



ДОКТОР ИФА ЭББИ

**СЕМЬ
ПРИЧИН
ДЛЯ
ЖИЗНИ**

**ЗАПИСКИ
ЖЕНЩИНЫ-
РЕАНИМАТОЛОГА**





ДОКТОР ИФА ЭББИ

**СЕМЬ
ПРИЧИН
ДЛЯ
ЖИЗНИ**

**ЗАПИСКИ
ЖЕНЩИНЫ-
РЕАНИМАТОЛОГА**



Ифа Эбби

Семь причин для жизни

*Записки женщины-
реаниматолога*

Права на издание получены по соглашению с Vintage, импринтом The Random House Group Limited. Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

© Aoife Abbey

First published as Seven Signs of Life by Vintage. Vintage is part of the Penguin Random House group of companies.

© Перевод на русский язык ООО Издательство «Питер», 2019

© Издание на русском языке, оформление ООО Издательство «Питер», 2019

© Перевод с англ., Коваленин Д., 2018

* * *

*Старшему брату Аарону, общественному
деятелю.*

Скучаем по тебе.

*А также всем, кто мне доверял – зачастую
без всякого выбора.*

IX. Четыре возраста человека

Бой с телом он затеял
В начале бурных лет —
Но проиграл, и тело
Все бродит по земле.
Затем сразился с сердцем,
Что рвется из груди, —
И мир невинный детства
Остался позади.
Тогда скрестил свой меч он
С мятущимся умом —
И гордый дух навечно
Забылся мертвым сном.
Теперь он с Богом бьется —
И Богу, что таить,
К полуночи придется
Упрямца усмирить.

У. Б. Йейтс,
«Песни о сверхъестественном»

От автора

Случаи, описанные в этой книге, взяты из личного опыта: я собрала их за несколько лет своей практики по меньшей мере в десятке различных больниц и учреждений здравоохранения. И хотя все это – воспоминания о том, что произошло в реальном мире, все имена пациентов и их родственников, моих соратников и коллег, упомянутые в тексте, сознательно изменены. Равно как и личные подробности, по которым их можно было бы опознать, включая их возраст, пол, род занятий, национальность, внешний вид, семейные связи, истории болезней и диагнозы. Любые совпадения с людьми живыми или умершими, могущие возникнуть в результате таких изменений, абсолютно случайны.

Введение

Тысячи врачей на свете, как и я, только и делают, что путешествуют по жизням своих бесчисленных пациентов. Мне случалось появляться на ваших улицах и в ваших спальнях, сидеть на ваших кроватях и стульях, преклонять колени на вашем полу. Я навещала вас в минуты, когда вы оказывались уязвимее всего, когда лежали на больничных койках или тележках скорой помощи. Я держала ваши руки в своих, хотя о моем присутствии рядом вы, скорее всего, даже не подозревали.

Я – специалист государственной программы подготовки врачей, которые после медицинского колледжа и четырех лет аспирантской практики собираются получить степень реаниматолога-консультанта. В рамках тренировочной программы я постоянно меняю должности и больницы: за эти семь лет я сменила уже восемнадцать рабочих мест, никак не связанных между собой.

Не помню, чтобы я когда-нибудь считала себя писателем, хотя читать любила всегда. Я проглатывала чужие истории, пока не стала врачом и не поняла, что теперь и сама могла бы кое о чем рассказать. Полагаю, это заложено в природе человека – стремление объяснить, как что-нибудь устроено. Ни один врач не был полностью готов к своей профессии сразу по окончании колледжа, и понимание того, сколько же мне еще предстоит изучить, в итоге привело меня к писательству. Даже теперь, спустя семь лет после получения диплома, передо мной бушует целое море вопросов, требующих ответа. Семь лет – это капля в море.

А два с лишним года назад Британская медицинская ассоциация назначила меня на должность «секретного доктора», то есть я стала еще и анонимным медиком, чья задача – описывать врачебные будни. Должность «секретного доктора» учреждена вовсе не для того, чтобы шпионить за людьми, раскрывать их страшные тайны или бить тревогу. Эту должность создали в основном как способ приглашать врачей к диалогу по вопросам, которые им наверняка стоило бы активнее обсуждать между собой. Ее главная задача – объединять специалистов на всех этапах медицинской карьеры, и ее обязательная

анонимность позволяет сосредоточиться не на личности автора, а на поднимаемых им проблемах. Цель подобной инициативы – не вскармливание «медицинской элиты», но организация сообщества, в котором можно отмечать все удачи и искренне обсуждать, каково это и что вообще это значит – быть врачом. По крайней мере, примерно так я себе эту роль представляла.

