



РАЗИЯ ВОЛОХОВА

НИ- КОГ- ДА НЕ РАЗГОВАРИВАЙТЕ С РЕАНИМАТОЛОГОМ

Реанимационное отделение —
последний рубеж борьбы
за жизни людей. Здесь не место
для сомнений и сантиментов.

Разия Ю. Волохова
Никогда не разговаривайте
с реаниматологом
Серия «Врачебные повести»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=67876713

*Никогда не разговаривайте с реаниматологом. / Волохова, Разия: Якуз-Каталог; Москва ; 2022
ISBN 978-5-00155-422-6*

Аннотация

Когда захлопываются двери реанимационного отделения, для обычных людей остается только мрак. Нет большего страха, чем неизвестность. Особенно, когда это касается здоровья близких. Непонятная терминология, сложные названия препаратов и неизвестные процедуры вселяют страх даже больше, чем сама болезнь.

В книге автор – практикующий врач-реаниматолог – рассказывает о внутреннем устройстве реанимационного отделения и о том, что таится за скупыми комментариями врачей. Разия Волохова доступно рассказывает о самых частых (и удивительно редких) диагнозах, с которыми попадают в отделение. О врачах, медицинском персонале и самих пациентах – главных действующих лицах.

Автор не только говорит о лечении, но и о том, как избежать последствий бездействия больных и их близких, с которым в реанимации сталкиваются парадоксально часто.

Содержание

Пролог	7
Часть 1	13
Глава 1	14
Глава 2	18
Глава 3	30
Глава 4	35
Глава 5	46
Глава 6	50
Глава 7	53
Глава 8	66
Часть 2	89
Глава 9	90
Немного теории	90
Как можно заразиться	94
Диагностика	95
Выбор лечения	97
На что стоит обратить внимание	100
Как это происходит в реальности	104
Глава 10	142
Немного теории	142
Как накормить мозг?	145
Гипогликемия	150
Поздние осложнения	151

Как это выглядит в реальности
Конец ознакомительного фрагмента.

157

163

Разия Волохова

Никогда не разговаривайте с реаниматологом



© Волохова. Р. Ю., 2021

© Герова К. И., илл., 2021

© ООО «Яуза-каталог», 2022

Реанимационное отделение – последний рубеж борьбы за жизни людей. Здесь не место для сомнений и сантиментов.

Пролог



Я долго не могла понять, кого этот больной мне напоминает. Наконец, сообразила – Винни-Пуха.

Круглый, практически без шеи – этакая головогрудь – с щекастым добродушным лицом. Он сидел в кровати, пыхтел совсем как герой мультика, багровосинюшный со свинцово-серыми губами. Типичный пиквик, такой, каким его описал Диккенс – мужчина с ожирением, хронической обструктивной болезнью легких, засыпающий посреди разговора. Кроме неудачной конституции он имеет и крайне неудачный трудовой анамнез: что-то со сваркой, гальванизацией и парами всяких повреждающих легкие пакостей. Утверждает, что тяжело дышать стало только неделю назад, хотя и внешний вид, и анализы просто кричат о том, что пыхтит он давно, а сейчас к «просто пыхтению» присоединилась выраженная бронхообструкция.

Конечно, вылечить ожирение или же фиброз легких, честно заработанный за десятилетия на вредном производстве, мы не в силах. Можно немного расширить бронхи и сделать менее вязкой мокроту, чтобы он смог ее откашлять. Помочь перегруженным правым отделам сердца. Не дать образоваться тромбам. И кислороду добавить. Собственно говоря, это все.

Его положили в блок с самыми тяжелыми терапевтиче-

скими больными: сепсисами на ИВЛ, терминальными циррозами печени и просто лежащими пожилыми пациентами с воспалением легких. Он увлеченно дышал небулайзером (аппарат, создающий из лекарства туман, проникающий глубоко в бронхи – такую штучковину он увидел впервые), сбрасывал кислородную маску (мешает) и с интересом смотрел, как я учу дышать бабушку (после двух недель искусственной вентиляции легких), удаляю мокроту из дыхательных путей другой бабушки, уговариваю не буянить цирротика с низким давлением – не может сам ложку удержать, но рвется выписаться домой под расписку – и объясняю уставшей медсестре, что у меня от ее ругани на всех окружающих сейчас случится судорожный припадок.

Когда он смог поспать лежа и произнести больше пяти слов без одышки, то позвал меня и... начал говорить комплименты. Про то, какие мы здесь все добрые, что мы ангелы, спасающие людей, и какой от нас исходит свет. И как ему повезло, что мы его лечим.

Поймите правильно: сначала ему не давала заснуть одышка, потом беготня вокруг – туча новых больных, кровотечения, реанимации, персонал носится, больные буянят, умирают, блюют кровью, их привязывают, вводят в наркоз, во все места засовывают катетеры, трубки и эндоскопы. Свет горит, каталки гремят, речи участников становятся все цветистее и цветистее. Нормальный человек разразился бы жалобами на врачей-убийц и садистов и потребовал бы избавления от

этого ада где-нибудь в недрах терапевтического отделения. А мой Винни-Пух увидел не ад с чертями, а ангелов и спасаемых ими болящих.

Через день я провожала его в отделение. Он опять рассыпался в комплиментах, а на мое «прощайте и больше не возвращайтесь» сначала оторопел, а потом сообразил, что это я желаю ему больше не болеть так сильно. Пообещал навесить, когда выздоровеет.

И вот каталку уже увезли, а в палате еще светилась добрая улыбка синего Винни-Пуха.

* * *

Это книга про пациентов и для них. Цель ее – успокоить, а иногда напугать, развлечь, объяснить, что важно, а что не очень, когда возможна тактика «полежи и все пройдет», а когда само уже точно не пройдет и надо сдаваться врачам.

Нет ничего приятней, чем обсудить интересный случай с коллегами – это факт. Но тем не менее я пишу далеко не только и не столько для врачей.

Мне не нравится закрытость нашей профессии, особенно – «тяжелых» отделений, вроде того, где работаю я. Закрытость, отсутствие информации, изоляция порождают мифы и зачастую это мифы о врачах-убийцах. Снобизм, нежелание разъяснять происходящее пациенту или его родственнику, разговоры на тему «вы все равно ничего не поймете», на мой

взгляд, есть прямая провокация недоверия и конфликта, ибо «молчит, значит, есть, что скрывать». Практически все, что бывает важно для больного или его близкого, можно и нужно разъяснять «на пальцах».

Я искренне считаю, что реанимация должна перестать быть чем-то скрытым, ужасающим и мифологизированным. Моя бы воля, врачи реанимации работали бы в помещениях со стеклянными стенами, так, чтобы любой мог подойти, посмотреть, и чтобы рядом всегда находился кто-то, готовый объяснить, что там происходит. Чтобы перестали рассматривать наше отделение как храм смерти или как чистилище и увидели бы в нас людей, лечащих очень тяжелых больных. Иногда успешно, иногда нет. Не богов и не маньяков, но просто людей, делающих свою работу, интересную и тяжелую. От нас зависит многое, но не все. Не меньше зависит от самого человека, а остальное – от высших сил, в кого бы мы не верили.

Мне хочется показать нашу специальность во всей ее неоднозначности: что в нашей власти, а что нет, где ошибки случаются, а где ошибиться невозможно, что рутина, а что удивляет. Что приносит радость. Какие бывают ежедневные чудеса и какие провалы. Что мы вообще делаем с пациентами, как мы их лечим.

Я убеждена, что только открытость, только готовность показать и объяснить могут разрушить эту стену взаимного недоверия и отторжения, легко переходящих в ненависть,

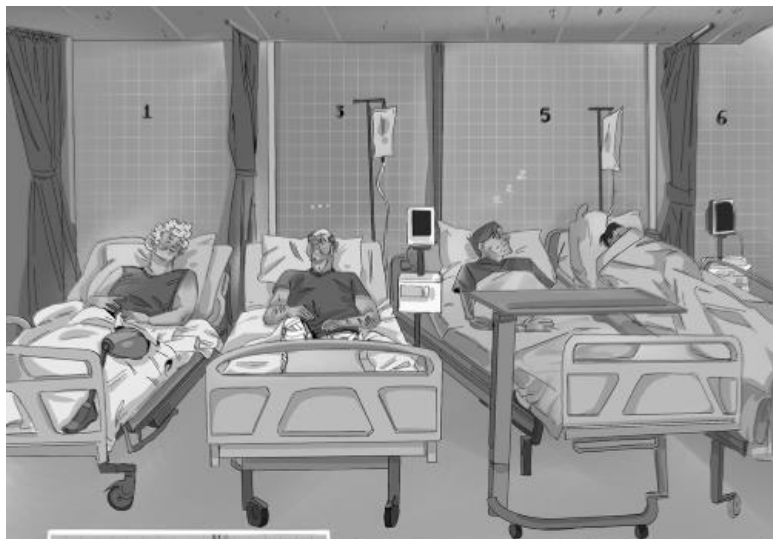
которую так тщательно строят любители кастовых отношений.

Если мои рассказы помогут хоть кому-то сменить ужас перед реаниматологом на доверие, значит, они были написаны не зря.

Но сначала давайте познакомимся.

Часть 1

Знакомство



Глава 1

Про пациентов

Дано: скорпомощная больница, блок общей реанимации на 24 койки.

Специфика: отделены от анестезиологии, нет роддома и детства, инфаркты и инсульты – в самостоятельных отделениях. Все остальное – есть. Плюс слово «скорпомощная» в названии подразумевает, что привезти могут все, что угодно. Например, двухлетнего ребенка, умирающего от свиного гриппа, со словами «дальше не доедем». 24 койки – понятие о-о-очень растяжимое. До 45 точно, а в особых случаях и до 50.

Давайте зайдем внутрь. Вот, наденьте шапку-невидимку, без нее вас не пропустят. Сначала вас поразит постоянное движение, по хаотичности чем-то напоминающее броуновское. Врачи-медсестры-санитарки-больные-аппараты-мониторы. Однако, в этом хаосе присутствует строгий порядок. Пройдемся по блоку. Видите, пациенты все в трубочках, по которым капают-стекают разного цвета жидкости. Трубочек может быть... да сколько угодно. И цвет жидкостей тоже разнообразный – от белого до черного, через красный и зеленый. Так вот, это хирургические больные. Кстати, хирургическим здесь назовут любого больного, лечащий врач которого способен хотя бы в теории схватиться за скальпель.

ЛОР, урология, гинекология... Тут всегда много хирургов: обходы, дежурные, лечащие... Дело в том, что хирург, прооперировавший больного или даже только собирающийся это сделать, кровно заинтересован в его, этого больного, благополучии. Так что хоть пару раз за сутки да навестит. Вот и создается постоянная циркуляция.

Чуть дальше – более спокойный отсек. Шуршат аппараты, мерцают мониторы. Капают только капельницы и дозаторы. Это терапия. Тут пневмонии, комы, вызванные неясными или вполне ясными причинами, астмы и прочие болезни легких, сепсисы, диабет, аллергии. Лекарственные гипотонии (когда дедушке с головокружением доброхоты в рот пригоршню нитроглицерина сунут, вот здесь этот дед и очнется). Терапевты сюда ходят редко: утром на обход, чтобы узнать, кого к ним сегодня привезут, да дежурный, осмотреть больных, миновавших его объятия в приемном отделении. В отдельном отсеке – «апельсинчики». Так здесь называют циррозы печени, алкогольные по большей части. Они, конечно, формально циркулируют от терапевтов к хирургам и обратно, в зависимости от того, есть кровотечение или пока прекратилось. Но практичнее собрать их всех вместе, чтобы... не пугать тех больных, которые осознают окружающий мир.

Дальше – бабушки. Нет, не по половому и даже не совсем по возрастному признаку. Просто в этом отсеке лежат пожилые люди, с которыми не справляются в отделениях. Вы же слышали, что пожилой человек в больнице, в незнакомой

обстановке, сходит с ума? Так вот – это правда. Сенильный психоз называется.

И если родственники не обеспечат присмотр (сами ли, наняв ли сиделку), много шансов, что пожилой пациент окажется здесь. Здесь его мягко фиксируют, успокоят всякими лекарствами и покажут психиатру. Тот покачает головой, вздыхает о недоступности психосоматики и назначит лечение. И будет пациент у нас лежать, пока или сам не придет в чувство, или родственники не согласятся забрать больного домой.

Дальше, за бабушками, инфекционный бокс. Туда кладут открытые формы туберкулеза (выявляем с частотой раз в неделю), гриппы и более экзотические инфекции.

Совсем отдельный отсек – алкоголики. Да-да. А куда их прикажете девать? Вытрезвители отменили. В приемном отделении можно уложить спать только самых благонадежных. А потом, они ведь тоже болеют и почаше остальных. И пить от этого не бросают. Атмосфера здесь суровая. Охранник, всегда готовый тревожной кнопкой вызвать подмогу из приемника, медсестра и санитарка, выходящие из блока строго по очереди. От галлюцинаций наших подопечных вполне с ума можно сойти, зато реально излечиваешься от жалости к субъектам с «тяжелыми жизненными обстоятельствами», особенно, когда видишь одно и то же лицо с регулярностью раз в месяц.

Вот вроде и все о пациентах. Мы же о врачах собирались

поговорить?

Глава 2

Про реаниматологов

Врачи бывают разные. Чур, не пугаться. Разные-то разные, но для стандартных этого отделения ситуаций существуют определенные алгоритмы действий. И врач всегда будет их придерживаться, иначе просто не будет здесь работать. Кстати, это моя теория: каждое лечебное заведение имеет тех врачей, которых заслуживает. Так что не надо выбирать реаниматолога, выбирайте больницу, а лучше вообще не попадайте в ситуацию выбора.

Итак, чем же они различаются?

Первый критерий – каких пациентов выбирают. Да-да, возможность выбора обычно есть, что прекрасно. Дальше – впечатления пациента после выписки, буде таковая случится. И третье – поведение во внештатных ситуациях.

Зайдем в ординаторскую. Видите врача в колпаке набекрень за столом с городским и местным телефонами? В одной руке телефонная трубка, в другой – смартфон, в котором он лихорадочно копается, скорее всего, в медицинской библиотеке. Это тип первый, я бы его назвала «Заноза-в-заднице». Реаниматолог по призванию, часто довольно молодой, хотя определенный опыт уже есть.

Обожает «Доктора Хауса» и «Медицинские расследования». Будет брать пациентов самых тяжелых и неясных,

проводить сложный диагностический поиск (вместо тех, кому этим положено заниматься), спасти до последнего, до воплей медсестер: «Отпусти уж больного, садист!» Обожают, когда пациентов валом. Легкие пациенты увидят его издали, они ему неинтересны, их он предоставит медсестрам. Рядом с неясным проведет столько времени, сколько потребуется для прояснения ситуации. С тяжелым... я уже объяснила. Впечатление пациентов: «Ничего не понял, но зато вроде жив». Во внештатной ситуации вынесет всем мозг, но добьется своего. Например, больной кровит, а хирург не хочет этого признавать и вообще занят. «Заноза-в-заднице» достанет из-под земли либо хирурга, либо его начальника. Возможно, спасет пациенту жизнь. А возможно, прав окажется хирург. С опытом частота первых случаев будет возрастать и к седым волосам на его вызов хирург будет бежать, на ходу дожевывая бутерброд или стаскивая окровавленные перчатки. Но до этого счастливого момента «Заноза-в-заднице» выпьет тонны невинной хирургической крови. Другой пример – пациент не по профилю, нуждающийся в специалисте, которого в больнице нет. О, тут наш «Заноза-в-заднице» развернется. Я наблюдала, как такой товарищ пригнал на консультацию посреди ночи бригаду офтальмологов для пациентки с переломом глазницы. После того, как ответственный администратор был послан дежурным по городу... в общем, ему было предложено перезвонить завтра.

Тип второй мы поищем в блоке. Видите доктора в свеже-

замызганном халате? Вон того, с перевязочным столиком, он еще больному повязку на глазах меняет, а потом пойдет убирать мокроту из трубки у его соседа на аппарате ИВЛ, а с больным в сознании поговорит, еще раз проверит дренажи и поправит подушку? Это «Мамочка». Совсем не обязательно женщина. Тоже любит тяжелых, но, желательно, ясных пациентов. Все дежурство проводит в блоке: перевязывает, санирует, обрабатывает, может даже массаж сделать. Про пациента говорит «мы»: «мы посидели», «у нас по дренажу 200 мл». Пациенты от такого врача в восторге. Медсестры тоже, так как «Мамочка» делает половину их работы. Идеальный расклад – 5–6 тяжелых больных, которых «Мамочка» будет вылизывать, как кошка котят. Если больше – будет печалиться, что котят недовылизаны. «Мамочка» искренне уверен, что в его отсутствие в блоке все аппараты встанут, процедуры прекратятся, зонды повьелетают, а за дренажами никто смотреть не будет. И действительно, не будет, так как сестры привыкли, что «Мамочка» за всем следит сам. В ситуации с хирургом и кровотечением, скорее всего, хирург придет на первый зов, потому что доверяет «Мамочке» больше всех. Но если он упертый, то «Мамочка» все аккуратно запишет в историю болезни и начнет лечение кровотечения. Потом опять вызовет хирурга и опять все запишет. Ошибается «Мамочка» куда реже, чем «Заноза-в-заднице», так что хирург на второй зов уж точно придет. Пациент не по профилю будет воспринят как свой, его также будут всячески

выхаживать, но добиваться чего-то, помимо расписанного в алгоритмах, «Мамочка» не станет.

Вернемся в ординаторскую. Видите врача в углу, спокойно пишущего истории болезни? С кружкой чая и бутербродом с салом? Это «Выгоревший». Очень опытный врач. Часто бывший «Заноза-в-заднице». Предпочитает больных, не требующих суеты: терапия, бабушки. Алкоголиками брезгует. Знает и умеет зачастую намного больше остальных. Но... делает все строго согласно принятым в этой больнице алгоритмам. Не видит хирург кровотечения? Хорошо, так и запишем. Отказали в консультации? Значит, отказали. К больным внимателен, но проводит с ними только необходимое время. Больные считают его равнодушным, тем не менее, он очень надежен и ошибок почти не делает. Все истории и прочая макулатура у него оформлены так, что не прикопаешься. Четко видит границы своих возможностей и не пытается их перешагнуть, в отличие от «Занозы-в-заднице» и «Мамочки», которые за своих больных и в клочки порвать могут.

Почему реаниматологи выгорают? Вовсе не от отношения начальства или пациентов. Просто каждые сутки в отделении происходят смерти. Одна или пять-шесть, как звезды сложатся. Где-то была чья-то вина, но чаще – нет. Сколько смен в год? Сколько больных теряешь? Да, вытаскиваешь в разы больше. Но так уж устроен человеческий мозг: выжившие, они ведь в общем-то сами выжили, а этих ты потерял. Только немного отстранившись, понимаешь, насколько это

все выжигает. Поэтому невыгоревших реаниматологов старше определенного возраста встретить довольно сложно.

* * *

Расскажу, как это было со мной. Как-то мне это все при-
виделось в новогоднюю ночь.

Десять вечера. Я иду домой с работы, куда меня выдернули утром, прямо от выпекания пряничного домика. Ухудшилась пациентка, которую уже месяц вытаскивали всей больницей. И, казалось бы, вытащили. Сначала тяжеленная пневмония, похоже, в исходе вирусной инфекции. Через пару дней – поражение сердца, ситуация, когда сердце практически забывает, что оно – насос. Несколько дней на лево-симендане (препарат, увеличивающий силу сокращения миокарда). Вытащили, стабилизировали, сняли с ИВЛ. Перевели в пульмонологию. Оттуда – снова к нам с одышкой. Опять стабилизировали, перевели, и через несколько дней она резко ухудшается. Как любят формулировать в «Докторе Хаусе»: «У вас печень отказывает!» Боль и вздутие живота, повышение печеночных ферментов, жидкость везде, где только можно. Я честно ехала делать плазмаферез.

Приезжаю, пациентка уже на ИВЛ, а в кровь не сворачивается. Вообще. Плазмаферез, естественно, откладывается, переливаем плазму и факторы свертывания, вызываем выездные бригады трансфузиологов и врача отделения эндо-

токсикозов из Склифа. Пациентка стремительно ухудшается, вокруг бегают ее родня – тоже врачи, из другого стационара, с угрозами – «вас тут всех посадят!» Обвинениями – «это все ваши антибиотики!» И требованиями немедленно делать плазмаферез. Выгнать я их, конечно, могу, просто вызвав охрану: все границы они уже перешли. Но никуда не деться от простого факта, что пациентка умирает. Ну выгодно я их и вместо обвинений в том, что спасаем недостаточно активно, появятся обвинения в том, что просто убили. И вообще, я искренне считаю, что рядом с умирающим должны быть близкие. Так что сознательно позволяю делать из моей бедной головы сливной бочок.

Все закончилось меньше чем за сутки. Мы успели перелить три литра плазмы и безумное количество факторов свертывания, а параметры коагулограммы так и не определились. Трансфузиолог-консультант порассуждала о роли печени в свертывании крови и посоветовала продолжить переливание плазмы. Сделали КТ – огромная печень (это и при пальпации было понятно, печень росла чуть ли не на сантиметр в час) и жидкость везде. Успели, кстати, сделать плазмообмен – полтора литра. Практически перед смертью.

И вот 31 декабря, 10 вечера, я иду домой совершенно разбитая, в спину мне летят проклятия родственников.

И такие мысли приходят. Смертность в скорпомощной реанимации 25–30 %. Практически каждый третий. Часть из них – это изначально умирающие, наше дело просто обеспе-

читать банальный комфорт. А за остальных мы вступаем вот в такую битву, которую в итоге проигрываем. Если выигрываем, то это уже остальные 70 %. И кажется, что из каждой такой проигранной схватки вырастает дементор (привет Гарри Поттеру!), который банально высасывает все, что положено высасывать дементору: силу, надежду, ощущение осмысленности происходящего. С каждым разом дементоры все сильнее, а патронусы... внутри больницы их просто нет. То есть не происходит ничего хорошего, что могло бы перевесить. Да, большинство все-таки выздоравливают. Так и должно быть, в этом нет ничего особенного. Вне работы, в семье – сколько можно тащить из семьи, она тоже не универсальная батарейка.

В общем, патронусы истощаются и гаснут. И все. И никому этого не объяснишь. Дальше вспоминайте все банальности про «знали-куда-шли», «клятву-гиппократу» и «вы-живете-за-наш-счет».

* * *

Вернемся к нашей компании в ординаторской.

Вот сидит доктор, просто заваленный историями болезней, в которые он клеивает явно одинаковые дневники. Это «Зарабатывающий». Нет, речь не о взятках, хотя благодарность он возьмет скорее, чем любой другой. Это реаниматолог, работающий сразу в нескольких местах, так, что с од-

них суток сразу бежит на другие. Семью ли так усиленно кормит, кредиты ли отдает, не важно. Его цель – успеть поспать. Так что он возьмет всех пациентов, с которыми не нужно особо возиться: бабушек и алкоголиков. Остальные врачи счастливы дежурить именно с ним. Также его обожают родственники алкоголиков: поговорит ласково, сочувственно (остальные будут более сдержаны, потому как таких пациентов крайне не любят, а родственникам сочувствуют, но искренне не понимают, почему те сидят здесь, а не празднуют дома). Кроме того, возьмет деньги и даже их отработает, то есть пообщается с пациентом, объяснит, что спасает его из всех сил, а перед уходом с суток скажет: «До свидания!» Для алкоголиков этот доктор – лучший, так как не воспринимает их как божье наказание. «Зарабатывающий» благодарен алкоголикам за простоту и в ответ относится к ним по-человечески. Именно он увидит за делирием внутричерепную гематому, а у пациента в «просто алкогольной коме» возьмет анализы на токсикологию и обнаружит препарат, который добавляют в алкоголь с целью ограбления.

