление 180/80 (обычно в пределах нормы). Лабораторные анализы без существенных отклонений от нормы.

Семейный врач продолжает лечить только ишемическую болезнь сердца: по-прежнему аспирин в той же дозе 100 мг x 1, но бетаблокатор Normiten он заменил на Concor (Bisoprolol) 2,5 мг x 1, а статины Simovil – на Lipitor (Atorvastatin) 20 мг x 1.

Напротив, я, как и год назад, вновь расцениваю ишемическую болезнь как незначительную и бессимптомную. Хотя приступы болей в эпигастрии, иррадиирующие вверх за грудину сразустораживают, но их подробное описание позволяет с уверенностью исключить их ангинозную сущность: чрезмерная длительность, отсутствие эффекта от нитроглицерина, сочетание с дрожью в теле (характерное невротическое явление), сердцебиением и чувством жара, а также громкая отрыжка воздухом, сразу приносящая облегчение. Наконец, такое объективное и надежное исследование, как изотопное скенирование сердца также позволяет отвергнуть сколько-нибудь выраженную ишемию. По-видимому, время от времени у больной внезапно раздувается желудок. Это нередко бывает у невротиков вследствие заглатывания воздуха; последний не может выйти обратно из-за спазма желудочно-пищеводного сфинктера, что вызывает тягостное чувство распирания. Как только сфинктер раскрывается, воздух с шумом выходит наружу, и сразу наступает облегчение.

Поэтому также и в этот раз я считаю нужным лечить не ишемическую болезнь, а саму больную, точнее то, что её беспокоит. Я опять говорю уверенным голосом, глядя прямо в глаза больной, что её сердечные сосуды хорошие и потому бояться нечего; можно (и нужно!) вести свободный, максимально активный образ жизни. Чтобы снять тревогу, я простыми словами объясняю суть приступа и советую: «Не бойтесь, и сразу после окончания приступа возвращайтесь к вашей обычной работе». С этой же целью я демонстративно ни в чем не ограничиваю диету больной: «Ешьте, что вам хочется». Для уменьшения дискинезии желудка я назначаю больной – и то, всего на один месяц, чтобы не создать у неё впечатления хронической болезни, которая потребует постоянного лечения, – Motilium (Domperidone) по 1 таблетке 3 раза в день за 5-10 минут до еды. Кроме того, во время приступа я рекомендую принять сразу чайную ложечку пассифлоры (успокаивающая микстура) или 40 капель настойки валерианы. Наконец, я вновь подчеркиваю, что не вижу никаких противопоказаний к поездке в Канаду.

Третья встреча – спустя еще два года – 26/06/2002 г. Вот уже пять лет (после операции на сердце) нет типичного загрудинного сжатия при физических нагрузках. Бывают приступы болей и распирания под ложечкой с распространением за грудину, которые иногда сопровождаются ощущением озноба и комка в горле. Приступ длится от одного часа до трех, возникает он в покое. Иногда от нитроглицерина становится минуты через три легче, но уже минут через двадцать неприятные ощущения возвращаются, так что общая продолжительность приступа остается обычной (несколько часов). Два месяца назад произведена коронарная ангиография, обнаружены лишь незначительные сужения в некоторых венозных артериях. (Кстати, проведение такого серьезного инвазивного исследования свидетельствует, что не только семейный врач, но, по-видимому, и штатный консультант кардиолог озабочены именно ишемической болезнью этой женщины и не принимают во внимание другие элементы клинической картины...). Изредка повышается артериальное давление до 180/80 (при моем обследовании давление 150/70, пульс 56 ритмичный).

Несмотря на столь благоприятное течение и хороший результат ангиографии, семейный врач даже усилил лечение ишемической болезни: он вернулся к нормитену, но увеличил

его дозу в полтора раза – с 25 мг до 37,5 мг в сутки и добавил пролонгированный нитрат Monolong (Isosorbide mononitrate) в максимальной дозе 60 мг x 1 (хотя есть таблетки по 40 мг). Кроме того, больная получает еще Norvasc (Amlodipine) 5 mg x 1 и Tritace (Ramipiril) 2,5 mg x 1, а также по-прежнему аспирин и статин. По-видимому, своими постоянными, пусть и нетипичными, «странными» жалобами больная окончательно доняла лечащего врача. Вот он и решил повысить ставки и добавляет новые лекарства, чтобы отделаться от неё. Ведь он по-прежнему загипнотизирован ученым термином, и продолжает лечить только диагноз «ишемическая болезнь сердца», а не больного человека...

Напротив, мое лечение на сей раз ограничилось всего несколькими ободрительными словами: «Вы сами видите, что годы идут, а состояние ваше остается хорошим. Да и коронарография – а это самая надежная проверка – не обнаружила ничего плохого. Спокойно стройте планы на будущее, живите полной жизнью, и если решите, то без всякого опасения езжайте к дочери»...

