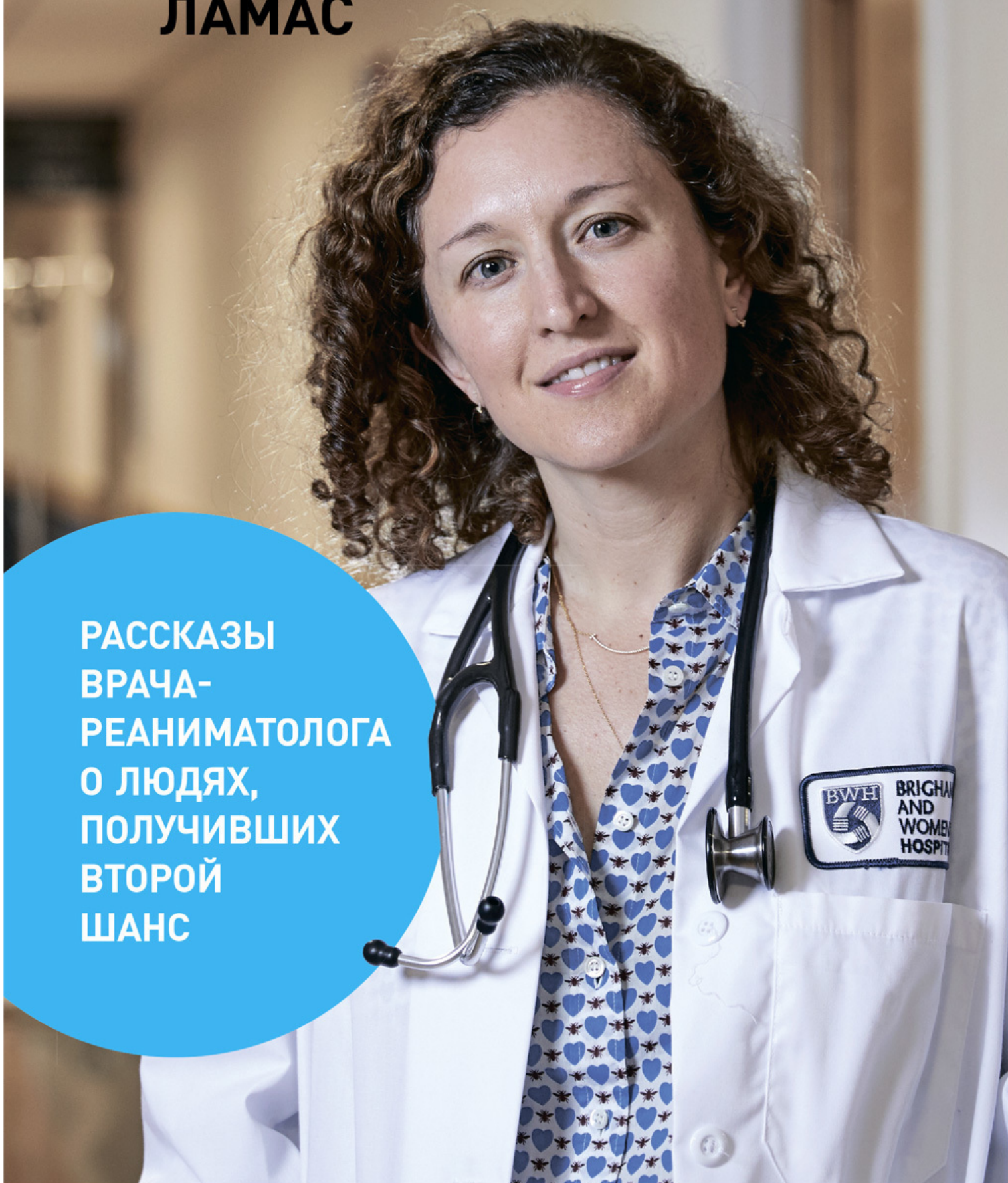


ЖИЗНЬ ВЗАИМЫ

ДАНИЭЛА
ЛАМАС

РАССКАЗЫ
ВРАЧА-
РЕАНИМАТОЛОГА
О ЛЮДЯХ,
ПОЛУЧИВШИХ
ВТОРОЙ
ШАНС



Даниэла Ламас

Жизнь взаимы

«Альпина Диджитал»

2018

Ламас Д.