И самая невозможная разновидность – «Новичок». В нашей бригаде его нет, и слава Богу. Нет, «Новичок» «Новичку» рознь. Есть такие, которые понимают предел своих возможностей, быстро всему учатся, осознают, что, пока они учатся, массу работы старшие товарищи делают за них. С этими жить можно. Постепенно они вырастают в «Занозу-в-заднице», «Мамочек», а может, сразу в «Зарабатывающих».

Но вот бывают индивидуумы, которые после ординатуры, зачастую в какой-нибудь плановой анестезиологии, считают себя крутыми реаниматологами. «Новичками» же могут оказаться и вполне взрослые дяди (тети – реже, они вообще самокритичнее) из заведений с другой спецификой. Они как-то не сразу понимают, куда попали и что учиться надо зачастую с нуля. И нарушают все негласные правила: не знаешь – спроси; не умеешь, сомневаешься – позови на помощь. Они ковыряются с больными в одиночестве, и чего они там наковыряют, один Бог знает. Как-то прибегает в ординаторскую медсестра с вытаращенными от ужаса глазами: «Доктора! Срочно в блок! Там ваш Славик больного переинтубирует, тот уже весь синий!» Больного отбили, раз дышали, Славика отправили лечить алкоголиков пожизненно, то есть пока он сам не понял, что выбрал не ту область деятельности.

Есть еще масса других разновидностей реаниматологов, как, впрочем, и других врачей. Но в скорпомощной реанимации почему-то выживают именно эти. Остальные, проработав несколько месяцев, убегают с воплем: «Нафиг! Нафиг!» А наша четверка остается, невзирая на все непогоды.

И в заключение – почему мне захотелось это рассказать. Вот только что произошел катаклизм. Пациент умер от кровотечения практически на операционном столе (если вы думаете, что такое можно замять, вы думаете неправильно). Реаниматолог, настоящий «Мамочка», едва взглянув на больного, сразу увидел признаки тяжелого кровотечения, позвал

хирурга и начал лечить. Хирург не поверил. Потом еще раз не поверил (кто ж знал, что он идиот?). За это время реаниматолог влил в больного все, что было, из-под земли добыл то, чего не было, и тоже влил. Потом из-под земли же добыл начальника того хирурга. Больной оказался на операционном столе через два часа и оказалось, что все эти два часа вливаемое в три вены свободно вытекало через дырку в артерии. Комиссия, разбор, вердикт: уволить всех участников, то есть хирурга, анестезиолога и реаниматолога. Вот и не стало в отделении самой чудесной «Мамочки». А за ним ушли еще трое, далеко не «Выгоревшие». Теперь на сутки на все хозяйство (24 койки, зачастую растянутые до 45) остаются два врача. Что дальше? «Заноза-в-заднице», пытаюсь спасти тучу тяжелых больных, совсем перестанет обращать внимание на легких и однажды что-нибудь да пропустит. «Мамочка» уйдет сам, просто потому что двадцать не-обихоженных как следует пациентов причиняют ему почти физические страдания. «Выгоревший» уйдет со словами: «задолбался!». А «Зарабатывающий» найдет себе более спокойный способ заработка. И начнут в отделении циркулировать «Новички», разбегающиеся через пару месяцев работы с криком: «нафиг! Нафиг!» Помните теорию: каждое лечебное заведение имеет тех врачей, которых заслуживает?

Умирает коллега. Совсем не старый, 60 лет. На работе упал на койку. Давление 260. Инсульт. Сразу перевели в сосудистый центр, вытащили тромб. Все равно рука-нога неподвижны, речь нарушена. Перевели в реабилитационный центр, вроде положительная динамика. Но опять скачок давления и повторный инсульт. Теперь уже с нарушением всех функций.

Помню его столько, сколько работаю в реанимации. Он там был всегда. И все самые тяжелые пациенты были его. Он был лицом и символом. Именно его просили приглядеть за... и всегда получали помощь.

Несколько лет назад, когда я уходила из той больницы, он тоже собирался уходить, но не на другую работу, а на покой. Дача, семья, взрослый сын – тоже врач – вот-вот женится. Но не ушел. И дождался...

Мой первый заведующий умер в шестидесятилетием возрасте от четвертого инфаркта. Тоже на работе. Через пару лет пятидесятилетний заведующий кардиореанимации умер от инсульта. Еще один коллега, тоже 50 лет, перенес инсульт, восстановился, а потом чуть не умер от кори, с реанимацией, ИВЛ и все такое. Вспышка кори была в больнице. Сорокалетний коллега уже побывал в сосудистом центре с острым коронарным синдромом. Две совсем молодые коллеги – док-

тор и медсестра – уже пролечены от туберкулеза. С резекциями легкого, годом на больничном и всем прочим. Естественно, никаких профессиональных заболеваний, это не докажешь. Но учитывая, сколько мы общаемся с открытыми формами, место заражения очевидно.

Для своих мы делаем все, что возможно и невозможно. И все равно практически никто не уходит на пенсию. Остаются на посту, пока в 50–60 лет не упадут на койку...

Глава 3

Про разговоры

Бывает, знакомые спрашивают: как разговаривать с реаниматологом, чтобы он сказал всю правду, осознал, что именно этого пациента надо спасти изо всех сил, не утаил информацию об отсутствии лекарств и сказал, что нужно купить. Так вот. Достигнуть этих целей невозможно. Почему – давайте разбираться.

Начнем с первого пункта – когда реаниматолог говорит правду.

С точки зрения реаниматолога, все пациенты делятся на три категории.

Первая – с болезнями не тяжелее насморка, по реанимационным меркам, естественно. Например, пневмония, затрагивающая 1–2 доли из 5 имеющихся. Или аллергия, при которой пациент дышит свободно, с нормальным давлением, кожа у него не слезает, по крайней мере, не вся. Туда же – кровотечение, остановленное хирургом, эндоскопистом или остановившееся самостоятельно после пары доз плазмы, когда пациент вполне себе компенсируется на солевых растворах и не требует эритроцитов и прочих премудростей.

Вторая категория – это реально реанимационные больные, у которых шансов выжить, например, 50/50 или того меньше. К примеру, пневмония 3–5 долей, отек легких, кро-

вопотеря с нарушением свертывания. Сепсис с полиорганной недостаточностью. Панкреонекроз с инфекционно-токсическим шоком. С такими пациентами возятся, над ними шаманят, их тащат и вытаскивают, с ними рядом простаивают сутки напролет, предоставив всю первую категорию медсестрам.

И третья категория – пациенты, у которых шансов выжить нет от слова совсем. Часто это терминальная онкология. Тромбоз артерий брюшной полости с некрозом (гибелью) всего кишечника. Да мало ли что еще. Этим больным облегчают состояние, а после смерти говорят: «вылечился», что означает «отмучился». Никакой иронии, сами себе реаниматологии желают смерти быстрой и легкой, желательно во сне, можно медикаментозном.

Рассмотрим ситуацию самую простую, когда вы сами пациент. И почему-то можете говорить. При любом раскладе вам скажут, что все в порядке. Вот сейчас полечимся, и все станет хорошо. Все разглагольствования про право пациента на информацию работают где-то там, во внешнем мире. Реаниматологи слишком хорошо знает, как влияет настрой пациента на исход болезни. Самая унылая ситуация, когда ты тут бьешься, как рыба об лед, а он просто не хочет жить. Убить такого хочется! Так что все в порядке, а впереди сплошной зашибись. И только уже реально спасенному больному, в дверях, могут тактично так объяснить, что вообще-то он уже почти побывал в лучшем мире. И искренне

пожелают больше сюда не возвращаться.

Ситуация сложнее, когда вы – взволнованный родственник.

Ну вот относится ваш брат, к примеру, к первой категории. Вы можете предположить, что все не так плохо, если реаниматолог выйдет к вам, лихорадочно листая историю болезни. Это значит, что он пациента не помнит. То есть он его принял, дал назначения, а дальше за ним следят сестры. Ну крованула язва. Ну эндоскопист остановил кровотечение. Все хорошо, до утра понаблюдаем, завтра – в отделение. Думаете, вот прямо это реаниматолог вам и расскажет? Ага! А если за ночь еще крованет? А зонд сместится и вовремя никто ничего не заметит. А в лаборатории прибор глюкнет и снижение гемоглобина не покажет. А когда все выяснится, то накровит уже два литра, его возьмут на стол, а плазмы и эритроцитарной массы нужных не окажется, и пока их привезут, уже будет ДВС (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, осложняет, в числе прочего, тяжелые кровопотери), и ничего не срастается, швы разойдутся, и будем мы потом долго и мучительно лечить перитонит... А кто будет виноват? Тот самый реаниматолог, который заверил родственников, что все будет хорошо. Так что пока больной в реанимации – он умирает. И точка. А про все хорошо будем говорить по дороге в отделение. И еще искренне пожелаем этому больному назад не возвращаться. А то всякое бывает.

Или вот еще хлеще, больной из второй категории. К родне такого пациента реаниматолог выйдет, скорее всего, без истории болезни в руках, потому что все ее содержание он и так помнит наизусть. И скажет, что все плохо и шансов почти нет. Лечим, боремся, но мы не всемогущи. Хороший признак, если он скажет «без ухудшения», «небольшая положительная динамика», «тенденция к стабилизации». Большого вы от него не добьетесь, хоть нож к горлу приставьте.

И только про больного третьей категории вам скажут чистую правду: «Больной incurable (неизлечимый), проводится симптоматическая терапия». Что значит: «Больной умирает, а мы облегчаем его страдания».

К больному третьей категории вас пропустят, скорее всего, в любое время – попрощаться. Это зависит от ситуации в блоке и загруженности персонала, но вообще-то врачи тоже люди и к смерти относятся уважительно. Разрешить постоянно находиться рядом с пациентом второй категории могут только если, с точки зрения реаниматолога, это может подтолкнуть «зависшего между небом и землей» в нужном направлении. К пациенту первой категории вас пропустят на пять минут, а затем попросят выйти. Наобщаетесь завтра-послезавтра в отделении.

Простимулировать реаниматолога «получше спасти» вашего больного невозможно. То есть деньги он может и взять, но лечить будет так, как принято лечить таких пациентов в этом стационаре. То же и относительно лекарств. Не так дав-

но, в период очередного лекарственного голода, один хирург попросил родственника свежeproоперированного больного купить в аптеке анальгин. Родственник доложил об этом в администрацию, и хирург тут же был уволен. Все остальные сделали выводы. Лечим тем, что есть, если нет ничего, лечим лаской. Но родственники об этом никогда не узнают. Им стандартно предложат принести средства гигиены, воду в удобной бутылке, возможно, домашнюю вкусняшку типа бульона в термосе, если пациенту здоровье позволит это съесть.

Мобильный телефон не передадут ни при каких обстоятельствах. И вовсе не потому, что он мешает работе приборов. Не мешает. Просто от наших больных никто разумного поведения не ожидает. Мало ли, куда он может позвонить и кого вызвать...

Итак, при любом раскладе вам скажут, что все плохо, прогнозов здесь не делают, спасают изо всех сил, все лекарства есть. Ваш телефон запишут, но воспользуются им только в случае печального исхода. Свой не дадут и, даже если вы его каким-то образом раздобудете, по телефону скажут только, что пациент жив и находится в отделении.

Так что никогда не разговаривайте с реаниматологом. А лучше всего – никогда с ним не встречайтесь. Ни как пациент, ни как его родственник!

Глава 4

Про медсестер

Рассказать про медсестер мне захотелось после одного случая. Как-то, совершенно случайно, попала я с дочкой в прививочный кабинет в районной поликлинике. Обычно мы прививаемся в ближайшем медицинском центре, но тут позвонила педиатр, сказала, что хочет видеть дочку, был как раз срок прививок, а в поликлинике оказались нужные вакцины. Так совпало.

Подходим к кабинету. Народу никого, мы первые и единственные. В кабинете тетенька в халате и мальчик школьного вида за учебниками (однако, лето!) Тетенька моет руки, не по-хирургически, ну да ладно. Достает ампулы, шприцы, и тут звонит ее мобильник. Она достает его, прижимает ухом и начинает обсуждать проблемы английского языка у своего сына. Набирает вакцины в шприцы, идет к мусорке, открывает ее рукой (хотя там есть педаль), выбрасывает ампулы и направляется к нам. Не прекращая болтать по телефону. Я оторопело прошу ее надеть перчатки. Она пожимает плечами, выполняет мою просьбу, делает уколы (иголки, по ощущению, воткнулись в бедренную кость), причем, вопли дочки ничуть не помешали ее беседе с телефоном. Перекрикивая обеих, я прошу пластырь, так как она, похоже, решила ограничиться только ватой со спиртом. Она опять удивляет-

ся, но просьбу выполняет. Когда мы уходили, телефон еще был прижат к уху. Красному и потному.

Так вот, не знаю, что там написано у нее в сертификате, но на медсестру она не похожа от слова совсем.

Кстати, тот, кто считает, что медсестра это просто недокружок или помощник врача, совсем ничего не понимает в медицине. Отношения врач-медсестра, скорее, напоминают отношения машинист паровоза-кочегар. Машинист – это, конечно, круто, и на нем красивая фуражка, но без кочегара паровоз никуда не поедет. А вот без машиниста – поедет, правда, недалеко и с непредсказуемым результатом.

После такого долгого вступления поговорим о реанимационных медсестрах. Конечно, в сестринском мире они – элита, и сверху вниз на них могут смотреть только медсестры операционные, хотя, на мой вкус, наши девочки намного круче, и сравнивать нечего.

Итак, кто такие медсестры. Если развить метафору про машиниста и кочегара, то, исчезни из отделения все врачи, отделение худо-бедно могло бы продолжить работу. И для некоторых простых болезней даже не выросла бы смертность. Например, приступ астмы, анафилактический шок, диабетическая кома, внебольничная пневмония. При внутрибольничной пневмонии могут быть проблемы с выбором антибиотика, если, конечно, есть, из чего выбирать. Неосложненные послеоперационные больные. Да мало ли еще что. А вот без медсестер отделение не смогло бы рабо-

тать ни минуты. Конечно, врачи и сами могут поставить капельницы и набрать кровь для анализов, могут даже сидеть за постом и следить за мониторами, но, поверьте, их хватит очень ненадолго. Открою страшную тайну, которая на самом деле не тайна для всех, кроме организаторов здравоохранения: чем больше больных приходится на одну медсестру, тем хуже работает отделение. Количество врачей здесь на двадцать пятом месте.

Итак, медсестры – это те, кто в реальности лечит больных. А также отслеживает результаты лечения и доносит их до врачей. А еще – успокаивает буйных, подбадривает упавших духом, проводит всякие санитарно-гигиенические мероприятия, ворочает, перестилает и моет полы. Последние три пункта – работа санитарок, но тех настолько мало, что... но не будем о грустном. Наконец они заполняют кипу бумаг и журналов, вполне сравнимую с врачебной.

Вот привозят пациента. Думаете, врач рванет смотреть-спасать-диагностировать? Ничего подобного. Он подождет, пока медсестра этого больного примет: разденет, уложит на койку, снимет ЭКГ и подключит к монитору, заведет все необходимые катетеры и возьмет анализы. И только после этого позовет врача, рассказав по дороге, что с пациентом и в каком он состоянии. Исключение – требуется немедленная врачебная помощь. Но тогда врача уже будет ждать подготовленный аппарат ИВЛ, дефибриллятор, нужный зонд прочие необходимые в реанимационном хозяйстве

штуки.

Здесь стоит упомянуть еще один бесценный навык реанимационных медсестер: умение быстро оценить ситуацию. Во времена медицинской молодости мне случалось дежурить в режиме два врача на двадцать четыре койки, на которые умещалось по 40—45 больных. Причем в те времена Скорая помощь вообще не понимала, что отделение может быть закрыто. И вот стою я, ошалело глядя на паровозик из каталок, проезжающий мимо меня по направлению к сестринскому посту и в голове одна тупая мысль: «Это все мне?» Тут медсестра берет меня за ручку и подводит к больному с желудочно-кишечным кровотечением, тихо помирающему в хвосте паровозика со словами: «Доктор, давайте займемся этим, а с остальными девочки сами справятся». Пока мы занимались этим, «девочки» периодически подходили с сообщениями: «Астма, на небулайзере раздышался, преднизолона капает столько-то» или «Бабушка, таблеточек от давления переела, гляньте пленку (разворачивает передо мной ЭКГ), дофамин идет с такой-то скоростью». Или просто: «Парочка алкоголиков. Капаются». В общем, мы тогда выжили. Больные, в большинстве своем, тоже.

Итак, пациент принят, врач его осмотрел, дал назначения, медсестра их выполняет. Дальше, если все идет по плану, врач должен осматривать пациента через каждые четыре часа. Хотя, может и не осматривать, ведь медсестра принесет ему все данные о самочувствии, показаниях мониторов, по-

казаниям анализов. Можно строчить дневники, не заглядывая в блок. Конечно, такое возможно только если доверяешь медсестрам абсолютно и во всем. Ситуация, так сказать, идеальная. И вот тут самое время поговорить о том, какие медсестры бывают в реальности.

Опытные реанимационные медсестры (работают больше 10 лет) – золотой фонд любого стационара. Знают и умеют все. Абсолютно надежны. Когда такая сестра на дежурстве, врач может спокойно спать всю ночь. Расскажу байку. Когда мой первый заведующий, царство ему небесное, был молодым и красивым и еще дежурил, он отличался поразительной ленью. Чтобы по ночам не вскакивать, он обучил медсестер всем премудрым врачебным манипуляциям: интубации, работе с аппаратом ИВЛ (они тогда были довольно простые), катетеризации центральной вены, и всему такому. После этого он спокойно заваливался спать в десять вечера, а утром выслушивал отчет: за ночь столько-то реанимаций, из них столько-то успешных, эти на аппарате, этих с аппарата сняли... Это не совсем байка, ибо с теми медсестрами мне довелось поработать.

Шансы, что опытная медсестра наплюет на больных и займется своими делами равны нулю, ибо единственная причина, почему медсестра может столько времени работать в скорпомощной реанимации – это неподдельная любовь к своему делу. Других причин нет ни одной. Такой вот вполне естественный отбор. Кстати, из сказанного никак не следует,

что опытная медсестра – это такая душка, обожающая пациентов. Она может ненавидеть алкоголиков и наркоманов, возмущаться, почему этот идиот три дня сидел дома с болями в животе или, скажем, с кровотечением, или проклинать родственников, которые довели старушку до пролежней во всю спину. Но все это она выскажет в сестринской. А скорее всего, не выскажет, потому что повидала столько, что смутить ее практически невозможно. И она давно смирилась с тем, что две трети ее пациентов идиоты. Но лечить их ей все же нравится.

Молодые медсестры (работают 2–3 года) – уже очень многое умеют. Зачастую не всегда понимают, где заканчивается их зона ответственности и начинается зона ответственности врача. В реанимации эта грань очень тонкая. Еще не пуганные жизнью. Именно такая медсестра может взять кровь из бедренной артерии у больного с нарушением свертываемости крови и потом с изумлением смотреть на гематому в виде семейных трусов. Или взять кровь из вены, в которую капается раствор. И хлопать глазками, наблюдая, как врач носится вокруг больного, пытаясь понять, куда подевался гемоглобин. Или ковыряться мочевым катетером в пациенте с аденомой простаты, пока вместо мочи не польется кровь. Медсестра с хорошими перспективами сделает каждую ошибку по одному разу. С плохими – уйдет после первого вопля врача. Повторно такие ошибки делают только клинические идиоты, а они здесь выживают не дольше пары месяцев.

До состояния «опытные медсестры» дорабатывает примерно четверть. Остальные вовремя понимают, что с уже приобретенными навыками они будут востребованы далеко за пределами скорпомощной реанимации. И что такая работа отнимает их от семьи, что дети видят маму, в лучшем случае, через день, а чем в это время занят муж вообще неизвестно. И что год за полтора в медицинском стаже оборачиваются пятью за год в плане износа организма. В общем, большинство медсестер находят себе работу поспокойнее и правильно делают.

Новички (работают не больше 1 года) – к ним относятся с симпатией и всячески тиранят. Их обучают, за ними присматривают, но за это сваливают на них всю тяжелую работу. Многие не выдерживают и сразу уходят.

Оставшиеся делятся на три вида:

- Будущие «молодые медсестры». Сжимают зубы, терпят и работают. Из всех сил обучаются. Никогда не боятся спросить совета и попросить помощи, даже если знают, что на них рывкнут или обворчат. Потом рыдают в сестринской так, что рывкнувшим становится стыдно. Потом начинают рывкать сами. И становятся частью коллектива.

- Студенты-медики. Обожают врачебные манипуляции, предпочитают работать с врачом и за врача, порой забывая про непосредственные обязанности. Сестры на них обижаются, зато врачи с удовольствием обучают и сваливают на них свою работу.

- Медсестры, которым здесь не место, но от которых почему-то невозможно отделаться.

Работал у нас, например, родственник высокого начальства. Не умел наш старый шеф возражать начальству, а больше выюношу никто не брал. Выюноша жил в своем мире и в наш возвращаться не планировал. Обучаться был неспособен. В общем, его отправили в вечную ссылку в блок с алкоголиками, рассудив, что там-то уж напортачить сложно. Рассудили, как оказалось, неправильно. Как-то прибегает в палату охранник, дежуривший в том блоке (была у нас такая должность, очень полезные и уважаемые люди), с криком: «Доктора, там больные э... того!» Доктора рванули в блок. Зрелище развернулось невиданное: сразу шесть реанимаций. По счастью, не все шестеро совсем остановились, некоторым хватило просто перевода на ИВЛ. Что произошло, нам объяснила врач-лаборант, которая позвонила поинтересоваться, как мы умудрились довести глюкозу в крови пациентов до абсолютного нуля. Оказывается, этот мальчик-мажор добавил в капельницы с глюкозой не по 6 единиц, а по 6 миллилитров инсулина. Если бы не Петя-охранник... Атак алкоголики оказались крепкими ребятами, все как один выжили. После этого случая мальчика отправили работать в рентгенологию. Под возмущенные вопли рентгенологов.

Еще один вариант – медсестры предпенсионного возраста, почему-то решившие доработать до пенсии именно здесь.

Обычно, чьи-то родственники-знакомые. Учиться не хотят, мнят себя профи, хотя до этого реанимационных больных видели только в сериалах. Это реальная беда, потому что с такой медсестрой приходится следить буквально за каждым ее шагом. Какое уж там поспать ночью! Как-то я вырвала из рук медсестры раствор, предназначенный для введения в перидуральный катетер, который она собиралась залить в вену. Мои вытаращенные от ужаса глаза ей не сказали вообще ни о чем, а в ответ на мои разъяснения она с идиотской улыбкой проворковала: «Доктор, ну что вы сердитесь, я же не знала!» Другая дамочка попыталась залить вазелин вместо желудочного зонда в вену. Увидевший это реаниматолог не поседел только потому, что и так был седой. К счастью, в таких случаях медсестры сами умеют создать настолько невыносимую обстановку, что «чья-то родственница» быстро решает дожидаться пенсии в более спокойном месте. Медсестры крайне не любят делать работу за других, а уж воспитывать новичков умеют так, что школьным учителям и не снилось.

Вообще, важно понимать, что медсестра всегда человек привычки. Креатива в ее работе немного, зато четких правил, алгоритмов и дисциплины хоть отбавляй. И на медсестрах сверхнагрузки отражаются куда более пагубно, чем на врачах. Ибо десять реанимационных больных на сестру – это значит, что назначения будут выполнены, а вот на уходе и присмотре сэкономим. Но надо понимать, что для наших пациентов уход и присмотр зачастую важнее лечения. У боль-

ного на ИВЛ не будет убрана мокрота из трахеи, кислород в его крови упадет, а пневмония увеличится в размерах. Хотя, формально, все антибиотики будут введены. Кожу не обработают и вот вам пролежни. Да банально больным в коме лишний раз не обработают рты. Да-да, если человек не глотает, то уже через сутки из его рта появляется очень специфическое амбре. Кстати, опытный врач уже при входе в отделение именно по этому запаху определит, как здесь ухаживают за пациентами. Или при совсем уж плохом раскладе врач, войдя в блок, обнаружит синего пациента с выпавшей интубационной трубкой, орущий монитор и никого рядом. На все врачебные вопли медсестра ответит, что у нее не десять рук и она занята, а когда выпала трубка, она была в соседнем блоке, где пациенты тоже ее. И что тут ответить? Механизма привлечения к ответственности медсестры у нас практически нет. Во всем будет виноват врач. Врач прикроет глаза на неухоженных больных, сам уберет мокроту и обработает, лишний раз зайдет в блок, чтобы проверить, все ли в порядке, и вот у медсестры уже появляется привычка: недоухаживать, недоприсматривать. А на замечания отвечать, что вам надо, вы и делайте. Дальше, если вернуть положенных трех пациентов на сестру, ей уже придется заново привыкать работать как надо. И процесс этот будет сложным, иногда – невозможным. Так что проще набрать новеньких и обучить с нуля, чтобы никакие «и так сойдет» им и в голову не приходили. И подождать лет этак десять.

