



ПОЛ СЬЮАРД

АНГЕЛЫ СПАСЕНИЯ

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНА

Спасая Жизнь: ИСТОРИИ ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Спасая жизнь. Истории от первого лица

Пол Сьюард

**Ангелы спасения.
Экстренная медицина**

«АСТ»

2018

УДК 616-08
ББК 54.5

Сьюард П.

Ангелы спасения. Экстренная медицина / П. Сьюард — «АСТ»,
2018 — (Спасая жизнь. Истории от первого лица)

ISBN 978-5-17-110706-2

От страшного до смешного, от трагического до забавного – весь спектр переживаний, с которыми сталкиваются сотрудники отделения «скорой помощи», описывается Полом Сьюардом с искренностью и убедительностью не просто очевидца, а одного из главных действующих лиц. Помощь, спасение, сочувствие для автора – не просто слова, а профессиональное кредо, которому он и посвятил всю свою жизнь.

УДК 616-08
ББК 54.5

ISBN 978-5-17-110706-2

© Сьюард П., 2018
© АСТ, 2018

Содержание

Предисловие	6
Глава первая	8
Глава вторая	13
Глава третья	17
Глава четвертая	22
Глава пятая	25
Глава шестая	27
Конец ознакомительного фрагмента.	29

Пол Сьюард

Ангелы спасения. Такая работа

Оригинальное название:

Paul Seward, MD

Patient Care

A Life in the Emergency Room

Печатается с разрешения автора и литературных агентств Harvey Klinger Inc. и Prava I Prevodi International Literary Agency.

Нарушение прав автора, правообладателя, лицензиара в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, включая, но не ограничиваясь УК РФ, КоАП РФ, ГК РФ, влечет привлечение виновных к уголовной, административной и гражданской ответственности.

© 2018 by Paul Seward, MD

© И. Д. Голыбина, перевод, 2018

© Оформление. ООО «Издательство АСТ», 2018

Время от времени мне приходится отвечать на вопрос о том, когда, как мне кажется, американская система здравоохранения рухнет. Я отвечаю всегда одинаково: «Она уже рухнула, и давно. Но благодаря пунктам «скорой помощи» по всей стране мы пока что этого не осознаем». (Пол Сьюард, врач «скорой помощи»)

Предисловие

Я написал свою книгу, чтобы рассказать читателю о том, что это такое – работать в экстренной медицине. Я не имею в виду конкретные события, которые происходят в боксах экстренной помощи, скорее, речь идет о том, как чувствуют себя те, кто работает там.

Однако чувства, как всем известно, возникают в ответ на события. Поэтому книга про чувства обязательно будет и книгой про события. И все равно я старался описывать не просто события, а ситуации, связанные с ними. Событие – то, что произошло; ситуация – то, что требует реакции от людей, оказавшихся ее участниками.

В этой связи важно, чтобы вы, мой дорогой читатель, знали: описанные мной события подлинные. Если они отличаются от воспоминаний других людей, то лишь по трем причинам, и это время, точка зрения и осведомленность.

Во-первых, эти истории охватывают длительный период моей профессиональной деятельности, более сорока лет, которая забрасывала меня в больницы Калифорнии, Вашингтона и Аризоны на Западном побережье, Джорджии на Южном и Нью-Йорка на Восточном. Конечно, я не могу помнить все детали событий и все подробности разговоров, о которых пишу. Тем не менее основная канва моих историй писалась по воспоминаниям, которые я не сумел бы выбросить из головы, даже если бы захотел. Поэтому если я что-то упустил или вложил свои слова в уста моих героев, то сделал это не потому, что хотел обмануть читателя, а лишь с целью придать повествованию выразительности.

Во-вторых, у каждого человека своя точка зрения. Другие участники событий наверняка описали бы их немного по-другому, основываясь на собственных воспоминаниях. Однако я могу делиться с вами только своими. И излагаю их максимально честно.

Наконец, по мере возможности я постарался внести в истории некоторые изменения, которые не искажали их сути, но позволяли сохранить инкогнито пациентов и их родных, упомянутых в книге. Это, например, возраст или пол, город или время, когда произошла ситуация. Кроме того, случаи, подобные описанным, встречались мне по многу, очень многу раз. Поэтому если вам кажется, что вы узнали какого-то конкретного пациента, будьте уверены – не узнали.

В остальном все, о чем я пишу, происходило на самом деле, и я, к добру или к худу, действовал именно в той роли, которую указал. Если я справился с задачей как писатель, то вы скоро узнаете, что я видел и что запомнил.

Однако у меня была и другая цель. Одной из причин, по которым я выбрал работу в скорой помощи, стало то, что там я приносил людям реальную пользу. В заявлении на зачисление в медицинский колледж был такой вопрос: «Почему вы хотите стать врачом?» Я ответил, что, по моему мнению, эта профессия – лучший способ делать две вещи: во-первых, изучить, глубоко и в подробностях, что в действительности представляет собой человек, а во-вторых, действовать исходя из того, что ты узнал.

Сейчас этот ответ кажется мне претенциозным. Мне было каких-то двадцать лет; теперь, когда мне за семьдесят, я ясно вижу, что любой жизненный путь дает те же возможности. Однако тогда я видел их только в медицине. Поэтому и поступил в медицинский колледж. И теперь, полвека спустя, считаю, что действительно кое-что узнал о том, кто мы такие и для чего предназначены.

В рамках этой книги мой ответ будет прост: я считаю, что главная задача, ради которой мы приходим на эту планету – постоянно прилагать все усилия к тому, чтобы заботиться о людях, окружающих нас. Когда я оглядываюсь вокруг, то вижу целый мир, в котором, каждую минуту своей жизни, мы неизбежно сталкиваемся с вопросом: ценны ли жизни и чувства дру-

гих людей настолько же, насколько наши. Тот, кто отвечает утвердительно, действует одним способом, тот, кто говорит «нет» – другим.

Однако почему хорошо относиться к чужим для нас так тяжело? Разве мы не рождены для любви? Мы же любим своих детей и родных, заботимся о друзьях. Конечно, это так. Но на долгом пути эволюции все это были единственные люди, которые нас окружали. Нам приходилось любить их, чтобы выжить.

Но я не соглашусь что любовь, раз она врожденная, не зависит от личного выбора. Любовь как выбор выходит на сцену при встрече с чужаком. Наша инстинктивная забота о семье и племени на него не распространяется. Такой любви приходится учиться. И, как мне кажется, отделение скорой помощи именно то место, которое способно этому научить.

Однако – и это последний и наиболее принципиальный момент – убеждение в том, что мы приходим на землю, чтобы научиться любить других людей, не столько определяет наш выбор, сколько задается им. Да, в какой-то конкретной среде некоторые убеждения усваиваются быстрее. Но, как в любой учебе, главное тут – желание ученика стать лучше, чем он есть.

Большую часть жизни я прилагал все усилия, чтобы стать хорошим доктором. Не знаю, удалось мне это или нет, но точно знаю, что очень старался.

Глава первая

Друг юноши

Была вторая половина дня – насколько я помню, на удивление спокойного.

Эта карточка не лежала следующей в очереди; она даже не попала на стол, где я сидел, заполняя документы пациента, которому только что зашил рану. И тут медсестра, отвечавшая за прием пациентов, подошла к центральному посту, где я работал. Она ничего не говорила, просто молча ждала, руками прижимая карту к груди.

Я дописал предложение и поднял на нее глаза.

– Что случилось?

– Тут такой пациент... я подумала, вам лучше бы сразу пойти его посмотреть. Он, похоже, сильно болен.

Я тут же поднялся со стула.

Естественно, пациент был болен, но медсестра вряд ли пришла бы за мной только поэтому. В конце концов, мы в отделении скорой помощи. Здесь все больны – ну, или считают себя больными. Конечно, пациентов в критическом состоянии сразу доставляют в реанимацию, а не в приемный покой. Но если бы сестре было что добавить, она бы так и сделала.

– Ладно, – кивнул я, взял карту и пошел за ней.

По дороге я бегло просмотрел записи: мужчина, двадцать два года, пациент дома инвалидов; в хроническом вегетативном состоянии; утром этого дня повысилась температура, а реакции упали ниже обычного уровня – не слишком информативно, прямо сказать. Жизненные показатели (так вместе называют пульс, частоту дыхания, кровяное давление и температуру, то есть признаки, демонстрирующие, собственно, жизнь) были указаны тоже: давление 125/60, пульс 120, частота дыхания 20 и ректальная температура 39,5. Я ускорил шаг.

Температура, повышенный пульс и частота дыхания, снижение реакций...

Возможно, у него просто простуда. Но своим интернам я всегда говорю, что наша задача – не перебирать возможности, а установить наверняка.

Одновременно у меня не шел из головы возраст пациента: почему юноша двадцати двух лет лежал в доме инвалидов в состоянии овоща?

Теперь мы с медсестрой шли бок о бок.

– Мы можем запросить его старую карту? – спросил я.

– Я ее уже получила. Она в палате.

Эта девушка явно не первый год работала медсестрой. Еще в самом начале своей карьеры я понял, что сестры могут уберечь вас от самых кошмарных ошибок – главное, дайте им шанс, и дальше они все сделают сами. Сестре нужно лишь знать, что ей за это ничего не будет.