Жизнь взаимы / Д. Ламас — «Альпина Диджитал», 2018

Современная медицина – это мир, который сверкает новыми технологиями и передовыми исследованиями. Для широкой публики медицинские истории часто начинаются с сирен и мигающих огней и заканчиваются выживанием или смертью. Но это только верхушка айсберга. Даниэла Ламас, врач интенсивной терапии, которая лечит людей с самыми тяжелыми заболеваниями, интересуется: что происходит с теми, чья жизнь продлевается на дни, месяцы или годы в результате лечения и технологий? В книге – личные рассказы пациентов и их семей. Дедушка, сердце которого было заменено насосом с батарейным питанием; продавец, который оказался донором почки; студент колледжа, который пережил почти смертельную передозировку, – эти трогательные повествования рисуют детальную картину хрупкой границы между болезнью и здоровой жизнью.

© Ламас Д., 2018

© Альпина Диджитал, 2018

Содержание

Введение	7
1	10
Конец ознакомительного фрагмента.	17

Даниэла Ламас

Жизнь взаимы

Рассказы врача-реаниматолога о людях, получивших второй шанс

Переводчик Александр Анваер
Редактор Мария Прилуцкая
Главный редактор С. Турко
Руководитель проекта О. Равданис
Корректоры Е. Аксёнова, Е. Чудинова
Компьютерная верстка А. Абрамов
Дизайн обложки Ю. Буга
Фото на обложке *The Times / News Licensing*

© Daniela Lamas, 2018

© Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина Паблишер», 2019

* * *

Все права защищены. Данная электронная книга предназначена исключительно для частного использования в личных (некоммерческих) целях. Электронная книга, ее части, фрагменты и элементы, включая текст, изображения и иное, не подлежат копированию и любому другому использованию без разрешения правообладателя. В частности, запрещено такое использование, в результате которого электронная книга, ее часть, фрагмент или элемент станут доступными ограниченному или неопределенному кругу лиц, в том числе посредством сети интернет, независимо от того, будет предоставляться доступ за плату или безвозмездно.

Копирование, воспроизведение и иное использование электронной книги, ее частей, фрагментов и элементов, выходящее за пределы частного использования в личных (некоммерческих) целях, без согласия правообладателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Посвящается моей матери

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

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

***Рэйчел Хейдас.
Каменные ступени***

Введение

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

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

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

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

Время шло, и однажды мой пациент сказал, что решил вернуться домой. «Это невозможно, – подумала я. – Вы каждый день истекаете кровью». Но для старика это уже не имело никакого значения. Он и слышать не желал о новых процедурах и переливаниях. Его руки были в синяках от бесконечных уколов. Каждый раз при переливании крови легкие пациента наполнялись жидкостью и ему не хватало воздуха, пока не начинали действовать мочегонные, которые отводили лишнюю воду. Этому человеку было 90 лет, он бесповоротно слабел, и лучше ему не становилось. Подходя к нему по утрам, я чувствовала себя немного виноватой и все-таки была удивлена его решением. Честно говоря, оно показалось мне в какой-то мере оскорбительным. Я пыталась переубедить своего пациента; призналась, как мне неловко от того, что мы не давали ему есть перед некоторыми процедурами, которые порой приходилось переносить на

вторую половину дня. Я предложила приносить ему любую еду из больничного кафетерия – все, что он захочет. Я пыталась объяснить, что, если он останется у нас, ему может стать лучше.