Так вот, почему та тетенька в прививочном кабинете была совсем не похожа на медсестру? Вернее, она не была похожа на медсестру, работающую в уважающем себя медучреждении. Слишком много дурных привычек. С такими привычками можно работать только там, где позиция руководства. «А кто еще будет работать за такую зарплату?» Жаль, поликлиника в целом мне нравится. Но прививки детям я там делать больше не буду.

Если кто-то из наших девочек перейдет работать в платный медицинский центр, я буду все прививки-сдачи крови делать только там. Но они не переходят. Это сильно ниже их квалификации. Хотя оплачивается, скорее всего, куда лучше. Так что пока мы с ними в одной лодке, что не может не радовать. И да, я за медицину медсестер, а врачи пусть сидят у себя в ординаторских и рассуждают о высоких материях.

Глава 5

Про санитарок

Разговори́лась с очень интересной новой знакомой. Она дефектолог, занимается тяжелыми детьми. В том числе иногда приходится посещать детские дома-интернаты. Она рассказала, насколько выгоревшие там нянечки-санитарки, как они пассивно жестоки: часто смиренная рубашка на весь день, еда из огромной ложки, «глотай быстро!», и все такое. И никаких разговоров. В общем, ужас.

Никого не защищаю, но для меня это был повод задуматься о санитарках. Кто они такие? Понятно, что люди, которые моют все и по несколько раз в день. Ослепительная чистота в любом помещении отделения это их труд. Но это так, считайте – отдых. На них отвоз белья в прачечную, получение еды на пищеблоке и куча всяких других хозяйственных дел. Вдобавок они на побегушках у медсестер: отнести анализы в лабораторию, отнести историю болезни и так далее.

И все-таки главное: они ухаживают за пациентами, моют-перестилают, умывают, причесывают, и по требованию, и по расписанию, кормят, ворочают лежащих, помогают с туалетными делами, сажают, иногда даже книжки читают и разговорами развлекают. Именно санитарка первая обратит внимание на то, что у пациента мало мочи или, наоборот, что стул подозрительно черный. Или что бабушка плохо глотает

и ее пора начинать кормить через зонд.

Кто же идет на такую тяжелую работу? Для Москвы это обычно жительницы дальнего Подмосковья. Дорога до места работы в среднем шесть часов и жестко привязана к электричкам. Что делать, там наши зарплаты – это деньги.

А кто остается? Обычно это женщины – мужчин в этой профессии крайне мало – с очень выраженным материнским инстинктом. Если послушать, что происходит в блоке, не заглядывая внутрь, можно подумать, что в палате милые двух-трехлетние детишки. «Милый... молодец... сейчас все исправим... вот и умница...» Они быстро учатся не обижаться, моментально реагируют на внештатные ситуации, с одного взгляда определяют, чего ждать от пока еще тихо лежащего алкоголика. Есть санитарки с опытом работы по 10–15 лет, причем именно с реанимационными больными. Призвание?

Я видела всякое. И крики, и грубость, и даже рукоприкладство. Как-то я вызвала психиатра к пациентке в тяжеленном психозе, и он выяснил, что ее несколько раз оскорбила санитарка. Видела, как пациент отказывался есть, потому что санитарки материли его при каждой смене памперса. Как могла, выговаривала, даже писала докладные, но это, сами, понимаете, зависит от позиции начальства.

Что хочу сказать. Санитарок в нашей реальности унижают как никого. Во-первых, их низвели до «уборщиков помещений», отобрав дополнительный отпуск, вредность и все прочее, что влияло на зарплату. С точки зрения чиновников от

здравоохранения они вообще ничего не значат.

В правильном отделении заведующий сразу объясняет новенькой санитарке, что:

- Пациент должен сверкать чистотой и благоухать, в каком бы виде он к нам не заехал.
- За малейшие признаки неуважения к пациенту увольнение без всяких разговоров. Даже если это дерущийся дед или безмозглый наркоман. Не справится – пусть зовет сестер и врачей. Но повышать голос не смей.

То же, кстати, в отношении родственников. Они бывают совершенно разные. В случае недовольства в полемику не вступать, звать врача или заведующего.

Но это там, где сестра, врач и заведующий всегда придут и помогут, понимаете? Где санитарка чувствует себя и реально является уважаемым членом команды.

Лично я всегда относилась к их труду не просто с уважением, а где-то с восхищением. Я бы так, наверное, не смогла. И стараюсь им это показать. Сказать спасибо. Заметить, как хорошо ухаживает пациент. Спасибо, что поручение выполнили. Передать шоколадки от родственников. Позже передать привет от выписанного пациента. В хорошем коллективе вообще принято говорить «спасибо!» за хорошую работу, но для санитарок это просто архиважно. Это единственное, что удерживает их от выгорания.

Нет оправдания жестокости к беспомощному. Но если санитарка не имеет ничего, ни достойной зарплаты, ни уваже-

ния к своему тяжеленному труду, сколько она продержится на голом энтузиазме? Если с ней обращаются как с автоматом, то она и станет автоматом. А если у руководителя нет ресурса постоянно и жестко контролировать ее работу, то... сами понимаете.

Вообще же проблема выгорания ухаживающего персонала у нас нигде даже не обозначена, что уж говорить о подходах к ее решению. Выгоревший врач – это плохо. А выгоревшая санитарка – это просто страшно: она может так поменять белье пациенту, которого ты несколько недель вытаскивал с того света, что пациент просто перестанет хотеть жить.

Но тем не менее, никакой механизм не работает сам по себе, увы. Во все надо вкладываться и вкладываться. Грубость и жестокость – верный признак непонимания проблемы тем, кто всем заправляет.

Глава 6

Про страшилки

Разберем несколько бытовых вопросов, которые обычно фигурируют в страшилках про реанимационные отделения.

Пациенты в реанимации обычно раздеты: на груди у них липучки от монитора, под ключицей катетер, в бедре зачистую тоже, почти у всех катетер в уретре, и это еще не считая дренажей у послеоперационных больных. Но! Пациенты всегда прикрыты простыней, обычным одеялом или специальным одеялом с подогревом. Даже если пациент одеяло сбрасывает, медсестра или санитарка обязательно вернет его на место, это делается просто на автомате. Исключение, когда с пациентом проводятся манипуляции, требующие доступа к соответствующим частям тела.

Памперс надевают пациентам, не контролирующим мочеиспускание или дефекацию, коих большинство. Если же пациент полностью в сознании и способен попросить утку-судно, ему всегда помогут им воспользоваться санитарки со всяческими соблюдениями приватности: ширма, прикрыть и т. д. Справедливости ради, таковых немного и санитарки их ценят – не нужно мыть и менять памперс.

* * *

Пациента, которого собирают на операцию, кладут на застеленную простыней каталку уже без памперса, под голову – подушку, а сверху накрывают одеялом. И в таком же виде его возвращает анестезиолог. Неприкрытым пациент не путешествует никогда.

* * *

Сразу скажу про допуск родственников. Их пускают ежедневно в определенные часы, обычно ненадолго, так как медсестрам тяжело в присутствии родственников работать с больными. Но в некоторых случаях мы пускаем близких надолго, чаще всего если пациент в одноместном боксе и муж-жена-взрослый ребенок действительно способен поднять его боевой дух. И нет, родственникам обычно не разрешают ухаживать за больными, максимум покормить, да и то под присмотром. Батюшек и других священников пропускаем в любое время.

За свою рабочую жизнь я видела не меньше 20 реанимационных отделений и везде правила примерно такие, как я описала. Это Москва, но не думаю, чтобы в других ме-

стах взгляды врачей чем-то отличались, с чего бы. Так что, увы, здесь чернухи накопать не удастся. Есть, конечно, масса других спорных моментов, но о них журналисты почему-то знать не хотят.

Глава 7

Про родственников

Поговорим о самой неоднозначной проблеме российских стационаров – о родственниках пациентов. Для врача практически любого отделения родственники – это, с одной стороны, обеспечение поддержки пациента, ухода за ним (да, в наших реалиях уход за лежащими больными не предусмотрен, вернее, для него слабо предусмотрен персонал). С другой стороны, источник всяческих неприятностей в виде жалоб, требований того, что данное заведение предоставить не может, например, консультации стоматолога-дерматолога-окулиста заодно или того же ухода за лежащим больным в виде ежечасного его переворачивания в отделении, где на 90 больных приходится две дежурных медсестры и одна санитарка.

Для врача реанимации проблема ухода, слава Богу, не так актуальна: он у нас налажен, и персонал для этого есть (хотя, конечно, нужно больше, но это уже отдельный вопрос). А вот общение с родственниками – особая область знаний, которую, по-хорошему, надо преподавать медикам с первого курса вместе с анатомией. Пациенты же, ну что пациенты, они получают такую помощь, какая положена при их болезни в данном конкретном лечебном заведении, и выйти за рамки здесь принятого им довольно сложно. То ли дело родствен-

ники! Вот их реакции на происходящее, с одной стороны, разнообразны, с другой – вполне предсказуемы.

С точки зрения врача родственник реанимационного больного – это человек, которого жизнь только что крепко ударила дубиной по голове. Извините за грубую метафору, но она куда точнее отражает ситуацию, чем нейтральное слово «стресс». И да, мне тоже приходилось быть таким родственником реанимационного больного. «Дубина по голове» здесь самое точное. Со всеми вытекающими вполне медицинскими последствиями.

Вот представьте, живет человек не тужит, любит своих близких. Мы же говорим о тех, кто действительно беспокоится о заболевшем родственнике, а не о тех, кто с нетерпением ждет наследства? Вот сидит он, например, дома, смотрит телевизор, и вдруг родной отец-сын-брат —... хватается за живот и его начинает рвать кровью. Или тот же родной отец-сын-брат —... утром жалуется, что вчера что-то не то съел-выпил, и вот сегодня его тошнит и живот побаливает. А вечером приходит человек с работы, а съевший лежит в позе зиготы, часто в луже рвоты, скулит от боли, да и цвет его какой-то нехороший. Человек вызывает Скорую, в памяти всплывают рассказы про злобных врачей, которые обожают умирающих людей оставлять дома или же отправлять домой из приемного отделения больницы своими ногами. А тут врач Скорой, едва взглянув на больного, хватается за смартфон и требует от диспетчера хирургическую реанимацию.

А потом бригада бережно (а не головой по ступенькам!) переносит пациента в машину, предварительно поставив капельницу, а то и две, и с мигалкой, а может быть, и по встрече, мчится в больницу. Атам никакого приемного отделения (где часами умирают, лежа под банкетками – в новостях только вчера показывали!) рысью каталку с больным и капельницами – в реанимацию. И вот обалдевший родственник остается ждать перед закрытой дверью с надписью «Отделение реанимации и интенсивной терапии».

Через какое-то время выходят скоряки, говорят что-то вроде: «Жив. Им сейчас занимаются. Ждите». И человек остается ждать. По-хорошему в этот момент ему следовало бы очутиться в крепких объятиях какого-нибудь кризисного психолога. Ибо он нуждается в помощи не меньше, чем его заболевший близкий. Но это настолько далеко от наших реалий, что и звучит как-то смешно. Так что первым врачом, с которым ему предстоит встретиться, будет именно принявший пациента реаниматолог.

Сначала доктор попросит родственника рассказать, как все произошло, что было до этого и чем больной болел всю предыдущую жизнь. На самом деле, он уже знает анамнез или от самого пациента (если тот в состоянии говорить) или от врача Скорой. Но от родственника он, во-первых, надеется услышать какие-нибудь нюансы, а в-главных, позволить тому хоть немного выговориться. Затем доктор назовет предварительный диагноз и начнет долго (насколько у него

самого хватит времени) и занудно, со множеством непонятных терминов, рассказывать, что уже сделано, что делается, а что в планах. Цель сего монолога простая: успокоить родственника, хоть немного уменьшив в нем количество адреналина, но при этом, не дай Бог, не внушить ему ложной надежды. То есть объяснить, что все плохо, но мы, что можем, делаем, а вы, что могли, уже сделали. Когда зрачки у родственника хоть немного сузятся, дыхание станет пореже, а тремор уменьшится, доктор произнесет финальную фразу: «А теперь идите домой и возвращайтесь завтра с... по... с собой принесите средства гигиены и воду в бутылках. Ваш телефон у нас есть, но звоним мы только в крайнем случае». То есть если не звоним, значит, жив.

Если бы реаниматолог был с родственником в достаточно близких отношениях, чтобы давать личные советы, он бы сказал: «Идите домой, выпейте чаю с чем-нибудь сладким, можно рюмочку алкоголя, ложитесь в кровать, почитайте глупую, но любимую книжку или посмотрите наивный, но успокаивающий фильм. И постарайтесь поспать». Но врач – врач пациента, а не его родственника, поэтому ничего такого не скажет. И родственник побредет домой, весь переполненный мыслями о том, что его близкий может умереть и надо что-то делать. И вот это «делать» может выглядеть по-разному. Он может пойти в храм и помолиться. Может начать обзванивать всех знакомых, имеющих отношение к медицине, с двумя вопросами, что делать и нет ли связей. В итоге,

к следующему утру он, скорее всего, весь разбухнет от противоречивых советов и найдет контакты людей, работающих в этой больнице, а возможно, и в соответствующем департаменте.

А вот на следующий день поведение родственника может быть совсем другим. Он уже частично (но только частично!) пришел в себя и наметил определенный план действий. Намерение дать врачам спокойно делать свою работу в этот план, как правило, не входит. Потому что врачи в сознании современного россиянина – это бездельники, которые без кнута или пряника ничего делать не будут – спасибо нашим СМИ!

Кроме того, он хочет услышать от врача, что все в ажуре, а будет вообще замечательно, больного спасут и он через неделю уже начнет танцевать. А еще он надеется получить номер телефона, по которому можно будет узнать все новости в любое время суток.

У доктора же задача человека успокоить, одновременно отказав в гарантиях и хороших прогнозах. И объяснить, что информацию о пациенте можно получить только одним способом – приехав в больницу, причем в определенные часы.

Вот самые впечатляющие стратегии беседы с врачом:

- «Доктор, умоляю, спасите!» И попытка всучить деньги. Как вариант: «Нате денег, но чтоб все было в порядке». Доктор, скорее всего, откажется. Во-первых, плохая примета, а во-вторых, он не Господь Бог, чтобы раздавать такие обеща-

ния.

- «Доктор, я знаю, как надо, а если вы будете лечить по-другому, то пожалеете». Доктор промолчит, а про себя подумает: «Уже жалею, что вышел». Коллеги рассказывали, как бабушка трехлетней девочки, попавшей в реанимацию с гноем в средостении, требовала от реаниматолога, чтобы тот не назначал антибиотики, так как они вредны для здоровья. А уж родственники диабетиков, на таблетках допрыгавшихся до комы, умоляющие не переводить несчастного на инсулин, вообще классика жанра.

- «Я вас всех тут засужу». Или прибыю. Как-то раз некий горячий мужчина схватил нашего врача за грудки и обещал, если что, замочить. Врач, правда, не будь дураком, ответил: «Ты чего, я же тебя боюсь! У меня вон руки трясутся, а мне сейчас твоему брату подключичный катетер ставить. А вдруг я что-нибудь не то проткну?» В общем, джигит сам же потом этого врача и успокаивал.

- «Доктор, у меня знакомые там-то и там-то, вам позвонят». Возможно, уже позвонили. И позвонившим ответили, что все плохо. Просто на всякий случай.

Все это, конечно, не украшает врачебные будни, но и не очень омрачает. Опытный врач помнит о дубинке, которой жизнь ударила этого человека еще вчера-позавчера-пару дней назад. Идеальный вариант – это когда пациент поправляется, и его через 3–4 дня переводят в отделение. Там любящий родственник наконец-то встретится с причиной сво-

их переживаний и займется конкретными делами: оханием и обниманием, организацией ухода, вынесением мозга персоналу и прочими необходимыми больничными мероприятиями. А пока этот счастливый момент не наступил, реаниматолог постарается хоть чем-то отвлечь родственника от непрерывных размышлений на тему «мой близкий умирает, на врачей надежды нет, надо что-то делать».

Например, можно попросить принести памперсы определенного размера, воду в специальных бутылках с сосками, специальные салфетки, а если больной может есть, то какой-нибудь особый домашний бульон. К сожалению, все это отвлекает родственника ненадолго, и на следующий день он приходит уже с огромной сумищей, наполненной памперсами, бутылками, салфетками и термосами. Раньше существовал беспроегрышный прием – отправить родственника за каким-нибудь дефицитным лекарством (в доинтернетовскую эпоху он усаживался на целый день дома с телефонным справочником, что всем гарантировало передышку), но сейчас такой вариант по понятным причинам невозможен и даже в случае реальной необходимости в каком-то лекарстве родственник об этом узнает последним.

Если пациент задерживается в реанимации на неделю и дольше, у родственника обычно наступает фаза истощения. Нет, он, конечно, продолжает считать, что «врачи бездельники и надо что-то делать», но сил для действий у него почти не остается. Плюс некоторые, перепознакомившись практиче-

ски со всем коллективом с заведующим во главе, приходят к робкому выводу: «А может, они не такие уж убийцы?» Возможно, это вариант стокгольмского синдрома.

Особая категория родственников – родственники хронических больных. Это люди, которых жизнь бьет по голове с определенной регулярностью (это называется хронический стресс и имеет свои фазы; если не лечить может наступить абсолютная декомпенсация или истощение). В итоге, с одной стороны, у них в этом месте уже костная мозоль – они много чего видели и перенесли, с другой – такие удары ни для кого даром не проходят. И определенные личностные изменения есть всегда, никуда от этого не деться.

Тактика общения с врачом у таких родственников зависит, прежде всего, от того, чего, собственно, они от врача хотят. А пожелания могут быть разные. Чтобы пациента подлечили и поскорее выписали. Родственник четко и по делу расскажет, почему случился приступ астмы, чем и в каком количестве больной дышал, какую терапию получает и т. д. Поинтересуется наличием конкретных препаратов, предложит свои. Родственник диабетика расскажет про последние цифры глюкозы, дозы инсулина и что было не так в последние дни. Он встревожен, но уже более-менее привык, в том числе и к тому, что больного, в конце концов, приводят в порядок. Единственная проблема: они постоянно сравнивают теперешнего врача с «тем, гениальным доктором», который вытаскил в прошлый раз. Но это как раз вполне можно

пережить. Следующему врачу он будет восторженно рассказывать про нас.

Чтобы больного лечили как можно дольше, дав домашним хоть немножко отдохнуть. Здесь речь зачастую идет о тяжелых инвалидах, заботу о которых наше общество полностью перекладывает на мужественные плечи их близких. По-человечески это можно понять, как и то, что из отделения пациента отправят домой при первой же возможности. Реанимация все-таки не хоспис. Такой родственник сразу начнет жалобно сетовать на тяготы существования и непосильность ноши. Расскажет про свои болячки и трудности с детьми. При сообщении о переводе в отделение возмутится: «Он же совсем болен, а перед тем, как попасть к вам, был абсолютно здоров!» Хрестоматийный рассказ про бабушку, поступившую с пролежнями во всю спину, которая еще вчера варила суп, воспроизводится с частотой раз в неделю.

Чтобы больного не возвращали вообще. Кстати, речь далеко не всегда идет о наследстве. Просто люди порой реально устают. Если об этом помнить, пропадает желание кого-то осуждать. Я, бывает, думаю: «Ну вот я, отработав смену, уйду домой, как уйдут и медсестры с санитарками. А у них вокруг этого больного – вся жизнь...» Очень отрезвляет, на самом деле. Обычно такая родня привозит пациента, а потом появляется только при выписке, если все сложится вопреки их пожеланиям. И вот тут устроит скандал с жалобами во всевозможные инстанции. Вполне возможно, что благодаря

скандалу, больной задержится в больнице еще на недельку. А там, кто знает?

И, наконец, самый невозможный вид родственников — родственник-врач. Он не ведется ни на какие иносказания. Он поднимет на ноги всех своих однокашников, но все равно выяснит, что реально происходит, какие шансы, кому это лучше поручить. Он все равно проникнет в отделение, пообщается с больным и прочитает историю болезни от корки до корки. Проще ему не сопротивляться. Многие так и поступают, что правильно. Все там когда-нибудь будем...

Отдельная область знаний, как сообщить о смерти больного. Как ни готовь, как ни объясняй, что ситуация безнадежная, все и всегда надеются на чудо. И доктор своим сообщением наносит очередной, самый сильный удар дубинкой по несчастной голове несчастного родственника. Выдержит эта голова или нет, предсказать невозможно. Как-то мне пришлось вызвать психиатрическую бригаду для девушки, которой только что сообщили о смерти отца, страдавшего терминальной онкологией. Она кричала на всю больницу: «Я его живым привезла! Спасайте его!» И переломала кучу мебели в приемном отделении. Вполне возможно, что в обычной жизни это милая и вполне адекватная девушка. Просто не выдержала.

Не подумайте, что реаниматолог имеет что-то против родственников. Он прекрасно понимает, что сидящий под дверью блока на неудобной банкетке близкий человек самим

фактом своего присутствия увеличивает шансы больного на выживание. Но, с другой стороны, хочется направить эту кипучую энергию в какое-то мирное русло.

Мораль сей истории очевидная и грустная. Врач и родственник – не враги, и оба хотят, чтобы больной поправился. Исключения только подтверждают правило. Но родственники в нашей системе также не предусмотрены, как и уход за лежачими больными. И если вместо жесткой банкетки под дверью блока можно поставить удобные кресла и даже автомат с кофе, то роль психолога-утешителя-объекта ненависти и манипуляций – и всегда во всем виноватого приходится играть врачу. Обычно врач это понимает и даже не очень сердится. Хотя все-таки его работа лечить больных. Но кто же тогда позаботится о родственниках?

И еще одна, совсем запутанная сторона вопроса. Перед рассказом о пациенте задаем стандартный вопрос: «Кем он вам приходится?» Обычные ответы – мама, муж, сын, брат, в общем, кто-то совсем близкий. И здесь надо понимать, что даже при разговоре с самыми близкими пункт 13 Федерального закона № 323-ФЗ плачет и рыдает: право на информацию имеют только законные представители (при наличии соответствующих документов) и те, кого пациент письменно указал в специальном бланке. Если не указал (а реанимационные больные редко способны писать), то беседа о его здоровье даже с женой – уже нарушение закона.

Но мы, как ни странно, люди и закон нарушаем. И вот

один из родственников, обычно, женщина, честно говорит: «Гражданская жена», «подруга», «мы живем вместе» и что-нибудь в таком же духе. А теперь представьте: речь идет о пациенте в алкогольном делирии.

С одной стороны, у подруги законных прав на информацию столько же, сколько и у жены – ноль.

С другой... в общем, сказать жене, что у благоверного «белая горячка», которая может закончиться как угодно – от полного выздоровления до смерти – нормально. А подруге... а вдруг она не в курсе его алкогольных проблем?

Тут подруга вцепляется в меня клещами, убеждает, что ближе ее у пациента никого нет, а я кручусь, как уж на сковородке, чтобы с одной стороны объяснить, что все плохо, с другой – не сказать, чем болезный болен. Театр абсурда, да.