«Ну что ж, – подумал я, – давайте посмотрим».

На первый взгляд передо мной был самый обычный молодой мужчина: он лежал на спине, голова на подушке, и как будто спал. Однако стоило мне подойти поближе, как картина поменилась.

Он дышал слишком быстро – двадцать вдохов в минуту или около того, и с тяжелым хрипом, указывающим на недостаточную проходимость дыхательных путей. Нам пришлось быстро поднять изголовье кровати, поправить подушку и слегка выдвинуть вперед его нижнюю челюсть. Хрипы стихли, но пациент не проснулся, а дыхание осталось таким же учащенным. Он был бледным, кожа – сухая и горячая, без видимой дрожи. Прослушав грудную клетку, я отметил достаточное дыхание с обеих сторон, но также наличие жидкости в бронхах и, возможно, в легких. Живот оказался спокойным, но в нем не слышалось периодического бурчания, указывающего на работу кишечника.

И, что самое неприятное, он никак не реагировал на наши манипуляции. Я ущипнул его за кожу на плече, костяшками пальцев нажал на грудину, но он только слабо шевелил пальцами, не пытаясь остановить меня или оттолкнуть.

У него явно была какая-то генерализованная инфекция – в крови, легких, нервной или мочеполовой системе, а может, и в кишечнике. Однако подобное снижение реакций нехарактерно для обычной инфекции, пусть даже серьезной.

Ну и, конечно, сохранялась проблема его «хронического вегетативного состояния». Всегда ли он реагировал на стимулы так слабо, или инфекция тоже внесла свой вклад?

Но в данный момент это было не так уж важно. Правило скорой помощи гласит, что, если вы не уверены в диагнозе, сначала облегчите состояние пациента – диагностикой займетесь потом. Мы должны были сохранить ему жизнь. А уж затем позволить себе роскошь разбираться, что же с ним все-таки не так.

У него явно наличествовали инфекция и обезвоживание, поэтому я командовал медсестре взять кровь на анализ – все необходимое уже имелось в палате, – а потом поставить катетер для внутривенных вливаний, чтобы обеспечить поступление жидкости. Ему следовало влить литр физраствора, и как можно быстрее. Также надо было ввести катетер Фолея, чтобы измерить объем мочи и получить стерильный образец, потом сделать рентген грудной клетки и посеять на разные типы инфекций. И сразу после этого, не теряя ни минуты, дать антибиотик широкого спектра действия.

Я уже хотел перевести его в реанимацию и подготовиться к интубации, но потом передумал. Дыхательные пути функционировали, жизненные показатели стабилизировались – по крайней мере, на тот момент. Оксигенация¹ была достаточной. Кроме того, если мы могли что-то для него сделать, это следовало делать немедленно и прямо тут. Мне требовалось поразмыслить пару минут, прежде чем принимать какое-то решение.

– Вон там, – сказала вдруг медсестра, указывая на плотный картонный конверт на тумбе. – Это его выписка после прошлой госпитализации.

Она продолжила возиться с катетером.

Я взял конверт, вынул из него выписку на трех машинописных листах и быстро ее просмотрел.

Парень не всегда был инвалидом. До девятнадцати лет он вел обычную жизнь, если считать обычными проблемы в школе, эксперименты с наркотиками и дружбу с плохими компаниями. У него имелась девушка, к которой он определенно был неравнодушен: когда она забеременела, они не поженились, но продолжали жить вместе, а наш пациент устроился сразу на несколько работ, чтобы прокормить ее и сына.

К сожалению, он ввязался в торговлю наркотиками. И однажды, примерно два года назад, попал в переделку. Произошла драка – то ли из-за денег, то ли из-за наркотиков, в бумагах это не пояснялось. Говорилось только, что в драке юношу ударили по голове обрезком трубы, который проломил череп, что вызвало тяжелую контузию мозга. Скорая отвезла его в нейрохирургию, где ему тут же сделали операцию, чтобы отвести лишнюю кровь. Врачи временно удалили крышку черепа, чтобы из-за отека давление на мозг не возросло. Ему ввели противосудорожное, проверили уровень глюкозы и кислорода в крови и погрузили в медикаментозную кому, чтобы дать организму передышку и запустить процесс восстановления. Иными словами, своим оперативным вмешательством нейрохирурги спасли пациенту жизнь.

Вот только разбудить его после этого они так и не смогли.

¹ «оксигенация»: Процентное содержание кислорода, переносимого красными кровяными тельцами, по сравнению с их общей способностью переносить кислород. Красные кровяные тельца у обычного человека, дышащего воздухом в помещении, на уровне моря, должны быть полностью заряжены кислородом. Однако люди, длительное время испытывающие проблемы с дыханием, могут нормально жить и чувствовать себя при значительно сниженной оксигенации.

С тех самых пор парень находился в доме инвалидов. Через брюшную полость ему в желудок ввели трубку, по которой поступала пища. Его регулярно переворачивали и по мере необходимости меняли подгузник. Он время от времени открывал глаза, но лиц не различал; он не реагировал на речь, и сам ничего не говорил. Мать, которая часто его навещала, считала, что иногда он ее узнает. Сестры же в этом сомневались.

За эти два года он неоднократно оказывался у нас в больнице. Один раз у него выскочила трубка, ведущая в желудок, и надо было вставить новую. Случались также респираторные заболевания и воспаление мочевых путей. Но в таком тяжелом состоянии он поступил впервые.

Я еще раз пролистал карту. Потом посмотрел на пациента. И перевел взгляд на медсестру.

– Слушайте, – сказал я. – Берите все анализы, но образцы оставляйте здесь – никуда не отправляйте. Потом, когда поставите катетер, начинайте вливать физраствор по 20 кубиков в час и приходите за мной. Мне надо позвонить.

Давайте-ка прервемся на минуту. По сути, в тот миг я понял, что юноша в палате – не просто больной с инфекцией. Мне надо было решить, как позаботиться о нем с человеческой точки зрения. С учетом своего положения, чего бы он в действительности хотел от нас? И как мы могли бы понять, чего он хочет?

Конечно, его случай представлял серьезную медицинскую проблему: тут и инфекция, и распознавание и предотвращение раннего септического шока, и поддержание дыхания у пациента с тяжелыми повреждениями нервной системы, и сложности с артериальным давлением.

Но человеческое существо – не просто набор медицинских проблем. Это еще и вопросы этики. И качества жизни. И религии – или духовности. Кто должен задавать эти вопросы и отвечать на них, если сам пациент больше не может?

Нельзя забывать и том, что я для него не пастор для прихожанина, и не учитель для ученика. Он мой пациент, а я врач, обязанный обеспечить ему медицинскую помощь. Мы встретились при таких обстоятельствах, когда я должен немедленно предоставить ему высококвалифицированные, экспертные врачебные услуги, сделать все возможное, чтобы спасти ему жизнь, чтобы вылечить его. Такова моя роль. Но в то же время я человек, имеющий дело с другим человеком, и не могу не спрашивать себя, достаточно ли будет просто исполнить эту роль, или придется все-таки выйти за ее пределы?

Хочу сразу сказать, что даже теперь, после тридцати лет практики, я не претендую на знание всех ответов. Но уже тогда я понимал, что незнание ответов не освобождает меня от необходимости задавать вопросы. Хочу я или нет, но мои знания и полномочия заставляют меня действовать от лица пациента. Все, что я сделаю – или не сделаю – для него, ляжет на мою совесть. Я сам выбрал свою работу; много лет учился и трудился, чтобы оказаться здесь. Госпиталь нанял меня и платит мне немалые деньги за то, чтобы я делал свое дело, то есть принимал верные решения.

Итак, какое же решение я принял?

Я сел за стол, из-за которого поднялся пару минут назад, взял трубку телефона и набрал номер, указанный на обложке карты. Женщина на другом конце провода ответила после первого же звонка. Я представился и спросил, с кем говорю. Потом сказал, что звоню из госпиталя, что я врач экстренной помощи и сейчас лечу ее сына.

Я уже не помню все подробности нашего разговора. Если вкратце, она сказала, что ей уже звонили из дома инвалидов и что она ждала моего звонка. Она спросила, как чувствует себя ее сын. Я объяснил, что он серьезно болен, вероятно, у него тяжелая инфекция – судя по состоянию легких, пневмония, – от которой, с учетом остальных его проблем, он может быстро умереть. Я сказал также, что мы влили ему физраствор и нам удалось его стабилизировать, но если мы собираемся спасти ему жизнь, надо принимать куда более решительные меры, и как можно скорее. Я спросил, что она думает по этому поводу. Женщина ответила, что будет в госпитале через пару минут; могу ли я подождать ее приезда? Я сказал, что ничего не стану

предпринимать без нее, и повесил трубку. Потом попросил медсестру пригласить сотрудника по связям с родными (это специальный человек, которого госпиталь нанимает, чтобы он созванивался с родственниками пациентов, покупал журналы, приносил кофе и в целом обеспечивал комфортные условия для пациентов и членов их семей) и больничного священника и вернулся в палату к юноше, чтобы проверить, как идут дела.

Не прошло и четверти часа, как приехала его мать. Сотрудник по связям дождался ее, встретил в приемной и проводил к сыну. Я все еще находился в палате, так что видел, как она сразу же подошла к кровати, взяла юношу за руку и заглянула ему в лицо. Она заговорила с ним: сказала, что всегда рядом и что любит его. Потом подняла глаза на меня.