Для выполнения этой миссии мне пришлось провести четкую грань между тем, что я знаю, а чего не знаю. Пришлось формулировать свои мнения из собственного опыта, из проблем, с которыми я сталкивалась, описывать их языком, обращенным к читателю, и рассматривать их не только с точки зрения врача-профессионала, но и глазами широкой публики – так, чтобы другим тоже захотелось включиться в диалог.

Я стала тщательнее анализировать свои ощущения.

Когда у меня появилось время, чтобы проанализировать, что я чувствую в процессе работы, я вдруг осознала, какое огромное количество навыков у меня просто вошло в привычку. И какими странными мои мотивы для дальнейшего самообучения могут показаться тому, кто никогда не бывал в моей шкуре.

Я говорю не о самообучении новым технологиям, хотя меня ежедневно окружает сложнее оборудование для борьбы со всевозможными болезнями. Напротив, я говорю о солидной части моей деятельности, которая зависит не от умения работать с инструментами, числами, препаратами и аппаратурой, но от человеческого фактора.

Разумеется, постоянное академическое самообразование, как и обретение практических навыков, первостепенно для развития врача, но этим дело не ограничивается. Ключевые моменты в работе любого медика зависят от его умения говорить с людьми, понимать их, доносить до них свою мысль. Компетентность – не просто знание, что вообще *возможно* сделать, но еще и понимание, как сделать было бы *правильно*. А это уже вопрос интуиции – и, что еще важнее, умения этой интуицией распорядиться.

Читая истории о буднях реанимации, вы заметите, что многие из моих пациентов не только уязвимы, но и временно пребывают «в ином измерении» – под действием успокоительных препаратов или на искусственной вентиляции легких. Я должна заботиться о людях,

балансирующих на грани жизни и смерти, в ситуациях, когда интенсивная терапия может показаться методикой непонятной, а то и странной. И если иногда, общаясь с пациентами или их близкими, я чувствую, что беседа не клеится, – видимо, это происходит из-за неравенства в статусе, которое моя работа неизбежно порождает. Людям начинает казаться, что я использую некие особые, тайные ключи к пониманию происходящего, что якобы дает мне какие-то преимущества перед ними.

Я часто думаю, что близких пациента это может задевать, ведь я действительно владею недоступным для них знанием – пропуском в мир, пытающийся отнять у них любимого человека. И они чувствуют, что в таком случае *их* задача – выступать адвокатами человека, ради которого они здесь появились. Хотя именно они, близкие пациента, чаще всего и запутываются – в собственном страхе, раздражении, горе, в опасении вот-вот лишиться самого дорогого. Им кажется очень несправедливым, если я не собираюсь участвовать в происходящем, по крайней мере, на равных с ними.

Особое же отличие реаниматологии от других областей медицины состоит в том, что – несмотря на все ее сложнейшие механизмы, технологии, диагностику, препараты, формулировки и цифры – мир ее в основном вращается вокруг семи чувств, которые и без нее всем отлично знакомы.

Возможно, в школе вам доводилось изучать по биологии «семь характеристик живых существ». Это признаки, по которым вы понимаете, что мышка живая, а вот булыжник на пляже – нет. Все, что мы называем живым, на базовом уровне объединяют сходные черты: движение, дыхание, раздражительность – реакция на изменения окружающей среды, рост, размножение, питание и выделение продуктов жизнедеятельности.

Пожалуй, я всегда хотела посвятить свою жизнь изучению именно человеческих организмов, ведь нас, людей, объединяет в особую группу еще один признак. Это эмоции, характерные для любого из нас: страх, скорбь, радость, отвращение, гнев, отрешенность и надежда. Иногда в течение рабочего дня я наблюдаю эмоции, похожие на побочный эффект каких-нибудь анаболиков. Нередко они бывают раздуты, гипертрофированы, переоценены. За одну смену передо мной распахивается такой богатейший спектр эмоциональных взлетов и

падений, какого многим людям не испытать и за всю свою жизнь. Но все эти взлеты и падения – лишь вариации все тех же перечисленных мной чувств.

