

БЕКНУР ДЖИЕНБАЕВ

МЕДИЦИНА

ГЛАЗАМИ ВРАЧА

*Истории о жизни,
болезни, выборе
и смерти*



Бекнур Джиенбаев

Медицина глазами врача

«Автор»

2026

Джиенбаев Б.

Медицина глазами врача / Б. Джиенбаев — «Автор», 2026

«Медицина глазами врача» Бекнура Джиенбаева – книга, основанная на реальных случаях из многолетней врачебной практики. Через истории пациентов и их близких автор показывает медицину изнутри – там, где диагноз и лечение становятся лишь частью гораздо более сложного разговора о человеке. Где проходят границы медицинской помощи? Как принимать решения, когда лечение имеет свою цену, надежда сталкивается с реальностью, а желание спасти близкого не всегда означает сделать для него лучше? Это книга о болезни и выздоровлении, жизни в её конце и паллиативной помощи, врачебных решениях и сомнениях, доверии и страхе, деньгах и медицинской системе. И о том, как годы работы рядом с чужой болью меняют самого врача. Книга не только о медицине, но и о выборе, ответственности и ценности человеческой жизни.

© Джиенбаев Б., 2026

© Автор, 2026

Содержание

Глава 1	5
Что мы не знаем о смерти?	5
Глава 2	9
Хотели облегчить боль	9
Глава 3	12
Решение матери	12
Глава 4	16
Что значит «сделать всё возможное»?	16
Глава 5	21
Непринятая неизлечимость	21
Глава 6	24
Когда выбор осознан	24
Глава 7	30
И горе становится тихим...	30
Конец ознакомительного фрагмента.	33

Бекнур Джиенбаев

Медицина глазами врача

Глава 1

Что мы не знаем о смерти?

Препарирование и распаковка процессов умирания. Или как избежать предсмертных мучений, боли и беспомощности, когда придёт твой срок.

«Думая о смерти, мы становимся благодарными, способными ценить бесчисленные данности своего существования». Цитата с просторов интернета.

Полное осознание конечности жизни придаёт глубокий смысл и особый вкус всем моментам, событиям и свершениям нашей жизни – бывшим, текущим и потенциально возможным. А думая о том, что смерть как итог жизни будет не страшной, не мучительной и изученной как процесс, а значит, контролируемой на основных этапах, – жить становится ещё лучше, жить становится ещё легче, особенно если вы или ваши близкие болеете тяжёлыми неизлечимыми заболеваниями.

Мои профессиональные наблюдения, связанные с оказанием врачебной помощи, в том числе неизлечимо больным, находящимся в крайне тяжёлом состоянии, умирающим людям, могут помочь посмотреть на умирание немного иначе, чем на это смотрит большинство людей.

Учитывая, что люди не так часто сталкиваются с подобными ситуациями, возможно, для многих мои наблюдения и выводы могут показаться непривычными. Но это только на первый взгляд. На самом деле всё намного проще, чем может показаться, если в этом хорошо разобраться.

Для начала нужно определиться: кто есть уже умирающий больной, а кто – больной с шансом на восстановление и излечение. Чтобы мы обсуждали именно тех тяжёлых больных, у которых возможности лечения, способного привести к выздоровлению или существенно повлиять на течение заболевания, уже практически исчерпаны.

Чтобы максимально снизить вероятность врачебной ошибки при определении дальнейшей тактики, досконально изучаются показатели анализов, заключения инструментальных методов исследования – КТ, МРТ и т. д., общее состояние организма, история развития заболевания, оцениваются целесообразность дальнейшего лечения, его ожидаемый положительный эффект, возможные отрицательные эффекты и побочные явления.

В сложных случаях решение принимается совместно врачами разных специальностей. И если становится понятно, что возможности лечения основного заболевания практически исчерпаны, меняется подход к оказанию медицинской, психологической и духовной помощи с учётом индивидуальных потребностей человека. Это не означает отказ от лечения. Наоборот, лечение продолжается, но всё больше направлено на облегчение симптомов, страданий и сохранение максимально возможного качества жизни.

Для того чтобы индивидуально подобрать такое непростое лечение, которое принесёт облегчение страданий и мучений и вследствие этого улучшит качество жизни в её конце, нужно принять во внимание, что у умирающего человека могут быть уже совсем другие физические и психологические потребности, чем у больного с возможностью излечения или хотя бы частичного восстановления до удовлетворительного уровня качества жизни.

Я хочу донести и описать не столько сам факт смерти, сколько раскрыть факт о «жизни в конце жизни». Это про предсмертный период – самый неизведанный, зачастую самый болезненный и страшный этап, завершающий жизни.

Почему страшный? Наверное, потому что до конца не изученный, а там, где нет объективной информации, плодятся так называемые мифы. Эти мифы, в свою очередь, искажают и без того относительно закрытую и табуированную тему. В нашем обществе не принято говорить и обсуждать детали и процесс умирания. Это как минимум неприлично, а как максимум странно до патологии, поэтому вокруг этой темы сформирована относительная неодобрительность и запрещённость для обсуждений.

Но как можно осветить эту сложную тему и разобраться в ней, если есть подобное негласное нежелание или избегание со стороны общества? Возможно, нужно провести параллели с условиями, в которых находится человек при рождении, и сравнить их с условиями, в которых человек находится при умирании. Ведь умирание – это неотъемлемая часть жизни, такой же аспект жизненного цикла, как и рождение. Но социум, религия и менталитет пока ещё не позволяют объективно и адекватно осознать это, чтобы человек мог создавать условия для максимально возможного облегчения процесса умирания – по аналогии с тем, что вполне нормально воспринимается при рождении. Комфортные, безопасные и заранее продуманные условия должны быть и при умирании, особенно если человек болен тяжёлым неизлечимым заболеванием в терминальной стадии и получает паллиативную помощь.

Также необходимо посмотреть на эту проблему под другим углом – исключительно со стороны самого умирающего, а не со стороны его близких, – на этические, моральные и психологические аспекты процесса умирания, чтобы в полной мере понять происходящее и в дальнейшем по возможности облегчить прохождение его отдельных этапов. Нужно оценить своевременность облегчения боли и других тягостных симптомов и понять, что мешает оказывать такую помощь адекватно и в полном объёме.

Не менее важно осознать и исключить эффект randomness в процессе умирания вне зависимости от причин смерти, как исключаются эффекты случайности в процессе рождения вне зависимости от причин родов.

К сожалению, зачастую потребностями и интересами умирающего человека из-за его уязвимого и беспомощного состояния распоряжается не сам умирающий человек, а его близкие, лечащие врачи и ухаживающие люди – по своему усмотрению и своему видению ситуации.

И повезло тому умирающему, у которого случилось совпадение его личного мировоззрения и видения процесса умирания с видением его распорядителей – близких и родных, врачей и медсестёр, даже сиделок и социальных работников, которые тоже по-своему заинтересованы в «спасении» или продлении жизни, даже если эта «жизнь в процессе умирания» будет с очень низким качеством. Такое запредельно низкое качество жизни описывают тяжёлыми словами: «когда живые завидуют мёртвым». И не дай Бог никому оказаться в такой ситуации и в таком состоянии...

Но, к сожалению, полного понимания близкими точки зрения самого умирающего почти не бывает. Такое случается очень редко, и поэтому это можно назвать большим везением – случайностью.

Что мешает сделать такую редкую случайность полезной закономерностью? Возможно, мешает то, что умирающие люди из-за своего тяжёлого состояния, мучений, страданий, выраженной слабости, изменённого сознания и других критических изменений организма не могут адекватно осознать и тем более донести до окружающих свои физиологические и психологические потребности.

Круг интересов умирающего человека значительно сужается и деформируется – основной потребностью становится уменьшение или, по возможности, полное исключение болевых и других тягостных ощущений: крайне тяжёлой слабости, доведённой до беспомощности, тяжё-

лой одышки и нехватки воздуха, выраженной неукротимой тошноты и рвоты, чувства дурноты, тяжести, изменённого сознания и т. д.

Перечень тягостных ощущений индивидуален для каждого больного и может быть очень большим, а их сочетание в одном организме даёт такие сложные комбинации и замыкает такие порочные круги, что выбраться из этого ада уже при жизни невозможно без помощи компетентного специалиста в данной области.

Полному пониманию этой серьёзной проблемы мешает и относительная табуированность темы умирания, которая зачастую усиливается при приближении смерти. Близкие пытаются поддерживать больного, создавая ложный оптимизм. Недостаточная осведомлённость, неполное понимание друг друга между родными и близкими, атомизация общества в целом также вносят свой вклад в недопонимание между «живущими» людьми и, в частности, между «живущими» и умирающими.

Если мы как общество не всегда можем до конца понять и принять друг друга, здоровых и живущих, то что уже говорить о взаимопонимании между живым и умирающим. Слишком много предрассудков, в том числе много неадекватной «односторонней любви» у родных и близких, которые не могут и даже не догадываются, что можно и нужно выйти из своей «позиции живущего» и встать на «позицию умирающего».

Недопонимание бывает и со стороны врачей и медперсонала. Мне приходилось видеть разные перекосы: в одних случаях лечение продолжалось даже тогда, когда его польза становилась всё более сомнительной, в других, наоборот, объём помощи сокращался раньше, чем позволяли возможности пациента. Причины могли быть разными – организационными, экономическими, человеческими. Но для самого умирающего результат иногда оказывался одинаковым: дополнительные страдания и жизнь с крайне низким её качеством. И самое печальное, что за всеми этими решениями легко потерять главный вопрос: а что нужно самому умирающему человеку?

Зачастую близкие не признают человека уже умирающим и продолжают действовать в парадигме спасателя, который должен спасать, даже если это невозможно и даже если это будет усугублять, утяжелять, а иногда и продлевать и без того тяжёлое состояние умирающего человека.

Родные и близкие реализуют свою любовь и заботу и, конечно, хотят дать побольше этой самой любви и заботы – а это значит давать их побольше и подольше... И чем больше любви и заботы нужно отдать, чтобы реализовать себя в этой любви, тем больше и дольше нужно будет «бороться за продление жизни в конце жизни».

Исходя из всего этого, целесообразно сформировать объективное видение данной ситуации – составить концепцию процесса умирания для того, чтобы улучшить качество жизни настолько, насколько это возможно.

Избежать randomness протекания процесса умирания в конце жизни.

Создать протокол лечения, куда войдут рекомендации, понятные и принимаемые родными и близкими.

Заранее, будучи в здравом уме и светлой памяти, обсудить свои пожелания с самыми близкими людьми, чтобы по возможности исключить недопонимание в критической терминальной ситуации.