Я попросил сестру присмотреть за пациентом пару минут. Мы с сотрудником по связям отвели мать в соседнюю комнату, предназначенную для родственников тяжелобольных, где можно было уединиться. На полу там лежал ковер, а у стен стояли диваны и кресла; на тумбах со светильниками были разложены журналы.

Наша беседа заняла совсем немного. Она спросила о состоянии сына. Я ответил, что на текущий момент благодаря внутривенным вливаниям его пульс и давление немного стабилизировались. Мы ввели ему суппозиторий с тайленолом, слегка облегчивший жар, так что, вероятно, ему стало полегче, хотя он и не мог нам об этом сказать.

Потом она спросила, что с ним будет дальше. Я сказал, что, с одной стороны, если дать ему сильные антибиотики и перевести в реанимацию для интенсивной терапии, он, возможно, протянет еще некоторое время в доме инвалидов. С другой стороны, без антибиотиков он, скорее всего, скончается в течение нескольких часов. Я также упомянул, что, насколько можно судить, никакой боли он не испытывает.

Я признался, что не могу сказать, надо ли пытаться спасти ему жизнь, зная, что за этим эпизодом последуют другие точно такие же, или лучше дать отойти с миром. Такое решение могла принять только она.

Мгновение мать юноши молчала. Потом ответила: «Думаю, нам надо его отпустить». Я кивнул и встал с кресла, чтобы проводить ее назад в палату.

Тут в дверь постучали: священник спрашивал, можно ли ему присоединиться к нам. Это был сдержанный человек, в нужных случаях прибегавший к юмору, неизменно спокойный и внимательный. Он не носил церковное облачение: просто брюки цвета хаки и рубашку с галстуком, а на именном значке у него было написано «капеллан».

Он был христианином – баптистом, но заботился обо всех одинаково, принимая любую веру и не навязывая свою.

Я познакомил его с матерью пациента и спросил, можно ли рассказать ему, что происходит. Она кивнула, и я вкратце обрисовал священнику ситуацию, а также сообщил о принятом решении. Втроем мы отправились обратно в палату. Сотрудник по связям отходил, чтобы принести матери пациента кофе, но как раз вернулся. Он отдал ей чашку и, не задавая вопросов, пошел с нами. Мать со священником вошли к пациенту.

Я задержался за дверью, чтобы рассказать медсестре и сотруднику по связям наш план, потом спросил, не против ли они, чтобы все произошло в их присутствии. Оба кивнули, и мы трое тоже вошли.

Палата была небольшая, так что мы пятеро – я, сотрудник по связям, священник, медсестра и мать юноши – встали кружком вокруг кровати. Мать молча вглядывалась сыну в лицо. Священник спросил, не хочет ли она произнести молитву. Мать кивнула, мы все взяли за руки и склонили головы.

Слов молитвы я уже не помню, помню только, что она была не длинная, но и не короткая, и говорилось в ней не о религиозных догмах, а лишь о вере в Бога и о его любви, о надежде и мирном переходе в его приделы.

Священник закончил, и мать поблагодарила его. Потом, пока все мы стояли молча, обратилась к сыну. Еще раз повторила, как любит его. Сказала, что у его малыша все в порядке, что его девушка скучала по нему и часто его навещала, что она хорошо заботится об их сыне. Пообещала, что сама будет и дальше присматривать за ними и помогать растить ребенка. Снова повторила, что любит его и всегда будет любить.

Когда мать остановилась, медсестра вышла из круга, взяла в углу палаты стул и поставила рядом с кроватью, приглашая ее присесть. Та села, по-прежнему держа сына за руку. Я немного подождал, потом спросил, могу ли еще чем-то помочь. Она покачала головой и поблагодарила меня. Я сказал, что должен идти к другим пациентам, но она может послать за мной в любую минуту, и вышел из палаты.

Все произошло быстро. Сорок пять минут спустя сестра сообщила мне, что давление у юноши упало, а дыхание стало прерывистым. По пути в палату я увидел сотрудника по связям, сидящего в холле: он сказал, что мать хотела остаться с сыном наедине, поэтому он вышел.

Я приоткрыл дверь, чтобы заглянуть в палату, не заходя внутрь. Мать сидела молча, глядя на сына, и держала его за руку. Дыхание юноши действительно было прерывистым, когда за коротким быстрым вдохом следует затяжная пауза, которая длится по полминуты, постепенно увеличиваясь. Это называется дыханием Чейна – Стокса и является признаком надвигающейся смерти.

Я спросил, не нужно ли ей чего-нибудь и понимает ли она, что происходит. Она кивнула, не говоря ни слова. Я сказал, что мы будем здесь, за дверью, на случай, если ей что-то потребуется. Потом как можно тише прикрыл дверь.

Через пару минут все было кончено. Он умер мирно и – думаю – безболезненно. Сэр Уильям Ослер, знаменитый врач начала XX века называл пневмонию «другом старика» – легким способом расстаться с этим миром. Пожалуй, в нашем случае она оказалась другом и для юноши.

Мы переговорили с его матерью еще раз: в основном она спрашивала, что ей предстоит еще сделать. Затем мы попрощались, она всех поблагодарила и уехала. А я? Я пошел на пост, взял следующую карту и отправился к пациенту.

Потому что такова моя работа.

Глава вторая

Ножницы

Тот случай совершенно точно произошел летом. Я в этом уверен, потому что закончил третий курс и впервые проходил практику в больнице, в хирургическом отделении, а практика всегда была летом, с июля по сентябрь.

Помню еще, что стояла жара.

Современные больницы в крупных городах – высотки из стекла и металла, с коридорами, выложенными плиткой, и скоростными лифтами, бесшумно скользящими между этажами. Зачастую в них даже не открываются окна: температура внутри поддерживается централизованно, на одинаковом уровне, зимой и летом.

Но дело было пятьдесят лет назад, и больницы выглядели по-другому. Никакого стекла и металла, только кирпич и цемент – таким запомнился мне городской госпиталь Бостона. Зимой он отапливался с помощью батарей, которые издавали угрожающее рычание, когда в них пускали горячую воду. Летом же приходилось спасаться кондиционерами – если так можно назвать громоздких, похожих на ящики чудовищ, занимавших половину окна, которые с громким свистом нагоняли в помещения холодный воздух своими пропеллерами. Была суббота, первая половина дня. Утренний обход закончился, и у меня выдалась минутка передохнуть от всяких мелких дел, которыми обычно приходится заниматься студентам-медикам. Помню, что присел выпить кофе, но тут один из интернов нашей смены сунул голову в дверь и позвал: «Пошли в операционную. “Скорая” привезла парня с ранением в шею».

Наверняка я так и подскочил: ради такого студенты и рвутся на практику. Добежав до операционной, я встал поближе к стенке рядом с другим третьекурсником, чтобы не мешать врачам.

Та операционная запомнилась мне особо – наглядный пример того, как в действительности работает – или делает вид, что работает – наша память. У меня в голове сохранилась не одна, а сразу две картинки, существующие сами по себе. Первая – смутное воспоминание о комнате с серыми стенами, хирургическим столом по центру и стальными стеллажами вдоль стен. Так выглядели тогда все операционные, а многие выглядят и теперь.

Однако ее перекрывает вторая, гораздо более яркая. На ней потолок в операционной стеклянный, как в оранжерее. Помещение залито солнечным светом. По стенам расставлены верстаки с садовыми инструментами и карабкаются вверх, к солнцу, какие-то вьющиеся растения. Естественно, я понимаю, что это воспоминание целиком вымышленное, а появилось оно у меня потому, что раненый был садовником.

Мужчина средних лет, в потертом джинсовом комбинезоне, грубых рабочих ботинках и поношенной клетчатой фланелевой рубаше.

Все произошло на работе. Такой же садовник внезапно напал на него. Причины я не помню, не помню даже, сообщил ли нам ее кто-нибудь. (Я вообще никогда не помню причин, по которым люди нападают друг на друга, потому что все они одинаково бессмысленны.) Судя по всему, преступление было спонтанным: в конце концов, кто будет хладнокровно обдумывать удар коллеге в шею... садовым секатором.

Пришлось немного подождать, пока сестра из приемного отделения закатит его в операционную. Он не лежал на каталке, а сидел с прямой спиной в кресле на колесиках. Секатор я заметил не сразу – мешали раздвигающиеся двери, а спереди ничего не было видно. Однако тут она подкатила кресло к столу и развернула его, поставив продольно, и я все увидел. Мужчина сидел неподвижно, глядя прямо перед собой. Он был похож на гигантскую заводную игрушку с ключом в шее, который по форме выглядел точь-в-точь как ручки садового секатора.

С учетом молниеносности удара, нападавший проявил чудо точности. Секатор был сложен, ручки соединены, так что лезвия образовывали одно целое. Он схватил его как нож, обхватив обе ручки ладонью, и вонзил лезвия глубоко в шею жертвы. Цель оказалась поражена идеально: секатор вошел в шею точно по центру, на полпути от плеч до основания затылка. Он торчал ровно посередине – ни левей, ни правее. Мало того, он был воткнут практически под углом девяносто градусов, так что плоская сторона лезвий оказалась параллельна позвоночнику.