Я не сказал больной, что считаю новые назначения излишними, чтобы не обескуражить её и не создать конфликт между нею и её семейным врачом. (Впрочем, если бы среди назначений оказалось бы лекарство не просто ненужное, но и небезопасное, например, антикоагулянт типа варфарина – кумадина, то я бы мягко отсоветовал принимать его, просто сказав, что можно обойтись и без него). Да я и не осуждаю его лечебную тактику: в молодости я бы и сам лечил эту больную точно так же, как он. Прошли годы, прежде чем я научился видеть не только болезнь, но и больного человека и постепенно привык лечить именно его, а не только болезнь.

...Получив медицинский диплом, я сначала проработал три года врачом общей практики в отдаленной карельской деревушке под самым Полярным кругом. Лишь затем я поступил в клиническую ординатуру в Москве. Пользуясь благами столицы и знанием нескольких иностранных языков, я просиживал все свободные вечера в библиотеках. Ведь тогда мне казалось, что для того, чтобы поскорее стать хорошим врачом, надо просто много читать, чтобы узнать побольше о всех болезнях, и о том, как их надо лечить. Мой шеф профессор Б. Е. Вотчал заметил это и памятно сказал мне: «Вы много читаете, это хорошо. Но на один час чтения нужно два часа размышлений...». Еще сильнее повлиял на эволюцию моих убеждений мой непосредственный наставник доктор Виктор Абрамович Каневский. У него не было внушительных академических титулов, он не публиковал статьи в медицинских журналах и не выступал с докладами на заседаниях московского общества терапевтов. Но он обладал необыкновенным психотерапевтическим талантом и всегда истинно сострадал своим пациентам. Больные его обожали, и общение с ним оказало на меня огромное воздействие. Особенно поражало меня то, как он собирал анамнез и беседовал с больными. Расспрашивал он всегда дружелюбным тоном, не торопясь, основательно. Его интересовали не только детали болезни, но и семейное положение, профессия и другие обстоятельства, вроде бы не нужные для диагноза. Он как бы знакомился с новым человеком, причем так приветливо и тепло, что сразу возникало доверие к нему – симпатичному, внимательному, доброму пожилому человеку. Поэтому больные легко открывали ему свои маленькие тайны, рассказывали о своих заботах и опасениях. Часто эти страхи бывали необоснованными или даже нелепыми, и Виктор Абрамович тотчас убедительно рассеивал их. Во всяком случае, уже первая встреча давала облегчение и зарождала надежду, что, наконец-то, больной попал в руки настоящего доктора.

На обходах шефа нашей клиники профессора Б.Е.Вотчала мы, молодые врачи, обычно сами докладывали ему своих больных. Но если случай бывал особенно сложным, Виктор Абрамович делал это вместо нас. Нередко при этом он сообщал не только чисто медицинские факты, но и детали, которые мне казались тогда лишними, не относящимися к делу. Напри-

мер, он говорил страдающим голосом, как бы извиняясь: «Борис Евгеньевич, у этой больной недавно умер муж после операции, детей у неё нет, живет одна, и пенсия очень маленькая». Я недоумевал – к чему это? Зачем отнимать время у профессора на эти ненужные подробности? Ведь ни диагноз, ни лечение от этого не изменятся. Поначалу я думал, что Виктор Абрамович просто хочет тронуть сердце нашего сурового шефа, чтобы тот обратил на эту больную особенное внимание. И только постепенно, наблюдая каждый день, как мой учитель общается с больными и как он лечит их, я стал понимать, что такие детали часто не менее важны для понимания всей клинической картины, чем, скажем, анализ крови, электрокардиограмма или рентгеновский снимок...

Вернемся к нашей больной. Действительно, если рассматривать её просто как случай ишемической болезни, то главным интересом врача должно быть состояние коронарных артерий. Тогда наиболее важными фактами в анамнезе окажутся результаты изотопного скеннирования сердца и коронарной ангиографии. Ведь это по-настоящему весомые и неопровержимые факты, из которых можно делать серьезные выводы; всё остальное – мелкие детали. Ну, а то, что муж больной не смог найти работу в Израиле, или что их дочь живет в Канаде – это, уж извините, - чистая беллетристика! Поэтому, получив достоверные сведения, что просветы коронарных артерий свободны, доктор сразу успокаивается: он знает, что в ближайшие годы инфаркт не может возникнуть. А то, что больная продолжает жаловаться, так у неё просто тревожно-мнительный характер, и с этим ничего не поделаешь...