Когда вы посмотрите, как работает врач у постели пациента, который умирает, цепляется за жизнь или зависает меж двух миров, – никто не упрекнет вас за то, что вы невольно начнете думать о том, что же сейчас разделяет этих двоих. Ведь именно различия между ними так очевидны. Как очевидно и то, что любой на вашем месте подумал бы то же самое.

Годы врачебной практики научили меня прежде всего тому, что самые важные вещи, к которым я так долго подбирала определения, – это все те же химеры, что окружали меня со дня появления на свет: признаки человеческого бытия.

Позвольте же объяснить вам, о чем я.

Страх

Я познал, что храбрость – не отсутствие страха, но торжество над ним. Храбрец не тот, кто не ведает страха, а тот, кто его побеждает.

– Нельсон Мандела

Скажу вам сразу, что я – человек смелый. И что любой врач, стоящий у изголовья вашей тележки, пока вы исполняете на ней роль «возможно, умирающего пациента», – безусловно, смельчак. И надеюсь, я тоже могу считать себя смелой – не столько из-за удобной привычки забывать о том, что я могу струсить, сколько ради осознания своего страха.

Впервые в жизни страх на работе сковал меня в ситуации почти комичной по своей нелепости, что и застигло меня врасплох. Если бы еще в колледже кто-нибудь отвел меня в сторонку и спросил, чего я больше всего боюсь в начале грядущей карьеры, – мертвецы даже не вошли бы в этот список. Дело в том, что я воспитывалась там, где темы смерти и умирания вовсе не были запретными. В моей семье считается нормальным прощаться с умершими родственниками в их домах, и даже их гробы, как правило, остаются при этом открытыми. Первый труп в жизни я увидела, когда умерла моя бабушка. Ее положили в лучшем платье поверх пухового одеяла на ее же постели. Помню, как я, одиннадцатилетняя, сидела на краешке той постели рядом с двоюродным братом и болтала о чем-то совершенно не относящемся ни к смерти, ни к похоронам, машинально поправляя четки в ее холодных мертвых пальцах.

Моя первая работа в реанимации сводилась к уходу за стариками – и понятно, что вопрос о скончавшемся пациенте встал уже очень скоро. Прежде я никогда не задумывалась, входит ли в мои обязанности констатация смерти, пока этот шанс не представился сам (за слово «шанс» придется меня простить: для любого врача возможность чему-либо научиться рождается порой из самых

безрадостных обстоятельств). В каком-то оцепенении я подошла к старшему ординатору и сказала, что понятия не имею, как и что должна делать. Он подвел меня к постели пациента, и мы вместе провели всю процедуру шаг за шагом. И уже следующий такой осмотр я проводила сама. Вошла в палату одна, закрыла за собой дверь. Натянула перчатки, что показалось мне странным, ведь я не стала бы надевать их еще вчера, когда пациентка была жива, но теперь я общалась с мертвыми – и действовала уже по-другому.

Я подошла к постели – и, помню, особенно поразилась тому, что покойница была еще совсем теплой. Я приложила к ее груди стетоскоп и услышала пустые шумы, блуждающие по грудной клетке только что умершего, – те самые шумы, которые заставляют медика-новичка сомневаться: а что, если смерть не наступила; что, если я объявлю эту женщину мертвой, а потом придут ее близкие, и она зашевелится? Те самые шумы, которые заставляют вас пожалеть о том, что вы не стали ждать, пока труп охладает окончательно.

Процедура констатации смерти включает осмотр зрачков, проверку болевой реакции, а также подтверждение того, что пациент не пытается дышать, его пульс не прощупывается, а биения сердца не прослушиваются. Последние три пункта требуют времени, поэтому положенные несколько минут я стояла, прижимая стетоскоп к ее груди и пальцы к сонной артерии там, где у живых обнаруживается пульс. И просто смотрела на нее. Но чем дольше смотрела, тем отчетливее мне казалось, что она хочет открыть глаза. Я представляла, как эти глаза распахиваются, как эти пальцы, подобравшись к моей руке у нее на шее, хватают меня за запястье и сдавливают его с такой силой, какой у нее при жизни быть не могло. Я позволила воображению дорисовать эту картину до полного кошмара – и, не в силах его отогнать, выскочила из палаты с бешено стучащим сердцем.