Кстати, напомним, что в случае нарушения у пациента сознания его медицинские интересы представляет лечащий врач, а не родственник, и все решения принимает врачебный консилиум. Тем не менее, мы обсуждаем с родственниками таких пациентов возможность вмешательств и объясняем, почему выбираем именно такую тактику. И спрашиваем согласия, которого родственники давать, в общем-то, не имеют права. Потому что в реабилитации любого пациента родственники играют роль не меньшую, чем врач.

Каждый раз жду, что придет в себя пациент, пролежавший в коме недели три, обнаружит сидящую рядом жену и поинтересуется, на каком основании мы рассказали ей о пнев-

монии, развившейся после аспирации в тот счастливый момент, когда он напился до алкогольной комы.

А вот о чем я точно даже не намекну жене, так это об инфекциях, таких как ВИЧ и гепатиты. Хотя именно ее предупредить точно следовало бы. Но нельзя от слова совсем...

В общем, простой вопрос общения с родственниками является реальным цугцвангом, когда любое действие и бездействие может обернуться чем угодно. Справедливости ради, в современной медицине в половине случаев выбираешь из двух «хуже». Единственный аргумент – мы тоже люди.

В целом, родственники пациентов при всех нюансах обычно народ на удивление адекватный. Не знаю, как это по-другому назвать. С нормальными, вполне понятными реакциями.

Естественно, когда говоришь человеку, что его близкий в тяжелом состоянии и может умереть, не ждешь в ответ спокойной понимающей улыбочки. Но если помнить, что родственнику в каком-то смысле хуже, чем самому больному – тот чаще всего находится в медикаментозном сне или, как минимум, обезболен, то найти общий язык практически со всеми не сложно.

Глава 8

Про посещения

Я застала время, когда посещение было полностью запрещено. Не законом, но очень жесткими внутренними распоряжениями. И мысль о родственнике в реанимации вызывала приступ паники у любого администратора. Но мы периодически эти распоряжения нарушали, когда считали, что дело стоит того. Втихаря, по вечерам (когда большинство администраторов уже дома), заклиная, если что хватать швабру и притворяться санитаркой... Потому что иногда родственник способен сделать для выживания пациента не меньше, чем все наши реанимационные прибаамбасы: он может заставить пациента захотеть жить.

Родственников умирающих пускали попрощаться. Правда, сначала ненавязчиво объясняли, что зрелище будет тяжелое и, может быть, лучше запомнить их близкого здоровым. Если настаивали – проводили. Хорошо видно, что родственникам так легче. А ведь им жить дальше. Так что да, старались пропустить.

Я однозначно за право родственников посещать пациентов реанимации. На то есть несколько причин:

1. Соображения моральные (хотя все аргументы «ЗА» давно уже приведены, повторимся).
- Человеку в тяжелом состоянии лучше в присутствии

близкого.

С этим не будет спорить никто, даже самый прожженный циник-патанатом. Поддержка близких имеет зачастую не меньший терапевтический эффект, чем половина наших любимых лекарств.

Любой реаниматолог может рассказать пару историй про то, как человек все никак не определялся, куда он отправится или останется здесь, а визит любящей жены или безутешной подруги (жена осталась дома с кучей детей) помогал больному сделать правильный выбор. Последний пример – из личной практики. «Альтернативная жена» в дозе 15–20 минут ежедневно обеспечила стойкую положительную динамику. Через пару недель пациент был выписан домой, разбраться со своим гаремом.

Кстати, дотошные швейцарцы провели исследование, показавшее, что простое присутствие родственника рядом с больным инсультом значительно увеличивает выживаемость. Ссылку дать не могу, потому что рассказал мне это швейцарский невролог, когда я сидела в швейцарской нейрореанимации рядом с мужем. Я ему верю.

- Потеря близкого переживается менее трагично, если с умирающим удалось попрощаться. Умирающему от этого тоже явно легче, хотя лично я опрос не проводила. Это факт из области «Человек должен рождаться и умирать в кругу семьи». Да-да, именно поэтому роды в присутствии кого-то близкого – всегда хорошо. Увы, все мы животные социаль-

ные и в сложных ситуациях нуждаемся в поддержке.

- И, наконец, допуск здоровых не-медиков в эту святая-святых медицины развенчает массу мифов, начиная от «к ним там вообще никто не подходит» до «там их живьем раздергивают на органы». Что тоже полезно для всех участников.

Иногда говорят про помощь в уходе, но тут я сразу скажу, что ухаживать за реанимационным больным не сможет даже обычная палатная медсестра: ее сначала нужно долго и тщательно обучать. Что уж говорить о простом не-медике!

2. Соображения материальные

Посмотрим на проблему материальной точки зрения. Что нужно для безопасного допуска родственника в реанимацию?

- Шапка, халат, маска, бахилы, обеспечение качественно-го мытья рук.

С этим проблем не бывает. Тем более, что миф «посторонние в реанимации – источники страшной инфекции» для скорпомощной больницы не более, чем просто миф. Ибо любой бомж способен принести на себе такую флору и фауну, что обычному человеку и не снилось. А изолировать каждого бомжа практически нереально. Другое дело – специализированные отделения, например, гематология или реанимация новорожденных.

- Пространство рядом с койкой, куда можно было бы по-

ставить стул.

Думаете, ерунда? На территории, рассчитанной на 24 койки, будут лежать от 30 до 40 пациентов. Порой, персонал проходит между ними с большим трудом, какие уж тут родственники. Так что пустить всех и сразу не получится: обычно в блок за раз пускают к одному-двум пациентам, а остальные – ждут.

- Возможность некоего уединения.

Присутствие родственника рядом с больным – это одно, а вот для его соседа присутствие постороннего при различных малоэстетичных процедурах – совсем другое. Больной, особенно беспомощный, имеет полное право на отсутствие зрителей. Так что – ширмы и прочие окружающие койку занавески. И все равно, если в блоке происходит какая-нибудь процедура, даже если пациента банально перестилиают, всех родственников выводят за дверь. Человек имеет право помыться без посторонних. Соседи по блоку посторонними могут считаться не всегда, но родственники – однозначно.

- С другой стороны, пациент, а главное, родственник должны находиться под постоянным наблюдением медперсонала.

Давайте будем честны: даже самый разумный человек, увидев своего близкого тяжело больным, беспомощным, а то и умирающим, может не выдержать и сорваться. А как будет выглядеть этот срыв – возможны варианты. Кто-то расплачется. Кто-то будет биться головой о стенку. А кто-то нач-

нет срывать с больного мешающие тому проводки. Выдерживать зонды и катетеры. А от некоторых трубочек и проводочков напрямую зависит жизнь пациента. Оторвал – и больной умер. Кто виноват? Уж никак не родственник в аффекте, а персонал, конкретно – медсестра, врач и заведующий отделением, которые не обеспечили безопасность больного. Их и уволят.

Так что вариантов два: медсестра, присутствующая в блоке, или по камере над каждой койкой и отдельный человек, постоянно следящий за изображениями с этих камер. Пока наш выбор – медсестра. Медсестра занята – родственнику придется ждать за дверью.

• Мы уже договорились, что родственник тяжелого больного имеет право на срыв и на аффект. И, соответственно, нуждается в помощи. В идеале (я прекрасно вижу, что мечтаю о нереальном) для помощи таким сорвавшимся в отделении должен быть штатный кризисный психолог.

Вот, собственно, и все. Если в блоке нет никаких манипуляций, если медсестра может, не отвлекаясь, находиться в блоке – родственников пускаем, правда, не всех сразу, чтобы не устраивать толпы, и каждый пациент был доступен, если что. Естественно, не пропустим пьяного, не адекватно себя ведущего и явно нездорового.

Молодой человек 18 лет – лобовое столкновение легковушки, которую он вел, с грузовиком. Череп всмятку, мозги

наружу. Глубокая кома. Шансов почти нет. Но это «почти» все равно не позволяет прекратить борьбу.

Мама приходит каждый день. Ей все объяснили сначала я, потом нейрохирург. Я была первой, долго сидела рядом, когда она, провалившись в отчаяние, не могла говорить, только вздрагивала от рыданий, потом собралась и спросила, где найти нейрохирурга (на соседнем этаже) и как потом увидеть сына (позвонить в дверь отделения). Она приходит, выслушивает мое «без динамики» и идет в блок. Лицо мальчика все в гематомах, с «очками», совсем не похоже на фото в паспорте. В первый раз она пошатнулась, потом привыкла. Когда у нас возникли проблемы с донорской кровью, на станцию переливания пришли человек 20 со словами «для такого-то».

И вот неизбежное – мозг погиб. Говорю маме, что надо готовиться. Она начинает дрожать, затем собирается и просит провести к сыну. Потом, уже выйдя из блока, долго и мучительно пытается выжать из меня хоть какое-то слово надежды, хоть что-то о том, что чудеса случаются. Я качаю головой и повторяю убийственное «нет». Прошу ее не оставаться сегодня и в ближайшее время одной. Она уверяет, что внизу ее ждут близкие. Вечером я звоню и сообщаю о смерти. Она передает трубку мужчине, который записывает, в какой морг и когда приезжать.



Мужчина 50+ – панкреонекроз, осложнившейся всеми положенными осложнениями. Провел у нас три недели. К нему приходит сестра. Иногда пишет письма, если я говорю, что он сможет прочесть, иногда проходит и сидит рядом с ним. Сначала я объясняла, что состояние крайне тяжелое и шансов немного. Потом – осторожно – что все чуть получше. Потом рассказывала, что он уже достаточно окреп, чтобы капризничать, отсоединяться от ИВЛ и даже пытаться убежать. Она все выслушивает невозмутимо, но, выходя из блока, я слышу, как она рассказывает, что семья его очень любит. И вот, наконец, я сообщаю, что пациент переведен в хирургическое отделение, и что она может прямо сейчас идти туда. Она срывается с места, бросив через плечо неловкое «спасибо». Начинается другая жизнь.

Женщина 50+ – тоже панкреонекроз. В сознании, на ИВЛ через трахеостому (Это трубка, которую вставляют в трахею через разрез на шее. К трубке подключен аппарат ИВЛ. Смысл трахеостомы в том, что трубка не проходит через гортань, и не вызывает такой дискомфорт, как интубационная трубка (ее заводят через рот). С трахеостомической трубкой человек может спокойно находиться в сознании), лихорадит, очень слаба. Уже больше трех недель. К ней приходит

дочь, гламурного вида девушка, у нас она выглядит как-то совсем неуместно, даже закутанная в безразмерный одноразовый халат и с шапочкой на голове. Она уже прошла все стадии от ужаса (мама с кучей трубок, без сознания, привязанная к кровати) до деловитой сосредоточенности. Пациентка не может говорить из-за трахеостомы, но дочь понимает жесты и артикуляцию. В последний раз попросила помыть маме голову, а то та чувствует себя неловко. Пациентка улыбается и кивает. Наверное, это неплохой знак.

Я почти не запоминаю лица, скорее силуэты и походку. Лечить больных намного легче. Да и самим больным, как ни кощунственно это звучит, в чем-то легче: они или с этой, или с той стороны, они не вздрагивают от каждого телефонного звонка, не боятся услышать необратимое: «Вас беспокоят из... больницы. У нас плохие новости...»

В большинстве своем родственники в блоке проводят не больше 5-10 минут. Если пациент не разговаривает, то долго находиться рядом с ним особого резона нет. Постоял, поддержал за руку. Общение в одну сторону штука малоинтересная.

Если пациент в сознании, то близкие сидят довольно долго, пока мы не разведем вокруг какую-нибудь бурную деятельность, при которой присутствие посторонних нежелательно. Справедливости ради, в блоке постоянно что-то происходит, так что по-настоящему долго там сидеть получает-

ся нечасто.

* * *

Бывает, что я говорю родственникам, что их близкий умирает, и счет идет на часы. Мужчина с тяжелой сердечной недостаточностью. Два инсульта, выполнена операция на сонной артерии, два инфаркта, прооперированы артерии сердца, протезированы подвздошные артерии. Всего 60 с небольшим лет. Сердечная мышца напоминала тряпочку. Жена и дочка, прорыдавшись в ординаторской, просто сидели рядом. Потом сказали «спасибо!» и ушли. Через пару часов он умер.

* * *

А вот дочка другой пациентки – прооперирован мочевой пузырь по поводу опухоли, после операции были проблемы, так что мы сильно сомневались в благополучном исходе – просто душу из меня вытрясала вопросами, насколько плоха наша больница, и как ей перевести маму куда-то в другое место. Наконец, мама стабилизировалась и отправилась в отделение. Я вздохнула спокойно: теперь дочка будет мотать нервы урологам. А тут они пришли вместе, мама своими ногами, элегантно одетая, и вручили два огромных торта.

Все благополучно, ее выписывают. Спасибо было таким же бурным, как и предыдущие переживания.

* * *

Молодой человек 30+ – тяжелый алкогольный цирроз печени, в делирии после очередного запоя и после серии су-дорог. Приходят жена, мать, еще какие-то родственницы. Я, как попугай, рассказываю, что пить вредно и от этого можно умереть. Они удивляются. То, что он желтый, и что синяки появляются от малейшего прикосновения, их как-то не смущает. Пациент, кстати, опроверг все мрачные прогнозы, пришел в ясное сознание и был отправлен в терапию в объ-ятия любящей родни.

* * *

Еще один молодой человек, тоже с подпорченной алко-голем печенью. Сколько он пролежал дома непонятно, но к нам он попал с пневмонией во все легкие и с полностью забиты-ми гноем бронхами. Сепсис, шок, поддерживающие давле-ние препараты, постоянные отмывания бронхов от гноя, на-силие над аппаратом ИВЛ, который просто отказывался ды-шать в таких условиях. Да, еще поправка: молодой человек родом из очень Средней Азии. Судя по состоянию, в котором

он приехал, особо заботливых людей вокруг него не было. Но стоило бедолаге попасть в больницу, как оказалось, что обеспокоенной родни у него пол-Москвы. Сначала пришел друг. Узнав, что о здоровье пациентов мы беседуем только с родственниками, он привел штук пять братьев (двоюродных, так как паспорт с той же фамилией никто предъявить не может), несколько двоюродных сестер (пара пришла с детьми), троих дядюшек и вполне реальную маму – она прилетела откуда-то издалека, по-русски не говорит. Все семейство сидит в больнице почти круглосуточно: часть на улице – там есть вполне удобные лавочки, а часть осаждает отделение. Каждый хочет зайти и постоять рядом. И каждый, просительно заглядывая в глаза, спрашивает: «он не очень сильно болен? он поправится?» Я, опять-таки, как попка-дурак, повторяю, что пациент погибает. Что шансов ничтожно мало. Не слышат, не понимают, продолжают заискивающе улыбаться и повторять один и тот же вопрос. И проситься в блок просто постоять рядом. Очень назойливо. Какая-то другая культура и другой взгляд на вещи. И никуда от этой толпы не спрятаться.

Наконец все достигло апофеоза: мне позвонил охранник с центрального выхода и спросил, что делать с толпой из сорока человек, которая рвется навестить нашего умирающего. Я ответила только одно: не пускать. И пошла устраивать разнос тем, кто уже проник в больницу – их было всего трое: главный затейник и две женщины. Потребовала, чтобы все

эти хождения прекратились. Кстати, уже убегая с работы, я встретила этого главного затейника. И спросила, что все происходящее значит. Он ответил, что у них так принято: если кто-то попадает в больницу, бросать все, идти туда, сидеть и ждать хороших известий. Те, кто работает, берут отгулы, приезжают из других городов.

Просто садятся и ждут, когда все станет хорошо. Мои пророчества, что хорошо уже не будет, почему-то никого не смущают.

* * *

Немолодая дама 60+ – ожирение, диабет, флегмона стопы (вскрыли), здоровенная пневмония. Одышка, печень поехала, почки так себе, глюкоза прыгает... Потихоньку собираем, но все очень и очень медленно. И тут врывается ее сын и начинает кричать, что мы тут калечим его маму, и он нас всех поубивает. Я вызываю охрану, сообщив, что неадекватный мужчина угрожает мне и остальному персоналу. Тут вошли еще две дамы: одна представилась как жена, другая как сестра дебошира. Первая начала меня обвинять в том, что я оскорбляю ее мужа, а вторая снимать все на телефон. Пришел охранник, встал в сторонке, объявив, что мы все ждем ответственного администратора и начальника смены. Пока мы ждали, любящие родственники навестили пациентку, причем та сына и его жену вполне признала, а «сест-

ру» попросила выйти, так как видела ее впервые. Пациентка, кстати, была вполне довольна и лечением, и всем остальным. Дальше, уже вне блока, все было совершенно отвратительно: родственники обвиняли меня в оскорблении, вызывали полицию, продолжалась съемка на телефон. Подогревала всех не-сестра. Наконец, дежурный администратор вместе с охранниками выдворил всю компанию за дверь, предложив вызывать кого угодно уже с улицы. Я написала служебную записку, где рассказала все, как было.

Честно говоря, один такой эпизод сводит на нет все желание пускать посторонних на территорию отделения. Ощущения те еще: безбашенный амбал со следами бурной жизни в виде много раз перебитого носа. А у нас весь персонал – молодые девчонки. И пока прибежит охрана, он успеет покалечить половину. Да и остальные разборки украли массу времени и оставили отвратительное послевкусие. Охранников рядом нет. Защиты особой нет. Кстати, даже выключающий мышцы препарат, коварно всаженный в ягодницу дебошира, как это бывает в кино, вырубил его далеко не сразу.

Пациентка была переведена в пульмонологию. С ней все в порядке. За выходки сына она дико извинялась. Хотя видно, что реально она с ним поделаться ничего не может. Он же ходит там как петух и обещает всех засудить. Пульмонологи, правда, особо не обращают на него внимания: к жалобам и претензиям они уже давно привыкли.



Почти курьезный случай. Женщина, лет 50. Погибает от рака матки. Нарушение сознания, низкое давление (вводим препараты его повышающие), питание через зонд. Приходят дочь, сын и сестра. Пускаю попрощаться. Все в порядке, но потом они просят пропустить священника. Не вопрос! Священников мы пропускаем всегда. Батюшка пришел, свершил какой-то обряд (я в этом не сильна), все довольны.

На следующий день вся троица приходит снова и снова просит пропустить священника. Пропускаем. Но на следующий день все повторяется. И мы начинаем подозревать, что батюшка будет ходить к нам как на работу, пока жива его подопечная. И вдруг семья... забирает умирающую домой. Сначала честно тренируются под руководством наших медсестер в уходе за катетерами, кормлении через зонд, профилактике пролежней и т. д., потом вызывают частную Скорую, пишут все расписки и везут ее домой. Мы предупреждаем, что после отключения повышающих давление препаратов смерть может наступить очень быстро. Они кивают. И все. Она умерла дома, в кругу семьи.



Дедушка, легкие перерастянуты эмфиземой и частично состоят из булл (пузыри из легочной ткани, в которых не происходит никакого газообмена). Эти буллы регулярно рвутся и легкие схлопываются, приходится дренировать и расправлять их заново. Малейшая инфекция, увеличение количества мокроты – и вот дедушка у нас в отделении, дышит кислородом, всякими ингаляторами и задыхается от малейшей попытки пошевелиться. Вывести его из этого состояния очень сложно. И тут к нему приходит бабушка. Сидит с ним, разговаривает. После ее ухода – чудеса! – насыщение крови дедушки кислородом подскакивает почти до нормальных цифр. Держится пару часов, а потом опять падает. На завтра бабушка приходит снова. И дедушке снова лучше. В общем, еще пару дней применялось лекарство «бабушка 30 минут 1 раз в день», а потом мы перевели дедушку в отделение, в палату с кислородом. И снова чудеса. На следующий день я встречаю дедушку, прогуливающегося под ручку с бабушкой по территории больницы. Без кислорода. Бабушка жутко горда, а дедушка просто счастлив. И оба улыбаются мне до ушей.

Молодой человек, около 30 лет, поступил с тяжелойшей двусторонней пневмонией. Не грипп, просто бактериальная, но он с ней походил под холодным осенним дождем, потом несколько дней валялся дома, естественно, без всяких антибиотиков.

В общем, ИВЛ, борьба за то, чтобы кислород хоть как-то проникал в кровь, медикаментозный сон, релаксанты, вот это все. Наконец стало немножко получше. Накладываем трахеостому, будим. Он проснулся, в ясном сознании, что уже неплохо. Но самостоятельное дыхание не восстанавливается, а сам он какой-то пассивный и ничего не хочет. Приходит жена – вылитая Джульетта. Мы сажаем ее рядом с пациентом, она сидит и смотрит не него. И так каждый день. Похоже, она даже ничего не говорит. Мы их называем «Ромео и Джульетта».

Он начал поправляться. Потихоньку, но он начал самостоятельно тренироваться дышать – сам отсоединялся от ИВЛ и присоединялся, когда уставал. Начал садиться, попросил книжку и увлеченно ее читал. Появился блеск в глазах. Наконец убрали трахеостомическую трубку. Как-то ночью он пожаловался, что его мучают кошмары и он не может из-за них заснуть. Это, кстати, вполне частая вещь после перенесенной гипоксии. Сначала он просто был парализован кош-

марами, и только жена сумела его как-то растормошить и заставить двигаться к выздоровлению. Психиатр назначил таблетки от кошмаров, и все пошло еще быстрее.

Вскоре его перевели в отделение, а потом выписали.

* * *

А иногда родственнику действительно необходимо банально увидеть, что его близкий жив. До истерики.

Студент. Готовил какую-то работу. Записывал на флэшку, а колпачок (около 5 см) держал во рту. Вдохнул. При поступлении колпачок в гортани, аккуратно под голосовыми связками, позже сместился в трахею. ЛОРы доставали его из трахеостомы, с трудностями, по частям. В итоге – воздух в плевральных полостях и в средостении. На ИВЛ, на повестке дня пневмония и прочие гнойные дела.

Я к нему провела маму, как только его отключили от ИВЛ. Говорить мальчик не мог из-за трахеостомы, но объяснялся жестами и писал на бумаге. Мама стояла и рыдала, а мальчик мужественно это терпел. Будет знать, как тащить в рот всякую пакость!

Кстати, все закончилось хорошо: ни гноя, ни пневмонии. Через неделю его уже выписали домой, дописывать работу и сдавать сессию.

Отношения мужа и жены – одна из самых пронзительных тем, когда действие происходит в палате реанимации.

Дедушка 80+ – болезнь паркинсона, пневмония и масса других неприятностей. С осознанием происходящего большие проблемы. Приходит бабушка где-то такого же возраста. Абсолютно ясный разум. Лично проверяет, правильно ли ему дают таблетки от паркинсона. Одна из них оранжевая, так она проверяет цвет его языка.

Вывести ее из палаты невозможно: если на соседнюю койку привозят пациента, а это значит осмотр, всякие процедуры и обследования, – так вот, она категорически отказывается выходить, а выходя, громко бурчит, что обслуживание здесь отвратительное, а родственников вообще за людей не считают. Прележи дедушка у нас чуть подольше, я уверена, что бабуля организовала бы революцию. Но ему стало лучше, и парочка сейчас веселит терапию. Разве можно ими не восхищаться?

Бабушки вообще прекрасны. Если у дедушки есть бабушка, то дедушка счастливец, на какой бы стадии деменции он не находился. Дети обычно более отстраненные, а бабушка заметит каждую царапинку и лишний след от иголки и доведет медсестру до заикания.

Справедливости ради, дедушки тоже бывают просто

огонь. Например, дожидаться, когда медсестра с санитаркой отвернутся, и накормить бабулю с холециститом копченой рыбой, это как раз про них. Объясняешь – кивают, а потом раааз – и снова рыбку. Потому что бабушка хочет рыбку и точка. А врачи зануды и издеваются. Ругаемся, выводим за дверь и... а вы бы сами не позавидовали этой бабушке?

* * *

Женщина, чуть за 40, миастения. Не ходит, на огромных дозах гормонов. У нас с пневмонией.