Но даже доктор, который видит не больную, а лишь её венечные артерии, и верит только в ангиографию, все же непременно выяснит уровень холестерина и триглицеридов в крови. Почему? Потому, что эти показатели влияют на дальнейшее течение болезни: так пишут в учебниках! Но разве жизненные горести, тоска и страхи не влияют на эту болезнь? Да они влияют гораздо сильнее, чем уровень холестерина – об этом говорят не только учебники, но и житейский опыт, да и просто здравый смысл! Как же не перевести свой умственный взор с венечных артерий на голову больной, как же не поинтересоваться, что её заботит, тревожит, пугает?

Для врача коронарная ангиография – это главный, решающий аргумент. Но для больной эта загадочная и непонятная процедура - всего лишь мелкая деталь её безрадостной жизни. Главное для неё – это сознание, что вся её жизнь стала клубком трудных и горестных обстоятельств. Сердечная болезнь является в её глазах всего лишь новым, добавочным ударом судьбы. У нее нет наших профессиональных знаний, и потому она не может понять, что хороший результат ангиографии действительно коренным образом меняет прогноз болезни на ближайшие годы. Доктор в своем кабинете кратко сообщает ей, что опасности нет, и она бы рада поверить ему. Но дома неприятные ощущения в области сердца возникают снова. Они гораздо реальнее и убедительнее, чем уверения доктора. Страх перед грозной болезнью возвращается, тем более, что она убеждена, что ничего хорошего в её жизни всё равно уже не будет: и болезнь будет только прогрессировать, и дочку они с мужем уже никогда не увидят, и нищета их не покинет...

Можно, конечно, возразить, что даже если мы узнаем об этих печальных житейских фактах, то изменить их мы всё равно не сможем – ведь мы просто врачи и нас обучали только лечить болезни! Но разве нам всегда удастся нормализовать уровень холестерина или глюкозы в крови? Как часто диетические привычки больного и особенности его биохимизма оказываются сильнее нас! И всё-таки мы упорно пытаемся сделать это. Точно также мы должны стараться повлиять благоприятно на душевный мир больного человека, снять его страхи и уныние, вдохнуть в него бодрость и решимость бороться с болезнью, освободить его от безнадежно трагического взгляда на свою жизнь.

В этом примере следование призыву «лечить больного, а не болезнь» состояло в простей-

шей психотерапии, которая – и это очень важно – была сообразована с конкретной жизненной ситуацией именно этой женщины, а также с её душевным состоянием и с конкретным содержанием её страхов и забот. Такого рода моральная поддержка уместна и полезна всегда. Однако в других случаях индивидуализация может заключаться просто в обдуманном выборе метода лечения и лекарств, наиболее подходящих не только к диагнозу болезни, но и к особенностям самого больного. Например, имея дело с бронхопневмонией, которая столь часто возникает у больных с хроническим бронхитом, я не ограничиваюсь назначением антибиотиков, чтобы лечить саму эту болезнь. Одновременно я пытаюсь усилить защитные силы больного, чтобы впоследствии он реже заболел. С этой целью я широко использую различные вакцины, аскорбиновую кислоту и т.п.

Я надеюсь, что читатель понял теперь, в чем заключается главный «секрет» тех врачей, которые действительно лечат не диагноз, не болезнь саму по себе, как она описана в учебнике, а самого больного человека со всеми его особенностями. Секрет очень простой: всегда надо стараться увидеть не только болезнь, но и всего человека, который пришел к нам за помощью. Некоторым врачам это дополнительное знание кажется лишним. Однако именно оно тотчас подсказывает, в каком лечении нуждается данный больной.

...Знаменитый американский кардиолог Бернард Лаун (Bernard Lown), подводя итоги своей шестидесятилетней практической работы, сказал: «С течением лет мое врачевание улучшилось. Главным элементом этого было выслушивание пациента с сочувствием. Чем больше сочувствия, тем больше пациент раскрывается, и тем больше мы понимаем. Чем больше мы понимаем, тем больше пациент раскрывается».

ОТЗЫВЫ НА КНИГУ

Мне посчастливилось прочесть в последние годы несколько глав доктора Норберта Магазаника. Он пишет на основе обширного многолетнего опыта как первоклассный клиницист, который лечил в своей стране как высокопоставленных пациентов, так и обычных людей, нуждавшихся в помощи. В то же время он пишет со свежим взглядом человека, который знает новейшие достижения. Эти достижения, прекрасные сами по себе, иногда побуждают нас забыть о человеческом измерении, о личности пациента, о том поучении и удовольствии, которое может дать хорошо собранный анамнез. Именно в этом отношении книга доктора Магазаника особенно полезна. Ныне, когда она станет, наконец, доступной в новом расширенном виде, её чтение будет сущим наслаждением для каждого, в особенности же для тех врачей, которые еще не потеряли энтузиазма и любознательности по отношению к этой уникальной профессии – медицине.

Ами Шатгнер, профессор внутренней медицины,
Еврейский университет Хадасса,
Иерусалим, Израиль
и Оксфордский университет.