Нужно определить и те критические состояния, при которых шансы на восстановление становятся крайне низкими. Но здесь важно учитывать не только сам диагноз – будь то онкологическое заболевание, деменция, тяжёлое заболевание печени, почек или сердца, – а стадию заболевания, общее состояние человека, обратимость возникших осложнений и возможности дальнейшего лечения. Сам по себе диагноз ещё не означает, что человек уже находится в процессе умирания.

Отдельно нужно определить, когда обезболивающей и другой симптоматической терапии уже недостаточно и возникает необходимость в паллиативной седации. Речь идёт о ситуациях, когда мучительные симптомы не удаётся облегчить другими доступными методами. С помощью седативных препаратов снижается уровень сознания пациента настолько, насколько это необходимо для облегчения его страданий. Цель такой седации – не ускорить смерть, а сделать последние часы или дни жизни человека максимально свободными от мучительных симптомов.

Это, так сказать, техническая сторона вопроса, но как быть с морально-правовой стороной?

С одной стороны, человек ещё при жизни, пока способен самостоятельно принимать решения, может высказать и зафиксировать свои пожелания относительно медицинской помощи на случай, если в будущем из-за тяжести состояния уже не сможет выразить свою волю. Например, если окажется в глубокой коме. Но насколько и каким образом эти заранее высказанные пожелания будут учитываться в конкретной ситуации, зависит уже не только от желания самого человека, но и от действующего законодательства, его состояния и характера необходимой медицинской помощи.

С другой стороны, среди близких людей всегда могут найтись те, кто будет не согласен и у кого будет своё мнение и своё понимание того, что необходимо человеку, находящемуся в критическом терминальном состоянии.

Возможно, в будущем стоило бы предусмотреть понятную форму, в которой человек мог бы заранее зафиксировать свои пожелания относительно медицинской помощи на случай утраты способности самостоятельно принимать решения.

Только так мы можем подготовиться сами и подготовить своих близких людей к возможным тяжёлым временам. Только через повышение информированности, осознанности, взаимопонимания, уважения и принятия мы можем избежать ненужных страданий, не допустить длительного нахождения в беспомощном состоянии и запустить контрольные механизмы над облегчением процесса умирания – ещё при жизни, заранее, будучи в адекватном состоянии, в ясном сознании и светлой памяти, для того чтобы не пускать весь процесс умирания на самотёк, избежать досадных и болезненных случайностей в данном процессе.

Возможно, это самое простое, но в то же время самое тяжёлое – планирование своего умирания ещё при жизни и согласование этого плана со своими родными и близкими, умение донести свои ценности и желания.

Другое видение данности может со временем поменять мировоззрение, значит, поменять нас самих и наше взаимодействие с миром.

Невозможно измениться за один раз.

Но возможно изменить мысли за один день.

Глава 2

Хотели облегчить боль

Этот случай запомнился мне непреднамеренным утяжелением течения болезни при попытке облегчить состояние. Из категории: хотели как лучше – получилось, как всегда.

Однажды ко мне обратился молодой человек, чтобы я проконсультировал на дому его уже неходячую и нетранспортабельную супругу. Её звали Н., ей было около сорока лет, у неё было заболевание кишечника. Течение болезни, перенесённые операции и курсы лечения превращали молодую красивую женщину в усыхающего и истощённого человека. За последние две недели она совсем слегла от обезвоживания из-за неукротимой рвоты и нарастающей боли и уже не могла самостоятельно передвигаться даже по комнате.

После выявления причинно-следственных связей и механизмов – так называемых порочных кругов – неукротимой рвоты и выраженных непрекращающихся болей в области живота, а также изучения анализов и исследований было назначено лечение, и уже через два дня пациентке стало легче.

Причиной оказалась динамическая кишечная непроходимость – прекращение передвижения кишечного содержимого по пищеварительному тракту из-за нарушения двигательной функции кишечника, которая возникла вследствие бесконтрольного приёма наркотических обезболивающих препаратов. Н. постоянно испытывала боли в области живота, и врач выписал ей слабые опиоидные наркотические обезболивающие препараты. Разовые дозы и кратность приёма пациентка регулировала сама, ориентируясь на чувство боли.

Главное, что, как ей казалось, она делала правильно, – это то, что она соблюдала максимальную суточную дозу, ни в коем случае не превышая её. Но дьявол кроется в деталях. А детали были такие: суточная доза была стандартной, а вес пациентки был уже намного ниже стандартного, а значит, в данном конкретном случае была небольшая, но постоянная хроническая передозировка.

Также вроде бы безобидные побочные эффекты – тошнота, рвота, слабость, повышенная утомляемость, заторможенность, сухость во рту, метеоризм, боль в животе, запоры – обычно многие пропускают. К сожалению, иногда даже врачи не акцентируют на этом внимание пациента. Но все эти побочные эффекты усилили то, что и так уже было у пациентки: тошнота перешла в рвоту; метеоризм – вздутие из-за газообразования – и запоры усугубились до кишечной непроходимости, что, в свою очередь, усиливало боли в животе и рвоту. Слабость нарастала до тех пор, пока Н. уже просто не слегла, плюс её добила рвота и возникшая кишечная непроходимость.

Дело в том, что по стандарту лечения, когда обычные ненаркотические обезболивающие препараты уже не помогают, врач назначает слабые опиоидные наркотические обезболивающие препараты. Но, к сожалению, у всех наркотических обезболивающих средств есть вышеуказанные, часто встречающиеся побочные эффекты: тошнота, рвота из-за реакции активации участка головного мозга, отвечающего за чувство тошноты; запоры из-за вялости перистальтики – движения – кишечника; также общая вялость, слабость, сонливость, заторможенность, но иногда, наоборот, возбуждение, снижение критики к своему состоянию по типу наркотического опьянения.

С учётом того, что ещё до приёма наркотических обезболивающих препаратов у пациентки уже изначально были нарушения работы кишечника, проявления тошноты, задержка стула и газов, после вынужденного приёма этих препаратов все эти проявления усилились и привели к полной остановке перистальтики кишечника.

И теперь, когда кишечник полностью «остановился» и кишечное содержимое не могло выйти естественным образом через задний проход, организм пытался избавиться от него через желудок и далее по пищеводу через рот, тем самым усиливая уже имеющиеся тошноту и рвоту. Рвота приводила к тому, что даже выпитая жидкость не могла полностью усвоиться, вследствие чего обезвоживание организма усугублялось.

Но, помимо потери жидкости, с рвотными массами из организма также выводились электролиты – соли калия, натрия, кальция, магния, хлора и т. д., которые необходимы для работы мышц, в том числе и мышц кишечника. А значит, образующийся дефицит электролитов усугублял кишечную вялость – гипотонию, то есть снижение тонуса мышц, – и тем самым вносил свой вклад в развитие и усиление кишечной непроходимости.

Кроме того, потеря жидкости и электролитов может приводить к сдвигу кислотно-щелочного состояния крови. Выраженные нарушения кислотно-щелочного равновесия нарушают обмен веществ и усиливают общую слабость.

В свою очередь, кишечное содержимое не могло выйти полностью, но процессы брожения и разложения в кишечнике продолжались. Это усиливало вздутие и распирающие кишечника газы изнутри, ещё больше усугубляя кишечную непроходимость и боли в кишечнике и в целом в области живота.

Проанализировав всё это и подтвердив свои предположения экспресс-анализами крови на специальном портативном аппарате по типу глюкометра – аппарата для измерения сахара крови, только гораздо мощнее, точнее и с более широким диапазоном определяемых параметров, – я получил необходимые данные. На определение уровня электролитов и кислотно-щелочного состояния крови ушло буквально полминуты. Благо технологии позволяют – лишь бы позволили финансы, что доступно далеко не всем нуждающимся. В таком мире финансового, а значит, и социального расслоения сейчас живём, к сожалению.

С учётом всего выше обследованного и выясненного было назначено соответствующее лечение, направленное на восполнение водно-электролитного дефицита и коррекцию кислотно-щелочного состояния крови, также подключены препараты для стимуляции кишечника, противорвотные и другие лекарственные средства с полной отменой наркотических обезболивающих препаратов.

Болевой синдром было решено купировать комплексно: нестероидными противовоспалительными, спазмолитическими и ненаркотическими психотропными обезболивающими препаратами. В случае недостаточной эффективности было решено провести продлённую эпидуральную анестезию через специальный катетер-порт с аппаратом продлённого введения – инфузоматом – местными анестетиками.

Благо до этого не дошло, и болевой синдром был взят под контроль с первых же дней. К тому же кишечник удалось «завести» относительно быстро, и достигнутое опорожнение кишечника убрало вздутие, вследствие чего уменьшился и болевой синдром от механического распирающего действия газов.

В итоге состояние улучшилось, общая слабость уменьшилась, неукротимая рвота купировалась полностью, болевой синдром стал контролируемым, интоксикация снизилась. Качество жизни заметно изменилось к лучшему. Благодарности Н. и её супруга не было предела.

Пациентка набралась сил, стала самостоятельно ходить сначала по дому, а затем и за пределами дома. Впоследствии они даже переехали жить в частный дом в пригороде – по желанию Н. Она объяснила, что ей так удобнее. Видимо, чтобы не стесняться своей худобы и не ловить на себе взгляды соседей в лифте.

Н. от природы была очень привлекательной, чуть выше среднего роста, с пропорциональным грацильным телосложением, правильными и приятными чертами лица, выразительными глазами. И, несмотря на болезненную бледность и худобу, всё равно оставалась красивой женщиной. Болезнь зачастую превращает человека в измождённое и истощённое, блёклое созда-

ние – копию, отдалённо напоминающую прежнего человека. Но в этом случае было чуть-чуть по-другому.

Что было дальше со здоровьем Н., я не знаю. После случившегося она больше не стала принимать только наркотические препараты. На своём тяжёлом опыте она поняла, что в её случае нужно комбинировать несколько видов лекарственных средств с разнонаправленным действием для достижения контроля над хроническим болевым синдромом. И, судя по тому, что ни она, ни её супруг больше не обращались ко мне за помощью, остаётся надеяться, что у них всё хорошо.

Глава 3

Решение матери

Некоторые клинические случаи запоминаются не столько сложностью или комбинациями заболеваний в одном организме, сколько сложностью принимаемых решений, силой чувств, осознанностью пациентов и их близких.

Один такой случай произошёл около десяти лет тому назад, но я до сих пор не могу забыть детали той тихой семейной драмы, свидетелем которой я невольно стал.