Что такое пневмония у человека, получающего огромные дозы гормонов? Это когда вы одной рукой душите иммунную систему, а другой – предлагаете ей прибить ту самую зубастую устойчивую ко всему внутрибольничную флору, которую он подхватил в вашем же заведении, где вы щедрой рукой отсыпаете ему гормонов. Конечно, есть шанс, что это пакость окажется чувствительной к чему-нибудь, что можно достать в больничной аптеке. И та пакость, что ее сменит тоже... В общем, три недели на ИВЛ со всеми сопутствующими прелестями: неподвижностью, страхом, постепенным восстановлением тех возможностей, что у нее оставались до болезни, депрессиями, истериками «я больше не могу!». И все это время рядом был муж. Со списком процедур, которые ей нужно ежедневно делать, невзирая ни на какие ИВЛ: массаж, гимнастика для почти неподвижных ног, с телефо-

ном лечащего невролога, наконец, со списком из более 10 наименований таблеток, которые ей приходится принимать... Лично я до сих пор считаю, что в ее выздоровлении половина заслуги – его. А она ворчала, что он невкусно готовит ее любимую еду. И вообще, пусть ее все оставят в покое. Сестры ворчали, что он постоянно торчит в палате и мешает работать. Но опять-таки, как ими не восхищаться?

* * *

Женщина 50+ – несколько лет сражается с опухолью. Похоже, опухоль победила самым неприятным способом – метастазами в мозг. Руки и ноги уже не двигаются. ИВЛ. В сознании, общаться может только глазами и мимикой. Почти не видит (все началось с резкого снижения зрения). Муж часами сидит рядом, разговаривает, обещает, что все будет хорошо, они ведь так много уже прошли. В один из дней сознание уходит. Муж откровенно плачет, но сидит рядом и разговаривает. Когда-то я сказала ему, что она и в коме его услышит. Очень надеюсь, что это правда...

Кстати, мужей, пытающихся принести дозу жене-наркоманке прямо в реанимацию, полным-полно. А вот наоборот я ни разу не видела. Интересно, не находите?



Конец рабочего дня после дежурства – дневной врач дежурит в режиме день-ночь-день. Поспать удалось около часа. Надо срочно дописать истории, передать больных дежурному коллеге и домой. Но голова чугунная и работать отказывается в самой категоричной форме. Сижу, смотрю на экран, мечтаю о телепортации прямо домой под одеяло.

Заходит шеф и странным голосом сообщает, что к одному из пациентов (тяжелый, на завтра готовим к операции, молодой, но шансов на долгую жизнь практически никаких) придет посетитель, и его нужно пропустить. «Он придет чистить карму и открывать чакры».

Пауза. Коллеги переваривают, я, резко проснувшись, ехидно интересуюсь, не вытечет ли через открытые чакры из болезного вся та кровь, что мы ему перелили за последние пару дней. Шеф шипит, что родственники пациента очень настаивали. А если мы пускаем батюшек по первому требованию, то чем хуже чистильщик кармы? По крайней мере, не банально.

Через какое-то время приходит тот самый посетитель. Что там он делал в палате, видела только медсестра, вроде, ничего особенного. Потом посетитель вышел. Мы решили, что шоу закончилось и вернулись к своей писанине.

И тут звонок в дверь. Коллега вышел открыть, и вернулся минут через десять с восторженным лицом и пятилитровой бутылкой в руках. Бутылку принес тот самый специалист по чакрам. Ее надо открытой поставить под кроватью пациента. А завтра взять на операцию и поставить под операционный стол. Когда же операция начнется, анестезиолог должен будет быстро закрыть бутылку крышкой. Мол, вода там заряжена специально, чтобы унести с собой все неприятности нашего больного.

Проверили – там действительно просто вода. Ничего предосудительного. Так и представляю, как шеф вручает эту бутылку заведующему анестезиологией и объясняет, в какой момент закрыть крышку. Боюсь только, что наши ядреные антисептики нарушат тонкие свойства той воды...

В итоге бутылка стоит в ординаторской, тревожа непрочищенные чакры присутствующих. Под кровать она не влезет, да и санитарки будут явно против. Придет завтра шеф, вот пусть и решает, что с ней делать. В конце концов, иконы мы на мониторы ставим, святой водой неизвестного качества пациентов умывать разрешаем, батюшки тоже непонятно чем их там угощают. Может, и пять литров заряженной воды не такое уж отклонение от канона?

В общем, когда посещение родственниками реанимационных пациентов стало чем-то обычным, работать стало однозначно легче. С одной стороны, час, а то и два рабочего времени на это все уходит. С другой – масса вопросов сни-

мается, когда видишь все своими глазами. Страшные слова «ИВЛ», «дренажи», «трахеостома», «зонд» приобретают вполне материальный смысл. А возможность убедиться, что близкий лежит спокойно, не мечется от боли и даже способен пожать руку и кивнуть, это порой имеет просто потрясающе успокаивающий эффект.

Поток небольшой, но и моментов, когда в блоке все спокойно и можно кого-то провести, не так уж много. Постоянно кто-то поступает, тяжелеет, выполняются всякие манипуляции... Так что они сидят под дверью и ждут. И общаются. И сочувствуют, и поддерживают друг друга. И злятся, когда я разговариваю не с ними, а они пришли раньше. Иногда скандалят. Обычные люди у дверей реанимации.

В ординаторской. Коллеги обсуждают отзывы пациентов на сайте больницы. Как всегда, врачи безрукие и безмозглые, сестры грубые, а санитарки ленивые. И все, как один, вымогатели.

Один замечает:

– На сайтах других больниц все то же самое, никаких отличий.

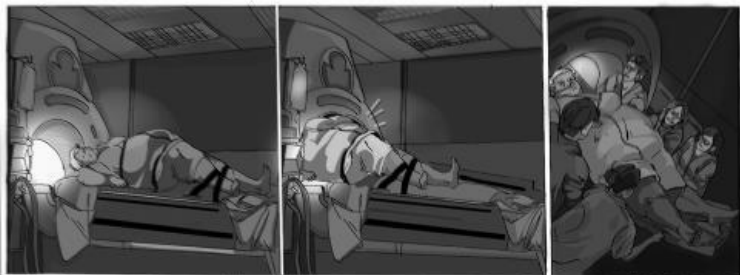
Другой:

– Да просто людям не нравится быть больными. Вот они и злятся.

Действительно, как все просто...

Часть 2

С чем мы работаем



Глава 9

Пневмония

Нет врача, который бы с ней не встречался. Нет болезни, которая не может ей осложниться, даже стоматолог, если у него есть хоть немного опыта, будет держать ухо востро: тут и риск того, что в легкие улетит содержимое рта, например, кусок зуба, и риск сепсиса (в быту – заражения крови) с септической же пневмонией. Возникшая первично, то есть у здорового человека, или ставшая последней соломинкой, сломавшей спину верблюду-организму. Известная истина: не понимаешь, что с пациентом, снова и снова исключай пневмонию.

Немного теории

Оговариваюсь сразу: мой рассказ не про самолечение. Немножко про самодиагностику, но вы увидите, что без врачебных навыков и технологий поставить однозначный диагноз, увы, невозможно. Этот рассказ про то, что происходит при пневмонии, как врач будет пациента обследовать и на основании чего будет принимать решения о том, как и в каких условиях пациента лечить. И, естественно, про неоднозначность и неопределенность в, казалось бы, такой хорошо

изученной проблеме¹.

Итак, пневмония. Воспаление легочной ткани. Вроде все понятно. Опустим тот факт, что легкие – орган довольно сложный, и воспаляться там могут разные компоненты. Но совсем без анатомии все-таки никак.

По сути, легкие – это место встречи и тесного контакта двух механизмов: системы трубочек, по которым циркулирует воздух (трахеобронхиальное дерево), и системы кровеносных сосудов между правым желудочком и левым предсердием (малый круг кровообращения). Соприкасаются они не просто так, а очень хитрым образом. Бронхиальное дерево делится на все более мелкие веточки, самые крошечные из них заканчиваются эластичными мешочками – альвеолами. Альвеолы умеют растягиваться под действием отрицательного давления, которое создает тяга дыхательных мышц и не схлопываться, когда мышечная тяга исчезает. Препятствует спаданию альвеол специальное вещество, очень похожее на жидкое мыло, – сурфактант. То самое, которого часто не хватает недоношенным младенцам. Дальше все вроде бы просто: внутри альвеолы циркулирует воздух, в стенке проходят мельчайшие кровеносные сосуды – капилляры. Мембрана, отделяющая воздух от крови настолько тонка, что через нее легко проникают кислород и углекислый газ, по градиенту,

¹ Практически все статистические выкладки, алгоритмы диагностики и лечения взяты из Клинических рекомендаций Российского Респираторного общества: <http://www.spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/> (здесь и далее примечания автора).

то есть оттуда, где много, туда, где мало. Кислород попал в кровь, связался с эритроцитами, содержание растворенного в крови кислорода упало – ничто не мешает дальнейшему насыщению. С углекислым газом картина обратная.

Трахеобронхальное дерево, кстати, тоже устроено просто. Начиная с верхних дыхательных путей – ротоглотки, гортани и вниз – они выстланы хорошо кровоснабжающейся слизистой оболочкой, которая умеет согревать воздух, увлажнять его, очищать от посторонних частиц и выводить эти частицы наружу вместе со слезью. Там же стоит на страже иммунная система со всякими макрофагами, лимфоцитами и прочими иммуноглобулинами.

Как возникает пневмония? Очевидно, что глобальных механизмов два: возбудитель «прилетает» с воздухом или «приплывает» с кровью. Вариант «приплывает» с лимфой отставим как частный случай. Понятно, что чаще всего будем сталкиваться с первым, воздушным способом. С кровью это удел септических больных и наркоманов.

Что же происходит, если какая-нибудь пакость прорвалась через все защиты и погрузилась в сочную, хорошо кровоснабжающуюся легочную ткань? В альвеолах пакость встречают бодрые стражи – альвеолярные макрофаги, которые, соответственно своему названию, ее заглатывают, убивают, расчлениают и демонстрируют лимфоцитам для формирования гуморального (приобретенного) иммунитета. Кроме этого макрофаги выделяют различные медиаторы

воспаления – по сути сигналы типа «вставай, война!», которые запускают все известные проявления воспаления: полнокровие, отек, миграцию нейтрофилов и – важно! – спадение альвеол и выключение их из газообмена. И системную воспалительную реакцию в виде температуры и ощущения общего неблагополучия. В итоге имеем отечную и безвоздушную (не дышащую) часть легкого, а если она расположена рядом с поверхностью, то с воспалительными изменениями покрывающей легкое оболочки – плевры.

Теперь познакомимся с «пакостью» поближе. Не из вежливости, а чтобы понимать, чем ее добивать. Сразу скажу, что речь идет о так называемых внебольничных пневмониях, у внутрибольничных спектр возбудителей и проблем совсем другой.

Естественно, все эти страшные латинские названия не для вникания и уж тем более не для запоминания. Это примерная схема размышления врача, когда он принимает решение о том, какие антибиотики назначить конкретному пациенту.

Вариаций тут масса, так что дальнейшие выкладки только с пометкой «чаще всего». Итак, чаще всего мы встретимся с пневмококком, его доля 30–50 % от всех внебольничных пневмоний, микоплазмой, хламидиями, гемофильной палочкой, респираторными вирусами (грипп и covid-19 сюда же), золотистым стафилококком и легионеллой.

Как можно заразиться

По сопутствующим заболеванию обстоятельствам мы можем более точно предположить, кто к нам пожаловал:

- Контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды, недавнее (<2 нед) морское путешествие/проживание в гостинице – легионелла (болезнь легионеров).
- Тесный контакт с птицами – хламидия *psittaci* (орнитоз).
- Тесный контакт с домашними животными (например, работа на ферме) – *Coxiella burnetii* (кулихорадка).
- Эпидемия гриппа – вирус гриппа, пневмококк, золотистый стафилококк, гемофильная палочка.
- Подтвержденная или предполагаемая аспирация (попадание в дыхательные пути содержимого желудка) – энтеробактерии, анаэробы.
- Хронические гнойные заболевания легких, муковисцидоз – синегнойная палочка, золотистый стафилококк.
- Использование внутривенных наркотиков – золотистый стафилококк, анаэробы, пневмококк.
- Вспышка в организованном коллективе – пневмококк, микопlasма, хламидии, вирус гриппа, covid-19.

Вроде, все понятно: если нет ничего сопутствующего, целемся антибиотиком по пневмококку и, скорее всего, попадем. Пневмококк тоже животное интеллектуальное, он уме-

ет становиться устойчивым к антибиотикам, причем в каждом регионе это устойчивость своя. Так что ехать куда-нибудь в Воронеж с московскими представлениями о лечении этой пакости как минимум недальновидно.

Кстати, для любителей «старых, проверенных антибиотиков» тетрациклина и бисептола плохие новости: к ним наша флора устойчива чуть меньше, чем вся.

Диагностика

Давайте сразу договоримся, что диагностика пневмонии проста в стационаре и сложна, когда врач смотрит пациента на дому.

Рентгена у нас на дому нет, компьютерного томографа тоже, соответственно, догадаться, что происходит, мы можем только по косвенным признакам. То есть организм должен на этот процесс как-то отреагировать. Я не занудствую, просто есть «молчащие» пневмонии, клинически никак не проявляющиеся, и вот перед ней врач на дому реально бессилен.

Если же мы в стационаре, то все проще. Чтобы разобраться с происходящим, мы пациента выслушаем, спросим, как это случилось, осмотрим, возьмем анализы и сделаем рентген.

Жаловаться наш пациент скорее всего (но необязательно) будет на кашель, часто с мокротой, одышку (помним, пневмония выключает из дыхания воспаленные альвеолы),

боль на стороне поражения, связанную с дыханием и кашлем (признак того, что воспалена плевра). И на лихорадку, слабость, потливость и прочие симптомы того, что в организме что-то воспалилось. Кстати про мокроту: при некоторых видах пневмонии она бывает «ржавая». А вот примесь крови – повод поискать что-то другое.

При осмотре мы можем увидеть несимметричное движение грудной клетки (пораженная сторона отстает от здоровой), вот, собственно, и все.

При пальпации (так мы называем банальное ощупывание) и перкуссии (простукивании) – признаки уплотнения легочной ткани. Как это делается, рассказывают на курсе пропедевтики и, если честно, в реальности применяют эту технику довольно редко.

А вот слушая грудную клетку через фонендоскоп (это называется аускультация), можно услышать массу интересного: и бронхиальное дыхание (это когда альвеолы просто спались), крепитацию (когда они слипаются на выдохе и разлипаются на вдохе – звучит как хруст снега на морозе) и влажные звонкие хрипы (залезьте в ванную с обильной пеной и вы услышите этот нежный звук лопающихся пузырьков) – когда в альвеолах жидкость, а ткань вокруг уплотнена.

Каждый врач сейчас имеет в кармане сатурометр – прибор, определяющий какой процент гемоглобина капиллярной крови связан с кислородом. Выглядит как прищепка на палец с маленьким экраном. Очень даже информативный,

хотя и простой приборчик. Норма у здорового человека 95 % и выше.

Увидев-услышав такое безобразие, врач должен: 1) отправить пациента на общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и на рентген – естественно, немедленно или 2) при признаках тяжелой пневмонии – госпитализировать.

Диагноз внебольничной пневмонии является определенным при наличии у больного рентгенологически подтвержденной инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух симптомов:

- остро возникшая лихорадка в начале заболевания (температура 38 °С и выше);
- кашель с мокротой;
- физические признаки (по результатам перкуссии-пальпации-аускультации);
- повышение количества лейкоцитов в крови $>10 \times 10^9$ Ед/л и/или значительное повышение количества их юных форм (>10 %).

Золотым стандартом диагностики является компьютерная томография. Уж если там нет, значит, нет. Но, справедливости ради, и тут возможны варианты.

Выбор лечения

Диагноз поставили, теперь надо решать, что делать дальше. Этот вопрос тоже давно формализован: на амбулаторном

этапе используем шкалу CURB-65, дающую нам риск неблагоприятного исхода (то есть, смерти) пациента с пневмонией. Эта шкала хороша тем, что не требует результатов рентгена и анализов, то есть применима в ситуации, когда пневмония только заподозрена.

Оцениваем:

- нарушение сознания;
- частоту дыхания: 30 и более в минуту;
- давление: систолическое меньше 90 мм рт. ст. или диастолическое меньше 60 мм рт. ст.;
- возраст > 65 лет.

За каждый симптом-признак начисляем по 1 баллу.

Если баллов 0, риск летального исхода составляет 1,2 % и пациент лечится на дому.

При 1–2 баллах риск смерти 8,15 %, пациента лечим в стационаре.

При 3–4 баллах вероятность летального исхода – 31 %, необходима срочная госпитализация в ОРИТ (отделение реанимации и интенсивной терапии).

В стационаре пациенты с внебольничной пневмонией оцениваются по другим шкалам, в которых половину параметров будет оценивать пришедший на консультацию реаниматолог.

Хорошо, где лечить, поняли, с возбудителем разобрались, антибиотики назначили, что дальше? Адекватность антибактериальной терапии будем оценивать в течение 48 часов по

снижению интоксикации (читай – снижению лихорадки, восстановлению ясного сознания и нормализации артериального давления), дыхательной недостаточности и лабораторных признаков воспаления. Если все не так хорошо – размышляем о смене антибиотика. Если пациент лечится амбулаторно, заново оцениваем тяжесть состояния на предмет не нужна ли госпитализация. Если в стационаре, к этому моменту обычно уже готовы результаты посевов мокроты (а в ОРИТ и крови), так что можно ориентироваться не на схему, а на чувствительность конкретного возбудителя.

Диагноз вирусной пневмонии ставится по лабораторным данным и очень характерной картине при компьютерной томографии легких.

К критериям достаточности антибактериальной терапии относят следующие:

- стойкое снижение температуры тела в течение не менее 48 ч;
- отсутствие интоксикации;
- частота дыхания <20 в минуту (у пациентов без хронической дыхательной недостаточности);
- отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов, для которых гнойная мокрота норма жизни, например, страдающих обструктивной болезнью легких);
- количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9$ ед/л, нейтрофилов <80 %, юных форм <6 %.

Заметьте: Рентгенологические признаки пневмонии раз-

решаются медленнее клинических симптомов и лабораторных изменений, поэтому контрольная рентгенография или компьютерная томография для оценки достаточности антибактериальной терапии не используется.

А вот симптомы и признаки, не являющиеся аргументом для продолжения антибактериальной терапии:

- Стойкое повышение температуры в пределах $37,0-37,2^{\circ}\text{C}$ – при отсутствии других признаков бактериальной инфекции.
- Кашель – может наблюдаться в течение 1–2 месяцев после перенесенной пневмонии, особенно у курящих и пациентов с ХОБЛ.
- Хрипы при аускультации – могут наблюдаться в течение 3–4 недель и более после перенесенной пневмонии.
- Сохраняющаяся слабость, потливость.
- Сохранение остаточных изменений на рентгенограмме – могут наблюдаться в течение 1–2 месяцев после перенесенной пневмонии.

На что стоит обратить внимание

1. Лихорадка – один из симптомов, но никак не критерий тяжести пневмонии. Она интересна при диагностике и при оценке адекватности терапии. Но никак не интересна при оценке тяжести происходящего и маршрутизации пациента. Из температуры 40°C госпитализация не следует от слова

совсем. Следует прием жаропонижающих.

2. То же можно сказать про боль в грудной клетке. Важно для диагноза, вот, собственно, и все.

3. А вот одышка, то есть частота дыхательных движений, – критерий тяжести, причем, один из самых важных. Напрямую связан с объемом поражения легочной ткани.

4. Не менее важно давление, вернее, его снижение, и уровень сознания. «Засыпает на ходу» – уже повод бить тревогу. Тем более «не можем разбудить»!

По данным врачей США из больных пневмонией в госпитализации нуждается только каждый шестой пациент. Остальные вполне себе вылечиваются амбулаторно. И тем не менее, пневмония, в том числе внебольничная, является одним из самых частых заболеваний как среди пациентов пульмонологических отделений, так и пациентов ОРИТ. И у нас, и во всем мире².

Оценить первые признаки пневмонии должен уметь каждый человек. Если уважаемый читатель прочитает и осознает только содержание этих небольших разделов, то эта книжка точно написана не зря. Тяжесть состояния – это реакция организма на то, что с ним происходит.

Организм реагирует на пневмонию двумя группами признаков (симптомов). Группы симптомов в медицине называют синдромами. Здесь это будут:

² Кто хочет побольше узнать о вакцинации от пневмококка, советую посмотреть рекомендации того же российского респираторного общества.

1. Синдром воспаления

Это температура (вещь очень вариабельная и не всегда отражающая ситуацию), слабость, сонливость, отсутствие аппетита, тахикардия (частота сердечных сокращений (ЧСС) увеличивается где-то в 1,5 раза от возрастной нормы). То есть, человек лежит, спит, ничего не ест, сами знаете. Туда же снижение артериального давления. Иногда рвота бывает именно проявлением интоксикации, а не проблем с желудком и кишечником.

Что важно оценить при интоксикации:

- Артериальное давление. Тонометры есть у всех, но, если вдруг тонометр сломался, слабость, не позволяющая дойти до туалета, уже признак того, что все плохо. Если же тонометр на месте, систолическое АД ниже 90 уже повод вызвать Скорую.
- Уровень сознания. Больной может постоянно хотеть спать, но, если вы не можете его разбудить до ясного сознания – ахтунг! Вызываем Скорую.

Особенно это важно для пожилых и для маленьких детей. У них пневмонии зачастую проявляются именно так: спит, не можем разбудить.

2. Синдром дыхательной недостаточности

Кашель, как ни странно, сюда не входит. Кашель сам по себе может только указать, что проблема в дыхательной си-

стеме (да и то не всегда).

Прежде всего, это частота дыхательных движений в минуту (ЧДД). Увеличилась в 1,5 раза от нормы – бьем тревогу. У взрослого норма 16, одышка в районе 24 – ахтунг, 30–32 уже повод для госпитализации в ОРИТ. Атак как одышка при пневмонии нарастает постепенно, то оценивать ее нужно не на глаз (легко ошибиться), а с часами в руках.

Далее цианоз. Посинели ногтевые ложа, губы, носогубный треугольник? Ахтунг! У здорового человека они синеют только при сильном переохлаждении.

Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Появляются на вдохе межреберные промежутки, выбухает пространство над ключицами, ходит туда-сюда живот? Тревога! Так может быть после быстрого бега или иного напряжения, но в покое у здорового – никогда.

Здесь же будет и субъективное чувство нехватки воздуха. При пневмонии тяжело вдохнуть, а, например, при астме – выдохнуть.

Положение сидя в кровати – тревожный, хотя и необязательный признак. Особенно у детей. Ребенок может не сидеть с опорой на подушки, а лежать тряпочкой и дышать как собачка, и все равно будет очевидна дыхательная недостаточность.

Так вот, к чему я все это рассказываю. Может врач без рентгена пропустить пневмонию? Запросто. А вот пропу-

стить дыхательную недостаточность не имеет права. И тяжелую интоксикацию тоже. Кстати, дыхательная недостаточность далеко не всегда бывает вызвана пневмонией. Но никогда не свидетельствует ни о чем хорошем. И, простите за банальщину, всегда повод сделать рентген.

В любом случае, ошибка в диагностике вещь обычная и вполне объяснимая – у нас в глазах ни рентгена, ни УЗИ нет. А вот недооценка тяжести состояния – это зло, вытекающее из банальной неохоты посчитать ЧСС, ЧДД, раздеть и посмотреть, как человек дышит и т. п. По-хорошему, это все оценивается почти мгновенно, нужно просто держать такие вещи в голове.

Как это происходит в реальности

Бактериальная пневмония

Женщина 60+ – поступила с жалобами на кашель и одышку. Дома была температура, кашель и одышка, усиливались в течение нескольких дней.