Как же удавалось пациенту так держаться – с таким-то ранением! Длина лезвий была не меньше десяти сантиметров, секатор ничем не поддерживался. Его явно вонзили достаточно глубоко, чтобы он крепко засел в ране. И нацелен он был точно в позвоночник. Почему же пациент сидел в кресле, дышал, держался за подлокотники? Почему он все еще был жив?

Не теряя времени даром, старший интерн наклонился к каталке и начал стандартный опрос. Мужчина сидел по-прежнему неподвижно, с перепуганным лицом, но сам ни о чем не спрашивал, не поинтересовался даже, насколько тяжело ранен и не грозит ли ему смерть. Тем не менее когда интерн задавал обычные вопросы – как он себя чувствует? когда в последний раз ел? есть ли у него хронические заболевания? – пациент отвечал с готовностью, короткими простыми фразами.

Сам он так ни о чем и не спросил. Можно было подумать, что ему не хочется знать ответов: скоро все и так станет ясно. От жары мы все слегка вспотели, и пациент тоже. Помню, он попросил, чтобы кто-нибудь вытер ему лицо, хотя вполне мог сам двигать руками. Ему пришла на помощь медсестра.

И руки, и ноги у него действительно продолжали работать. Это поразило меня. Хватка не ослабела; когда его попросили встать, он поднялся с кресла. Конечно, его поддерживали два интерна; они же усадили пациента на хирургический стол, который специально опустили, чтобы ему было удобно. С их помощью он повернулся и лег на живот, лицом вниз. Изголовье стола опустили еще сильнее, а часть его сняли, чтобы голова пациента поддерживалась, как на массажной кушетке. Итак, не прошло и пары минут, как пациент уже лежал на столе с секатором, торчащим из шеи. Он по-прежнему молчал, терпеливо дожидаясь вместе с нами, пока прибудет тот, кто попробует спасти ему жизнь.

Нейрохирурга вызвали из дома, но добрался он очень быстро. Он вошел в операционную, держа в руках рентгеновские снимки, сделанные в приемном отделении, которые ловко вставил в зажимы на световом коробе. (На самом деле это не так легко, как кажется; для нас, студентов-медиков, изящно вставить снимок в зажим – один из способов явить миру свое вящее мастерство.)

Достаточно было одного взгляда на снимки – и нам все стало ясно. И очень страшно. С одной стороны, перед нами был пример точнейшего удара. Нападавший попал не просто по центру, точно в середину шеи, так что лезвия оказались строго параллельно позвоночному столбу, но и всадил секатор прямо между двух позвонков, остановившись в миллиметре от спинного мозга. Вот почему у жертвы не было никаких неврологических симптомов, будто ничего и не произошло.

Пациент, вроде бы, находился в безопасности, но это была безопасность человека, привязанного к взведенной бомбе. Проблема заключалась в том, что позвонки представляют собой не просто кость. В них проходят кровеносные сосуды, артерии, вены. Там содержится костный мозг. И когда вы прорезаете их, они кровоточат – и очень сильно. На тот момент у пациента не было кровотечения, по крайней мере, в позвоночнике. Но что если лезвия секатора просто прижимали разорванные сосуды? Оставить секатор на месте нельзя, но если он – единственная преграда для кровотечения, то что произойдет, когда его удалят?

Нейрохирург несколько минут пристально рассматривал снимки. Потом пожал плечами и сказал: «Ладно, так или иначе, придется вытащить оттуда эту чертову штуку».

Он командовал интернам и сестрам подготовиться к срочной декомпрессии и фиксации позвоночного столба. Хирург собирался открыть рану на шее пациента, как можно быстрее отсосать оттуда лишнюю кровь и с помощью коагуляции и зажимов остановить кровотечение, не допустив при этом дальнейшего повреждения позвоночника и нервов, выходящих из него, а далее собрать все костные осколки с помощью винтов, пока все не станет – при хорошем исходе – как было. Ему предстояло сделать это *прямо сейчас*. Он это умел.

Началась подготовка. Пришел анестезиолог, быстро начавший процедуру обезболивания – как ему удалось это сделать у пациента, лежавшего лицом вниз со сломанной шеей, мне было сложно даже представить. Одновременно в операционную был доставлен и вскрыт набор нейрохирургических инструментов, состоящий из странного вида зажимов, специальных пилок и сверл, а также традиционных скальпелей и ретракторов.

Все это время один из интернов – что немаловажно – сидел у изголовья пациента и подробно объяснял тому, что происходит и что хирург собирается сделать. Тот по-прежнему предпочитал молчать, что существенно облегчало интерну задачу, но дал согласие на операцию и даже самостоятельно подписал соответствующий документ. Помню, в тот момент я подумал, не окажется ли это последним разом, когда он двигает рукой.

Подготовка заканчивалась; медсестры уже протирали раненому шею – осторожно, чтобы не задеть секатор. Рубашку они разрезали и сняли заранее, но оставили брюки и ботинки, чтобышний раз не двигать пациента. Наконец, его накрыли простынями, так что на виду остался только секатор, торчащий из шеи.

Нейрохирург тоже был готов. Он пододвинул к изголовью стола табурет, чтобы удобнее было вытаскивать секатор. Встав на табурет, он обратился к пациенту.

– Сэр, сейчас я это вытащу. Но прежде я должен кое о чем вас попросить: если вы почувствуете что-нибудь необычное в районе шеи, рук или ног, любую боль, покалывание или еще что-то, сразу сообщите мне. Хорошо?

– Да, сэр, – ответил пациент, по-прежнему не двигаясь.

Мы все тоже замерли. Кажется, никто не смел даже дышать. Нейрохирург взялся за ручки секатора. Потом сделал глубокий вдох и потянул.

Поначалу ничего не произошло. Он остановился, взялся поудобней и снова потянул, уверенно, но в то же время медленно и ровно, не торопясь. На этот раз лезвия выскользнули из раны, и он бросил секатор в лоток.

– Я его вытащил, – сказал он пациенту. – Как вы себя чувствуете?

Впервые пациент шевельнулся, не дожидаясь указаний со стороны. Поднял обе руки, подвигал пальцами.

– Нормально, сэр, – ответил он.

Хирург кивнул. Потом спросил:

– Можете пошевелить ногами?

Сначала мы ничего не заметили, но потом простыня, закрывавшая ноги пациента, чуть вздрогнула.

Мгновение хирург постоял, глядя на открытую рану в шее пациента. Перевел взгляд на его ноги, потом снова посмотрел на рану – уже пристальнее. Не оборачиваясь, командовал медсестре – тампон!

Сестра заранее подготовила тампоны на длинных зажимах, смоченные бетадином. Теперь она протянула один хирургу. Придерживая край раны одной рукой, он заглянул внутрь, потом аккуратно промокнул кровь тампоном. Убедившись, что в ране нет посторонних предметов и осколков костей, а также никакого кровотечения, он взял большой шприц с физраствором и тщательно ее промыл. Рассмотрел еще раз.

– Похоже, все в порядке, – сказал он. – Можно зашивать.

Он снова протянул руку, взял иглу и начал зашивать небольшой порез, оставшийся на шее.

Как же так произошло? Как пациенту удалось выжить после такого ранения? Секрет крылся в удивительной точности. Человеческий организм билатерально симметричен. Это означает, что если у вас есть что-то слева, то же самое имеется и справа.

И точно так же из этого следует, что очень немногие структуры пересекают «срединную линию». Конечно, в позвоночнике проходит несколько крупных кровеносных сосудов, но они идут по одной или по другой его стороне. Секатор попал точно между ними: между сосудами, связками и поддерживающими структурами, даже между костями, и остановился за миллиметр до истинной срединной линии – самого спинного мозга.

Это случилось полвека назад. И с тех пор я ни разу не видел ничего подобного.

Хотя нет, один раз видел. Но об этом позже.

Глава третья

Интенсивная терапия новорожденных: боевое крещение

Изначально я не планировал становиться врачом экстренной медицины. Собственно, в то время такой специальности вообще не существовало. В университетских больницах отделения скорой помощи комплектовались ординаторами и студентами-медиками. В частных госпиталях за экстренную помощь по очереди отвечали врачи разных отделений, вне зависимости от специализации. Я с удовольствием вспоминал о своей практике в отделении экстренной помощи Бостонского госпиталя, но и предположить не мог, что посвящу свою жизнь подобной работе.

Я хотел стать педиатром.

Поэтому 1 июля 1968 года я поступил в интернатуру по педиатрии в Медицинском центре Сан-Франциско при Университете Калифорнии. Первый месяц я проработал в отделении общей педиатрии. Там я помогал лечить больных детей, причем с такими заболеваниями, о которых никогда раньше не слышал – а о многих не слышал и потом: таковы особенности университетского медицинского центра, выполняющего научную и исследовательскую роль. Затем, 1 августа, ощущая себя уже опытным и прекрасно подготовленным, я начал двухмесячную практику в отделении интенсивной терапии новорожденных, или ИТН.

Хочу напомнить, что до ИТН я провел четыре года в уважаемом колледже, где изучал естественные науки, историю, литературу и прочие предметы, которые считаются неотъемлемой частью университетского образования и без которых тебя не примут в медицинскую школу, – а меня приняли, и в не менее уважаемую. Там первые два года я изучал предметы, признанные самыми актуальными на тот момент, а потом еще два года практиковался в больницах, помогая штатным врачам. Наконец, я месяц отработал в отделении общей педиатрии, помогая лечить по-настоящему тяжелобольных детей. Из этого вы могли бы сделать вывод, что меня отлично подготовили к работе с новорожденными. Я-то уж точно так думал.