Однажды мне на личный телефон позвонила престарелая женщина. Звонила она, судя по высветившемуся номеру, с городского домашнего телефона. То, что звонившая была в почтенном возрасте, стало понятно только по манере разговора. Голос не был старческим: он был спокойным, но не тихим, уверенным, сильным, но очень вежливым. Речь была построена как тактичная просьба помочь с кратким, тезисным объяснением сути проблемы, без лишних слов. Возраст выдавал не только голос, но и структура, и манера речи. И то, что звонок был с домашнего городского телефона.

Люди того поколения заметно отличаются культурой общения, в том числе и по телефону. У них свой особый этикет – вежливо, кратко, структурно, со своими временными рамками.

После приветствия следовало обращение по имени-отчеству с добавлением слова «уважаемый», затем – представление себя по имени-отчеству и объяснительная ремарка в виде: «Нам Вас очень рекомендовали...». Далее шло краткое изложение сути проблемы как повода к обращению и под конец: «Когда и в какое время Вам будет удобно посетить нас? Нам в последнее время трудно выходить из дома». Затем – выражение благодарности в лёгком «благодарю» и прощание с подчёркнутым подтверждением договорённости: «До завтра».

Если примерно привести её обращение по телефону, то выглядело это так: она представилась – её звали Н. – и попросила меня провести осмотр её сына, инвалида с детства, и дать рекомендации на дому. Далее мы договорились о времени выездной консультации и распрощались.

На следующий день, в указанное время, я стоял в подъезде у дверей квартиры Н. И дверь, и звонок были как минимум сорокалетней давности. Я такие видел только в детстве, и то не везде. Даже в моём детстве они уже не казались современными. Я осторожно позвонил. На удивление, звонок работал.

Дверь открыла бодрая престарелая женщина, на вид лет семидесяти. Морщины говорили о почтенном возрасте, но глаза, голос и движения ещё не были старческими. Двигалась она свободно, споро и легко. Мы прошли по коридору в зал.

Я как будто попал в прошлое – конец восьмидесятых – начало девяностых. Ремонт и обстановка были именно такими. При этом не было ощущения обветшалости. Чувствовалась поношенность, но всё было чисто и аккуратно. Даже потёртости ковров, обоев в районе розеток и выключателей, чехлов мягкой мебели не вызывали чувства убогой бедности, а, благодаря чистоте и классическому вкусу, придавали обстановке лёгкую винтажность. На журнальном столике аккуратно лежали выписки, заключения обследований и анализы – Н. заранее подготовила все бумаги. Когда я ознакомился со всеми выписками, она позвала сына.

Вошёл пожилой мужчина, инвалид с детства с ДЦП, и поздоровался со мной. На вид ему было около семидесяти лет. Болезнь сильно старила его: сухая болезненная худоба, отсутствие большинства зубов, глубоко морщинистое лицо и очки. Но по документам я видел, что ему было пятьдесят шесть.

По степени нарушения осанки, мимики, походки, перекосам шеи и тела, неестественному сгибанию рук и ног, произвольным движениям, а также по тому, насколько сильно была нарушена речь и с каким трудом она ему давалась, было видно, насколько сильно был поражён головной мозг. Но при всём этом то, что он умел и мог понимать происходящее, ходить и разговаривать, выглядел опрятно, говорило о том, как много сил, времени, энергии и ресурсов было вложено в его лечение, реабилитацию, уход и поддержку.

Детский церебральный паралич – это поражение центральной нервной системы, которое происходит в раннем детском возрасте, сразу или во время родов либо, в большинстве случаев, в дородовом периоде, то есть внутриутробно, и приводит к нарушению развития головного мозга. Так как поражения бывают разными, то и степень нарушения развития головного мозга тоже бывает разной, и, соответственно, проявления этой болезни очень различны: от лёгкой степени, когда нет нарушения интеллекта и имеются лишь незначительные двигательные нарушения, до тяжёлых, глубоких нарушений интеллекта с полной парализацией всего тела.

Причины возникновения ДЦП разнообразны и не всегда могут быть точно установлены. Значительная часть факторов, способных привести к нарушению развития или повреждению головного мозга, действует ещё до рождения ребёнка – во внутриутробном периоде. Другие факторы могут быть связаны с осложнениями во время родов и в раннем периоде после рождения. Реже причиной становятся черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и другие заболевания, повреждающие развивающийся головной мозг. В некоторых случаях установить конкретную причину возникновения ДЦП не удаётся. Несмотря на то что ДЦП – неизлечимое заболевание, во многих случаях есть возможность компенсировать многие физические нарушения, с которыми оно связано. Однако для достижения приемлемого качества жизни часто требуются годы упорного, непрерывного труда родителей и специалистов различных медицинских и социальных специальностей.

И это был именно такой случай — свидетельство непрерывного труда, прежде всего материнского. Только всё это происходило в далёком прошлом и сейчас предстало передо мной как очередное свидетельство самоотдачи, самоотверженности, вовлечённости, долгих страданий, колоссальных преодолений, воли к жизни, личных достижений и маленьких побед. Но это всё было в прошлом. Жизнь, полная трудностей и ограничений, почти прожита.

Причина отправки сына-инвалида в интернат до боли проста – любовь, безмерная материнская любовь. Меня пригласили на консультацию, чтобы я в последний раз проконсультировал пожилого сына престарелой женщины перед отправкой его в дом-интернат – дом инвалидов. Как выяснилось, все необходимые документы уже были оформлены, предусмотренные в таких случаях медицинские комиссии пройдены, согласие получено и нотариально заверено.

Н. уже исполнилось восемьдесят два года, хотя выглядела она на десять, а то и пятнадцать лет моложе своего паспортного возраста. Здоровье её никогда раньше не подводило, даже в самые трудные времена лишений. До сих пор почти все зубы были на месте, суставы не беспокоили, как других стариков. Да и откуда болеть суставам – лишнего избыточного веса никогда не имелось, а физической активности хоть отбавляй.

И всё бы ничего, да вот только в последнее время сердце начало прихватывать. Один раз даже до вызова скорой помощи дошло. Откачали уже в стационаре, там же выписали лекарства, и вроде стало легче, но полностью сердце не прошло, и уже как раньше не было. Появилась постоянная тяжесть в области сердца.

Раньше она думала, что до последнего будет делать всё для своего сына. И когда придёт его время уйти из жизни, и он умрёт, она похоронит его, а потом...

А потом об этом она даже не думала.

Но больное сердце заставило пересмотреть планы, свои возможности, свою жизнь. Не стало уверенности, что она сможет до последнего дня заботиться о сыне-инвалиде. Из ближайших родственников была сестра, но она ещё лет двадцать назад померла. Дочь её – племянница

Н. – и та в прошлом году ушла из жизни по болезни, а внучка покойной сестры ещё совсем молодая, незамужняя – ей бы самой суметь устоять и не сломаться после смерти своей матери. Вот и получается, что остались они одни с сыном и никого у них из близких не было. В случае смерти Н. позаботиться о сыне будет уже некому – поэтому и пришлось пойти на такой шаг.

Сложно представить: тогда, в молодости, в детский дом-интернат для детей-инвалидов она своего сына не отдала, хотя советовали многие, просили, даже упрасивали – всё равно не отдала. Столько лет прошло и столько всего произошло, жизнь вся прошла, а теперь вот приходится отдавать...

Лучше самой, при жизни, познакомиться с обстановкой, с людьми, которые там работают, посмотреть условия, выбрать лучший вариант и определить сына в дом инвалидов, чтобы потом всё было безопасно и хорошо для него. А то всякое может случиться – и на улице может остаться, и под опеку попасть из-за квартиры непонятно к каким людям.

Ведь квартира в центре города у недееспособного инвалида при рыночной системе экономики является больше угрозой для его безопасности, чем базовой потребностью в жилье. К сожалению, немало примеров так называемых «чёрных маклеров» по «отжиманию» квартир у инвалидов и одиноких людей.

Даже готовясь к внезапной смерти, мать делала всё, чтобы после того, как её самой не станет, сын-инвалид не остался бы непристроенным, смог бы дожить свою и без того нелёгкую жизнь в безопасности, чистоте, тепле, свете, накормленным, одетым и обутым.

Такое осознанное, рациональное отношение, такая безусловная, безграничная любовь, когда мать ради сына готова его отпустить. Такую глубокую осознанность нечасто встретишь.

Если любишь – отпусти... Как просто и точно сказано.

Я провёл осмотр, собрал жалобы у самого пациента. Мать по ходу разговора дополняла те жалобы, которые её сын умышленно умалчивал. Например: снижение интереса ко всему, отсутствие желания выходить на улицу, на их привычную скамейку в аллее рядом с домом, где они обычно раньше гуляли вместе, беспокойство, волнение, усиление произвольных насильственных движений, нарастание спастических болей.

Я дал рекомендации в письменном виде с указанием препаратов и их доз, выписал дополнительные успокаивающие препараты с пометкой «при беспокойстве и волнении», дополнительные обезболивающие препараты с пометкой «при усилении болей». Объяснил им обоим, что все эти жалобы – ожидаемые ситуативные реакции на происходящее, что это временно и, если вдруг будет трудно справляться, можно будет принимать выписанные препараты. Тем более без врачебной помощи и без внимания никто «там» не останется.

Момент был эмоционально тяжёлый, и хотелось как-то поддержать Н. Поэтому я сказал, глядя ей в глаза, что «это» вынужденное, но самое оптимальное и правильное решение из всех возможных.

Она только молча закивала, соглашаясь, видимо, борясь с подступившими слезами. Н. смогла быстро справиться и чуть дрогнувшим голосом поблагодарила меня.

На этом консультация была завершена. Мы стали прощаться, и тут внезапно уже пожилой сын, инвалид с детства, подходит очень близко ко мне и, пытаясь указывать в сторону своей старой мамы, борясь с волнением и избыточно размашистыми движениями рук и головы, объясняет мне, что у матери иногда болит поясница, и просит посмотреть поясницу его мамы.

Это было очень трогательно. Такая забота...

Мать была растрогана. Слёзы блеснули в её глазах, но она отвела глаза, потупив взгляд в пол, и только махнула руками, как бы говоря: «Да что вы! Ничего не нужно! Всё нормально...»

Конечно, я не мог отказать в такой просьбе и настоял на проведении осмотра. Провёл пальпацию и исследование рефлексов и симптомов. Всё это я делал тщательно и не спеша.

Я не боялся что-либо пропустить из симптомов – нет, всё было более чем легко и просто, здесь бы даже врач-интерн справился без проблем. Случай был, прямо сказать, самый простой. Просто я хотел ещё больше поддержать заботу и любовь, проявленную таким вот образом.