То ли в приемном отделении недооценили, то ли пациентка резко ухудшилась, не знаю, но через сутки, проведенные в терапии, она попала к нам почти трупом – синяя, еле дышащая, с сатурацией не больше 60 и давлением 70/20. ИВЛ, препараты, повышающие давление, все дела. ОРДС (отек

легких), подбор настроек ИВЛ так, чтобы раскрыть слипшиеся альвеолы и при этом не порвать легкие. Посевы, антибиотики, эвакуация мокроты из бронхов... В общем, три дня на грани умирания, еще две недели с постепенным улучшением. На пятый день наложили трахеостому. На шестой день пациентку разбудили и велели шевелиться.

Она честно садилась, потом вставала, будучи «привязана» к аппарату ИВЛ длинными шлангами. Училась откашливать мокроту через трахеостому. Родственники – дети и внуки в большом количестве – приходя, занимались делом: сажали, ставили на ноги, отстукивали спину. Еще им было велено приносить маме-бабушке вкусную еду – диетическую, ничего острого-жирного-жареного, но обязательно вкусную, чтобы пациентка ела. Сначала уговаривали, потом аппетит появился.

Потихоньку восстановилось самостоятельное дыхание. Отключили от аппарата ИВЛ, вытащили трубку. Перевели в пульмонологию. Весь коллектив родственников теперь переместился туда, у нас стало почти пусто.

Да, вызвала всю эту катастрофу вполне себе дикая бактерия, то есть чувствительная к антибиотикам. Потом, естественно, ее сменили наши местные бактерии, но самое тяжелое уже было пройдено.

Кто-то, наверное, до сих пор считает, что в современном мире от пневмонии не умирают.

Девушка 20+ – двусторонняя пневмония. Сколько она просидела с ней дома, не знаю, но нам она досталась с тяжелой дыхательной недостаточностью и практически нулевым давлением. Лактат (его выделяют клетки, когда в них заканчивается кислород) был повышен в семь раз, лейкоциты в четыре раза ниже нормы, все маркеры воспаления зашкаливают. Сепсис. Шок.

ИВЛ с очень жесткими параметрами, огромные дозы повышающих давление препаратов, антибиотики, все дела. Один нюанс: девушка не гражданка РФ, из ближнего зарубежья. Они часто обращаются за помощью практически в последний момент.

В общем, лечим. Несколько сеансов гемосорбции, непрерывная гемофильтрация (это все методы экстракорпоральной очистки крови – ее прогоняют через специальный аппарат, удаляя молекулы, связанные с воспалением), без которой лихорадка тут же подскакивала до 40 °С и не снижалась ничем, антибиотики резерва. Через полторы недели она не то, чтобы улучшилась, но стала чуть-чуть постабильнее. Появилась надежда. Увы, ненадолго. Присоединились тяжелые нарушения свертывания крови, печеночная недостаточность и нарушение сократимости миокарда. Успели перелить несколько ведер плазмы и факторов свертывания. Че-

рез две недели лечения девушка умерла.

При патологоанатомическом исследовании – все легкие в гнойниках, живой ткани нет вообще. Сердечная мышца и печень повреждены, кровоизлияния в ткань мозга – кровь-то не сворачивалась. Да, с самого начала шансов почти не было. Но хотя бы из уважения к потраченным ресурсам и нашим силам девушка могла бы выжить...

* * *

Бабушка с тяжелой пневмонией. Пять дней на ИВЛ в искусственной коме, наложена трахеостома.

И вот я ее бужу. Рассказываю, что происходит. Показываю, как пользоваться пультом, управляющим кроватью, помогаю присесть. Убираю желудочный зонд. Теперь она может самостоятельно пообедать. Перевожу ИВЛ в режим, позволяющий ей самой делать вдохи и выдохи (аппарат только помогает). Вроде дышит нормально. Через пару часов отсоединяю от аппарата. Сажу рядом, слежу за дыханием. Она пытается говорить (с трахеостомой это сложно, но можно).

Угадываю обычные в таких случаях желания: судно, мешает мочевой катетер (нет, убирать пока рано), побаливает в области трахеостомы (медсестра вводит обезболивающее), пить... Потом она пытается сказать что-то непонятное, упорно повторяет какую-то фразу, жестикулирует. Я даю ей планшет и ручку. И она пишет дрожащей рукой на весь лист:

«Доктор, вы такая красивая!»

В этот раз она смогла дышать самостоятельно минут сорок. Потом устала, и я подключила ее снова к аппарату. Следующая тренировка вечером, с дежурным врачом. Постепенно она научится дышать самостоятельно.

Через два дня она уже дышала вполне стабильно и была переведена в отделение.

Вирусная пневмония

Женщина 40+ – поступила с диагнозом: «двухсторонняя пневмония». Больна в течение недели, все началось с лихорадки до 39 °С с болями в мышцах. Позже присоединился сухой кашель. Вызывала врача, врач диагностировал грипп, в легких не услышал ничего тревожащего. Лихорадка спала, но кашель нарастал. На седьмой день пациентка пришла в поликлинику, там сделали рентген, а, взглянув на снимок, сразу же вызвали Скорую. Из приемного отделения ее направили к нам. На рентгене пневмония во все легкие – чистые только верхушки. Аускультативно картина примерно такая же.

Если не смотреть на показания сатурометра и не браться за фонендоскоп, то пациентка выглядела очень даже ничего: небольшая одышка, умеренная тахикардия, вот, собственно, и все. В ясном сознании, спокойна. А в крови практически нет кислорода.

Через пару часов больная уже была на ИВЛ через интубационную трубку. С настройками, почти рвущими легкие, но позволяющими загнать в кровь хотя бы немного кислорода. В первый же день я созвонилась со специалистами по ЭКМО (экстракорпоральной мембранной оксигенации – метод насыщения кислородом крови минуя легкие). Они отказали.

На таком этапе все зависит от умения врача работать с параметрами ИВЛ. Антибиотики здесь практически не играют никакой роли: легочная ткань повреждена вирусом, бактериальная флора еще не присоединилась. В крови снижено число лейкоцитов, никакой лихорадки, только мембрана между воздухом и кровью не пропускает кислород, а значительная часть альвеол полностью спалась, так что воздух туда вообще не поступает. Мы управляем потоком воздуха, меняя давление и скорость потока в начале вдоха, на его пике и на выдохе, меняя их длительность, пытаюсь раскрыть то, что закрыто, и не перерастянуть то, что хоть как-то работает. Аппарат периодически возмущается, что такое давление опасно, но отсутствие кислорода в крови еще опаснее и приходится рисковать, снижая давление буквально по миллиметру.

Приходит муж, испуганный и не очень верящий в происходящее. Похоже, его жена заболела впервые в жизни. Я рассказываю про повреждение легких и настройки аппарата. Слова «давление» и «поток» как будто успокаивают его инженерный разум. Он просит разрешения мне звонить и я, что необычно, даю свой мобильный. И в общем не ошибаюсь: он

звонил раз в день, вежливо расспрашивал, выслушивал мое «еще спит, но настройки аппарата чуть менее жесткие», благодарил. По вечерам приходил и сидел с ней рядом.

Так прошло четыре дня. В какой-то момент все начало получаться: медленно, но верно снижалось давление в дыхательных путях, росло насыщение крови кислородом. На пятый день режим ИВЛ был уже вполне стандартным. Присоединилась бактериальная инфекция: мокрота стала гнойной, появилась лихорадка, выросло количество лейкоцитов. Пошли игры с антибиотиками. Пациентке наложили трахеостому и разбудили.

Дальше уже история про выздоровление. Пациентка оказалась очень активной: сразу начала садиться, потом вставать, еще будучи присоединена к ИВЛ, с аппетитом ела, особенно то, что приносила многочисленная родня. Такое поведение при пневмонии – практически залог успеха. На десятый день ее отсоединили от ИВЛ и убрали трахеостомическую трубку.

Когда я была в отпуске, мне написал ее муж, сообщил, что их выписывают. И что у них теперь все в порядке.

Кстати, я не думаю, что на амбулаторном этапе что-то было сделано неправильно. В момент вызова врача это был просто грипп. Когда появилась одышка, она сразу пошла в поликлинику, поликлиника направила ее в больницу, а приемное отделение сразу в реанимацию. Просто такие пневмонии развиваются быстро, иногда мгновенно. И мгновенно охва-

тывают все легкие, практически удушая заболевшего. Винить здесь некого, спрогнозировать невозможно. Шанс вылечить невелик. Грипп он вообще непредсказуемая штука.

Через пару месяцев пациентка зашла в гости.

Ее продолжают наблюдать наши пульмонологи, и к нам заглянула. Знаете, как приятно видеть бывшего пациента одетым? Да еще и с прической, макияжем и всем таким? Простая радость реаниматолога.

Кстати, узнать ее было практически невозможно – женщины, приведя себя в порядок, радикально меняются. Зато муж совершенно не изменился, вот по нему и опознала бывшую пациентку.

Сказать, что она совсем здорова, было бы преувеличением: на последней КТ фиброз легких, есть одышка при нагрузке и умеренное снижение сатурации. Частый исход тяжелой вирусной пневмонии. Насколько процесс фиброза остановится, насколько все компенсируется, покажет время.

Разговор был особенно интересен тем, что уже бывшая пациентка из тех, кто способен хорошо отследить и описать свое состояние.

«Я очень активный и деятельный человек, не привыкла сдаваться. Но в день, когда попала к вам, я была готова умереть без какого-либо сопротивления. Странное чувство, совсем на меня не похоже!»

Когда пациентка поступила, у нее вследствие гипоксии уже начинали отказывать почки и печень. Организм сдавал-

ся, если можно так сказать. Чувства следовали за физиологией. Патофизиологией, это точнее.

«Я хорошо помню момент, когда уже не спала, но еще не могла говорить. Вокруг поступали больные, кто-то умирал, постоянно что-то происходило. Хорошо помню ваш голос, он характерный, и многие другие. Слушала ваши разговоры».

«После удаления трахеостомической трубки я все не могла начать говорить. Но как-то ночью привезли абсолютно пьяную женщину из гинекологии, беременную. Она долго кричала и ругалась на всех окружающих. И я заорала на нее, мол, замолчи. И так обрела голос. А потом мне ввели снотворное, и я заснула до утра».

«Совершенно не могла спать, пока сестры не начали закрывать мне глаза пеленкой. Все лежала и слушала, целыми сутками».

«Очень многое в жизни переоценила. Реанимация этому способствует».

«Сестра (родная) явно считала, что я сошла с ума. Ако мне просто память возвращалась фрагментами. Помню, врач ей говорила: вы хотите сразу слишком многого, дайте ей время!»

Пациентка уже выходит на работу, хотя чувствует себя еще не вполне здоровой. Будет продолжать наблюдаться у наших пульмонологов. На вопрос, что она может для нас сделать хорошего, я попросила написать отзыв о больнице. А то

все больше гадости едят. Она пообещала.

* * *

Мужчина 50+ – сразу после Нового года почувствовал боль в горле и в мышцах, лихорадку. Лечился от гриппа обильным питьем и отдыхом. Лихорадка снизилась до 37–37,5 °С. Боли в мышцах прошли. Сохранялся небольшой кашель. А на четвертый день появилась выраженная одышка и удушье (чувство нехватки воздуха).

Скорая привезла пациента в кардиоблок. Для этого были резоны: в течение двух лет пациент знал о нарушении ритма, так что на повестке дня были тромбоэмболия и острые проблемы с сердцем.

Но по КТ тромбоэмболию не обнаружили, зато обнаружили огромную пневмонию: справа во все легкое, слева во всю нижнюю долю.

Пациент был переведен к нам. Тяжелая одышка, цианоз губ. Сидит в кровати. Аускультативно в легких кошмар. Без кислорода сатурация 80–84 %. На кислороде 92 %. Наготове держали аппарат ИВЛ, пациент балансировал на грани интубации. Но потихоньку-полегоньку состояние начало улучшаться.

Он оказался на редкость упорным в желании избавиться от нашего общества. Как только появились какие-то силы, я дала ему бульбулятор – бутылку с длинной соломинкой из

обрезанной капельницы. В бутылку наливаем воду, больной дует в соломинку, так чтобы появлялись пузырьки. Повторяем до легкого головокружения. Это упражнение для раскрытия слипшихся от воспаления альвеол. Пациент честно дул, без всяких напоминаний. В остальное время или спал, или читал книжку. Более сложное упражнение – надувание воздушных шариков – начало получаться только через пару дней.

Вроде все шло неплохо, но на третий день опять свечка температуры: присоединились внутрибольничные бактерии. Меняем антибиотики, с ужасом ждем антибиотик-ассоциированного колита. Опять пронесло мимо: температура снизилась, одышка практически ушла, а никаких проблем с животом не возникло. Пациент вел очень активную жизнь: надувал шарики, сидел, читал книги, болтал с медсестрами и санитарками, рассказывал байки из жизни. И рвался на свободу. К нему приходило многочисленное семейство и всячески уговаривало потерпеть еще чуть-чуть.

На шестые сутки его перевели в терапию. Там он провел еще десять дней. Сразу начал ходить по отделению, пугая окружающих одышкой. Был еще подъем температуры, перешли на антибиотики резерва: в мокроте выросла устойчивая ко всему внутрибольничная бактерия. Опять помогло: температура снизилась, без всяких осложнений.

Гриппозная пневмония, на удивление, доброкачественное течение. Даже обошлось без ИВЛ. Пациент, кстати, так и не

понял, что прошел по краю. Искренне считал, что практически здоров, просто простудился, а мы все преувеличиваем.

Аспирационная пневмония

Аспирация – попадание содержимого желудка в трахею, а затем в легкие. Происходит обычно при рвоте. Вызывает ожог трахеобронхиального дерева кислым желудочным соком.

Две молодые женщины, 30+, поступили с интервалом в несколько дней.

Первая переведена из психиатрического стационара, где находилась по поводу зависимости от фенобарбитала (успокоительное и снотворное вещество, входит в состав «бабушкиных капель»: корвалола, валокордина, валосердина). Наша пациентка выпивала по два пузырька корвалола в день.

Была обнаружена без сознания и переведена к нам уже на ИВЛ с критически низким давлением (вводились два повышающих давление препарата – в очень высоких дозировках).

По КТ в голове ничего особенного, а в легких огромная двухсторонняя пневмония. С учетом того, что была потеря сознания, очень вероятна аспирация, что подтвердила бронхоскопия. Пациентка пришла в сознание через два дня. К тому времени уже сильно снизились дозы повышающих давление препаратов. И все бы ничего, но пневмония с лихорадкой, большим количеством гнойной мокроты и тяжелой

дыхательной недостаточностью цвела, наплевав на все наши антибиотики.

Ей наложили трахеостому так, чтобы она могла оставаться в сознании, двигаться и откашливаться, невзирая на ИВЛ.

Вторая пациентка в течение двух недель жаловалась на боли в животе (пила таблетки «от гастрита»), тошноту, рвоту, сухость во рту и нарастающую жажду. Выпивала до пяти литров воды в сутки. Госпитализирована к нам с диагнозом «впервые выявленный сахарный диабет».

Диабет диабетом, но у девушки оказалась пневмония практически во все легкие. С учетом рвоты тоже очень вероятно аспирация. В первые двое суток дыхательная недостаточность была такая тяжелая, что мы созванивались со специалистами по ЭКМО. Но потом кислород в крови вышел на приемлемые цифры. Дышать сама девушка не могла, но на ИВЛ чувствовала себя вполне прилично. Ей также была наложена трахеостома, разрешено садиться и двигаться. Также сохранялась лихорадка и кашель с гнойной мокротой.

И вот сидят две пациентки, друг напротив друга, откашливаются, жестами объясняются друг с другом и с медсестрами. К ним приходят мамы, приносят вкусную еду (больничное девушки почти не едят, хотя еда у нас вполне приличная), делают массаж, просто болтают. Переживают из-за температуры, изводят меня и сестер вопросами, когда же их дочери смогут самостоятельно дышать.

Где-то через неделю у обеих в мокроте высеялась одина-

ковая клебсиелла (бактерия, часто вызывающая внутрибольничную пневмонию). После назначения соответствующей комбинации антибиотиков лихорадка у обеих начала спадать, в анализах снизились показатели воспаления. У первой контрольная КТ показала сформировавшийся абсцесс (гнойник) легкого, который довольно быстро прорвался в бронх.

Вторая просто шла на поправку, но медленнее, требовалась большая аппаратная поддержка. И все-таки наступил день, когда я обеих отключила от аппарата, а потом убрала трахеостомические трубки.

Первую пациентку перевели в отделение пульмонологии на день раньше. Ей еще общаться с торакальными хирургами по поводу абсцесса, с психиатром по поводу зависимостей, но она стабильна, дышит сама, спокойна и намерена никогда не возвращаться в реанимацию. У нас она провела две недели.

Вторую мы на денек задержали. Она провела у нас десять дней. Ей еще общаться с эндокринологами, ходить в школу диабета и осваивать новый образ жизни.

Заведующая пульмонологией пообещала мне поселить девушек вдвоем без всяких соседей. Дело не в дружбе, просто я опасаюсь, что наша клебсиелла расселится по относительно чистому отделению. Хотя, держать их взаперти все равно не получится.

В общем, аспирация, какую бы болезнь она не осложнила, вещь поганая. Пациент может умереть мгновенно от оста-

новки сердца, а может позже погибнуть от тяжелого поражения легочной ткани. На ожог (а содержимое желудка обжигает трахею и бронхи) мгновенно садятся бактерии, вызывая тяжелейшее воспаление. Так что альфа и омега: при любом нарушении сознания – защищай дыхательные пути. У пациента рвота – защищай дыхательные пути. Пациент перед наркозом клянется, что неделю не ел, да и процедура-ТМ минут на десять – не верь ни за что и защищай дыхательные пути. Кстати, именно поэтому человека без сознания всегда кладут на бок (естественно, предварительно убедившись, что пациент дышит и что у него не сломан позвоночник). Иногда я думаю, что тот, кто создал человека, что-то сильно недодумал, так близко расположив вход в пищевод и гортань. Он явно искал гармоничное сочетание вкусовых и обонятельных рецепторов, а мы, грешные, придумываем разные способы разделить дыхательную и пищеварительную системы, чтобы они никак не общались. И искренне считаем, что совершенство человеческого организма сильно преувеличено.

Пневмония при ожирении

Никогда не была фитоняшкой. Даже приблизительно. Но речь идет не о просто девушках с формами или мужчинах с пузиком. Пусть точкой отмашки будет где-то полтора сантиметра.

Во-первых, и это еще не самое неприятное, у таких пациентов изменяется анатомия дыхательных путей и проблемы с интубацией трахеи бывают намного чаще, чем у простых смертных.

Во-вторых, надо себе представить, что эти лишние 60–70 кг существуют не сами по себе, а включены во все системы организма. О чем речь? Жировая ткань растет не сама по себе, а с кровеносными сосудами. Ибо не меньше других тканей нуждается в питании и тканевом дыхании. Соответственно, в два раза больше тканей – в два раза больше кровеносное русло, в два раза больше работы приходится выполнять бедному сердцу. Сердце, кстати, орган вполне пластичный и способно приспособиться к очень даже повышенным нагрузкам. Из штанов, то есть из перикарда, выпрыгнет, но нужный кровоток обеспечит. За счет силы сокращения, за счет частоты, по дороге увеличиваясь в размере, но приспособится. Естественно, без особых резервов, но на обычную жизнь хватит. Сосудистое русло, кстати, тоже против сердца работать без особого повода не будет и перераспределит свои емкости так, чтобы сердцу работу хоть немного да облегчить (отсюда, например, отеки на ногах).

Другое дело легкие. Проблема легких в том, что они не умеют увеличиваться. Вот какими они выросли ко взрослому возрасту, такие они и есть и лучше уже не станут, только хуже. Сколько альвеол сформировалось, столько их и есть. Они могут перерастянуться, но дышать от этого лучше не

станут, совсем наоборот. Нет, конечно, и в легких есть свои резервы и запасы. Например, не все альвеолы работают в обычном состоянии. Мимо некоторых кровь протекает транзитом, не сворачивая в капилляры и не вступая в газообмен. Это запасы на случай непредвиденной нагрузки, например, чтобы быстро выдать усиленную порцию кислорода резво убегающим от опасности мышцам. Но этот резерв вовсе не рассчитан на постоянное использование.

И вот представьте трагедию: повышенный (и сильно повышенный) объем крови ударно работающее сердце пытается запихнуть в не изменяющийся объем легочных сосудов. А сосуды в ответ в буквальном смысле сопротивляются, ведь если не ограничить этот поток на уровне толстых артерий, то он буквально разорвет тоненькие капилляры. Повышается давление в легочных артериях, перегружаются правые отделы сердца.

К чему я все это рассказываю. Легкие у такого пациента изначально работают в сверхурочном режиме. А если еще что-нибудь случается, например, воспаление, то лечить его оказывается в разы сложнее.

* * *

Женщина 50+ – весом те самые 150+. Гигантская грыжа передней брюшной стенки, в которую вывалились внутренние органы. Ущемление петли кишки в грыжевых воротах.

Экстренная операция. Трудная интубация. Аспирация. Трахеостома. В итоге она у нас после ерундовой операции на ИВЛ с двухсторонней пневмонией.

Бронхоскопии, антибиотики, ингаляции и пневмония разрешается. Самостоятельно есть, садиться, даже вставать и делать пару шагов рядом с аппаратом. Можно на время отсоединяться от аппарата, дышать самостоятельно и присоединяться снова.

Наша пациентка садится, ест и пьет (после хорошенькой стимуляции кишечника – до этого он так давил на желудок, что она и зонд не хотела удалять), но дышать категорически отказывается.

Кроме проблем, описанных выше, есть еще и механическая: большой объем живота – высоко расположена диафрагма – несчастные легкие подавлены снизу и не могут обеспечить необходимую вентиляцию. Тренируемся. Если аппарат не додыхивает с каждым вдохом необходимый объем, кислорода в крови категорически не хватает. А с аппаратом все просто отлично. И зачем от него отвыкать совершенно непонятно. Вот только говорить с трахеостомой не получается, общаемся записками. Исколота единственная доступная артерия – на запястье: когда пациент на ИВЛ, артериальная кровь на анализ берется ежедневно. Другие артерии – бедренная и локтевая – недоступны из-за выраженных жировых подушек.

Наконец снижаем аппаратную поддержку до минимума.

Тренируемся по 5-10 минут самостоятельного дыхания. Капризничает: тяжело. Привожу к ней дочь с инструкцией: рас-
тормозить, заставить приложить усилия. Немного помогло:
после беседы с дочерью дышит сама почти час. Дальше –
опять никакого прогресса, а дочь ежедневно не приходит.

Подключаем высокопоточную систему, предварительно
вытащив трахеостому. Такая система подает смесь возду-
ха с кислородом под большим давлением через толстые ка-
нюли в носу. Теперь пациентка может говорить. Первые сло-
ва: «Доктор, не забудьте написать в выписке, что мне показа-
но санаторное лечение!» Скажи она: «Как вы мне осточерте-
ли!» – мы бы поняли и посочувствовали... Еще пара дней и
высокопоточку отключаем. Наконец переводим в отделение.
Итого две недели реанимации после обычной ущемленной
грыжи, даже без резекции кишечника.

Все закончилось хорошо. И в качестве бонуса пациентка
скинула килограмм пять.

Но объяснить ей, что надо бы похудеть, вряд ли кому-ни-
будь удастся. К лишнему весу привыкают. Как и к постоян-
ной одышке. Да ко всему, увы, можно привыкнуть. Хотя не
всегда стоит.

Септическая пневмония

Что такое сепсис? Как ни странно, определение этого со-
стояния, которое может возникнуть при любой инфекции,

довольно часто меняется. «Гнилокровие», «заражение крови» еще со времен Аристотеля рассматривалось как отравление организма... чем? Про микробы тогда еще не знали, но что запускает сепсис воспаление уже догадывались.