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

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

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

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

Когда я пыталась убедить пациента продолжить лечение, мне казалось, что главное – остаться в живых. Пожалуй, так и должен думать врач, только-только начинающий свою карьеру. Но выживание – только начало. Это не черно-белое противопоставление «смерть или жизнь», на самом деле здесь целый спектр возможных вариантов. Сидя на амбулаторных приемах или проверяя показатели госпитализированных больных, я начала задумываться: с чем придется жить этим пациентам после выписки? Как они приспособятся к новым реалиям? Станут ли жалеть о принятых ими решениях (или о решениях, которые были приняты за них)?

Поиск ответов на эти вопросы стал мотивом написания этой книги. За годы, прошедшие после первой ночи в отделении интенсивной терапии, я прошла интернатуру и резидентуру по внутренним болезням, а затем дополнительное узкоспециализированное обучение пульмонологии и интенсивной терапии. Теперь я работаю врачом отделения интенсивной терапии в больнице, в которой когда-то появилась на свет. Я тот человек, который ставит диагноз, встречается с родственниками пациентов и несет ответственность за результаты лечения. За время учебы я узнала, как работать с аппаратом искусственной вентиляции легких, как лечить сепсис и как диагностировать причины почечной недостаточности. Я научилась смотреть в лицо смерти, видеть момент, когда цепенеет тело пациента, ощущать тяжесть непоправимого и не

отводить взгляд. Но я до сих пор толком не знаю, что испытывают те, кому удается обмануть смерть, чьи жизни были продлены на месяцы и годы благодаря новейшим методам лечения и инвазивным технологиям.

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

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

1

Можно перестать мычать

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

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

Когда привезли Сэма, я не дежурила. Я была дома, в своей квартире, безуспешно пытаюсь уснуть. В том году я сильно уставала – это была тревожная усталость, когда засыпаешь, стоя в переполненном вагоне метро, и проезжаешь свою станцию, но, оказавшись в кровати, не можешь сомкнуть глаз и до утра ворочаешься без сна. Эти бессонные ночи были столь мучительны, что звонок будильника в пять утра приносил облегчение. Он означал, что можно вставать, принимать душ и собираться на работу. В то утро, приехав в больницу, я присоединилась к группе резидентов, готовых к утреннему обходу в отделении интенсивной терапии (ОИТ). Обход всегда начинался с самого тяжелого или с самого сложного пациента, а заканчивался больным, который практически не требовал внимания, – ждал перевода в обычное отделение или в реабилитационный центр. Сэм Ньюмен был самым тяжелым и самым сложным больным, так что обход начался с него.

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

Иногда этот фоновый шум становился единственным, что я слышала. Во-первых, это был странно мелодичный, крещендо – диминуэндо, звук *ду-ду-ду-ду*, издаваемый аппаратом искусственной вентиляции легких, во-вторых, ритмичное стаккато кардиомониторов, в-третьих, вой мощного пылесоса, который, казалось, включали в самые напряженные моменты разговора с родственниками. Оставалось только надеяться, что, несмотря на шум, не пропустишь ничего важного. К тому времени я была врачом полгода и уже забыла, каково это – выслушать целиком анамнез пациента. Вместо этого я научилась составлять для каждого пациента список необходимых дел, с которым буду сверяться в течение всего дня. Данные о больном (результаты анализов и исследований) заносятся в специальную таблицу, в отдельные ячейки вписывают назначения (обследования, процедуры, лекарства), и моя задача – следить за их выполнением. Исчезли всякие представления о «до» и «после»; оставался только лист назначений и необходимость выполнить все пункты списка, прежде чем уйти домой. Связный анамнез, как и спокойный ночной сон, остались в далеком студенческом прошлом.