И, конечно же, это оказалось гигантским заблуждением.

О, я знал массу всего: фармакологию, патофизиологию, анатомию и другие вещи, которые доктора обязаны знать, чтобы делать то, что делают. Я смотрел, как работают другие, и даже изображал врача под пристальным наблюдением опытных интернов, ординаторов и штатных докторов. (Интерн – это просто студент-медик на практике; ординатор – врач, окончивший интернатуру, который еще год или два изучает специализацию, прежде чем сможет поступить на штатную должность. Штатный врач – полностью завершивший образование, прошедший соответствующие экзамены и обладающий опытом специалист, который, если говорить об университетском госпитале, несет ответственность за лечение пациентов и за обучение интернов и ординаторов, которые помогают ему или ей исполнять свои обязанности.) Тем не менее до прихода в ИТН я и понятия не имел о том, что значит *быть* врачом, действовать в одиночку в критических ситуациях и принимать решения, от которых может зависеть чья-то жизнь.

Можно подумать, что я поступил в интенсивную терапию студентом и вышел оттуда два месяца спустя настоящим доктором – но все было по-другому. Я начал, считая себя уже достаточно опытным медиком, который немало повидал и готов проявить себя. Уходил же я, глубоко осознавая, насколько еще зелен, и чувствуя, что учиться мне предстоит всю жизнь, понимая, как мало я – да и все мы – знаем о человеческом теле и как мало можем сделать, чтобы минимизировать ущерб, который оно несет, когда в нем нарушается ход естественных процессов. Могу с уверенностью сказать, что все, с чем я столкнулся в следующие пятьдесят лет – мои успехи, ошибки, сожаления, – я впервые испытал в отделении ИТН.

Но почему именно там? Разве туда отправляли не просто новорожденных младенцев? Когда они успевали заболеть? Почему у них оказывались самые тяжелые, самые сложные заболевания из всех, с которыми мне предстояло столкнуться?

Причина проста. Матка, где ребенок проводит первые девять месяцев своей жизни, полностью приспособлена к его нуждам. В отличие от внешнего мира она выполняет одну-единственную функцию: обеспечить плоду выживание и развитие. Ребенок в матке ничего не должен делать, кроме как жить и расти – ему не надо ни есть, ни пить, ни даже дышать. Поэтому, даже если какие-то важные органы у него плохо сформировались или не работают, с ним все будет в порядке. Но только до момента рождения.

С рождением все меняется, и меняется в одно мгновение. Все органы начинают работать – выполнять свои непосредственные функции. И если какой-то из них не справляется, ребенок тут же серьезно заболевает. Такая болезнь – тяжелейшая и неожиданнейшая из катастроф. Борьба с ней – и есть работа неонатолога.

Правда, в свой первый день я ничего этого не осознавал. Я понимал, что мне предстоят два нелегких месяца. Чего стоят хотя бы самостоятельные дежурства (их, кстати, не так давно вообще запретили законом².) Интернов в отделении было двое, и работали они каждый день, а по ночам чередовались. У нас была комната отдыха, но я даже не помню, где она находилась, и уж тем более, как выглядела. За нами присматривал ординатор третьего года; он – в мою бытность в ИТН и ординатор, и интерны были мужчинами – всегда находился на связи. По вечерам он отправлялся домой, но обязательно с пейджером, и вряд ли выдалась хотя бы одна ночь, когда он спокойно проспал до утра, по несколько раз не созваниваясь с нами.

Утренний обход начинался в восемь часов, и к прибытию штатного врача мы все уже были на месте. Ординатор являлся в белой куртке и брюках, белой сорочке с галстуком, чисто выбритый и намытый – вне зависимости от того, насколько тяжелая была ночь. Интерн, заступавший на смену, приходил в белом хирургическом костюме из брюк и рубашки с завязками на спине, и тоже выглядел отдохнувшим. Он-то уж точно всю ночь крепко спал.

Интерн, находившийся на ночном дежурстве, был одет так же, но выглядел совершенно по-другому: небритый, с красными глазами и с каракулями, нацарапанными шариковой ручкой на полах рубашки (мы записывали на них результаты анализов, номера телефонов и прочую необходимую информацию, используя вместо блокнотов, поскольку рубашка всегда оставалась при тебе и ты не мог потерять ее, насколько бы ни устал.)

Мы привыкли работать в таком состоянии. Если в ночную смену нам удавалось задремать на час-другой, это было событием. Обычно мы справлялись – обычно, но не всегда. Однажды, около трех часов ночи, я заполнял карту недоношенного малыша с тяжелым заболеванием легких и заснул прямо за письменным столом. Как это зачастую происходит при недосыпе, мне тут же приснился сон, и в этом сне ко мне пришел главный хирург педиатрии и сказал, что ребенку нужно немедленно пересадить легкое. Дальше мы с ним оказались в операционной, и я наблюдал за операцией. Но тут я клюнул носом, вздрогнул и проснулся. Быстро дописав карту, я налил себе очередную чашку кофе и продолжил работать.

Утром того же дня я передавал дела пациентов другому интерну, прежде чем отправиться домой отсыпаться, и мы с ним открыли карту того младенца. Пока я вкратце отчитывался по состоянию пациента, он пробежал мои записи – и вдруг остановился. «А это что?» – спросил он, указывая пальцем в центр страницы.

² «их, кстати, не так давно вообще запретили законом»: В 1984 году восемнадцатилетняя девушка по имени Либби Зайон скончалась в одной из больниц Нью-Йорка. Ее родители подали судебный иск, утверждавший, что смерть наступила в результате переутомления у интерна и ординатора. В 1989 году в штате Нью-Йорк был принят «закон Либби Зайон», по которому персонал больниц мог работать не больше восьмидесяти часов в неделю и не больше 24 часов за смену. В 2003 году этот закон стал общегосударственным.

В неразборчивых каракулях я распознал данные об оксигенации и частоте дыхания. Дальше ручка соскользнула – видимо, когда я задремал, – а еще дальше было четко выведено: «Пациент доставлен в операционную».

Ничего себе! Я рассказал ему всю историю, потом одной линией перечеркнул эту запись и на полях пометил: «ошибка». В свое оправдание я мог разве что сказать, что все произошло на самом деле... но во сне.

Обход начинался с палаты со здоровыми младенцами. В те времена даже здоровые новорожденные на два-три дня оставались в больнице, а роды мы принимали ежедневно. Иногда у нас бывало от пятнадцати до двадцати здоровых малышей, иногда – ни одного.

Там мы обычно не задерживались. Пара слов о каждом, беглый взгляд штатного врача, иногда проверка дыхания, цвета кожи, рефлексов – этого было достаточно. Считалось, что ординатор проверяет нашу работу и убеждается, чтобы мы, по неопытности, не пропустили шумов в сердце, изменения цвета кожи или других неочевидных признаков того, что младенец не настолько здоров, как предполагается.

Закончив, мы отправлялись к тяжелым пациентам. Если палата со здоровыми детьми изредка пустовала, то с больными – никогда. Здоровые новорожденные поступали только из нашего родительного отделения, больных же могли доставлять из любой точки Северной Калифорнии – и болезни у них могли быть какие угодно.

Чаще всего к нам попадали недоношенные. Недоношенным младенец считается, если родился до тридцать седьмой недели беременности или с весом ниже 2500 г. Наиболее серьезно больны обычно те, кто родился до тридцать четвертой недели или с весом до 1500 г. В то время смертность у таких новорожденных в сорок пять раз превышала смертность у нормальных детей.

Тем не менее большинство из них выживало. Как известно, в США нормальных новорожденных умирает крайне мало, а крайне мало, умноженное на сорок пять, это все равно крайне мало. В то же время младенцы, родившиеся до тридцати недель и с весом менее килограмма, практически не выживали. И таких у нас всегда было один или два.

Теперь недоношенные малыши получают гораздо лучшую помощь – во многом благодаря неонатологам, работавшим тогда в Университетском медицинском центре Сан-Франциско. Именно там Джордж Грегори в сотрудничестве с Родом Фиббсом и Джо Киттерманом разработали непрерывное положительное давление в дыхательных путях, или НПДП: технику, при которой легкие остаются надутыми, что усиливает проведение кислорода через серьезно неразвитые дыхательные пути. Важность этой техники и других, разработанных на ее основе, не только для выхаживания новорожденных, но и вообще в экстренной медицине, невозможно переоценить.

Мы никогда не знали, насколько тяжелым будет дежурство. Иногда о проблемах у новорожденного было известно еще до родов, но больше половины наших пациентов сначала рождались, потом заболевали, потом поступали к нам, и мы понятия не имели, когда это произойдет и насколько серьезным окажется их состояние.

Мое боевое крещение состоялось в канун Рождества 1968 г. Я тогда еще не был женат и согласился дежурить, чтобы второй интерн смог встретить Рождество дома с семьей. В ту ночь у нас родилось трое младенцев с весом меньше килограмма; у двоих оказались проблемы с дыхательными путями, а один скончался. Помню, около четырех утра я обходил палаты роже-ниц, одной из которых сказал, что состояние ребенка стабильно, но угроза еще есть, второй – что ее малышу лучше и скоро она сможет его увидеть, и третьей – что ее младенец скончался. Я так и не добрался до комнаты отдыха в ту ночь.