В общем, сейчас сепсис определяют как реакцию организма на инфекцию настолько сильную, что нарушается работа различных органов и систем. Оправдана такая сильная реакция, или можно было бы справиться малой кровью – вопрос скорее философский. Важна связь: есть очаг инфекции – отказывают органы и системы. Так как подразумевается, что возбудитель инфекции и его токсины попадают в кровь, логично ожидать появления новых воспалительных очагов в отдаленных частях организма, но для констатации сепсиса это не обязательно.

Молодой человек около 30 лет – не алкоголик, без каких-либо вредных привычек. Здоровенный, накачанный. Во время тренировки по какому-то единоборству травмировал ногу. Обратился в поликлинику, там ему назначили какие-то уколы (жена не могла вспомнить какие, но помнила, что четыре разных наименования). Неделю их колот, но боль не проходила, а наоборот нарастала до полной невозможности ходить. Обратился в частный медицинский центр, там ему выполнили МРТ соответствующей области и диагностировали частичный разрыв сухожилия одной из мышц бедра. С результатами МРТ обратился в нашу травматологию и был госпитализирован. Начато лечение, консервативное.

Но через два дня появилась лихорадка, одышка, по анализам тяжелые воспалительные изменения лейкоцитарной формулы, почечная недостаточность.

С нарастанием дыхательной недостаточности переведен к нам, сразу начата ИВЛ. На КТ двухсторонняя пневмония, увеличены печень и селезенка. В области ягодиц гнойники размером во все ягодичы. Двухсторонняя флегмона бедренных и ягодичных областей. Все вскрыто широкими разрезами, эвакуирован гной.

Через два дня отключен от ИВЛ, начал дышать сам, но сохранялась небольшая одышка, лихорадка (скачки от 36 до 40 °C и обратно) с потрясающими ознобами и проливным потом. Воспалительные изменения крови уменьшились, работа почек потихоньку нормализовалась. В первых посевах везде, кроме крови, золотистый стафилококк.

Еще через два дня опять нарастает одышка, начата ИВЛ через маску, но ее пациент переносил плохо, появилась дыхательная паника, пришлось опять интубировать. На КТ в динамике: еще один абсцесс в районе ягодичной области, по абсцессу на верхушках обоих легких и подозрительный участок в селезенке. Все пунктировали, получили гной. По анализам лейкоциты уже не повышены, а слегка снижены.

В общем, диагноз сомнений не вызывает: сепсис с источником в виде постинъекционных абсцессов с септической пневмонией и множественными отсевами. Один вопрос: откуда у молодого здорового мужчины такой тяжелый про-

цесс, прогрессирующий даже на агрессивной антибиотикотерапии? ВИЧ и гепатиты отрицательные, клапаны сердца чистые. Раньше ничем не болел, все простуды проходили за 2–3 дня.

Позвонили в поликлинику с просьбой поднять амбулаторную карту и рассказать, что за четыре ядреных укола в день привели к такому эффекту. Ответ потрясающий: диклофенак (обезболивающее), мексидол (ноотроп – улучшает метаболизм головного мозга, эффективность не доказана), дексазон (вот оно) и лидокаин (местный анестетик). За каким лучшим лидокаин и мексидол не знаю, но гормоны (дексазон) точно пришлись не ко двору: благодаря им иммунитет рухнул до абсолютного нуля. Пока других объяснений такого бурного гноя не видно.

После вскрытия всех гнойных очагов пациент медленно, но верно пошел на поправку. В реанимации он провел две недели. Дальше длительная реабилитация. Но, в общем, прогноз хороший. Хотя профессиональным спортом он уже заниматься не сможет.

* * *

Еще один молодой человек, лихорадка в течение недели. Плюс нарастающая одышка и желтуха. По КТ пневмония и немного увеличена печень. В анализах повышение печеночных проб и воспалительные изменения лейкоцитарной фор-

мулы. Пневмония по виду септическая, что подтверждается анализами.

Ищем источник. И находим полный рот гнилых зубов и остеомиелит нижней челюсти. У пациента уже месяц как болят зубы. От боли он ел обезболивающие, что, видимо, привело к поражению печени. Помогло еще и то, что обезболивающие он запивал водкой. А нелеченные зубы привели к остеомиелиту, сепсису и пневмонии. Несколько дней на масочной ИВЛ, потом одышка уменьшилась, а вместе с ней и желтуха. Челюстно-лицевой хирург рекомендовал удаление половины зубов. После выписки. Пойдет ли молодой человек к стоматологу большой вопрос.

* * *

Женщина 50+ – переведена из гнойной хирургии с тяжелой дыхательной недостаточностью.

Около пяти лет знает о сахарном диабете. Примерно год наблюдается по поводу диабетической стопы: вскрывалась флегмона, удалены три пальца, поставлен стент (расширяющая просвет трубка) в подколенную артерию. Последнее вмешательство несколько месяцев назад.

Месяц назад заболела рожей (инфекционное воспаление тканей эпидермиса) голени на многострадальной ноге. Получала антибиотик.

За две недели до госпитализации к нам появилась лихо-

радка, ощущение, что «простыла», сильный кашель. В это время пациентка была на даче, там же ее госпитализировали в местную больницу с диагнозом «правосторонняя пневмония». Получала еще один антибиотик без видимого эффекта – постепенно нарастала одышка. Через неделю выписалась по собственному желанию и вернулась в Москву. Там ей на палец ноги упал тяжелый предмет и пациентка, испугавшись, что потеряет и этот палец, обратилась к родным гнойным хирургам. С пальцем оказалось все в порядке, но одышка гнойникам не понравилась настолько, что позвали нас.

По КТ двусторонняя пневмония, справа практически во все легкое. Гидроперикард (жидкость в сердечной сумке), увеличенные лимфоузлы плюс недостаточность трехстворчатого клапана. Лихорадки больше не было. В крови анемия и никакого лейкоцитоза. Зато с-реактивный белок (маркер воспаления) повышен в двадцать раз. Небольшая почечная недостаточность и, собственно, все. Кислорода в крови почти нет. На кислороде сатурация 85, одышка до 28–30 в мин. Шарахнули максимально широким спектром антибиотиков, так как здесь можно ждать каких угодно устойчивых возбудителей.

Начали неинвазивную ИВЛ через маску. Это не очень приятная процедура, но пациентке подошла. Ушла одышка, она смогла поспать. Дальше неинвазивку проводили с перерывами на час-полтора – поесть, передохнуть и поговорить по телефону – дома у пациентки трое маленьких детей, за

которыми присматривал муж.

В анализе мокроты трижды – грибок и все. В крови – устойчивый стафилококк. Добавили противогрибковый препарат.

Пять дней на неинвазивной ИВЛ и функция легких потихоньку начала восстанавливаться. Восстановились почки, пациентка начала двигаться без одышки и головокружения. Сначала садилась в кровати, потом вставала и ходила рядом с ней.

Первое время она много плакала, капризничала и всячески доводила медсестер. Признавалась, что устала болеть и очень боится умереть. Между прочим, это обычная реакция на перенесенную гипоксию. Немного антидепрессантов на ночь плюс восстановление функции легких, и характер, как по волшебству, исправился.

Через неделю ее перевели в пульмонологию. Еще спустя неделю я ее там навестила – в сравнении с тем, что было, просто небо и земля. Верная примета: если женщина надевает украшения и делает макияж, значит, твердо решила выздороветь. Никаких «а вдруг я умру!»

Удача, что обошлись без интубации и инвазивной ИВЛ. Иначе недель в реанимации не отделались бы.

* * *

Мужчина 40+ – вызвал Скорую помощь в связи с одыш-

кой и нарастающей слабостью.

Считает себя больным в течении двух недель, когда появилась жажда, полиурия (увеличение количества мочи) и озноб с проливным потом. Температуру не мерил. До этого выпивал в течение трех дней.

При поступлении обнаружилось:

1. Декомпенсированный сахарный диабет, о котором пациент не подозревал. Глюкоза 34. Классика!

2. Изменения в легких, которые рентгенолог расценил как туберкулез, а врач КТ как септическую пневмонию с мелкими абсцессами по всем легким.

3. Увеличенные печень и селезенка.

4. Повышение лейкоцитов, снижение тромбоцитов, снижение свертываемости крови, повышение маркеров воспаления.

В общем, сепсис на фоне впервые выявленного сахарного диабета. Хочется понять, где источник. Расспрашиваю пациента с пристрастием, потом с пристрастием же осматриваю. На голове и шее видны здоровенные нагноившиеся атеромы (киста сальной железы, по сути, мешочек, наполненный кашицеобразным содержимым), одна из них со следами разреза. Оказывается, пациент уже несколько месяцев их выдавливает, а они распухают снова и снова.

Плюс еще любопытная вещь: оказывается, первые симптомы сопровождались болями в пояснице. Делаем КТ почек и обнаруживаем пиелонефрит.

Дальше вопрос почти философский, но имеющий прямое отношение к практике – что именно стало источником: нагноившиеся атеромы или пиелонефрит? От этого зависит выбор антибиотика. Дело, естественно, происходило в пятницу вечером, посевов не видать до понедельника. В общем, выбрали антибиотик с учетом кожи и легких.

На лечение пациент ответил на удивление быстро: в течение суток компенсировался диабет на простой инфузии и небольших дозах инсулина. Лихорадка держалась двое суток, потом прошла. На третий день пациент был отправлен в отделение. То, что он был близок к шоку, ИВЛ и куче других неприятностей, он явно не понял. И также явно не поверил, что заболел сильно и надолго. С его точки зрения, это банальная простуда и скоро пройдет.

Пневмония у наркоманов

Два молодых наркомана с двусторонними пневмониями. Поступили практически в один день. Лежали на соседних койках, практически взявшись за руки.

У обоих на второй день развился жесткий делирий (психоз и галлюцинации на фоне ломки).

Один вышел из делирия через четыре дня и медленно-медленно, но верно, начал выздоравливать. Антибиотики во все места, иммуноглобулины, куча реанимационных при- бамбасов и через две недели болезный был переведен в от-

деление. Сейчас уже колет свой героин на воле, где бы она ни была.

У второго во время делирия развилась тяжелая дыхательная недостаточность. Неделя на ИВЛ, отмывание бронхов от гноя, смены антибиотиков (перепробовали весь арсенал), те же иммуноглобулины – все бесполезно. Легкие разваливались, развилась полиорганная недостаточность. В конце концов, он умер, так и не придя в сознание.

Разница обнаружилась уже после смерти второго. Все оказалось банально. У второго была ВИЧ-инфекция. На стадии СПИДа. А у первого не было. Увы, результаты анализов мы получаем довольно поздно.

Пневмония на фоне всего сразу

Рассказ дежурного врача:

– Забрала из приемника деда. Вернее, мне его всучили со словами: «Пусть умрет у вас!»

Дед, хоть ему всего 60 с хвостиком, но на вид все 80, действительно выглядел не очень: весь синий, со следами борща на лице, весь в каких-то расчесах. Без признаков сознания. При нем выписка из кардиологии месячной давности: перенесенный инфаркт, тяжелая сердечная недостаточность, аритмия, сахарный диабет (на инсулине), ампутация средней трети бедра по поводу гангрены.

Подключаю к монитору – и вроде даже ничего: давление

90, ЧСС 130, есть с чем работать. Беру КЩС (анализ кислотно-щелочного состояния и газов крови, обычно анализатор стоит в отделении, так что результат можно получить очень быстро) – мама дорогая! – глюкоза в десять раз меньше нормы. Вводим струей 40 % глюкозу, начинаем капать 20 %, дед открывает глаза и даже что-то говорит. Но тут же начинает кашлять... капустой. Интубирую, начинаю отмывать трахею – капуста. По желудочному зонду, кстати, ничего такого не отошло. Зову эндоскопистов. Они приходят со словами «вечно вы нас на глупые подозрения вызываете!» Заходят бронхоскопом и интересуются: «Почему у вас желудочный зонд в правом бронхе?» Я им напоминаю, что вообще-то в трахее стоит интубационная трубка, что исключает попадание туда зонда. Они копаются дальше и вытаскивают толстенную Капустину сантиметров десять длиной. Извиняются, говорят, что слизистая не обожжена, то есть капуста попала в легкие не из желудка, а прямо из ложки, и удаляются со словами «зовите, если что!»

Во всю встает проблема венозного доступа. Периферических вен нет совсем – все в отеках. Дед на антикоагулянтах (снижающих свертывание крови препаратах), коагулограмму набрать не от куда. Хочешь не хочешь, надо ставить катетер в центральную вену. Пункцирую яремную вену под контролем УЗИ с первого вкола и все равно получаю небольшую гематомку. Приходит коагулограмма – МНО 10 (один из показателей свертываемости, норма до 2). Передозировка ан-

тикоагулянтов. Глюкоза поднимается с трудом – максимум до 2,5 на нашей 20 %. Мочи мало, креатинина много... В общем, поднимаю давление до 150, добавляю мочегонное и, наконец, начинает появляться моча. Капаю плазму.

В сухом итоге у деда: гипогликемия, видимо, из-за передозировки сахароснижающих препаратов, передозировка антикоагулянтов, аспирация пищей и острая почечная недостаточность. Четыре, так сказать, в одном.

Кстати, при развитии почечной недостаточности у диабетиков довольно часто резко падает потребность в инсулине. Что проявляется именно такими гипогликемиями. Для почечной недостаточности у него поводов масса: и диабет, и атеросклероз, и сердечная недостаточность. А варфарин – антикоагулянт, который получал пациент – вообще имеет только одно преимущество – дешевизну. В остальном он зло, и передозировать эту пакость можно в любой момент, просто чуть поменяв диету. Так что произошедшее с дедом, как ни странно, вполне объяснимо и вовсе не является следствием плохого лечения или ухода. Так может быть. А вот о чем думал кормивший деда, когда запихивал ему капусту в дыхательные пути, это интересно. И в каком состоянии сознания был дед и, соответственно, как давно у него гипогликемия.

В общем, к утру глюкоза доросла до нормальных цифр, моча пошла, давление на препаратах, его повышающих, есть, ЧСС уредили, на ИВЛ вполне неплохие газы крови. Пока все ничего...

Через несколько дней дедушка полностью пришел в сознание, был отключен от ИВЛ и переведен в отделение с нормальной глюкозой, коагулограммой и работающими почками. Ест-пьет самостоятельно без особых проблем. Двусторонняя пневмония, но с ней пульмонологи справятся и без нас.

Переводила его та же доктор, что и принимала. Практически не веря своим глазам.

Пневмония специфическая

Что мы все о грустном и о грустном. Вот оптимистичная история. Молодой человек 19 лет, попал к нам с пневмонией сразу трех долей – две доли левого легкого и одна правого. Заболел остро, называл день и час, когда поднялась температура, выраженная интоксикация, появились боли в грудной клетке. Позже присоединились кашель и одышка.

Сначала исключили грипп. Потом туберкулез – на нем настаивал врач компьютерной томографии. Перепробовали разные комбинации антибиотиков. Но все ухудшалось: пневмония расплзалась, лихорадка шпарила, дыхательная недостаточность плавно приближала молодого человека к ИВЛ.

И тут пришел результат анализа мокроты, взятой во время бронхоскопии. Хламидии (бактерии, живущие внутри клеток; один из видов хламидий поражает птиц и дыхательные пути человека). Иду допрашивать с пристрастием. И тут

юноша рассказывает, что у него есть друг-орнитолог и что он ему часто помогает с уходом за птицами. Ё-мое! В общем, на комбинации соответствующих антибиотиков температура сразу нормализовалась, одышка ушла, и пациент начал поправляться.

Через неделю встретила его, гуляющим по больнице с мамой и папой. Выглядит вполне бодрым, особенно, если вспомнить, что неделю назад он длинную фразу не мог выговорить без одышки.

Так что анамнез наше все, здесь мы решительно дали маху. С другой стороны, я орнитоз увидела впервые в жизни.

* * *

Женщина 60+ доставлена с тяжелой дыхательной недостаточностью вызванной двухсторонней пневмонией. Ожирение 4 степени плюс отеки всего тела. На ногах грубые корки как от постоянного подтекания лимфы. Дома, со слов дочери, несколько раз теряла сознание.

ИВЛ, антибиотики и мочегонные, с положительным эффектом. Все время обращала на себя внимание брадикардия с частотой 30–50 в мин. Давление не падало. На ЭКГ синусовый ритм, никаких нарушений. Кардиолог рекомендовал установку кардиостимулятора в плановом порядке после стабилизации состояния и дообследования.

Когда пациентку разбудили и перевели на самостоятель-

ное дыхание, обнаружилась еще одна странность: частота дыхательных движений 8-10 в минуту с очень глубокими вдохами. Минутный объем был вполне нормальным и обеспечивал вполне приличные значения газов крови. Можно было отдавать пациентку в терапию. Но перед этим мы провели еще небольшое обследование: сделали анализ на гормоны щитовидной железы и обнаружили глубокий гипотиреоз. Это разом объяснило и отеки, и потери сознания, и вялость, и брадикардию с редким дыханием.

Она была выписана из больницы с подобранной дозой L-тироксина куда более бодрая, чем была последний год. По крайней мере, так сказала ее дочь.

Пневмонии имени доктора Хауса

Молодой человек 20+ поступил самотеком (то есть пришел сам, а не приехал на Скорой помощи) в тяжелом состоянии.

Жалобы на одышку, кашель, боль в грудной клетке, мокроту с примесью крови. Через два часа после поступления переведен на ИВЛ в связи с дыхательной недостаточностью.

До этого провел пять дней в другом стационаре, откуда был выписан по собственному желанию в связи с «неэффективностью лечения». В тот же день пришел к нам.

Болен в течение недели, когда после переохлаждения появилась лихорадка до 39 °С, кашель, одышка. Принимал па-

рацетамол без эффекта. Кроме того, в течение месяца рецидивируют носовые кровотечения, последний эпизод перед первой госпитализацией, кровотечение было очень обильным, но остановилось самостоятельно. Другие заболевания отрицает. В детстве ничем, кроме ОРВИ, не болел.

При осмотре (до начала ИВЛ): кожа и слизистые бледные, ЧДД до 40 в минуту, дыхательная паника, над легкими влажные хрипы АД 130–140/80.

Обследование показало – в крови тяжелая анемия, снижение тромбоцитов, лимфоцитов, воспалительные изменения, почечная недостаточность, небольшое повышение печеночных проб. В моче белок.

По КТ грудной клетки и брюшной полости: двухстороннее поражение легких, увеличены лимфоузлы грудной клетки и шеи. Увеличение селезенки.

По данным гастроскопии: гастрит с эрозиями и кровоизлияниями слизистой.

Анализ костного мозга: непонятно что.

УЗИ сердца: концентрическая гипертрофия миокарда, клапаны без особенностей.

ЛОР, окулист, гематолог: патологии не обнаружено.

В предыдущем стационаре пациент получал разнообразные антибиотики – четыре наименования. Как они успели все это дать за пять дней, не знаю. Препараты железа, В12, фолиевую кислоту, без эффекта: гемоглобин при госпитализации 80, а у нас – 60.

Начали лечить пятым антибиотиком, небольшими дозами гормонов, эритроцитарной массой.

На этом пациент стабилизировался. Отключили от ИВЛ. Лихорадка ушла. Одышка до 30, болей нет. На кислороде сатурация 100, без – 85. Кашель с обильной слизистой мокротой с примесью крови. Повышение давления до 160, базово 130.

Повторили КТ. Поражение практически всей легочной ткани. Значительное увеличение лимфоузлов. Фтизиатр ни туберкулеза, ни саркоидоза не увидел.

В динамике: анемия не нарастает, тромбоциты и лимфоциты немного подросли. Лейкоциты – нижняя граница нормы, формула не изменена. СОЭ 45. По биохимии – снижение белка, в остальном норма. Функция почек восстановилась.

Парню сделали операцию: зашли эндоскопом в плевральную полость и взяли кусочек легочной ткани. Кошмар какой-то: все легкие в каких-то белесых узлах с кровоизлияниями. Торакальные хирурги говорят, что это не похоже вообще ни на что: легкое с множественными белесыми очагами размерами до 2–3 мм, под плеврой – участки кровоизлияний, на ощупь – участки уплотнений. Под микроскопом: картина гигантоклеточной интерстициальной пневмонии.

И вот, наконец-то, стал понятен диагноз. Это системная красная волчанка. Диагноз поставлен на основании повышения антител к ДНК.

Пациент в стабильном состоянии переведен в отделение,

а оттуда отправлен в другую клинику. О дальнейшем знаю только через третьи руки. Его долго обследовали на все варианты ревматических заболеваний, но остановились на волчанке. Лечение подобрано, он выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Комментарий от моего мужа – не врача: «Вашу задачку легко решила бы любая домохозяйка, посмотревшая «Доктора Хауса». Внимательнее надо относиться к культовым сериалам!

* * *

Пациентка у нас не лежала, меня просто позвали на консилиум.

Молодая женщина 20+ из очень южной страны. После второй, успешной попытки экстаракорпорального оплодотворения (не могла забеременеть четыре года). Беременность 10 недель. Жалобы на лихорадку до 39 °С с потрясающими ознобами.

Больна больше двух недель, обращалась в свою клинику ЭКО, там проверили на инфекции и рекомендовали обратиться в больницу.

Обследовалась на пиелонефрит, болезни ЛОР-органов, дважды осматривалась инфекционистами. Выполнено УЗИ всего организма. В сухом остатке: снижение лейкоцитов, воспалительные изменения лейкоцитарной формулы, повы-

шение печеночных ферментов. При пристальном расспросе выяснилось, что лихорадка появилась сразу после первой, неудачной попытки ЭКО, за месяц до. И что девушка пригоршнями ест парацетамол от температуры, которую переносит очень плохо.

Был даже сделан рентген грудной клетки, на котором наши рентгенологи не увидели ничего особенного. На мой необразованный в рентгенологии вкус снимок был бы нормальным для бабульки с пневмосклерозом, правое легкое было какое-то тяжистое.

Тут пришла заведующая пульмонологией и потребовала немедленной консультации фтизиатра. Аргументы: немотивированная лихорадка после гормональной нагрузки (снижение иммунитета), снижение лейкоцитов и изначально проживание в эндемичном районе. На снимке непонятно что.

Дальше события развивались быстро. Без парацетамола печеночные ферменты вернулись в норму, но лихорадка, несмотря на антибиотики, сохранялась. Фтизиатр ничего не подтвердил, но сделал диаскин (пробу на туберкулез). Беременность при очередном УЗИ оказалась замершей и была прервана. Пациентке выполнили КТ грудной клетки и обнаружили диссеминацию (мелкие туберкулезные очаги) по всем легочным полям. Девушка переведена в туберкулезную больницу.

Я, кстати, голосовала за ВИЧ. Результат анализа на кото-

рый я так и не увидела. Не верю я в обследования во всяких частных конторах.

Глава 10

Сахарный диабет

Немного теории

Сахарный диабет – это больше, чем просто болезнь, в чем-то это альтернативный взгляд организма на действительность.

Суть происходящего проста: глюкоза (основной источник энергии) не проникает в клетку. Поэтому снаружи – в кровеносном русле – глюкозы много, в клетках ее нет. Причины могут быть разные: отсутствие инсулина, гормона, который позволяет глюкозе проникнуть в клетку через мембрану клетки (диабет 1 типа) или нечувствительность рецепторов клеток к инсулину (II тип).

Запомним: в крови глюкоза есть, внутри клетки – нет. Это факт первый.

Идем дальше.

Сначала заглянем в клетку. Здесь нам стоит вспомнить, что глюкоза – один из двух основных источников энергии для клетки. Суть проста: в клетке энергия содержится в виде «универсальной батарейки» – молекулы АТФ.

Хотя эта молекула и называется длинно – аденозин-трифосфат, ее ценность объясняется просто: при отщеплении

одного из трех фосфатов выделяется достаточно энергии, чтобы совершить какое-нибудь простое действие. Например, соединить две аминокислоты в процессе синтеза белка, сократить мышечное волокно или выкинуть из клетки 3 иона Na^+ , затащив туда 2 иона K^+ (работа фермента Na-K-АТФазы). Синтезируется АТФ в клеточных энергетических станциях, митохондриях, а используется там, где нужна – ее можно легко перетащить в любой уголок клетки.