Но в тот день я все же услышала слова «28 лет», и в тот же миг шум аппарата ИВЛ, пиликанье мониторов и вой пылесоса затихли, исчезли запахи телесных жидкостей, все ото-

шло на задний план. Мы были почти ровесниками. Несмотря на то что коллега-интерн начал повествование лаконичным и сухим медицинским языком, в котором мы поднаторели за лето и осень («Пациенту 28 лет. Год назад на фоне нормального самочувствия отметил развитие отека нижних конечностей»), я впервые после получения диплома слушала анамнез, одновременно воссоздавая для себя историю жизни и болезни этого человека.

Сэм Ньюмен был инвестиционным банкиром. Он много и упорно работал – и однажды стал замечать, что в конце дня у него отекают лодыжки. Сначала он думал, что дело в сидячем образе жизни или алкоголе: работа была напряженной, и вечерами он снимал стресс. Сэм перестал пить пиво и, как только появлялось время, отправлялся на баскетбольную площадку. Но отеки усилились. По ночам Сэм просыпался от удушья, его бросало в пот. Чтобы нормализовать дыхание, ему приходилось садиться. Интерн описал это так: «Отеки нижних конечностей прогрессировали, сопровождаемые ортопноэ». Сэм решил, что это панические атаки, – видимо, слишком нервничает из-за работы. «Как же он был напуган», – подумала я тогда. Приятель сказал Сэму, что тот зря переживает, но на всякий случай посоветовал одного врача. Сэм тянул несколько недель, но в конце концов записался на прием. Терапевт предположил (как и я на его месте), что у молодого человека действительно стресс, спровоцированный трудной работой. Доктор слушал рассказ Сэма и ободряюще кивал головой. Я легко могу представить, как, покончив с анамнезом, он приставил к груди Сэма фонендоскоп, чтобы выслушать легкие, – рутинный осмотр, просто чтобы удостовериться, что все в полном порядке. Но вместо свободного дыхания, какое следовало ожидать у здорового молодого человека, врач услышал потрескивание, какое бывает при расчесывании волос гребнем. Такой звук возникает, когда альвеолы, крошечные пузырьки в легких, заполняются жидкостью. Выражение лица врача изменилось. Он напрягся и перестал шутить. В кабинете повисла недобрая тишина.

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

Доктор не стал делиться с Сэмом своими опасениями – не стоило расстраивать молодого человека до получения более полной информации. Сэм и без того так встревожился, что не мог задавать вопросы, ведь он боялся возможных ответов. Разговор был кратким. Врач немедленно направил Сэма на рентгенографию грудной клетки. На снимке легкие были затемнены скопившейся в них жидкостью. Тогда молодому человеку сделали эхокардиографию, УЗИ сердца и выяснили, что оно работает едва ли вполсилы. Доктор позвонил Сэму и сказал, что ему необходимо лечь в больницу. Почувствовав волнение молодого человека, врач решил ободрить пациента. Он предположил, что дело в поразившем сердце вирусе, и если это так, то после лечения Сэм почувствует себя лучше. Сэм ухватился за эту идею, позвонил своему начальнику и сообщил, что у него какая-то пустяковая инфекция, нужно лишь отлежаться пару дней. Затем он позвонил матери, и, хотя говорил обтекаемо и изложил ситуацию в самых общих чертах, она встревожилась до дрожи в руках и слез. Чтобы успокоить ее, Сэм заверил: тревожиться не о чем, это банальный вирус, скоро ему станет лучше.

Но лучше Сэму не стало. Его выписали из больницы, назначив целую гору лекарств. Мама привезла ему специальную коробочку для таблеток и разложила в ней лекарства на утренние и вечерние. Так прошли две недели. Потом Сэму сделали биопсию. Он лежал на операционном столе, ступни свисали с края, было неудобно, холодно и страшно. Врачи ввели в крупную внутреннюю яремную вену, которая проходит рядом с сонной артерией, катетер, по которому направили более тонкий катетер с крошечными щипцами, чтобы взять кусочек сердечной мышцы и отправить его на исследование патологоанатому. После этого Сэму наконец поставили точный диагноз. Дело было вовсе не в вирусе, и надежд на скорое выздоровление не было.