После тщательного осмотра и обследования я также дал рекомендации и для его мамы в письменном виде, чтобы были как памятка на случай чего. Выписал нестероидные противовоспалительные гели и мази, в случае необходимости – обезболивающие таблетки, указал вид физического лечения с объяснением простейших упражнений лечебной физкультуры, направленных на щадящее вытяжение и «разущемление» в случае возникновения болей в будущем. Всё это время сын сиял от радости.

Я закончил, и мы снова стали прощаться. Но на этот раз распрощались уже более душевно из-за этого неожиданного поступка сына Н. Общее настроение улучшилось. Хотя чувства были смешанные, мы все трое улыбались.

Сын улыбался из-за того, что смог позаботиться о матери, тем самым так обрадовав её. Мать улыбалась оттого, что получает такую заботу и любовь и что сын рад от этого. А я улыбался оттого, что эта необычная семья получила маленькую эмоциональную разрядку, что напряжение, до этого ощутимо висевшее в воздухе, спало и всем сразу стало полегче.

И ещё я улыбался, что смог хоть чуть-чуть помочь этим – таким слабым в моменте, но таким сильным по жизни людям...

Глава 4

Что значит «сделать всё возможное»?

Иногда от врача ждут, что он будет на связи двадцать четыре на семь и всегда сможет дать ответы на любые сложные вопросы в режиме блиц, ведь с простыми вопросами сейчас легко можно обратиться к искусственному интеллекту. Но одних ответов иногда мало. Зачастую быть на связи – это означает быть готовым выдвинуться в течение ближайшего времени для решения сложных задач на месте. Но не все задачи выполнимы, и иногда тебе, как специалисту, это бывает понятно уже даже дистанционно, по телефону.

Один такой случай произошёл со мной не так давно. Мне позвонил мой близкий друг и коллега Н. Мы уже давно дружим семьями. Он сразу перешёл к делу и попросил о дистанционной консультации для матери его супруги, проще говоря – для своей любимой тёщи, которую я ранее уже консультировал очно на дому. Тогда она была в тяжёлом состоянии, после моих рекомендаций её состояние и качество жизни значительно улучшились.

В дальнейшем я ещё несколько раз консультировал её, но уже дистанционно, потому что после стабилизации состояния не было необходимости в очных осмотрах. Из-за того, что она жила далеко, в другом городе за несколько сотен километров, дистанционные онлайн-консультации были отличным способом поддерживать здоровье и сохранять качество жизни на приемлемом уровне в любое удобное время, по мере необходимости.

Конечно, у неё в городе были свои лечащие врачи, и она проходила непрерывное лечение и наблюдение у местных врачей. Но город был небольшой, специалистов было немного, и не всегда было возможно получить более узкоспециализированную, сложную, из-за своей междисциплинарности, консультацию. И если вдруг возникала такая необходимость, она обращалась за онлайн-консультацией.

Пациентка болела неизлечимым заболеванием последние два года и сейчас, в связи с резким ухудшением состояния, попала в отделение реанимации местной больницы. Тяжесть состояния была обусловлена желудочно-кишечным кровотечением, низким, жизнеугрожающим уровнем артериального давления, интоксикацией, сердечно-сосудистой, дыхательной, церебральной – мозговой – недостаточностью, комой.

Я знал, что пациентка уже два года болеет неизлечимым заболеванием в терминальной стадии и всё это время живёт благодаря паллиативному и поддерживающему лечению, в том числе заместительной почечной терапии – гемодиализу. Теперь она находилась в коме, а тяжесть и совокупность имевшихся у неё нарушений практически не оставляли надежды на восстановление.

С одной стороны, ей необходимо было продолжать кровоостанавливающее лечение. С другой – жизненно важной оставалась заместительная почечная терапия. Но проведение гемодиализа в условиях активного кровотечения и критически низкого артериального давления становилось крайне сложной задачей. Обычно для предотвращения образования тромбов в диализаторе и экстракорпоральном контуре используют антикоагуляцию. При высоком риске кровотечения существуют способы проведения диализа без системного применения гепарина или с альтернативными режимами антикоагуляции, однако в конкретной клинической ситуации возможность и безопасность такой процедуры определяются состоянием пациента и техническими возможностями отделения.

В данном случае опасность заключалась не только в кровотечении. Во время гемодиализа могло ещё более критически снизиться и без того крайне низкое артериальное давление, которое организм уже практически не мог компенсировать.

Но и без гемодиализа интоксикация продуктами обмена, электролитные нарушения, в частности гиперкалиемия, и водная перегрузка – гипергидратация – продолжали бы нарастать. Это могло привести к отёку лёгких, усугублению поражения головного мозга, тяжёлым нарушениям сердечного ритма вплоть до остановки сердца, дальнейшему нарастанию уремической интоксикации. То есть каждый из возможных путей нёс в себе крайне высокий риск смертельного исхода.

Кроме того, пациентка уже была в глубокой коме, а это означало тяжёлое нарушение функции головного мозга. В данном случае кома была не причиной утяжеления состояния здоровья, а следствием – одним из проявлений крайне тяжёлого течения её заболеваний и возникших осложнений.

Лечащий врач прекрасно понимал сложность ситуации и всё же старался хоть как-то помочь, несмотря на практически безвыходное положение.

Дело в том, что у данной пациентки на протяжении последних двух лет организм в целом и головной мозг в частности каждый день подвергались воздействию продуктов обмена, содержание которых из-за тяжёлой почечной недостаточности без заместительной терапии значительно превышало норму. Обычно эти продукты обмена выводятся из организма нашими почками. Но когда почки перестают выполнять свою выделительную функцию, их уровень растёт, нарушается водно-электролитный и кислотно-щелочной баланс, и это отражается практически на всех органах и системах: сосудах, сердце, головном мозге, нервах, лёгких, желудочно-кишечном тракте, коже, мышцах.

У каждого из этих осложнений есть свои названия и свои отдельные тяжёлые проявления. В целом, если описать их по отдельности, получится целый букет потенциально жизнеугрожающих состояний. И поэтому, когда почки перестают работать и не могут выводить продукты обмена и излишки жидкости из организма, больному по жизненным показаниям проводят заместительную почечную терапию – гемодиализ.

Но и это ещё не всё. У данной пациентки, кроме поражения органов вследствие хронической почечной недостаточности, было тяжёлое системное поражение, связанное с сахарным диабетом, при котором нарушение обмена веществ приводит к глубоким изменениям на клеточном, сосудистом и органном уровне.

И когда одни и те же органы и системы организма одновременно страдают от нескольких заболеваний, эффект повреждений не только суммируется арифметически: эти осложнения ещё и взаимно усиливают действие друг друга.

Как будто и этого было мало, к уже имеющимся заболеваниям добавлялось поражение органов и систем, связанное с длительно существовавшей артериальной гипертонией, которая прежде всего воздействовала на сосуды всего организма. Эффект поражения при таких комбинациях очень серьёзный и крайне неблагоприятный.

С этим хроническим «тройным» синергичным – взаимно усиливающим – поражением всего организма до поры до времени ещё хоть как-то можно было жить, а вернее сказать – выживать, получая всё необходимое симптоматическое и поддерживающее лечение, в том числе заместительную почечную терапию.

Но когда произошло желудочно-кишечное кровотечение, кроме критического снижения артериального давления, которое само по себе нарушило кровоснабжение уже длительно повреждаемых органов — наиболее чувствительными из них были головной мозг и сердце, — резко снизились уровни эритроцитов и гемоглобина. Произошла кровопотеря. Это дополнительно усугубило кислородное голодание тканей, в том числе клеток головного мозга и сердца.

Гемоглобин входит в состав эритроцитов крови и обеспечивает перенос кислорода от лёгких к тканям. И когда количество эритроцитов и гемоглобина значительно снижается после кровопотери, соответственно снижается и способность крови выполнять эту функцию. Даже

если лёгкие получают достаточное количество кислорода, этого недостаточно, если его транспорт кровью нарушен из-за выраженной анемии.

Пациентка находилась на искусственной вентиляции лёгких с регулируемой подачей кислорода. Но его достаточное поступление в лёгкие ещё не означает полноценного снабжения всех тканей организма, если одновременно имеются тяжёлая кровопотеря, критически низкое давление и нарушение кровообращения.

И органы продолжали страдать от гипоксии – кислородного голодания.

Казалось бы, кровопотерю можно восполнить переливанием компонентов крови. Но и здесь всё было непросто. У пациентки с неработающими почками любое переливание и внутривенное введение значительных объёмов жидкости требовало крайне осторожного подхода: организм не мог самостоятельно вывести избыток жидкости и электролитов, а возможность полноценного проведения гемодиализа была резко ограничена её критическим состоянием.

Возникла ситуация, когда лечение одного нарушения могло усугубить другое. Ситуация была практически безвыходная: невозможно было сделать что-то одно и при этом не рисковать усугубить что-то другое. А так как состояние было крайне тяжёлым, любое дополнительное ухудшение могло стать смертельным.

А с учётом того, что все органы и без гипоксии и критически низкого давления уже страдали от вышеуказанных заболеваний, компенсаторные механизмы, резервы и ресурсы этих органов, систем и в целом организма были истощены. В них уже практически не оставалось «запаса прочности», не было реальной возможности выйти из этого критического, крайне тяжёлого состояния.

Говоря проще, причины и последствия кровотечения невозможно было устранить одним действием, основные болезни были неизлечимыми, состояние организма было до крайности изношено болезнями. И самое главное – качество жизни человека в глубокой коме, подключённого к аппарату искусственной вентиляции лёгких, с непрерывной лекарственной поддержкой кровообращения через инфузомат – инфузионный насос, – с установленными венозными и мочевым катетерами, интубационной внутритрахеальной и назогастральной трубками, подключённого к кардиомонитору, получающего интенсивную терапию и полный санитарно-гигиенический уход, при крайне неблагоприятном прогнозе было предельно низким.

И именно в таком состоянии находилась данная пациентка.

И вот, проанализировав всё это по ходу проведения импровизированного «телемоста», я должен дать рекомендации.

Но что можно порекомендовать человеку в такой тяжёлой, практически безвыходной ситуации? Что ему можно пожелать? Чем ему можно помочь, когда помощь уже не может вернуть здоровье, не может вернуть прежнее качество жизни и, скорее всего, уже не может даже устойчиво улучшить общее состояние?

Я в ходе детального обсуждения состояния пациентки сначала с моим другом, врачом-неврологом, затем непосредственно с лечащим врачом-реаниматологом на месте, в отделении реанимации, с учётом причинно-следственных связей данного критического ухудшения состояния видел только несколько вариантов течения болезни. И все варианты были с окончанием жизни в ближайшее время. Все реалистичные варианты были связаны с крайне высокой вероятностью смерти в ближайшее время, а перспективы восстановления практически не было.