АТФ можно получить из молекул жира (липидов), аминокислот или глюкозы. Но разрушать аминокислоты вместо того, чтобы построить из них что-то полезное как-то совсем расточительно. Клетка занимается этим в крайнем случае. С жирами проще: расщепил на глицерин и жирные кислоты и окисляй их себе на здоровье! Но есть нюансик: так умеют далеко не все клетки. Например, клетки мозга не умеют. В отличие от сердца и скелетных мышц. Это второй важный факт: клетки мозга не могут получать энергию из жиров.

Но что бы клетка не окисляла, как промежуточный итог имеем пируват (пировиноградную кислоту), которая в виде ацетата, отправляется в знаменитый цикл Кребса (финальный цикл окисления), на выходе из которого будем иметь CO_2 (углекислоту) и водород. Водород соединяются с кислородом, образуя воду и высвобождая энергию для синтеза АТФ: из 1 молекулы глюкозы получаем 38 молекул АТФ. Жиры, естественно, более эффективны: например, при окислении одной молекулы пальмитата ($\text{CH}_3(\text{CH}_2)_{14}\text{COOH}$) об-

разуется 129 молекул АТФ.

Почему так много энергии от синтеза простой воды? А вы попробуйте в лабораторных условиях соединить водород с кислородом! Если уж реакция пойдет, то бабах будет знатный. Вот эту-то энергию потенциального бабаха клетка и запасает в химических связях АТФ.

Тут встает еще один интересный вопрос: раз АТФ такая нужная вещь, почему не устроить ее запасы, что-то вроде биологического аккумулятора? Ответ прост: АТФ довольно тяжелая молекула. 1 моль глюкозы весом 174 г образует при аэробном гликолизе 38 моль АТФ весом 19,3 кг. (Моль – количество молекул, равное числу Авогадро. Главное, в одном моле любого вещества содержится то же количество молекул, что и в моле любого другого вещества). Так что хранение энергии в виде гликогена (полимер глюкозы, ее, так сказать, заначка), как способ хранения энергии организмом куда более эффективен. АТФ является одним из самых часто обновляемых веществ: у человека продолжительность жизни одной молекулы АТФ менее 1 минуты. В течение же суток одна молекула АТФ проходит в среднем 2000–3000 циклов ресинтеза, а всего человеческий организм в среднем синтезирует в сутки около 40 кг АТФ. Запасы гликогена в нашем организме оцениваются в 300–400 г, что обеспечивает нас запасом энергии примерно в 1900–2200 Ккал. Но этого запаса все равно мало даже для того, чтобы пробежать марафон. И глюкозой нельзя наесться впрок: из ее избытка организм

быстренько синтезирует жиры. Обидно, да?

Итак, запомним еще один важный факт: АТФ жизненно необходима, но устроить ее запас клетка не может. Поэтому, хочешь-не хочешь, приходится постоянно что-то окислять: глюкозу или жиры.

Как накормить мозг?

Поехали дальше. Помним, что снаружи (в кровотоке) глюкозы много, а в клетку она не попадает. В итоге клетки начинают голодать. Кто-то, например, сердце и мышцы, начинают всю окислять жиры. Но что делать клеткам мозга? Умирать от голода?

К счастью, организм – целостная система и принцип «каждый сам за себя» в нем не работает. В нашем случае спасителем мозга является печень. Она вообще тот самый супермен, который спасает всех, когда эти «все» натворят бед. Вспомним хотя бы алкоголь! Но мы отвлеклись.

Печень начинает расщеплять жиры до ацетата – того самого вещества, которое расщепляется в цикле Кребса. Но проблема в том, что ацетат нужно до мозга как-то доставить, через кровоток, естественно. Доставляется ацетат в транспортной форме: в виде специальных молекул, которые называются кетоновые тела. Это ацетон, ацетоуксусная кислота и бета-оксимасляная кислота.

Еще один, четвертый, важный факт: при снижении глю-

козы в клетках мозга печень выбрасывает в кровоток кетоновые тела. Для мозга это способ выжить. Для остального же организма – плохо. Прежде всего потому, что все три варианта кетоновых тел – кислоты. И их избыток делает кровь более кислой.

Напомню: кислотность оценивается с помощью pH, он отражает количество ионов водорода в растворе. Этот показатель обратный: чем больше ионов водорода, тем кислее раствор, тем ниже pH. Физиологическая норма: 7,35-7,45. Вне этих границ наступает угроза неправильной работы белков. При pH меньше 7,0 велик риск развития комы. pH ниже 6,7 несовместим с жизнью.

На низкий pH реагирует прежде всего дыхательный центр головного мозга, так как дыхание – самый быстрый способ вернуть pH к норме через снижение CO_2 (углекислоты) и метаболический алкалоз. Чем чаще дыхание, тем быстрее улетает CO_2 (все просто: меньше CO_2 в крови – меньше его растворенной формы – угольной кислоты $\text{H}^+ + \text{HCO}_3^-$ – меньше ионов водорода – выше pH). За повышением в крови кетоновых тел следует одышка. И специфический запах ацетона изо рта. Кстати, норма pCO_2 (парциальное давление CO_2 в крови) в вене 36–44 мм рт. ст. Дальше я буду постоянно возвращаться к этому параметру.

Схема происходящего проста: снижение глюкозы в клетках – энергетическое голодание (недостаточный синтез

АТФ) – активация окисления жиров – синтез печенью кетонных тел – снижение рН крови – стимуляция дыхательного центра – одышка + запах ацетона.

Итак, пятый важный факт: на снижение рН (ацидоз) дыхательный центр реагирует увеличением частоты дыхания.

А где-то глюкозы избыток.

Все описанное выше касается того простого факта, что в клетках глюкозы мало. Теперь посмотрим на дело с другой стороны: в крови глюкозы много.

Прежде всего, глюкоза повышает осмолярность крови (осмолярность – суммарное количество всех растворенных веществ на литр раствора: представим, что мы растворили в литровом чайнике ложку соли и ложку сахара; чтобы посчитать осмолярность нужно сложить количество ионов натрия, хлора и молекул сахарозы) – по сути, кровь становится густой и вязкой как сахарный сироп. После определенного предела возможно развитие гиперосмолярной комы – отека мозга.

Далее глюкоза увеличивает выделение мочи почками. Механизм здесь простой: глюкоза фильтруется вместе с первичной мочой, увеличивает ее осмолярность и препятствует обратному всасыванию воды. Возникает полиурия, или, менее пафосно, мочеизнурение. Вместе с мочой теряется калий, что тоже очень характерно.

В ответ на потерю жидкости с мочой и повышение осмолярности крови активируется центр жажды в головном моз-

ге, и пациент начинает пить большое, вернее БОЛЬШОЕ количество воды. И это факт шестой: повышение глюкозы в крови всегда сопровождается жаждой и выделением большого количества мочи.

Между прочим, именно выделение большого количества сладкой мочи стало симптомом, по которому древние врачи распознавали диабет.

Этот процесс называется кетоацидоз.

Итак, соберем сказанное вместе и увидим классическую картину декомпенсации диабета. В порядке появления симптомов:

1. Полиурия – пациент бежит в туалет каждый час, объем мочи каждый раз большой.

2. Жажда – может выпивать 6-10 литров в сутки. Характерный симптом: человек перед сном ставит рядом с кроватью бутылку с водой.

3. Запах ацетона. Или фруктов, лака для ногтей, у кого с чем ассоциируется.

4. Одышка. Грозный признак надвигающейся комы. Обычно с момента появления жажды и полиурии до появления одышки проходит от нескольких дней до 2-3-х недель. У кого как. А вот от момента появления одышки до комы проходит около суток.

Лечить кетоацидоз (так это состояние называется), с одной стороны, несложно: инсулин, восполняем потери воды и калия, при достаточном снижении глюкозы крови добавля-

ем глюкозу до нормализации рН. Смысл введения глюкозы в том, что, загнав в клетки всю уже имеющуюся в крови глюкозу, мы можем не накормить их до конца. Маркер того, что клетки не голодают – нормализация рН и снижение кетоновых тел в крови и моче – значит, печень выдохнула и вернулась к текущим делам.

С другой стороны, иногда, к счастью, не так уж часто, нормализовать рН удастся только введением больших количеств щелочных растворов, искусственной вентиляции легких и гемодиализа. Редко, но бывает. Особенно у молодых. У них печень более ретива и долго успокаивается.

В целом, если мозг жив к моменту попадания пациента в наши руки, шанс, что пациент выживет, довольно высок. Без медицинской помощи отек мозга и смерть практически неизбежны.

Кстати, сейчас распространенность диабета растет с потрясающей скоростью: в России, по статистике Минздрава, проживает более 5 млн человек с сахарным диабетом. Можете объяснить, почему?

Отвечу: дело в том, что раньше диабет, особенно первого типа, был абсолютно смертельным заболеванием. С появлением инсулина и постоянным повышением его качества люди с диабетом стали не просто выживать, но жить все дольше и дольше. При известной дисциплине и применении качественных препаратов пациент с диабетом проживет столько же, сколько и обычный человек.

Гипогликемия

В чем неудобство внешнего введения инсулина? Дозировка не такая точная, как у того, что могла бы выработать собственная поджелудочная железа, будь она здорова. Поэтому вторая неотложная ситуация, связанная с диабетом, это гипогликемия (снижение глюкозы).

Здесь главный игрок – головной мозг. Помним, что он без глюкозы не может от слова совсем. При снижении глюкозы в крови меньше 3 ммоль/л мозг начинает кричать: «Спасите-помогите!»

Выглядит это так:

- повышенное потоотделение;
- выраженная слабость, возникающая резко;
- дрожь в теле;
- учащенное сердцебиение;
- голод.

Это классические симптомы. Но бывают и не совсем очевидные, например, приступы гнева или агрессии.

Если человек быстренько не запихнет в рот что-нибудь сладкое, то следующий этап – это судороги и кома.

Естественно, процесс заканчивается комой только если уровень глюкозы продолжает падать. Тут тоже может вмешаться универсальный спаситель – печень, которая быстренько достанет свои запасы глюкозы (она хранится в виде

гликогена) и выбросит ее в кровоток. Так что частенько после эпизода гипогликемии мы обнаружим повышение глюкозы. Но печень успевает не всегда, и кома может развиваться буквально за минуту.

Кстати, правило неотложной помощи человеку с сахарным диабетом: в случае сомнений – даем сахар. Если плохо из-за высокой глюкозы, то мы ничего особо не усугубим. Если из-за низкой – спасем ситуацию.

Лечить гипогликемию, как вы понимаете, легко: вводим глюкозу в рот или в вену и – вуаля! – больной компенсирован. Вполне может встать и идти по своим делам.

И здесь серьезная ловушка для болеющих диабетом: можно ввести инсулина побольше, а если будет гипогликемия, съесть конфетку. Очень часто инсулиновые помпы настраиваются на режим «чуть-чуть побольше». И гипогликемия наступает во сне. Проблема в том, что каждая гипогликемия – это повреждение мозга. Чем чаще они происходят, тем сильнее повреждение. Мозг начинает работать хуже и чаще всего это сказывается на обучаемости, способности к адаптации и поведении. Даже у молодых.

Поздние осложнения

А теперь быстренько рассмотрим поздние осложнения диабета. Быстренько, потому что для подробного изучения понадобится пара книжек куда толще этой.

Они прямое следствие длительных эпизодов повышения глюкозы в крови. Дело в том, что глюкоза в высокой концентрации умеет связываться практически со всеми белками, до которых сможет дотянуться. Например, с гемоглобином. По количеству гликированного (связанного с глюкозой) гемоглобина можно понять, насколько хорошо контролировался диабет за последние три месяца.

Все отдаленные осложнения диабета можно разделить на 3 группы: поражение крупных артерий (макроангиопатия), поражение мелких артерий (микроангиопатия) и поражение нервов (полинейропатия). Все они неизбежны, если диабет не контролировать, читай, не удерживать глюкозу в целевых рамках (их определяет эндокринолог), допускать гипер- и гипогликемии. И предотвратимы, если диабет контролировать. Сейчас существует масса различных инсулинов и путей их введения, позволяющих человеку с диабетом первого типа жить без осложнений. С диабетом второго типа сложнее, но и там уже много чего придумано.

1. Макроангиопатии

В переводе – поражение крупных сосудов. При диабете это атеросклероз, атеросклероз и еще раз атеросклероз. Развивающийся очень быстро. В итоге мы увидим все известные проявления атеросклероза:

- инфаркт;

- инсульт;
- ишемическую болезнь конечностей, чаще всего, ног.

Самому «молодому» инфаркту, который я видела, было 24 года. Юноша с сахарным диабетом. На секции (да, все закончилось печально) все три коронарные артерии были закрыты бляшками. Что характерно: на боли пациент не жаловался. Только на отеки ног и нарастающую одышку.

И это особенность диабета: поражение нервов (полинейропатия) развивается рано и резко снижает чувствительность, в том числе, болевую. Инфаркт без боли – это про диабет.

То же с инсультом: он происходит чаще и раньше, чем у людей с «обычным» атеросклерозом. Что тут еще добавить?

А вот про ноги говорить можно долго. Ноги – ахиллесова пята людей с диабетом, уж простите за каламбур.

Во-первых, тот самый атеросклероз артерий. Возникает часто, развивается быстро и часто приводит к гангрене и ампутации. Почему к ампутациям? Потому что благодаря той самой полинейропатии человек не чувствует боль от недостатка кровотока и пропускает стадию, когда еще можно кровоток восстановить.

Во-вторых, существует микроангиопатия – поражение мелких сосудов ног, которое ведет к образованию незаживающих язв на стопах.

И в-третьих, макро- и микроангиопатия плюс нейропатия приводят к специфической деформации стопы в виде суста-

ва Шарко и формированию «диабетической стопы»: деформация + трофические язвы. Это осложнение настолько распространено, что в специализированных клиниках есть отдельные кабинеты диабетической стопы. Для таких пациентов разрабатывается специальная обувь, ортезы и куча всего.

2. Микроангиопатии

Поражение мелких сосудов. Если поражение крупных сосудов – атеросклероз – вещь довольно распространенная, встречающаяся и без всякого диабета, то диабетическая микроангиопатия уникальна. Механизмы ее развития еще расшифровывать и расшифровывать: тут и поражение эндотелия (клеток на внутренней поверхности сосудов), и нарушение синтеза оксида азота, и воспаление... Итог все равно печальный: поражение сосудов почек, сосудов сетчатки и мелких сосудов в других местах, например, в стопах. Первое медленно, но верно ведет к гемодиализу, и при удачном раскладе к пересадке почки, второе – к слепоте, а третье – к труднозаживающим язвам. Зависимость от степени контроля диабета прямая. И таких молодых, слепых и на диализе, очень и очень много.

3. Полинейропатия

Поражение периферических нервов. Очень разнообразная патология. Потеря болевой и температурной чувствительности (именно поэтому при диабете может не болеть ни инфаркт, ни язва желудка), и наоборот – жжение, стреляющие боли, ощущение мурашек... Может теряться ощущение положения тела. При поражении автономной нервной системы – сердцебиение и резкое снижение давления при изменении положения тела, нарушение потоотделения, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта (читай: поносы и запоры) и многое другое. В общем, одно это осложнение способно превратить жизнь в ад. Также напрямую зависит от степени контроля уровня глюкозы.

И последнее: при некомпенсированном диабете любые воспалительные заболевания протекают значительно тяжелее. Бактерии, знаете ли, тоже любят сладкое.

Вот, собственно, и все. Вполне просто: контролировать гликемию, не допуская ни гипер-, ни гипогликемии, и все, и никаких осложнений.

Но количество пациентов с осложнениями говорит об обратном: диабет – это сложно.

Сложно родителям, которым доктор говорит, что у их пятилетнего ребенка, которого они не смогли разбудить утром,

диабет. И что инсулин и подсчет хлебных единиц теперь на всю жизнь. И вот родители решают справиться без вредных гормонов. Натуропатия, правильное питание и никаких врачей. И представляете, помогает! На полгода-год. Именно столько длится «медовый месяц» диабета. Пока сохраняется остаточная секреция инсулина. Но проблема в том, что эта остаточная секреция все равно закончится. И ребенок опять окажется в реанимации с кетоацидозом.

Это сложно молодому человеку, только что вырвавшемуся из опекающих родительских рук, которому хочется быть как все, в том числе, не зависеть от инсулина. А у 18-20-ти летних кетоацидозы протекают особенно тяжело. С другой стороны, именно молодые экспериментируют с высокими дозами инсулина, считая, что это облегчит им жизнь. В итоге годам к 24 имеют серьезное поражение мозга, вызванное частыми гипогликемиями.

Это сложно в любом возрасте: считать все съеденное, придерживаться диеты, колоть инсулин или постоянно носить помпу, регулярно проходить обследования... Осложнения же происходят не сейчас, а потом.

Диализ, коагуляция сетчатки и прочие офтальмологические манипуляции, работа ортопеда, ангиохирурга и гнойного хирурга, пенсия по инвалидности, все это очень и очень дорого. Поэтому диабетологи часами обучают пациентов контролю. Снова и снова, надеясь, что пациент услышит и сделает правильные выводы. Некоторые делают и живут дол-

го и счастливо вполне здоровыми. Остальные же не дают нам остаться без работы.

Как это выглядит в реальности

Кетоацидоз у молодых

Девушка 20 лет – с 14-ти болеет сахарным диабетом. Чувствует себя плохо 3 дня: тошнота, рвота пищей, жажда, резкая слабость, нарастающая одышка. Отмечала повышение глюкозы, увеличила дозу инсулина, без эффекта. Сама вызвала Скорую, приехала без сопровождения.

При поступлении в оглушении, толком собрать анамнез невозможно. Одышка до 26–28 вдохов в минуту. Сухая как лист. Глюкоза в четыре раза выше нормы. В крови тяжелый ацидоз (много кислоты) и очень мало углекислого газа. Организм с помощью одышки пытается компенсировать избыток кислоты. Проблема в том, что низкое содержание углекислого газа вызывает спазм сосудов мозга и может спровоцировать отек.

Начали лечение. Инсулин – прямо в вену, постоянная инфузия. Рассчитываем потерю жидкости, получается около 7 литров, его надо восполнить за 48 часов. Начинаем вводить растворы и калий. Однако, через час одышка нарастает, а анализы еще хуже: нарастает лактат – грозный признак оста-

новки тканевого дыхания. Клетки перестают синтезировать АТФ, останавливаются все энергозависимые процессы. В венозной крови полно кислорода. Такие высокие цифры говорят о том, что происходит централизация кровообращения, капилляры закрываются, кровь вместе с кислородом проскакивает мимо тканей по шунтам.

Принимаем решение о переводе на ИВЛ. Таким образом мы, с одной стороны, остановим работу дыхательных мышц, потребляющих последнюю энергию, и тем самым поддерживающих порочный круг: дефицит глюкозы в клетке – активация липолиза – производство печени кетонных тел – кетоацидоз. С другой – с помощью управляемой вентиляции повысим содержание углекислого газа, дефицит которого опасен прежде всего спазмом сосудов головного мозга. Естественно, при прекращении дыхательной компенсации мы получим нарастание ацидоза.

Интубируем, заводим зонд, начинаем капать в желудок дистиллированную воду.

После интубации нарастает ацидоз, зато углекислый газ возвращается к норме.

Еще через два часа начинает уменьшаться ацидоз, а одновременно с ним – лактат. Клетки вернулись к обычному дыханию и производству энергии.

Через семь часов: достигнута полная компенсация. Глюкоза колеблется в районе двух норм, остальные показатели в норме. За сутки было введено 13,5 литров растворов, по-

тери жидкости составили 9 литров (8 л моча + 1 литр испарение). Целевые +3,5 литра за сутки достигнуты, признаки недостатка жидкости ушли.

Пациентке выполнена компьютерная томография всего тела с целью поиска воспалительного очага. Нашли небольшую пневмонию. Что подтвердило уже имеющиеся подозрения: как только ушли водно-электролитные нарушения, тут же появились хрипы в правом легком, гнойная мокрота, подъем температуры. Скорее всего, такая декомпенсация диабета произошла именно на начале воспаления.

После исследования девочку разбудили и перевели на самостоятельное дыхание. Она стабильна, получает антибиотики от пневмонии. Сознание ясное, но признаки энцефалопатии есть: на вопросы, как заболела и что делала перед вызовом Скорой отвечает с трудом, много путается, дает противоречивые ответы. После произошедшего имеет право, хотя неврологи бдят.

Приходила мама, рассказывала то, что обычно рассказывают мамы подростков-детей-диабетиков. Что дочка, начав жить самостоятельно, не контролирует диабет так хорошо, как это делала мама. Бунт и мечты о нормальной здоровой жизни. Может мама и права, ей виднее, но девочка, в принципе, без признаков осложнений диабета. Плюс, судя по выпискам, недавно обследовалась, все очень прилично. Что же касается этой декомпенсации, так бывает. Девочка сориентировалась не так быстро, как мог бы более опытный чело-

век, но сориентировалась.

Кстати, коллеги с опытом 20–30 лет рассказывают, что раньше вот именно такие молодые пациенты с кетоацидозом довольно часто умирали. И чем моложе, тем более катастрофически все это протекало. Раньше я с таким не сталкивалась и искренне думала, что лечить кетоацидоз очень легко: инфузия, инсулин, калий и вовремя присоединить глюкозу. Сейчас же я считаю, что молодежь с кетоацидозом – одна из самых опасных и непредсказуемых групп больных. Хлеще только вирусные пневмонии и анаэробные инфекции. Но это уже из другой области.

Перед выпиской девочка заглянула к нам. Просто пришла сказать: «Спасибо, что меня спасли!»

Выглядит как царица, хорошо выспавшаяся в башне в ожидании своего принца. Никаких следов болезни, даже неясно, что она вообще могла делать в больнице. Так без оглядки выздоравливать умеют только двадцатилетние девочки.

Приятно, черт возьми!

* * *

Девушка 23 года – 11 лет болеет сахарным диабетом, на инсулине. Студентка. По ее словам, в сессию всегда попадает в больницу с декомпенсацией. Контролирует свой диабет очень плохо: гликированный гемоглобин в два раза выше

нормы, а обычный – в 1,5 раза ниже, белок низкий, есть признаки поражения почек. Со слов родственников, у которых она живет в Москве (родители в другом городе), периодически просто бросает колоть инсулин. С их же слов, учится отлично, на ветеринара. Алкоголь не пьет, хотя сейчас картина острого панкреатита.

Приехала в состоянии глубокого оглушения, ацидоз практически как у трупа, только низкий уровень углекислоты намекает на то, что пациентка дышит. На растворах с инсулином быстро пришла в себя, анализы нормализовались. Но выявился панкреатит и тяжелая дезориентация. Психиатр с неврологом отписали это как острую энцефалопатию. В общем, мы ее на пару дней задержали.

В итоге пациентка полностью пришла в себя и отправилась в эндокринологию в который раз выслушивать правила жизни с диабетом.

Дать бы этой студентке-комсомолке-красавице (она действительно очень красивая) хорошего ремня! За злостное самоуничтожение, за то, что проживет она недолго, а впереди еще диализ, слепота и по кусочкам отрезание ног. За то, что всего этого можно было бы избежать просто хорошей дисциплиной. К сожалению, вот такое практически суицидальное поведение у молодых диабетиков бывает очень часто. Им бы у психиатра наблюдаться так же регулярно, как и у эндокринолога. Но увы, каждый мнит себя здоровым и адекватным...

* * *

Две девушки, одной 20, другой 30 лет, поступили практически в одни сутки с диабетическим кетотоацидозом.

Первая болеет сахарным диабетом два года, успела неоднократно побывать в реанимации с кетоацидозом. Последнее ухудшение в течение трех дней после смены препаратов инсулина.

Вторая болеет более двадцати лет, несколько лет злоупотребляет алкоголем и фенобарбиталом (пьет корвалол по поводу «панических атак»). Ухудшение также около трех дней.

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.