Вспоминая тот первый опыт констатации смерти, я до сих пор удивляюсь своей реакции.

Этот случай напоминает мне о первом доме моего детства. Дом был построен в начале семидесятых, и внутри у него была лестница на второй этаж, а между первыми семью-восемью ступеньками зияли черные пустоты. В своих детских фантазиях я убеждала себя, что из этих пустот сейчас протянется чья-то рука и схватит меня за лодыжку.

Даже зная, что это неправда, я позволяла себе в нее верить – и всякий раз мчалась по лестнице как ошпаренная. Возможно, большинство наших страхов мы и правда создаем себе сами.

Вспоминая тот первый опыт констатации смерти, я до сих пор удивляюсь своей реакции. Почему же я так испугалась, хотя прежде при виде мертвецов ничего подобного не испытывала? Может, потому, что *этот* мертвец уже не был трупом родного человека, которого я любила. А может, и потому, что теперь я сама должна была объявить, что он мертв (или все-таки нет?).

Не помню, чтобы еще хоть раз после этого мне довелось пережить такой неподдельный ужас. Хотя многие аспекты моей работы действительно требуют храбрости. А как я могу считать себя смелой, если не готова признать, что у меня до сих пор трясутся поджилки?

Однажды ближе к вечеру я, еще совсем желторотая первогодка, ожидала в приемном покое пациента – мужчину средних лет с инфарктом миокарда. О его поступлении нас известили заранее, потому что именно в тот день сердечные приступы случались в режиме городских автобусов: несколько часов кряду ни одного, а к началу вечерней смены – по два сразу. Мы разделились на бригады, и работа закипела.

Закатили Мартина – бледный, весь в поту. Типично для кардиогенного шока. Вот что бывает, когда сердце вдруг не справляется с работой, которая обычно разделяется на два этапа: получить кровь со сниженным содержанием кислорода в свою правую часть, откуда послать ее в легкие, насытить там кислородом, а затем принять обратно уже в левую часть – и снова разогнать по всему телу. Сам термин «шок» в медицине может означать сразу несколько видов внезапных инсультов, каждый из которых лишает тело способности снабжать свои ткани и органы нормально циркулирующей кровью. В случае с Мартином всему виной был инфаркт миокарда, или просто сердечный приступ, и прекращение кровяного потока через коронарные артерии означало, что его сердечная мышца умирает с каждым мгновением. «Время – миокард», любят выражаться кардиологи. И когда прикатали Мартина, нельзя было терять ни секунды.

С первого взгляда я поняла, что он завис между сознанием и обмороком. Хрипы из его горла свидетельствовали о том, что дыхательные пути частично заблокированы, а сам он страдал ожирением с индексом массы тела никак не меньше пятидесяти. Таким пациентам даже в лучшие дни противопоказано лежать без движения навзничь, а ему явно было не обойтись без наркоза и трахеотомической трубки, через которую он бы наконец задышал. А значит, это будет мой первый опыт интубации в неотложке, подумала я, глядя на него, и глубоко вздохнула. Что ни говори, а «среднестатистические пациенты весом около семидесяти килограммов», о которых пишут в справочниках, почему-то попадались мне крайне редко.

У тележки Мартина изнывал старший кардиолог – ему так не терпелось отправить пациента дальше, в рентгенооперационную, что он уже отослал туда остальных членов команды.

– Нужно торопиться! – сказал он мне. – Или тебе нравится, как он дышит?

Мне, разумеется, вовсе не нравилось, как Мартин дышит. Бедняга был слишком плох и явно не смог бы дышать самостоятельно, лежа навзничь на столе в рентгенооперационной. Я приготовила к интубации препараты, ларингоскоп, трубку. Прокрутила в голове план действий: А – В – С. Рядом готовился к приему следующего пациента мой коллега постарше, а еще через койку находился консультант догоспитальной реанимации. Отметив это, я лишний раз успокоила себя, что получу помощь, если вдруг попаду впросак.

Я взглянула на пациента перед собой. Он лежал на тележке – огромный, липкий, храпящий. Этот жуткий храп и был его дыханием. Я смотрела на шприц с парализующим веществом в своей руке и думала, как я это сейчас прекращу. Через сорок пять секунд после укола пациент перестанет дышать, и его жизнь еще на несколько мгновений зависнет в зыбком балансе между этим миром – и тем, от которого, надеюсь, мне удастся его уберечь.