И реальной перспективы выхода из комы с последующим восстановлением тоже не было. Не потому, что лечение было недостаточным или неверным. А потому, что данное состояние стало тяжелейшим осложнением хронической почечной недостаточности в терминальной стадии, которая, в свою очередь, сформировалась на фоне других тяжёлых хронических заболеваний – сахарного диабета и гипертонической болезни с поражением органов-мишеней.

Вылечить тяжёлые осложнения неизлечимых болезней – это даже звучит тяжело, не то, что сделать. Даже мысленно детально представить такое не всегда бывает возможно. А если

учитывать, что это нужно сделать ещё и в наикратчайшие сроки, потому что время работает на разрушение организма, да ещё и в условиях крайне тяжёлого состояния, когда отдельные проявления болезней и методы их лечения могут противоречить друг другу, а сами эти проявления являются жизнеугрожающими, то с учётом всего этого задача даже в представлении, в воображении не выглядит выполнимой. По крайней мере, на данном этапе развития науки и техники.

Вылечить осложнения обычных излечимых болезней – и то не всегда возможно. А когда это возможно, то не всегда просто, и порой бывают даже смертельные исходы в ходе осложнений излечимых заболеваний. Что уж говорить тогда о неизлечимых болезнях и тем более об их тяжёлых осложнениях. Это как пытаться найти решение изначально нерешаемого уравнения возведением его в квадрат. Такие осложнения иногда можно стабилизировать и попытаться перевести в стадию компенсации, если у организма ещё есть компенсаторные ресурсы, запасы прочности, если есть так называемый восстановительный потенциал.

Но осложнения не возникают на ровном месте. Тяжёлые осложнения неизлечимых заболеваний нередко возникают именно на стадии декомпенсации, когда организм уже не справляется и начинает окончательно разрушаться. Как разрушается начисто сгнивший деревянный дом. И невозможно как-то подлатать падающие крышу и стены, невозможно дать какие-то подпорные конструкции, потому что места соприкосновения частей дома с подпорками уже не выдерживают и проваливаются, оставляя зияющие дыры. Такой разваливающийся дом уже не подпереть, не отремонтировать, ничего сделать уже невозможно – всё разрушила гниль.

Так и болезнь подтачивает и разрушает организм настолько, что под конец уже никакие лекарства и методы лечения не могут вернуть утраченное, потому что точка приложения лекарств – это сам организм. И этот организм уже не выдерживает ничего, как окончательно изношенный аварийный дом не может выдержать проведения ремонтных работ.

В нашем случае, к сожалению, у пациентки уже практически не оставалось запаса прочности, не было реальной возможности для восстановления и стабилизации из-за того, что возникшие осложнения сами являлись проявлениями глубокой декомпенсации.

В таких случаях, когда тяжёлое осложнение становится частью процесса умирания от неизлечимого заболевания, одна из главных задач медицины – облегчить состояние умирающего человека, не продлевая страдания только ради самого продолжения лечения, обеспечить необходимую симптоматическую и паллиативную помощь, в том числе адекватное обезболивание при наличии боли, чтобы переход от жизни к смерти не сопровождался ненужными мучениями. И не был бы напрасно долгим...

В нашем случае после обсуждения состояния, прогноза и возможных вариантов дальнейшей помощи было принято решение о переводе пациентки из реанимации домой специализированным транспортом в сопровождении медицинских работников.

Так как выраженного болевого синдрома в данном случае не отмечалось, необходимости в усилении обезболивающей терапии не было. Пациентка находилась в глубокой коме – тяжелейшем состоянии угнетения сознания, возникшем вследствие серьёзного нарушения функции головного мозга.

В нашем случае кома развилась на фоне сразу нескольких тяжёлых факторов: критического снижения артериального давления и, соответственно, нарушения кровоснабжения головного мозга; кровопотери со снижением уровня гемоглобина и способности крови переносить кислород; уремической интоксикации; нарушений обмена электролитов и глюкозы.

Всё это вместе нарушило функцию центральной нервной системы и привело к глубокому угнетению сознания. В данном случае кома была неотъемлемой частью тяжелейшего состояния и процесса умирания.

После обсуждения ситуации с лечащими врачами и близкими пациентку выписали и транспортировали домой на реанимобиле в сопровождении специалистов. По прибытии домой через непродолжительное время больная ушла из жизни...

Её мучения на этом закончились.

Но её страдания могли бы быть дольше и больше, если бы она ещё несколько суток находилась в отделении реанимации с продолжением интенсивной терапии, уже практически не способной изменить исход.

Ситуация в целом тяжёлая. Человек тяжело болел неизлечимым заболеванием, внезапно возникает очередное осложнение, которое утяжеляет общее состояние до критического, и в итоге человек умирает.

И в этой ситуации трудно увидеть положительные результаты, но они там однозначно были. Это то, что врачи и близкие родственники подошли к лечению не однобоко – когда нужно **продолжать медицинские вмешательства только потому, что технически их ещё можно проводить**, – а отнеслись к больному человеку так, как хотели бы, чтобы отнеслись к ним самим, если бы они вдруг оказались в подобной безвыходной ситуации.

Отнеслись гуманно, а не формально.

При продолжительной искусственной вентиляции лёгких перед врачами неизбежно встают вопросы дальнейшего обеспечения дыхательных путей, поддержания кровообращения, коррекции кровопотери, необходимости последующих вмешательств и реанимационных мероприятий. Каждое такое решение принимается с учётом состояния пациента, прогноза, целей лечения, действующих клинических и правовых норм.

Но протокол лечения – это не сам больной человек.

И нам в данном конкретном случае удалось не действовать просто ради действия. Мы определили достижимую и, как нам представлялось, наиболее гуманную цель, подробно объяснили состояние и прогноз близким родственникам, после чего ими, после обдумывания, было принято решение забрать пациентку домой, чтобы не затягивать её страдания.

Её мучительное состояние не было продлено ещё дольше, хотя предпосылки к продолжению интенсивного лечения были. Это и изначальный эмоциональный настрой близких родственников на стабилизацию состояния больной и дальнейшее хотя бы частичное восстановление. Это и совершенно понятное стремление лечащего врача использовать все доступные возможности. Врач в таких ситуациях тоже оказывается в очень сложном положении. На него давят ответственность за жизнь пациента, ожидания родственников, клинические рекомендации, юридические риски и собственное профессиональное стремление бороться за жизнь до конца. Но врач в этой сложной ситуации сумел сместить цель лечения: не просто продолжать медицинские вмешательства, а в рамках возможного облегчить участь больного человека.

И вот вроде бы всё возможное сделано, и сделано правильно. Человек в коме не мучился дольше и больше, чем мог бы...

Но дочь пациентки, будучи сама врачом и поэтому будучи профессионально деформированной, на эмоциях и сильных чувствах начинает сомневаться: возможно, не всё возможное было сделано? Может быть, стоило ещё полечить в реанимации? А вдруг её мама пришла бы в себя и вышла из состояния комы?

Однозначно, это уже не голос рационального интеллекта.

Это голос эмоционального интеллекта.

Это голос дочери-спасительницы. Это голос врача, который не может смириться с тем, что проиграл болезни, что не смог хотя бы на чуть-чуть отыграть назад – к исходному, докоматозному состоянию.

Это голос врача, который не может смириться с тем, что проиграл болезни, что не смог хотя бы на чуть-чуть отыграть назад – к исходному, докоматозному состоянию.

Глава 5

Непринятая неизлечимость

Как-то в клинику обратилась пожилая женщина М., семидесяти лет, с жалобами на отёчность почти всего тела, одышку даже в покое, общую слабость и недомогание. Самое примечательное было то, что буквально ежемесячно в течение последнего года она была вынуждена обращаться в клиники примерно с этими же жалобами, где ей проводили симптоматическое лечение, после чего временно становилось легче. Об этом свидетельствовали и несколько последних выписок из стационаров.

С учётом ранее выставленных диагнозов и тяжёлого состояния М. в экстренном порядке провели дообследование. Было обнаружено значительное скопление жидкости в плевральных полостях с обеих сторон. Жидкость сдавливала лёгкие и усугубляла тяжёлую дыхательную недостаточность. Было принято решение провести дренирование плевральных полостей для облегчения дыхания.

Дальнейшее обследование, изучение предыдущих консультаций, выписок, заключений и анализов крови, а также сопоставление всех показателей за последний год привели к заключению, что тяжесть состояния пациентки в значительной степени обусловлена далеко зашедшей хронической болезнью почек с выраженным снижением их функции.

Почки уже не могли в достаточной степени справляться со своей основной задачей – выводить из организма продукты обмена, избыток жидкости и электролитов. В результате жидкость задерживалась в организме, появлялись отёки, нарастали нарушения водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, повышалось содержание продуктов обмена в крови.

К такому состоянию М. пришла не за один день. На протяжении многих лет у неё постепенно накапливались заболевания и факторы риска, каждый из которых мог вносить свой вклад в поражение почек.

Ещё в молодости у неё появились нарушения солевого обмена и мочекаменная болезнь. Периодически образовывались мелкие кристаллы – то, что в быту часто называют «песком», – а затем и мочевые камни. Такие состояния сами по себе не обязательно приводят к почечной недостаточности, однако при повторных эпизодах нарушения оттока мочи, воспаления и инфекции могут способствовать повреждению почек.

Позднее появилась артериальная гипертония. Высокое артериальное давление способно повреждать мелкие кровеносные сосуды и фильтрующие структуры почек. При этом связь становится двусторонней: повреждённые почки хуже участвуют в регуляции водно-солевого баланса и артериального давления, а плохо контролируемая гипертония, в свою очередь, ещё больше повреждает почки. Так формируется порочный круг. Повышенное давление оказывало дополнительную нагрузку и на сердечно-сосудистую систему. Но долгое время все эти заболевания протекали практически бессимптомно, сильно не влияя на привычное качество жизни М. Со временем присоединились нарушения обмена веществ, избыточное питание, малоподвижный образ жизни, лишний вес, а затем и сахарный диабет второго типа.

Сахарный диабет стал ещё одним серьёзным фактором повреждения почек. Высокий уровень глюкозы в крови постепенно повреждает их фильтрующий аппарат, а сочетание диабета и артериальной гипертонии особенно неблагоприятно для почечной функции. Ещё один порочный круг замкнулся.

В пожилом возрасте все эти хронические и уже неизлечимые заболевания, существовавшие одновременно и взаимно отягощавшие друг друга, начали переходить в стадию декомпенсации. Началось значительное ухудшение качества жизни.

И вот только тогда пациентка была вынуждена начать более глубокое и системное лечение. Но, к сожалению, изменения в органах и системах к этому времени были уже выраженными – не только функциональными, но и органическими, во многом необратимыми.