«...Описания пальпации и других «рутинных», традиционных методов диагностики (расспрос, осмотр, перкуссия, аускультация) читаются с захватывающим интересом. Особо следует отметить стиль книги. Она написана увлекательно, живо, богатым русским языком, что становится редкостью в медицинской литературе... Нет сомнения, что книге этой суждена долгая жизнь».

А.Б.Смулевич – доктор медицинских наук, проф.,
акад. РАМН, ФГБУ НЦПЗ РАМН, ФППОВ,
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава РФ

«...В работе Н.А.Магазаника речь идет об умении ставить диагноз на основании общеврачебных методов исследования, которые, как известно, в анализах не нуждаются, но дают возможность в 80% случаев поставить правильный диагноз на уровне доказательного. Многим современным молодым врачам это может показаться сомнительным. Однако почитайте книгу — и поймёте, что всё это возможно. Книга читается на одном дыхании. Она написана простым, ясным, доступным языком. Автор демонстрирует умение мыслить логически, абстрактно обобщать частности, излагать материал просто, но не впадая в упрощенчество. Книга принесёт большую пользу молодому поколению врачей, в какой бы стране, и по какой бы специальности они не работали...»

И.А. Шамов, доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней
Дагестанской государственной медицинской академии.

«... Книга предназначена врачу, только начинающему свой путь восхождения на высоту, называемую «клиническое мастерство»... Автор доказывает, что умело используя старые традиционные методы диагностики (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)... можно ставить точные диагнозы, не отходя от постели больного и проводить вполне надежное лечение. На многих примерах из собственной практики Норберт Александрович показывает, как «древние», «рутинные» методы, занимающие всего 2-3 минуты, позволяют врачу установить должный психологический контакт с пациентом, повышают авторитет врача и, значит, помогают и врачу, и больному в борьбе с недугом ... Вывод, который можно сделать, прочитав эту явно нестандартную книгу, конкретен: опытный врач-профессионал написал книгу, которую должен прочесть каждый врач, и не только начинающий.... Можно рекомендовать издательству организовать перевод этой редкой для современной литературы книги на другие языки. Ни отечественная, ни зарубежная литература не знает примеров таких книг...»

А.П.Зильбер – доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой критической и респираторной медицины
Петрозаводского Университета.

« Дорогой Норберт, благодарю за возможность ознакомиться с этой удивительной статьей («По другую сторону баррикады» в переводе на английский язык - Н.М.). Это воистину плод всей жизни, посвященной клинической практике и размышлениям».

Михаэль Вайнгартен, профессор,
кафедра амбулаторной медицины университета Бар-Илан,
Израиль.

«Дорогой Норберт, Я с наслаждением прочел Ваше эссе о нашей практике («Шутка Вольтера» в переводе на английский язык – Н.М.). Мне нравится Ваш стиль и язык, а также талант излагать свои мысли изящно и свободно. Не удивляйтесь поэтому, что я передам Ваше эссе здесь нескольким молодым докторам...».

Роберт Донделингер, заслуженный профессор,
почетный член Королевского общества рентгенологов,
Бельгия.

«Глубокоуважаемый Норберт Александрович! Благодарю Вас за любезное разрешение перевести на грузинский язык Вашу великолепную книгу «Диагностика без анализов, врачевание без лекарств». Проблемы, изложенные в ней, чрезвычайно актуальны для широкого круга врачей. К сожалению, новое поколение врачей в Грузии уже не владеет русским языком».

Д.И.Лежава, профессор,
заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней
Батумского Университета.

«...Хочу выразить Вам огромную благодарность и восторг от Вашей книги «Диагностика без анализов, врачевание без лекарств». Это потрясающая книга! ...Вы преподносите квинтэссенцию медицины «у постели больного». Вашу книгу было бы очень полезно почитать некоторым уже состоявшимся врачам и еще более полезно молодым, начинающим. Вы вселили в меня уверенность, в то, что те знания, которые я приобрела за время учебы, мне полезны, они помогают, а вовсе не ненужный хлам или дань древности...».

Дарья Нечаева, терапевт, окончила РГМУ им.Н.И.Пирогова
(бывший 2й ММИ им.Н.И.Пирогова) в 2009г.

МАГАЗАНИК
Норберт Александрович

**ДИАГНОСТИКА БЕЗ АНАЛИЗОВ
И ВРАЧЕВАНИЕ БЕЗ ЛЕКАРСТВ**

Авторская редакция
Подписано в печать 28.02.2014 г.
Формат 70× 100/16. Объем 29,6 печ.л.
Тираж 500 экз. Заказ №
ООО «Издательство КВОРУМ»
E-mail: i-kvorum@yandex.ru
Отпечатано в типографии ЗАО «Фирма ЛИКА»
105203 Москва
Ул. Нижняя Первомайская, д. 47.
Т. (495) 495 11 59