Пройодимость дыхательных путей, искусственное дыхание, массаж грудной клетки. В нашей повседневной рутине мы часто вызываем из памяти шпаргалки для экстренных ситуаций. Вот и для этого случая план действий известен заранее: А (airway) – обеспечить пациенту доступ воздуха, В (breathing) – заставить его дышать и С (circulation) –

восстановить кровообращение. На практических занятиях в колледже нас тренировали, чтобы мы выполняли это не задумываясь, как «а-бэ-цэ», но если я сейчас не справлюсь с А и В, Мартин через несколько минут умрет. И даже если я проведу безупречно А и В, но ошибусь с расчетом действия препарата, восстановить кровообращение уже не удастся.

Если бы в тот момент ко мне подошли и спросили: «Боишься?» – я сказала бы «нет», ведь в профессиональном плане для такой ситуации я компетентна. Это – моя работа. Я ответила бы, что знаю, как действовать, и хотя имею некоторые опасения, страха не испытываю. Ведь если ты склонил голову перед страхом – значит, перестал контролировать ситуацию. Какой же от этого толк?

Но я боялась.

Заканчивая последние приготовления, я настроила тележку Мартина так, чтобы его голова не слишком запрокидывалась, и, подняв глаза, встретила взглядом со старшим реаниматологом, которого не видела уже как минимум пару лет. Он не забыл мое имя. «Ну, как дела?» – спросил он. И хотя тогда мне показалось неуместным вступать с ним в дружескую болтовню, теперь я знаю, что заговорил он со мной не для этого. Я пересказала ему свою идею насчет дыхательных путей Мартина – план действий плюс возможные способы подстраховки, – и он спросил, хочу ли я, чтобы он дальше занимался своими делами, или все-таки лучше ему постоять тихонько в уголке за моей спиной. Я предпочла второе. Мы задернули шторы вокруг тележки, и я отправила Мартина в глубокий сон. Секунды, пока его легкие не парализовало, казались часами. Вцепившись мертвой хваткой Мартину в челюсть, я оттягивала ее пальцами вниз, открывая доступ воздуха к легким, а другой рукой прижимала кислородную маску к его лицу. Мы ждали, и только взгляд мой метался от его постепенно замирающей груди к монитору рядом со мной и обратно – все сорок пять секунд, пока его дыхание не остановилось. Перед началом интубации я всегда говорю медсестре или коллеге из бригады: «Если насыщение кислородом упадет ниже девяноста процентов, сразу говори! А если не отвечу – значит, не услышала, повтори еще раз».

Мы, врачи, постоянно зашифровываем свой страх, называя его опасением, обеспокоенностью, осознанием серьезности ситуации,

возбуждением, неуверенностью. Любое из этих слов мы запросто допускаем в своем обиходе, но только не слово «страх».

Введя ларингоскоп в рот Мартину, я с силой надавила ему на грудь, чтобы переместить вес его тела к горлу. Вот они, голосовые связки – ворота в трахею, прямой выход к легким. Все просматривалось как на ладони. Протолкнув туда трубку, я закачала воздух в манжету и подключила пациента к портативному аппарату для искусственной вентиляции легких. Ну вот и все. Теперь Мартин готов для перевозки в рентгенооперационную, где ему разблокируют коронарную артерию.

В ходе всей процедуры мой знакомец-реаниматолог сделал только два комментария – и произнес их так тихо, чтобы услышала я одна: «Все идет как надо» и «Ты просто умница».

В ту минуту мне очень нужно было поверить в себя – и не поддаться ужасу, готовому охватить меня в любой момент. Сейчас, оглядываясь назад, я понимаю: реаниматолог, сказавший эти добрые слова, отлично знал, что именно в них я нуждалась больше всего. Думаю, мы, врачи, на работе постоянно зашифровываем свой страх, называя его как-нибудь по-другому: опасением, беспокойственностью, осознанием серьезности ситуации, возбуждением, неуверенностью. Любое из этих слов мы запросто допускаем в своем обиходе – но только не слово «страх». Мне часто приходится возвращать пациентов с того света, и в такие минуты единственным свидетельством моего страха выступают капельки пота, медленно стекающие у меня по спине. А иногда, уже сняв перчатки, я поражаюсь тому, как взмокли ладони. Порой мне и правда удается одурачить себя.