Теперь для поддержания жизни и улучшения её качества нужно было начинать заместительную почечную терапию – регулярные сеансы программного гемодиализа на аппарате «искусственная почка», в её случае три раза в неделю и, вероятнее всего, пожизненно.

Такая новость ошарашила М. Она не была готова принять неизлечимость своей болезни, не могла отказаться от привычной картины будущего. Не была готова менять свой образ жизни и подстраиваться под новую реальность.

По сути, возможности становились всё более ограниченными. Продолжать прежнее симптоматическое лечение, периодически устраняя последствия задержки жидкости, уже было недостаточно. Неконтролируемая перегрузка жидкостью и другие проявления тяжёлой почечной недостаточности создавали непосредственную угрозу её жизни, а гемодиализ давал возможность контролировать эти нарушения.

Но пациентка так не считала. Она не могла принять свою болезнь и произошедшие в её жизни изменения. Ей было комфортнее находиться в прежней реальности, где всё было более-менее нормально, как она считала, хотя ежемесячные курсы лечения в стационаре с проведением процедур по «откачиванию жидкости из плевральных полостей лёгких» трудно назвать нормальностью.

Но каждый сам выбирает, как ему жить – даже с тяжёлыми неизлечимыми заболеваниями.

В итоге пациентка сделала свой, как ей казалось, осознанный выбор. После временного улучшения состояния в результате комплексного лечения в клинике она решила продолжить лечение у так называемого врача альтернативной медицины – гомеопата. И её не смогли переубедить ни врачи, ни дети, ни даже решительно настроенная взрослая внучка – по всей видимости, любимица бабушки. Все всё понимали, кроме самой М. Вернее, и она была способна понять происходящее, но принять у себя такое тяжёлое неизлечимое заболевание не могла.

При этом, несмотря на пожилой возраст, пациентка сохраняла способность самостоятельно принимать решения, пусть и не всегда верные. Она была ориентирована во времени, месте, окружающих людях, понимала происходящее и последствия своих действий, самостоятельно осуществляла электронную оплату лечения через смартфон. То есть речь не шла о человеке, который из-за нарушения сознания или выраженного когнитивного снижения не способен принимать решения за себя. М. принимала их сама.

Родственники были настроены переубедить её уже дома, после выписки, с помощью более старших и авторитетных для неё членов семьи. Но, судя по всему, им это не совсем удалось.

Через пару недель состояние пациентки снова резко ухудшилось. Но она опять пошла по прежнему пути симптоматического лечения с теми же процедурами по удалению жидкости – теперь уже в другой частной клинике.

Кто платит за музыку, тот её и заказывает – издержки платной медицины.

Капитализм – ничего личного, просто бизнес.

Самой пациентке, видимо, так было легче игнорировать происходящее и заниматься чем угодно, в том числе самообманом, лишь бы не начинать то лечение, которого она так боялась и которое означало бы окончательное признание новой реальности.

Но так долго продолжаться не могло.

Однажды М. снова поступила в клинику, но уже в крайне тяжёлом состоянии. Теперь жидкость была не только в плевральных полостях. Отёки распространились практически по всему телу, развился отёк лёгких — грозное жизнеугрожающее осложнение.

Конечно, от прежней М. уже почти ничего не осталось. Это была полностью отёчная женщина в бессознательном состоянии, судорожно пытавшаяся вдохнуть, как рыба, выброшенная на берег. Ей экстренно провели интубацию трахеи – установили специальную трубку в дыхательные пути – и подключили к аппарату искусственной вентиляции лёгких с повышенной концентрацией кислорода и положительным давлением в конце выдоха, чтобы улучшить оксигенацию в условиях тяжёлого отёка лёгких.

Параллельно проводилось дренирование плевральных полостей для удаления скопившейся жидкости. Был установлен диализный катетер, через который осуществлялась заместительная почечная терапия: из крови удалялись избыток жидкости и продукты обмена, корректировались электролитные и кислотно-щелочные нарушения.

Одновременно проводилась седация, необходимая для переносимости искусственной вентиляции лёгких и интенсивного лечения, а также поддерживалась работа сердечно-сосудистой системы.

Всё происходило параллельно и непрерывно.

Отёк лёгких тяжело нарушал газообмен, уровень кислорода в крови снижался, кровообращение становилось нестабильным, сердце испытывало огромную нагрузку. Без интенсивной терапии невозможно было удерживать жизненно важные показатели на приемлемом уровне, а риск остановки сердца оставался крайне высоким. Такое сложное комплексное лечение возможно только в хорошо оснащённом отделении реанимации и интенсивной терапии.

Пациентке повезло, что она попала именно в такое отделение. В итоге её удалось спасти. Но не без последствий.

После перенесённого критического состояния у М. сохранялись нарушения памяти, мышления, речи и координации. В дальнейшем ей пришлось проходить длительное восстановительное лечение, возвращать утраченные навыки речи, движения и самообслуживания, чтобы снова поднять качество жизни до приемлемого уровня. И, конечно, теперь ей пришлось регулярно проходить сеансы гемодиализа по жизненным показаниям. Это было именно то, чего она так настойчиво старалась избежать. Только теперь гемодиализ вошёл в её жизнь уже после критического состояния, реанимации и последующей реабилитации. Возможно, именно это в этой истории самое горькое.

Человек так боялся новой реальности, так хотел её избежать, что своими решениями в конце концов приблизил именно тот вариант будущего, от которого пытался убежать, только в гораздо более тяжёлой форме.

Сила самоубеждения вопреки здравому смыслу вместе с неприятием неизлечимости заболевания иногда приводит к утяжелению состояния и увеличению страданий самого же больного человека.

Некоторые люди делают сами себе то, чего так сильно стараются избежать.

Думают, что причиняют добро сами себе, но при этом утрачивают адекватное восприятие ситуации и начинают жить в своей реальности. И тогда решения, которые самому человеку кажутся осознанными и правильными, могут привести совсем не туда, куда он хотел.

Глава 6

Когда выбор осознан

Иногда близкие больного человека настолько сильно вовлекаются в процесс лечения, что постепенно начинают принимать решения за него. Особенно часто это происходит тогда, когда болезнь тяжёлая, прогноз неблагоприятный, а страх потерять близкого человека становится сильнее способности спокойно оценивать происходящее.

Само по себе желание помочь естественно. Более того, без поддержки родных тяжело больному человеку зачастую просто невозможно справиться. Но помощь и забота не должны лишать человека самостоятельности, пока он способен понимать происходящее, принимать решения и нести за них ответственность.

Одно дело, когда больной сам просит близких полностью взять на себя организацию лечения, потому что ему тяжело заниматься этим самостоятельно. Другое – когда человек уже не в состоянии понимать суть происходящего из-за тяжёлого заболевания, выраженных когнитивных нарушений или нарушения сознания. Тогда ответственность действительно во многом ложится на плечи близких и медицинских работников.

И дай Бог близким-опекунам, кроме любви, ещё и сознательности. Понимания того, что относиться к больному нужно так, как хотел бы, чтобы относились к тебе самому, окажись ты на его месте – в таком же состоянии и с таким же прогнозом для здоровья и жизни. Дай Бог им не любить только ради самого процесса любить, не любить ради себя, а любить ради любимого человека, любить ради результата любви.

Любишь – отпусти.

Я бы только добавил: иногда нужно отпустить не самого человека, а своё старое видение того, каким он должен быть, как должен лечиться и какой должна быть его жизнь, чтобы принять новую реальность.

Исходы лечения могут быть разными: полное или частичное выздоровление, длительное и стабильное улучшение качества жизни, если это объективно достижимо. Но результатом может быть и облегчение состояния больного, когда это единственное, что реально можно сделать, если прогноз уже неблагоприятный.

Зачастую при критических состояниях на фоне неизлечимых болезней значительное улучшение может быть недостижимым из-за тяжести заболевания. Но близкие, взявшие на себя функции опекунов, иногда не хотят принимать и понимать, что состояние уже необратимо тяжёлое, что ни выздоровления, ни существенных положительных изменений уже не будет. Они продолжают, что называется, «топить до конца» и в результате могут получить неудовлетворительное качество жизни больного человека, дополнительные страдания и мучения, которых, возможно, можно было бы избежать или хотя бы минимизировать.

Иногда нужно перестать пытаться достичь заведомо недостижимого результата и изменить своё понимание происходящего. Принять реальность такой, какой она стала, чтобы действовать уже в соответствии с ней — и прежде всего в интересах самого больного.

Не закрывать свои гештальты и не делать то, что ты сам считаешь правильным для другого человека, а стараться делать то, что действительно нужно пациенту.

Но, к сожалению, любовь и горе способны застилать глаза. Такая горькая любовь становится слепой, и из-за этой ослеплённости близкий человек может принимать решения, которые не облегчают, а, наоборот, усугубляют и без того тяжёлое состояние больного.

Но вернёмся к нашей удивительно сознательной семейной паре.

Пациента звали К. Уже во время первой, а потому обычно самой сложной консультации, с непростыми и прямыми вопросами, которую он сумел превратить для себя в очень содержательную беседу без недосказанности со своей стороны, К. чётко дал понять: как больной он не является жертвой страшной болезни и обстоятельств. Он был человеком, который столкнулся с крайне сложной ситуацией, осознал и принял её и теперь находился в поиске оптимальных решений.

Он не был жертвой, которая просто смирилась со своей участью. Он был человеком, который осознанно и ответственно принял свою ситуацию и не сломался под грузом этой ответственности. Он адаптировался к новой тяжёлой реальности и целенаправленно искал оптимальный и рациональный способ получения лечения.

К. был открытым человеком и по ходу консультации задавал непростые и прямые для себя вопросы, чтобы получить такие же прямые и ясные ответы.

Судя по всему, кое-что он надеялся услышать в более благоприятном варианте, но это не выбивало его из колеи, хотя было видно, что услышанное становилось для него ударом. Держать удары и при этом не терять настроения, не падать духом, не терять самообладания и в то же время уметь правильно проявлять свои эмоции – это ещё одно, что поразило меня.

Вместе с ним держала удар его супруга Г.

Во время очередного такого «тяжёлого удара», после вопросов о тактике лечения, ожидаемых прогнозах восстановления здоровья и продолжительности жизни, К. вопросительно посмотрел на супругу. Ответы на свои открытые и тяжёлые вопросы он уже получил. Но просто поддержать его, ответив взглядом на взгляд, ей, судя по всему, показалось недостаточно, и она сказала прямо:

– Это твой выбор, К. Только тебе решать. Ты знаешь, я поддержу любой твой выбор.