Такое дежурство не было исключением. Дети постоянно рождаются с проблемами сердца и сосудов, которые не представляют угрозы во внутриутробный период, но после рождения становятся летальными. У некоторых обнаруживается непроходимость пищеварительного тракта.

У других неправильно развиваются почки и мочевыводящие пути, так что моча или не образуется, или не выводится из организма. Список можно продолжать бесконечно: нет такого органа или части тела, которые не подвержены подобным трансформациям. Поэтому в интенсивной терапии новорожденных можно столкнуться с чем угодно. Если не легкие или сердце, так что-нибудь другое, о чем ты до этого слыхом не слыхивал.

Однажды, в самом начале интернатуры, на мою долю выпал как раз такой случай. У нас лежал новорожденный сын одного из хирургов. Родился он за несколько дней до моего поступления. Младенец появился в срок, и при первом осмотре никаких проблем выявлено не было, но вскоре кожа у него начала синеть. Анализ показал, что содержание кислорода в крови – которое должно быть около 100 процентов – ниже восьмидесяти и падает.

Ребенка перевели в интенсивную терапию. У него оказалась так называемая транспозиция магистральных сосудов³, и к моменту, когда я вышел на работу, ему уже сделали хирургическую ревизию, на тот момент считавшуюся вершиной медицинского искусства. (Это была операция на открытом сердце, а в те времена операции на открытом сердце редко делались даже взрослым, не говоря уже о младенцах.) После операции оксигенация улучшилась, но малыш все еще был серьезно болен, и ему предстоял сложный период восстановления. Тем не менее на моем первом утреннем обходе мы уделили ему больше внимания исключительно из образовательного интереса, а уж никак не в предчувствии надвигающейся катастрофы. Остаток утра прошел в обычной рутине: проверка газов крови, показателей дыхания и других лабораторных данных.

Наступило время обеда. Штатные врачи разошлись по своим кабинетам и лабораториям: они находились в больнице, но не прямо в отделении. Мой ординатор и второй интерн спустились в кафетерий. За врача в отделении интенсивной терапии новорожденных остался я один.

Конечно, там были и другие медсестры, но ту, которой поручили наблюдать за сыном хирурга, я помню с фотографической точностью. Высокая, почти с меня ростом, с длинными темными волосами, собранными в хвост, с длинными руками и ногами, она всегда улыбалась, а симпатичное лицо ее было таким выразительным и открытым, что словно бы приглашало поболтать. Думаю, она была моего возраста или чуть старше и работала медсестрой в интенсивной терапии уже несколько лет. Мы говорили о том о сем, когда, без всяких предварительных симптомов, сердце малыша вдруг начало замедляться – а потом остановилось.

Мгновение мы смотрели друг на друга. Потом она стремительно выдернула дыхательную трубку из его маски, подключила вместо нее ручной дыхательный мешок и начала одной рукой качать воздух, а другой одновременно делать непрямой массаж сердца. (Многовато работы для одного? Совершенно верно.) Я застыл на месте. Все, чему меня учили, мгновенно улетучилось из головы. В мире остались только медсестра и умирающий младенец.

Тут она молча посмотрела на меня. Потом спокойным и уверенным голосом, продолжая ритмично работать руками, сказала:

– Доктор Сьюард, вы, кажется, хотели мне сказать, чтобы я ввела ему эпинефрин.

³ «транспозиция магистральных сосудов»: Состояние, при котором аорта, проводящая кровь из сердца в тело, меняется местами с легочной артерией, проводящей кровь из сердца в легкие. Обычно циркуляция крови в сердце идет по «восьмерке»: кровь поступает из тела в правую половину сердца по верхней и нижней полым венам. Далее правый желудочек закачивает кровь в легкие. Оттуда кровь поступает в левую половину сердца по легочным артериям, и левый желудочек закачивает ее назад в тело, после чего круг повторяется – все занимает примерно минуту. Однако если аорта и легочная артерия меняются местами, вместо восьмерки формируются два независимых круга кровообращения, которые никак не сообщаются: по одному кровь идет в легкие и обратно, а по другому – из сердца в тело. Во внутриутробный период это не представляет проблемы; кислород в организм поступает не через легкие, а от матери, через артерии плаценты, непосредственно в кровоток. Да, я сказал «никак не сообщаются»? Это не совсем верно. Сразу после рождения у ребенка сохраняется связующий путь между легочной артерией и аортой, так называемый дуктус артериозус, артериальный проток, позволяющий некоторому количеству крови из тела попадать в легкие. Пока проток открыт, у ребенка есть шанс получать достаточно кислорода для выживания. Проблема в том, что через несколько дней после рождения проток закрывается и ребенок умирает. Именно эта проблема возникла у ребенка нашего врача.

Тут мой мозг лихорадочно включился в работу.

– Вы совершенно правы, сестра, – отозвался я. – Можете напомнить, сколько эпинефрина я хотел, чтобы вы ему ввели?

Протягивая мне дыхательный мешок, она взяла шприц со специальной стойки и сказала дозировку; продолжая вентиляцию и непрямой массаж сердца, я повторил ее слова, а она ввела лекарство. Я сделал глубокий вдох.

– Может быть, вы напомните, что я собирался сделать дальше?

Дальнейшая процедура реанимации походила на сложенный танец рук и инструментов с короткими «напоминаниями». Ребенок выжил. А я понял кое-что очень важное о работе врача.

Конечно, сознавать всю меру ответственности за свои действия – неотъемлемая часть нашей профессии. Но надо помнить и вот о чем. Как у любого человека, у вас может выдаться плохой день. В ситуации грозящей катастрофы, если вы чего-то не знаете, но рядом, по счастью, оказался некто, кто может вам помочь, очень важно иметь с ним такие отношения, которые позволяют достойно и с радостью принять эту помощь, пусть даже ваша компетентность окажется под вопросом. Если помощник ошибается, ваша задача – распознать ошибку, поблагодарить его за то, что он рискнул высказаться, и поступить так, как вы сами считаете нужным. Если же помощь окажется эффективной – тот, кто мог умереть, останется жив.

Глава четвертая

Груз выбора

Не все пациенты интенсивной терапии нуждались в немедленной помощи. Случались и трагедии, в которых помочь было нечем, но и устраниваться мы не могли – приходилось просто их переживать. День за днем мы, делая обход, спрашивали себя, что тут можно сделать. И день за днем не находили ответа.

Я хорошо помню, как нас однажды вызвали в родильное отделение для кесарева сечения. Неотложное кесарево сечение зачастую означает, что ребенок болен, так что нам следовало присутствовать, чтобы немедленно оказать новорожденному помощь. В тот раз проблема заключалась в ягодичном предлежании, причем перевернуть плод не удавалось, а сердцебиение у него начало замедляться.

Большинство детей рождаются головой вперед. Это означает, что когда кровоснабжение через плаценту прекращается, головка ребенка уже находится снаружи, и он может дышать. Если ребенок рождается вперед ножками – или, что бывает чаще, ягодичами, – существует вероятность, что кровоснабжение прекратится, когда головка еще внутри. Если в этот момент возникают проблемы с ее продвижением, младенец может задохнуться. Поэтому, если при осмотре обнаруживается ягодичное предлежание, акушер пробует руками перевернуть плод, прощупывая его положение через брюшную стенку матери, чтобы головка вышла первой. Если перевернуть ребенка не получается, акушер обычно назначает кесарево сечение, чтобы избежать опасностей подобных родов.

В данном случае мать во время беременности у нас не наблюдалась, а появилась впервые уже для родов. Акушер несколько раз пытался перевернуть плод, но это никак не удавалось. И тут пульс у ребенка начал замедляться – серьезный признак кислородной недостаточности. Соответственно – и вполне обоснованно – акушер решил делать кесарево сечение. Во время операции ординатор и я стояли рядом с ним.

Операция прошла как по маслу. Роженице дали наркоз, сделали горизонтальный надрез в нижней части живота, потом еще один, в тканях матки. Выплеснулась амниотическая жидкость, заработал отсос, и акушер вытащил младенца.

И тут все разом изменилось.

Несколько секунд акушер держал младенца, молча глядя на него. Потом, по-прежнему не говоря ни слова, повернулся и передал ребенка ординатору, который, тоже молча, положил его на детский стол и начал автоматическими движениями обтирать пеленкой. В процессе он пробормотал себе под нос: «Господи Боже мой!» Это прозвучало как молитва.

Потом он попросил кого-нибудь вызвать дежурного неонатолога.

Я стоял у детского стола и смотрел на лежащего там ребенка. От шеи и ниже он был совершенно нормальным младенцем. Но выше шеи... да, теперь стало ясно, почему перевернуть плод не удалось.

Спереди того, что могло условно считаться головой, находилось крошечное уродливое личико. А дальше, где обычно начинается череп, возвышалось что-то, напоминавшее огромную розовую дыню. Позднее, когда все мы успокоились, когда были сделаны рентген и ультразвук, наши первые выводы подтвердились: нервная система плода развивалась с серьезнейшими нарушениями, что привело к двум тяжелым отклонениям.