Трубку из Мартина я извлекла в ночную смену пару суток спустя. После этого он перенес еще несколько тяжелых дней, но в итоге выкарабкался и вернулся к своей обычной жизни – к жене и двум лабрадорам, которых пообещал отныне выгуливать каждый день. Когда приходит время извлекать из пациента трубку – сам он к этому уже не просто «готов». Проклятый пластик раздражает горло, глаза слезятся от постоянного дискомфорта, и бедняга не перестает сражаться с этой штукой у себя внутри, пока не получит очередную дозу снотворного. Я наклоняюсь к Мартину так, чтобы мое лицо оказалось перед его глазами, и говорю: «Не волнуйтесь, сейчас мы достанем из вас эту трубку». Его огромные глаза умоляют меня, и я ощущаю, как все неподъемное бремя его доверия взгромождается на мои плечи. Но я

воспринимаю это как привилегию. Я помню, как вытаскиваю из него трубку, слышу его хриплый голос, этот смачный западный акцент – и думаю, как же классно это звучит. Странное чувство – переживать с кем-нибудь вдвоем нечто очень важное, пусть и по-своему для каждого, но так и не завязывать никаких отношений. Да что говорить – я ведь и голоса Мартина до тех пор не слыхала ни разу.

Впрочем, пред ликом страха я робела и посильнее. Как писал Джордж Элиот, «мы автоматически произносим слова, но не постигаем их смысла: за познание приходится платить собственной кровью и тончайшими фибрами нервов»^[1]. С первого дня моей работы я знала о принципе «не проводить сердечно-легочную реанимацию» (НПСЛР)^[2]. Знала, откуда он появился, что означает и когда его следует применять. Но, уже с тремя годами врачебной практики за плечами, я вдруг зависла над пациентом, разрываясь между ним и принципом НПСЛР, и страх заставил меня усомниться во всем, что я когда-либо знала.

В четыре утра я направилась в онкологию для осмотра пациентки за пятьдесят. Сестра-сиделка, обеспокоенная ее учатившимися дыханием и пульсом, прислала мне вызов и сделала ЭКГ. Я в ту минуту дежурила через несколько палат от них – писала отчеты и разрабатывала экстренные меры для каждого пациента. Как обычно на вызовах, подавляющее большинство таких пациентов не входили в мой дневной график, и я их вообще не знала.

Зайдя в онкологию, я увидела женщину, сидевшую на краю постели. Она тяжело дышала и по возрасту годилась в подруги моей матери. Прикроватный монитор показывал чуть более тридцати вдохов в минуту. Насыщение кислородом упало ниже девяноста процентов, и я до сих пор поражаюсь внешнему спокойствию и собранности той, кто так явно цеплялась за жизнь. Сестра вышла за очередной кислородной маской, и я спросила женщину, не больно ли ей.

Она покачала головой и ответила: «Нет, не больно». Так неспешно, словно я поинтересовалась, добавлять ли ей сахар в чай.

– Вы уверены? – уточнила я. – Никаких болей в груди?

– Нет, – сказала она. – Только что вернулась из туалета, и вдруг перехватило дыхание.

– А дышать спокойнее не получается?

– Боюсь, что нет.

Когда вернулась сестра с кислородной маской, я уже прикладывала к спине пациентки стетоскоп и слушала ее дыхание: что вдох, что выдох звучали без помех. Слишком чисто – подозрительно.

– Я сейчас, – сказала я и вышла взглянуть на результаты ЭКГ, поступавшие на сестринский пост снаружи. Нагрузка на сердце пациентки оказалась очевидной, что лишь подтвердило мои подозрения: у этой женщины была тромбоэмболия легочной артерии^[3]. Прежде мне еще не доводилось видеть нелеченную тромбоэмболию и ставить подобный диагноз. И тем не менее я была уверена в своих выводах. Я раскрыла дневник наблюдений – и на первой же странице увидела эту аббревиатуру: «НПСЛР». Решение не проводить сердечно-легочную реанимацию было принято коллегиально и подписано два дня назад после обсуждения с пациенткой, у которой обнаружили метастатический рак. И лишь в эту секунду я наконец-то вспомнила, что нахожусь в онкологическом отделении.