Со стороны эти слова могли показаться жестокими. Но, находясь внутри этой тяжёлой и жестокой ситуации, я понимал их иначе. В них не было ни равнодушия, ни попытки переложить ответственность. Напротив – этот ответ был самым реалистичным, самым правдивым, самым уважительным и полным любви. Это было признание его права самому решать, как распорядиться собственной жизнью, и готовность остаться рядом независимо от принятого решения.

Наверное, это и была одна из самых трудных форм любви – любви без эгоизма, без попытки решить за другого. Оставалось только восхититься подобной сознательностью, которая порождала такую стойкость. И само собой получалось, что чувств уважения, сочувствия, сопереживания, содействия и поддержки к этому больному человеку было чуть больше, чем к обычному пациенту. Для врача, в идеале, все пациенты должны быть равны. Но в реальности это не всегда так. Причём это работает в обе стороны. Чувство уважения усиливает желание сделать всё возможное и невозможное.

Под конец нашего общения К. сказал мне, что они искали проверенного врача по рекомендациям и поэтому обратились именно ко мне. Потом открыто, уже по-простому, легко и с искренней улыбкой добавил:

– Сделайте всё возможное.

Сказал, что всё понимает и принимает все риски.

Супруги переглянулись без слов: он – ища поддержки, она – поддерживая его.

Обычно мы, как врачи, и так стараемся делать всё возможное. Но когда пациент настроен на осознанное преодоление трудностей, с пониманием относится к процессу лечения, реально и взвешенно принимает солидарную ответственность за своё здоровье, когда пациент не жертва, а сознательный партнёр, тогда и врач уже не просто врач-спасатель, а сопереживающий партнёр. И иногда именно такое взаимодействие заставляет искать решения там, где стандартного решения недостаточно.

Клинические протоколы и рекомендации создают необходимую основу лечения, но они не могут предусмотреть абсолютно все сочетания основного заболевания, сопутствующих болезней, осложнений и индивидуальных особенностей конкретного человека. Задача врача – использовать доказанные методы лечения и при этом индивидуализировать их применение там, где это допустимо и обоснованно.

Вот тогда медицина перестаёт быть только ремеслом, в котором всё заранее прописано, и становится ещё и искусством. Тогда профессионализм выходит на другой уровень, а ежедневный лечебный процесс из рутины превращается в творческую работу с колоссальным зарядом вовлечённости, глубокой эмпатии и ответственности за результат.

Ведь многие методы лечения, которые когда-то казались невозможными, сегодня стали обычной медицинской практикой.

Ещё в первой половине XX века тяжёлая острая почечная недостаточность часто означала практически безвыходную ситуацию. Первые аппараты для гемодиализа были несовершенными, а сам метод только развивался. В 1940-х годах появились первые успешные случаи лечения острой почечной недостаточности с помощью гемодиализа, а в последующие десятилетия технологии заместительной почечной терапии совершенствовались и постепенно вошли в повседневную клиническую практику. То, что когда-то было практически невозможным, стало возможным благодаря людям, которые продолжали искать решения.

И то, что невозможно сейчас, возможно, когда-нибудь тоже станет возможным – при условии, что мы не будем останавливаться, будем идти вперёд и осознанно искать решения для пока ещё нерешённых задач.

И пациент К. всё это понимал.

Он был оптимистично настроенным реалистом. Понимала это и его супруга Г., которая поддерживала мужа, но при этом не лишала его самостоятельности и с пониманием принимала его решения.

В итоге К. получил всё лечение, которое было возможно в его ситуации. Лечебная тактика подбиралась индивидуально с учётом особенностей течения основного заболевания, степени его распространённости, уже возникших осложнений и тех осложнений, риск которых был особенно высок.

Такая индивидуализация лечения была необходима ещё и потому, что у пациента К., как и у всех нас, был огромный дефицит времени. Тяжесть состояния нарастала с каждым днём.

Мы опаздывали примерно на полгода. Со стороны это было похоже на гонку со временем.

Нужно было успеть пройти все диагностические процедуры, получить результаты сложных иммуногистохимических исследований, анализов на генетические мутации и как можно раньше начать курсы комбинированного лечения, пока общее состояние организма ещё позволяло выдерживать необходимую терапию.

Состояние уже было тяжёлым, хотя внешне это проявлялось не так сильно: потеря веса, физическая слабость, появление одышки и сердцебиения при незначительной физической нагрузке, некоторые нарушения зрения.

Поэтому параллельно с дообследованием шло восстановительное и симптоматическое лечение. По мере развития основного заболевания возникали всё новые осложнения и, к сожалению, нарастали как снежный ком.

Только улучшаются и стабилизируются одни показатели, как через какое-то время начинают ухудшаться другие, и тогда приходится подключать дополнительные методы лечения.

Некоторые осложнения, высокий риск которых можно было предвидеть заранее, старались предупреждать или начинать лечить при самых ранних проявлениях.

Так, например, на фоне метастатического поражения головного мозга у К. появились психоневрологические симптомы, в том числе галлюцинаторные проявления. Своевременно начатое лечение позволило купировать эти симптомы и в течение значимого для пациента

времени сохранить возможность общаться, самостоятельно принимать решения и оставаться физически активным настолько, насколько позволяла болезнь.

Благодаря лечению он не слёг и оставался в ясном сознании и светлой памяти. Самое главное — удалось сохранить способность пациента общаться и оставаться «на ногах».

Целостность головного мозга – возможно, одно из самого важного в жизни человека. Тяжёлое поражение головного мозга способно изменить личность, лишить человека способности общаться с близкими, понимать происходящее и самостоятельно выражать свою волю. Для К. потеря всего этого была бы одним из самых тяжёлых вариантов развития болезни. И нам удалось этого избежать. Пусть не окончательная, но всё же очень значительная победа над одним из осложнений страшного заболевания.

Но несмотря на то, что лечение было всеобъемлющим, комплексным, индивидуально подобранным, а там, где это было возможно, – превентивным; несмотря на то, что взаимопонимание и взаимодействие между медицинским персоналом, пациентом и его родственниками было полным; несмотря на то, что финансовые возможности позволяли применять необходимые современные методы лечения, в том числе дорогостоящие и высокотехнологичные; несмотря на мощную и адекватную поддержку пациента всеми его родными и близкими – несмотря на всё это, состояние здоровья продолжало ухудшаться.

И это было неотвратимо.

Но пока качество жизни удавалось поддерживать на приемлемом уровне, а осознанное желание самого пациента продолжать лечение оставалось высоким, лечение продолжалось.

Жизнь в конце жизни проходила очень хлопотно, и почти каждый новый день приносил новые заботы дополнительно к уже существующим.

Слово «проблема» для К. и его супруги сразу превращалось в слово «задача», а слово «задача» – в поиск наиболее эффективного и рационального решения.

Это было редкостью.

Эти люди настолько адекватно воспринимали происходящее и настолько быстро адаптировались к постоянно меняющейся ситуации, что по сравнению с некоторыми пациентами и их близкими, которые застревают на самом факте возникновения проблемы и ощущении собственной беспомощности, К., его супруга и их близкие казались совсем другими. Позже я понял, что их мировоззрение действительно было шире привычных рамок и географических границ.

К сожалению, тяжесть состояния из-за течения основного заболевания и возникающих осложнений постепенно ограничивала возможности лечения. Нарастали общая слабость и отёки, жидкость скапливалась в плевральных полостях и перикарде, усиливалась одышка. Аппетит снижался вплоть до отвращения к еде, усиливалась тошнота, появилась рвота, возник хронический болевой синдром, нарушился сон, снижалась физическая активность.

Всё это усиливало внутренний кризис К. Несмотря на всю его «сознательную прокаченность», эмоциональное временами брало верх над рациональным. В такие моменты К. становился раздражённым, нетерпеливым, удручённым.

Безусловно, К. был очень стойким и сильным человеком. Но всё же он был всего лишь человеком, и всё человеческое ему было присуще. Такие моменты проявления эмоций не длились долго и не были частыми. В большинстве своём К. чаще улыбался, умел и любил пошутить, всегда старался вникнуть в суть происходящего, рассматривал варианты, рассуждал рационально, общался просто, оптимистично и реалистично.

В перерывах между лечением, когда состояние стабилизировалось и самочувствие улучшалось, он успевал общаться с родными и близкими, решать финансовые и бытовые задачи, получать в том числе духовную поддержку от разных людей.

Но однажды осложнения основного заболевания не только стали всё тяжелее, но и начали противоречить друг другу. На фоне рвоты и недостаточного поступления жидкости возникала

внутрисосудистая гиповолемия и обезвоживание, ухудшалась функция почек. Однако просто восполнять необходимый объём жидкости внутривенно становилось всё сложнее: одновременно жидкость скапливалась в полостях организма и тканях.

Она накапливалась в перикарде – сердечной сумке, создавая риск сдавления сердца; в плевральных полостях, сдавливая лёгкие и усугубляя одышку; в брюшной полости и подкожной клетчатке. Получалась сложная ситуация с патологическим перераспределением жидкости: в одних пространствах организма её было слишком много, а эффективного объёма циркулирующей крови, доступного тканям, могло не хватать. По показаниям под ультразвуковым контролем пришлось проводить пункцию перикарда и удалять скопившуюся жидкость. Также удаляли жидкость из плевральных полостей. Эти манипуляции прошли успешно, и пациенту сразу стало легче.

В дальнейшем подобные вмешательства пришлось повторять: сначала примерно раз в две недели, затем и чаще. Всё это время функцию почек старались максимально поддерживать медикаментозно и тщательно контролировали баланс жидкости. Но настал день, когда почки уже практически перестали справляться с выделительной функцией. Мочи становилось всё меньше, и когда её суточный объём снизился до критического уровня, пришлось прибегнуть к заместительной почечной терапии с ультрафильтрацией – удалением избыточной жидкости через экстракорпоральный контур. И тогда снова удалось на какое-то время стабилизировать ситуацию.

Дополнительно к остальному лечению проводилась заместительная почечная терапия, благодаря которой удалось уменьшить мучительные проявления перегрузки жидкостью и сохранить качество жизни на приемлемом уровне. На некоторое время функция почек улучшилась. Но затем вновь усилилась тошнота, вплоть до рвоты. Противорвотные препараты помогали недостаточно.

На горизонте снова замаячили осложнения: обезвоживание, электролитные нарушения, повреждение слизистой пищевода и желудка при многократной рвоте и риск желудочно-кишечного кровотечения.

Неукротимую рвоту удалось купировать, одновременно корректируя метаболические нарушения и интоксикацию. Но со временем противоречие между потребностью организма в жидкости и невозможностью полноценно принимать еду и воду естественным путём снова приводило пациента к внутривенным вливаниям. А это, в свою очередь, при тяжёлом нарушении выделительной функции почек увеличивало риск повторного накопления жидкости и приводило к необходимости ультрафильтрации.