Первое из них – анэнцефалия, или отсутствие мозга. Простыми словами, мозг ребенка не был поврежден – он вообще не сформировался. У младенца имелась лишь та часть нервной системы, которая контролирует автоматические функции: дыхание, сердцебиение, базовые моторные рефлексы и тому подобное. Вот почему он дышал, и сердце у него билось. Факти-

чески, поскольку основные действия у новорожденного рефлекторные, он во многом не отличался от нормального малыша.

Однако никакой надежды на то, что у него разовьются остальные функции, не существовало. Более того – насколько медицина могла утверждать тогда и утверждает сейчас, – не оставалось надежды даже на крошечные проблески сознания. Дети с такой аномалией обычно умирают еще в утробе. Тех, кому удастся дотянуть до родов, ждет неминуемая смерть в первые несколько дней.

Второе отклонение, которое у него обнаружилось, называется гидроцефалия – водянка мозга. Обычно у детей с гидроцефалией череп сзади не закрывается. То небольшое количество нервной ткани, которое у них имеется, остается на виду, ничем не прикрытое. Однако в данном случае череп закрылся – обеспечив тем самым защиту немногочисленным фрагментам нервной системы, которые смогли сформироваться, – и препятствовал оттоку спинальной жидкости. Жидкость накапливалась, заполняя пространство, где должен был находиться мозг, отчего голова ребенка стала похожа на гигантский пузырь.

Он не плакал и почти не шевелился. Признаюсь, что в какой-то момент я понадеялся, что ребенок не сможет дышать. При нормальных родах мы в такой ситуации изо всех сил растирали бы малыша, чтобы согреть его и стимулировать первый крик. Однако тут мы все стояли без движения.

Мы знали, что этот младенец проживет совсем недолго. Понимали, что из-за отсутствия мозга он не испытывает какой-либо боли или дискомфорта. Однако полной уверенности у нас не было. Наука даже сейчас не может точно ответить на вопрос, как работает человеческое сознание.

Тем не менее даже без функционирующего мозга он демонстрировал примитивные рефлексы. После паузы, показавшейся нам ужасно долгой, младенец сделал вдох, потом другой, потом еще и еще. Цвет его кожи из белесого стал голубоватым, потом розовым. Ординатор прослушал его сердце и легкие, которые работали нормально, и мы все вместе покатали кювез с ребенком в детское отделение.

Дежурный врач, доктор Тули, прибыл незамедлительно, и когда все обследования были сделаны и диагноз поставлен, долго сидел с родителями новорожденного, объясняя, что произошло и в чем проблема. Он предложил им несколько вариантов дальнейших действий, одним из которых было просто уйти, оставив ребенка. Так они и поступили. Больше мы их ни разу не видели. Теперь доктору Тули предстояло обеспечить должную заботу и уход этому безнадежно изуродованному существу в последние дни его короткой жизни.

Некоторые читатели наверняка задаются вопросом, насколько законна такая процедура. Я не присутствовал на встречах доктора Тули с работниками социальных служб и органов опеки, с судьями и судебными исполнителями. Однако, поскольку смерть отказного младенца была хоть и печальным, но нередким событием в отделении интенсивной терапии новорожденных, я уверен, что доктор следовал всем необходимым требованиям закона.

Я знаю, что он обладал всеми полномочиями, чтобы принимать решения. Более того, на мой взгляд, ни один закон не обеспечил бы лучшего ухода и не гарантировал бы лучших решений, чем принимал доктор Тули. Врачи – не боги. Однако иногда им приходится подчищать за судьбой ее ошибки, поскольку больше этого сделать некому.

Доктор Тули, на тот момент возглавлявший неонатальное отделение, половину жизни посвятил преданной службе больным малышам и их семьям. Очень высокий и стройный, он двигался, ходил и говорил с достоинством и элегантностью. Надевай он на обход смокинг, это было бы вполне уместно. Вскоре после того, как я начал интернатуру, он попал в автомобильную аварию и сломал ногу – уже не помню, какую. Поэтому весь срок моей работы он передвигался на костылях.

Для любого другого костыли стали бы обузой. Для доктора Тули они были аксессуаром. Конечно, он использовал их для ходьбы, но в то же время, во время лекций, опирался на них, как на трибуну, чтобы освободить руки, и даже поигрывал ими, как джентльмен тросточкой.

Проблема в случае с тем младенцем заключалась в том, что все блестящие умения доктора Тули были бесполезны. Не существовало обследования, процедуры, лекарства, которые смогли бы что-то изменить. И что было гуманней: продлить ребенку жизнь или дать ей закончиться? Если принять какое-то решение, то как его исполнить? А вдруг младенец все-таки может чувствовать боль, и что тогда: страдает он или нет? Как это узнать? И если да, надо ли продлевать его страдания? Вот на какие вопросы должен был отвечать доктор Тули, но делал он это не один. Все мы – ординаторы, интерны, медсестры – вместе ухаживали за ребенком, хотя окончательное решение оставалось, конечно, за ним. Соответственно, какую ответственность он нес перед нами и какую – мы перед ним?

Его первым решением стало положить малыша в палату к здоровым детям, но туда, где его не смогут видеть другие родители и посетители. Во время утреннего обхода мы все – доктор Тули, интерны, ординатор и медсестры, задействованные в уходе за этим младенцем, – по несколько минут смотрели на него, гадая, как поступить дальше.

Поначалу мы предполагали, что он проживет день или два, но обращались с ним, как с обычным новорожденным. Сосание – один из базовых рефлексов, и он, хотя не сосал хорошо, все-таки мог проглотить немного детской смеси. Именно ее сестры по предписанию доктора Тули начали ему давать. Но прошла неделя, потом десять дней, и ничего не менялось. Да, ребенок немного потерял в весе, но в основном из-за оттока жидкости, скопившейся в голове. Он продолжал дышать, кое-как сосать и жить.

Мы решили прекратить кормление. Я говорю «мы», потому что, хотя решение принимал доктор Тули, мы все участвовали в обсуждении, и никто не возражал. Поскольку мы не знали, может ли младенец в таком состоянии страдать от жажды, доктор Тули распорядился давать ему воду.

Ожидание затягивалось. Время тянулось бесконечно, и каждый новый день напоминал нам о нашей беспомощности. Помню, однажды утром, когда мы стояли вокруг кювеза, кто-то сказал:

– Господи, давайте уже кто-нибудь прокрадется сюда ночью и даст ему морфина.

Мы понимали, что имелось в виду. Все знали, что это было сказано просто, чтобы выразить боль, которую испытывали все мы, наблюдая за разворачивающейся трагедией. Кто-то пробормотал «понимаю», чтобы поддержать говорившего. Остальные промолчали.

На следующий день – кажется, прошло почти три недели – доктор Тули спросил:

– Как вы отнесетесь к тому, если мы перестанем его поить?

Никто не отвечал, поэтому доктор продолжил.

– Вместо этого начнем вводить ему малые дозы морфина, чтобы он точно не испытывал ни боли, ни жажды.

Все согласно закивали. Я тоже сделал глубокий вдох и кивнул.

Дальше все случилось быстро. Через три дня во время обхода я увидел, что кювез пуст. Тогда я обратился к медсестрам и спросил, когда это произошло. Ночью, ответили они. Я поинтересовался, как они себя чувствуют. Сестры ответили, что все в порядке, а одна сказала, что рада, что все закончилось. Потом мы продолжили обход.

Доктор Тули скончался в 1992 г. Отделение интенсивной терапии новорожденных ныне носит имя Уильяма Г. Тули.

Глава пятая

Руки

Несколько раз я устаивался чести присутствовать при операциях, которые проводил доктор Альфред А. де Лоримье, и каждый раз меня поражало, как он, даже оперируя пациентов, которые по размеру были меньше его крупных рук с тонкими пальцами, умудрялся выполнять потрясающе тонкую и точную работу, рассказывая при этом истории о своих вылазках на яхте в бухту Сан-Франциско. Помню, однажды он делал операцию малышу, часть кишечника которого отмерла из-за инфекции. Стенки кишечника были не толще, чем резиновые перчатки хирурга, а по диаметру и плотности напоминали тонкие разваренные макароны – и тем не менее быстрыми и легкими движениями он сумел удалить мертвые ткани, а потом невообразимо крошечными стежками соединить два уцелевших конца.

Однажды ему пришлось прооперировать меня самого: у меня появилась небольшая киста над левой ключицей, которая периодически опухала и гноилась. Я беспокоился, что занесу инфекцию в детское отделение, обратился с этим вопросом к нему, и он сказал: «Давайте-ка я посмотрю». Доктор де Лоримье оттянул воротник моей рубашки, бросил беглый взгляд на кисту и спросил: «Есть минутка?» Я кивнул и еще до того, как сообразил, что происходит, уже лежал на спине в процедурной. Он удалил кисту сразу, целиком. Никаких рецидивов не было; на память у меня остался крошечный шрамик.

Но понять, что он за человек, мне довелось, наблюдая за самой виртуозной его операцией, которая состоялась у нас в интенсивной терапии новорожденных как-то ранним утром. Начинаясь обычный день: если таковые вообще случаются в подобных местах. В детском отделении лежало несколько новорожденных, которые чувствовали себя неплохо и постепенно набирали вес, чтобы выписаться домой.