Иммунная система Сэма атаковала собственный организм, и ни одна из таблеток, которые он держал в купленной для него мамой коробочке, ни высокие дозы гормонов, никакие другие назначенные врачами лекарства со всеми их побочными эффектами, которые Сэм безропотно терпел, – боль в животе, онемение конечностей, подверженность инфекциям – ничто не могло остановить болезнь.

Сердце было поражено настолько, что вместо четкого и синхронного ритма камеры сердца начали сокращаться хаотично – это называется приступами желудочковой тахикардии. Врачи назначили огромные дозы лекарств, чтобы утихомирить внутренний шторм, но это не помогло. Тогда в сердце Сэма имплантировали миниатюрный кардиовертер-дефибриллятор – машину, которая мощным электрическим разрядом прекращает смертельно опасное нарушение сердечного ритма. Когда это произошло в первый раз, Сэму показалось, будто в его груди взорвалась бомба. Потом разряды стали происходить все чаще и чаще, и Сэма направили в нашу больницу, надеясь, что здесь специалисты смогут помочь ему дожидаться пересадки сердца. В ночь по приезду дефибриллятор срабатывал в груди Сэма трижды. Это означает, что он три раза мог умереть, если бы не эти электрические разряды.

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

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

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

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

для профилактики венозного тромбоза. На столе стояли открытки с пожеланиями скорейшего выздоровления.

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

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

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

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

Он оторвался от компьютера.

– Мычать?

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

– Хорошо, – согласился Сэм. – Буду мычать.

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

– С этим я, пожалуй, справлюсь.

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

– Все нормально? – спросила я.

– Угу, – ответил Сэм.

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

– Ммммммммммм...

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

– Еще пару минут.

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

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

Сэм повернул ко мне голову и поморщился от боли.

– Простите, – сказала я, – еще немного.

Он отвернулся, чтобы ослабить давление марлевого шарика на шею.

– Знаете, а я ведь однажды побывал в Сибири.

– Правда?

Я продолжала прижимать марлю. В тот раз я, кажется, провела с больным больше времени, чем за всю предыдущую врачебную практику. Сэм рассказал, что пару лет назад с

несколькими друзьями пересек всю Россию по Транссибирской магистрали. Они побывали в местах, о которых я даже не слышала.

– Наверное, было очень интересно, – сказала я.

– Так и есть. Просто потрясающе.

– Как здорово увидеть все это.

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

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

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

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

– Все прошло нормально? – спросил мой резидент.

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

Когда вечером я вернулась домой и открыла «Фейсбук», меня уже ждал запрос в друзья от Сэма Ньюмена. Поколебавшись, я кликнула «Принять» и перешла на страницу нового друга. Пациент, из центральной вены которого я сегодня днем удалила катетер, был одутловат от жидкости и стероидов, у него был вздутый живот и покрытые синюшными полосами руки и ноги, но с фотографии в соцсети на меня смотрел красивый молодой мужчина, и я сразу вспомнила о баскетболе и пиве. На странице было указано, что он холост, любит «Радиохед»¹ и Тома Клэнси². Из больницы он продолжал писать в «Фейсбук». По этим записям можно было подумать, что он госпитализирован с чем-то вроде растяжения связок, но я знала правду.