К. продолжал бороться.

Для поддержания качества жизни на приемлемом уровне лечение практически не прекращалось. Болезнь постоянно вносила свои коррективы, и, несмотря на интенсивную посиндромную терапию, силы постепенно покидали его.

И сказать, что жизнь поделилась на «до» и «после», – значит не сказать ничего. Одним из желаний К. ещё «до болезни» было переехать в свой новый оригинальный дом в атмосферной локации. Это был дом его мечты, которую они вместе с супругой воплощали в жизнь.

И это ему удалось.

Он дистанционно организовывал окончание ремонта в новом доме и по мере необходимости решал возникающие проблемы. Там, где у него уже не получалось, на помощь очень деликатно приходила супруга.

И вот однажды их общими усилиями ремонт был завершён. Настал день переезда. В тот день обычная общая слабость доводила К. до раздражительности. Ему было тяжело и физически, и морально. Привыкший к активному образу жизни, он тяготился собственной физической немощью. Но не сломался. Наоборот, по словам супруги, К. мобилизовался. Он сам организовал переезд, вошёл в свой новый дом на своих ногах, давал распоряжения, куда что

заносить и как ставить. Общался, шутил, как и всегда, как до болезни. Лично расплачивался с грузчиками.

К вечеру К. устал больше обычного, но настроение было на высоте. Ему даже удалось поесть больше и лучше, чем обычно. Он вошёл в дом своей мечты сам.

Но уже через несколько дней снова усилились отёки, затем вернулась неукротимая рвота. Были приняты необходимые меры, рвоту удалось остановить, однако через несколько дней открылось желудочно-кишечное кровотечение, которое привело к критическим последствиям для организма. К. незамедлительно госпитализировали в отделение реанимации в крайне тяжёлом, практически бессознательном состоянии. Кровотечение удалось временно остановить. Параллельно проводили переливание компонентов крови и интенсивную терапию, благодаря чему состояние на некоторое время стабилизировалось.

Но затем резко ухудшилась функция почек и стали нарастать метаболические нарушения. Возникла очередная чрезвычайно сложная ситуация: с одной стороны, необходимо было контролировать кровотечение и восполнять кровопотерю, с другой – тяжёлая почечная недостаточность требовала заместительной почечной терапии.

При этом проведение экстракорпоральной терапии у пациента с недавним или продолжающимся кровотечением само по себе требует особой осторожности и индивидуального выбора режима, в том числе стратегии антикоагуляции. Но долго решать эти противоречия уже не пришлось. Очень скоро кровотечение повторилось. На этот раз остановить его не удалось.

К. ушёл из жизни так, как он и хотел, – ушёл в борьбе. Он не хотел становиться жертвой, не хотел бездействовать. В тяжёлой, новой для себя ситуации он адаптировался и действовал осознанно, соразмерно обстоятельствам, при этом до конца не теряя самого себя.

Глава 7

И горе становится тихим...

Групповое семейное искажённое восприятие действительности иногда разрушается только под действием умирания в реальной жизни.

Работая на двух, а иногда и на трёх работах одновременно, врач, с одной стороны, смертельно устаёт, но с другой – за относительно короткое время получает бесценный объём разнонаправленной практики. Такой вот сжатый в пружину опыт и пришлось получить мне на очередной подработке.

Всё было как обычно. Заступив на ночное дежурство в составе бригады скорой медицинской помощи, я выехал на экстренный вызов на дом к пациенту. Диспетчер передал повод обращения: «Стало очень плохо, задыхается, онкология, срочно...» Повод был, так себе, ясным. Но расспрашивать по телефону у диспетчера было некогда, да и незачем – водитель уже забивал маршрут в 2ГИС, и мы быстро выдвинулись.

По приезде дверь открыл молодой человек лет тридцати пяти. Он был очень обеспокоен и всем своим видом, и словами торопил меня и фельдшера, указывая на комнату, в которой лежала его больная мама. В комнате, кроме мамы, находилась, как потом выяснилось, сестра молодого человека, на вид лет сорока.

Самой больной было примерно шестьдесят лет, возможно, больше – с учётом крайней степени истощения определить возраст было трудно. При росте около метра шестидесяти весила она не более тридцати килограммов. Бледная сухая кожа с желтушным оттенком была натянута на кости скелета человека, вернее, на то, что осталось от человека. Болезнь сильно меняет людей, забирая всё естественное.

Сознание было спутанным и заторможенным. Контакт был возможен только частично: на простые вопросы она пыталась отвечать больше взглядом, чем односложными словами. Кивать головой она, судя по всему, уже давно не могла. Во взгляде читалось страдание и как будто недопонимание происходящего.

Параллельно с беглым осмотром и расспросами, большей частью детей пациентки, мы измерили частоту дыхания, артериальное давление, пульс, сатурацию и уровень глюкозы крови.

Как внешний вид истощённой, задыхающейся женщины, так и показатели дыхания, давления и пульса не предвещали ничего хорошего. Перед нами была пациентка с далеко зашедшим онкологическим заболеванием, выраженным истощением и признаками тяжёлого нарушения жизненно важных функций.

С учётом крайне тяжёлого состояния, выраженного снижения артериального давления, обезвоживания и чувства нехватки воздуха я дал фельдшеру необходимые назначения. Он сразу смог «попасть в вену» и обеспечить внутривенный доступ.

Дело в том, что вены практически не были видны. На фоне выраженного обезвоживания периферический венозный доступ был затруднён. Только благодаря опыту и профессиональной интуиции фельдшера удалось избежать дополнительных неудобств и боли, связанных с многократными попытками попасть в вену.

После начала внутривенного введения препаратов напряжение родственников стало немного спадать. Видимо, в их понимании было так: раз помощь начата, значит, дальше вот так, потихоньку, всё наладится и будет хорошо.

Тогда я попросил дочь пациентки дать мне для дополнительного ознакомления выписки, последние анализы и заключения инструментальных исследований, а также заключение мульт-

тидисциплинарной группы. Быстро ознакомившись с документами, я ещё раз убедился, что онкологическое заболевание находилось в терминальной стадии, состояние пациентки было крайне тяжёлым, а происходившее ухудшение – не случайностью, а закономерным следствием течения болезни.

Чтобы не проводить морально тяжёлый для родственников разговор рядом с самой пациенткой, я попросил их пройти со мной в другую комнату под предлогом того, что мне нужно написать рекомендации и подробно объяснить назначения. Фельдшер остался на своём боевом посту рядом с умирающей больной, как всегда, поняв всё без слов.

Дочь пациентки, уже предчувствуя, что это будет непростой разговор, провела меня и своего всё ещё немного недоумевающего брата на кухню.

Видя, насколько дети пациентки не готовы к восприятию реальности, я в максимально падающей форме начал объяснять им, что происходит с их матерью.

Начал с самого начала: с изначально тяжёлого состояния, позднего выявления распространённого онкологического заболевания и той терапии, которую она получала. Лечение носило паллиативный характер. В данном случае противоопухолевая терапия изначально не предполагала излечения, а была направлена на сдерживание заболевания, уменьшение его проявлений, облегчение симптомов и, насколько это возможно, продление жизни.

В ходе этой своеобразной психотерапевтической беседы я старался в доступной и понятной форме, с сопереживанием и пониманием эмоционального состояния взрослых детей умирающей женщины, объяснить причинно-следственные связи между тяжестью её состояния, течением неизлечимой болезни и прогнозом. Объяснить самое тяжёлое: от этой болезни умирают – и сейчас это уже происходит с их мамой.

Пациентка несколько недель была прикована к кровати, но до этого дня её состояние оставалось относительно стабильным: не было настолько выраженной заторможенности сознания и сильной одышки. Теперь компенсаторные возможности организма практически исчерпались. Нарушения жизненно важных функций становились всё тяжелее.

Неизлечимо больная, истощённая и измождённая женщина была пока ещё жива, но это уже была не жизнь – это было умирание.

Понимание реальной ситуации не пришло к её взрослым детям внезапно. К концу разговора сын пациентки всё ещё надеялся на госпитализацию матери в отделение реанимации.

Мне уже не пришлось в очередной раз подробно объяснять, что возможности интенсивной терапии в такой ситуации крайне ограничены и что дополнительные агрессивные вмешательства не способны устранить причину происходящего – терминальную стадию неизлечимой болезни. Теперь главной целью помощи становилось не продление процесса умирания любой ценой, а максимально возможное облегчение состояния пациентки.

Видимо, у сестры изначально было более критичное видение происходящего, и она уже всё поняла. Сначала она горько заплакала, потом взяла себя в руки и поблагодарила меня за непростой разговор. Она сказала, что никто из врачей до сих пор не объяснял им их тяжёлую ситуацию. Поэтому и сама больная, и её взрослые дети продолжали считать, что всё ещё обрзается, что мама ещё сможет побороться и пожить.

Сестра сказала брату, что они никуда не будут госпитализироваться и сделают всё возможное, чтобы облегчить состояние мамы дома. Сказано это было так, что становилось понятно: возражений быть не может.

И на самом деле выбор теперь был совсем о другом. Не между «лечить» и «не лечить», а между попытками продолжать агрессивные медицинские вмешательства и помощью, направленной прежде всего на облегчение страданий и сохранение максимально возможного комфорта умирающего человека.

После разговора я вместе с дочерью и сыном пациентки вернулся к фельдшеру. Он доложил, что, несмотря на проведённое лечение, давление значимо не поднялось, хотя пульс и дыхание стали несколько ровнее.

Увидев заплаканные, но уже спокойные глаза дочери и понурый вид сына – возможно, он ещё не мог до конца принять то, что так быстро для него произошло, – фельдшер спросил меня, будем ли мы ещё что-нибудь из препаратов подключать к внутривенным вливаниям.

Я сказал, что нет, не будем и что нужно «выходить из вены». Дальнейшие препараты при необходимости можно будет вводить другим, менее обременительным для пациентки способом.

Видимо, ко всему прочему, «выходить из такой сложной вены» фельдшеру не хотелось. Он прекрасно понимал, какой филигранной точности и какого мастерства потребовалось, чтобы в неё «войти». Но указания были получены, продолжать внутривенные вмешательства необходимости уже не было, поэтому он, сетуя на своё промедление, всё-таки «вышел из вены».

Попрощавшись и пожелав родным крепиться, мы покинули этот дом, где отчаяние и боль отрицания сменились принятием и умиротворением.

Горе никуда не ушло. Просто оно стало тихим и спокойным, как неизбежность ненастья, к которому ты уже подготовился.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.