Но одна малышка, даже после нескольких недель в отделении, которое, заметьте, предназначалось для сильно недоношенных младенцев, по-прежнему оставалась самой крошечной из всех. Насколько я помню, доктор де Лоримье уже оперировал ее по поводу гастрошизиса (врожденного дефекта передней брюшной стенки, при котором мышцы неправильно формируются и у ребенка остается отверстие, в которое выдаются внутренние органы), и она успешно поправлялась. Капельницы в сосудах пуповины у нее уже не было, осталась только та, что поставили в правую ладонь: тонкая пластиковая трубка, которую каким-то чудом ввели в вену толщиной с шелковую нить; вся ладошка, от запястья до кончиков пальцев, не превосходила размерами почтовую марку. Чтобы зафиксировать капельницу на месте, в ладошку вложили кусочек ваты и бинтом примотали к деревянному шпателью, с помощью которого обычно осматривают горло.

Медсестра, приставленная к ней в тот день, являлась, по моему мнению, одной из лучших. Она работала в отделении уже несколько лет и любила свою работу. Она была веселая и симпатичная и замечала любые изменения цвета кожи или дыхания у недоношенных младенцев гораздо быстрее, чем я, так что звала на помощь вовремя и все обходилось. С ней, как и с той сестрой, о которой я уже писал, работать в интенсивной терапии новорожденных было одновременно спокойно и приятно.

Тем сильней оказалось мое потрясение, когда я услышал ее вскрик:

– О боже! Палец! Я отрезала ей большой палец!

Я не поверил собственным ушам. Как она могла отрезать палец младенцу? Как такое вообще возможно?

Но это произошло. Она выполняла рутинную процедуру: меняла повязку, которая фиксировала капельницу. Для этого надо было ввести лезвие маленьких ножниц под бинты, по

направлению от пальцев, и срезать их. Однако сегодня большой палец малышки оказался не прижат к остальным, а торчал в сторону: так, будто она ловит машину, – и ножницы срезали его.

Медсестра протянула мне повязку. Мгновение я ничего не мог разглядеть, но потом заметил его: микроскопический комочек ткани длиной не больше двух-трех миллиметров. Он напоминал крошку куриного мяса, прицепившуюся к разделочной доске.

Я поднял глаза на сестру. Не помню, что я сказал – наверняка какую-нибудь глупость типа «все будет в порядке». Потом бросился звонить дежурному. Тот поднял трубку, и я начал требовать «ручного хирурга». Дежурный спросил, зачем он мне нужен: я ответил.

– Вам не нужен ручной хирург, – донеслось из трубки. – Вызывайте Ала де Лоримье.

На секунду я ошеломился. У нас была травма руки; разве тут не нужен ручной хирург? Я считал, что доктор де Лоримье занимается общей педиатрической хирургией, то есть внутренними органами.

– Нет, – сказал дежурный, – он занимается детьми. И это его пациентка.

Все еще в ступоре, я направил вызов на пейджер доктора Лоримье.

Он появился буквально через несколько минут. Уже не помню, как именно он отреагировал. Помню только, что он сохранял спокойствие и сосредоточенность, не улыбался, но и не сердился. Мы закрыли место пореза повязкой, а сам палец вместе с бинтом положили в металлический лоток, который поставили рядом с ребенком. Доктор де Лоримье подошел к малышке, приподнял повязку, посмотрел на рану, а потом тщательно изучил крошечный кусочек мяса, который раньше был большим пальцем.

Потом поднял голову и взглянул на медсестру. Глаза у нее были красные, но она твердо стояла на ногах у кровати ребенка.

– Это вы сделали? – спросил он.

– Да, – ответила она, кивнув головой, и замерла, словно подсудимый перед судьей, ожидая, что тот скажет.

И тот сказал – очень просто:

– Тогда будете мне ассистировать. Сходите за набором для наложения швов.

Она молча кивнула и пошла за инструментами.

Хотел бы я сказать, что внимательно наблюдал за тем, как доктор пришивает палец, но на самом деле я ничего не видел: пальчик был слишком маленьким. Я видел только руки с длинными уверенными пальцами, которые ловко держали обрезок живой ткани пинцетом и накладывали невозможно крошечные стежки по окружности, пришивая большой палец обратно к ручке. Все это время доктор тихонько разговаривал с медсестрой. Не уверен, что расслышал все, что он ей говорил. Кажется, иногда просил инструмент, шовный материал или физраствор. Иногда утешал: говорил, что она хорошая сестра, что подобное могло случиться с кем угодно. Но я совершенно уверен в одном: он ни словом ее не осудил.

Жаль, но мне неизвестно, что случилось дальше⁴. Не знаю, прижился пришитый палец или отсох. Не знаю даже, выжила та малышка и уехала домой, или нет. И что было с медсестрой, не знаю тоже. Кажется, я краем уха слышал, что она вскоре уволилась из интенсивной терапии новорожденных, но наверняка сказать не могу.

Единственное, в чем я уверен – я никогда не забуду момент, когда все случилось, и тот малюсенький лоскутик плоти, который должен был вырасти в большой палец. Я никогда не забуду ужас и потрясение на лице медсестры в то мгновение, когда она поняла, что натворила. А еще мне никогда не забыть мастерства и благородства доктора Альфреда де Лоримье.

⁴ «жаль, но мне неизвестно, что случилось дальше»: Когда рукопись была закончена, я отправил ее докторам Грегори, Фиббсу и Киттерману на рецензию. Доктор Киттерман в ответном письме сообщил мне, что эта девочка выжила и наблюдалась в их клинике следующие пять лет – с ней все было в порядке. Палец, пришитый доктором де Лоримье, отставал в росте от остальных, но функционировал в полном объеме.

Глава шестая

Решаем быстро

Раньше я уже писал, что не собирался становиться врачом экстренной медицины; я хотел быть педиатром. Поэтому летом 1974 г., после окончания ординатуры, мы с моей женой Линдой затолкали двух своих собак, кота и остальное имущество в пару машин и грузовичок и переехали из Сан-Франциско в Юкию, маленький городок в округе Мендочино, что на шоссе 101. Меня наняли на работу двое педиатров, на десять лет старше, которые были партнерами и занимали один кабинет на окраине города.

В те дни такой специальности, как экстренная медицина, не существовало, поэтому не было и специалистов в данной области. Не было отделений экстренной медицины – вместо них функционировали так называемые ER, пункты скорой помощи. Соответственно, не существовало и специального обучения для врачей таких пунктов. По сути, отработать «смену в ER» считалось почетной обязанностью каждого штатного врача в госпитале, вне зависимости от его специализации.

Лечением они обычно не занимались: просто находились на месте, осматривали пациентов, решали, к кому их отправить и вызывали нужного доктора. Система работала – ни шатко ни валко, – отчасти и потому, что в те времена гораздо меньше внимания уделялось начальному взаимодействию с критическими состояниями и травмами, так как еще не выяснилось, как важны соответствующие навыки и опыт в данной сфере.

Однако со временем ситуация менялась. В конце семидесятых пункты скорой помощи начали испытывать перегрузку, а требования к качеству их услуг стали повышаться. Больницы начинали сознавать, что им нужны врачи, готовые чаще работать в ER. Так появились компании, которые специально подыскивали персонал для работы в отделениях скорой помощи. Обычно они присылали ординаторов – врачей, еще проходящих обучение, – наподобие меня во времена работы в Университетском медицинском центре.

Затем некоторые из этих врачей, работавших в ER посменно, начали понимать, что такая специальность им нравится, и переходили туда на полный день, а не в дополнение к своей обычной практике.

Я оказался как раз из таких. Три или четыре года я проработал в пункте скорой помощи дежурным, и вот однажды, пропалывая с женой палисадник, вдруг объявил: «Наверное, я брошу педиатрию и перейду в скорую помощь на полную ставку». Что-то как будто щелкнуло у меня в мозгу, и решение тут же было принято. Медицина экстренной помощи и я были чем-то похожи. Никто не мог предвидеть возникновения новой медицинской специальности, а я не предполагал, что захочу ей заниматься. Однако экстренная медицина, которая с тех пор превратилась в мощное направление медицины общей, быстро набирала обороты, и я стоял у самых ее истоков. Поэтому, когда меня спрашивали, кем я работаю, я уже не упоминал о педиатрии. Я говорил, что работаю «врачом экстренной помощи», потому что так это тогда называлось.

Поначалу такая специальность многих удивляла. Обычные врачи смотрели на нас с опаской. С какой стати кому-то захочется работать полный день в подобном месте? Наверняка с ними что-то не так. Должно быть, какие-то проблемы. К нам относились как к профессиональным ковбоям или цирковым акробатам. А может, просто не понимали.

Однако за прошедшие двадцать лет рост числа врачей, готовых работать полный день в ER просто потому, что им там нравится, привел к накоплению знаний, относящихся конкретно к экстренной медицине. Стали выходить статьи, публиковаться книги; была учреждена общенациональная профессиональная организация – Американский совет врачей экстренной меди-

цины; организовывались ординатуры; появился специальный экзаменационный совет, который получил право выдавать дипломы по экстренной медицине. Проводились впечатляющие научные исследования, совершившие настоящую революцию в области лечения травм, реанимации, обеспечения дыхания – и многих других.

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.