На следующий день я не заходила в его палату и не сказала коллегам, что мы подружились в «Фейсбуке». Сначала я хотела об этом рассказать, но передумала. Это смахивало на нарушение субординации. Прошла неделя. На обходах мы обсуждали его лихорадку, которая исчезла, а затем появилась снова. В конечном счете оказалось, что внутривенный катетер был ни при чем. Вскоре цикл моего обучения в отделении кардиологической интенсивной терапии закончился, и я перешла в отделение общей кардиологии – очередное звено длинной цепи ротаций в программе обучения интернов. Дни были заполнены до отказа. Я редко вспоминала свой разговор с Сэмом, но иногда по вечерам просматривала его фотографии и читала публикации в «Фейсбуке», не переставая поражаться его оптимизму. После того, как спровоцированное инфекцией воспаление на ноге потребовало хирургического вмешательства, он написал: «Вернулся из операционной, чувствую себя СУПЕРРРРР!» Из медицинских записей я знала, что его лихорадка продолжалась, а дефибриллятор срабатывал по несколько раз в день. Сэм до сих пор ждал пересадки сердца, но ее могло и не случиться. Однажды, приблизительно через месяц после нашего разговора, я получила от него сообщение: «Я уже могу перестать мычать?»

Вариант этой истории: я ответила, дружелюбно, но сдержанно, а на следующий день пошла в ОИТ, чтобы навестить пациента. Наверное, на этот раз мне следовало бы сесть рядом, поговорить с ним подольше, поинтересоваться, где еще он побывал во время своих путешествий, какой была его жизнь до болезни и какой, как он надеется, она будет, если ему сделают пересадку сердца. Наверное, если бы я это сделала, он рассказал бы, каково в 28 лет оказаться в полной неопределенности, в постоянном мучительном ожидании – пересадки, новой инфек-

¹ Radiohead – британская рок-группа. – *Прим. ред.*

² Томас Клэнси (1947–2013) – американский писатель, автор книг в жанрах технотриллера и альтернативной истории, а также сценариев к ряду компьютерных игр. – *Прим. ред.*

ции, сообщения в социальной сети. Или все могло быть прозаичнее, и я бы просто немного развеяла его скуку перед полуденным осмотром. Но и этого не случилось. Я начала набирать ответ, но остановилась, сама не знаю почему. Наверное, поняла, что переступаю некую невидимую черту. Может быть, я не хотела, чтобы строки из листа назначений стали реальным человеком. Меня точно не беспокоило, что он мог бы увидеть мои фотографии с друзьями, на которых мы дурачились, примеряли нелепую одежду или пили шампанское из бутылки. Не в этом дело. Думаю, меня остановила недопустимая степень вовлеченности в его жизнь через посты и фотографии. Я отписалась от обновлений его страницы и перестала на нее заходить, опасаясь, что он каким-то образом сможет увидеть там мои следы.

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

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

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

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

В тот день я была на дежурстве и, чтобы не тратить время в случае срочного вызова, решила не переодеваться, отправившись на встречу прямо в операционной форме. Я впервые попала на административный этаж и медленно шла по коридору, глядя на обшитые дубовыми

панелями стены и удивляясь чистоте и тишине, особенно в сравнении с запахами и постоянным шумом ОИТ всего несколькими этажами выше.

Секретарь с аккуратной прической и в строгом костюме проводила меня в нужный кабинет, где я уселась за большой деревянный стол. До этого я не слишком задумывалась, зачем меня вызвали. Только сидя в этом кабинете, немного замерзнув в своей медицинской одежде и ощущая ее неуместность, я поняла, что сильно нервничаю. Я уже готовилась получить дисциплинарное взыскание за то, что приняла запрос в друзья от пациента. После публикации я получила много негативных отзывов. Люди писали, что я черствый человек, отказавший в ответе смертельно больному человеку, и ужасный врач. Некоторые предлагали мне уйти из медицины или хотя бы сменить специальность, например стать патологоанатомом, так как он меньше общается с больными. Эти выпады меня не обижали, но я беспокоилась, что моя заметка могла расстроить родителей Сэма. Пожалуй, я поступила неправильно, присвоив историю о моменте, который я поделила с их сыном. От этих мыслей у меня заболел живот. На столе стоял контейнер с жевательными конфетами, я повернула ручку, и полдюжины драже высыпалось в мою ладонь. Я посмотрела на часы: интересно, долго еще это продлится?

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

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.