Итак, у меня на руках была женщина, страдавшая, по моему убеждению, легочной эмболией; ее сердце грозило вот-вот остановиться, а наличие документа об отказе ясно свидетельствовало о том, что мы не станем помогать ей после того, как это случится. Посоветоваться было не с кем, но я знала, что ей уже не станут проводить тромболизис, чтобы рассосать тромб, поскольку риск того, что опухоль за-кровоочит, был просто астрономическим. И все-таки я не знала, могу ли решиться на такое самостоятельно, – одна среди ночи, совсем еще молодая доктор, ради пациентки, которую видела впервые.

Я уже достала телефон, чтобы вызвать старшего врача^[4], но тут мне позвонила сестра, оставшаяся у постели больной: «Доктор, вам лучше срочно вернуться!»

Больная лежала на койке навзничь – дыхание и пульс прослеживались, но сама она ни на что не реагировала. Секунды летели за секундами, а я стояла над ней беспомощная, словно была ей что-то должна, но не знала, что именно. Пять минут назад она своими ногами сходила в туалет и вернулась, а теперь умирала – так внезапно, что понять это успели только сестра-сиделка да я. Кому еще следует об этом сообщить? Сестра побежала звонить семье пациентки, но я знала, что к моменту прибытия родственников та, скорее всего, будет

уже мертва. Не в силах бросить эту женщину умирать в одиночестве, я отправилась за старшим врачом.

Читая эту историю, вы можете поставить время на паузу и поразмышлять, как стоило бы поступить дальше. Меня же в те минуты время теснило, точно армия атакующего врага: шаг, еще шаг – топот тяжелых сапог по земле, стволы винтовок, нацеленные штыки. Время дышало мне в затылок – так близко, что думать не получалось. Да и некогда было. Я попросила сестру объявить срочный сбор персонала.

Команда собралась мгновенно: старший врач, два младших реаниматолога и две ночные медсестры. Я наскоро описала им ситуацию, и старший врач пробормотал в ответ именно то, чего я и ожидала: «Она не для СЛР».

– Да, я знаю, – попыталась я защититься. – Но раз ее сердце пока еще бьется, я просто... Я просто – что? Просто не знаю, смогу ли стоять и смотреть, как наступает еще одна смерть? Или просто не чувствую себя здесь в своей тарелке? Просто подумала, что это ведь чья-то мать? А на самом-то деле – мне просто некогда было даже позвонить ему, и я не знала, что делать. Просто понимала, что времени не осталось вообще. И тряслась от страха.

Но не успела я объясниться, как одна из сестер перебила меня. «Вы поступили правильно», – сказала она. О, как же я была благодарна ей за эти слова! Уже через несколько секунд пульс пациентки пропал под моими пальцами окончательно, и она умерла. А я стояла в четыре утра в конце коридора четвертого этажа, в чужом отделении с пациенткой, которую я только что увидела, и мне так важно было знать, что я поступила правильно – и что я не одна.

Когда я впервые описала этот случай у себя в блоге, какой-то безымянный врач оставил внизу комментарий. *«Даже если ночная сестра сказала, что вы поступили правильно, – написал он, – это еще не оправдывает ваш поступок... Вы слишком зависимы эмоционально... Она просто отложила ваш приговор, чтобы вас не заклевали сразу».* Отчасти тот врач, конечно, был прав – я объявила срочный сбор ради пациента, который явно и неизбежно умирал. Вызвала их всех ради поддержки врачебной и эмоциональной, вызвала зря – и даже не думала за это извиняться. Да и сами эти слова – «вы все сделали правильно» – одобрение слишком субъективное. Разве стал бы на моем месте этот безымянный врач, столь убежденный в

моей неправоте, созывать по тревоге других врачей и просить у них помощи? Вряд ли, окажись он (или она) опытнее меня – и, пожалуй, увереннее в себе. Но было ли такое решение на тот момент правильным для меня? Для врача неопытного, который еще ни разу не диагностировал обширную легочную эмболию? Для врача испуганного, который впервые столкнулся с такими высокими ставками – и боялся, не упустил ли он даже ничтожного шанса помочь пациентке хоть чем-нибудь, а не стоять столбом, глядя, как она умирает? Да, для меня это было правильным; и да, я получила отличный урок на будущее.

Но было ли это правильным для моей пациентки? Я считаю, что нет. Для нее было бы лучше, если бы я спокойно села рядом, взяла ее за руку и оставалась с ней до последнего мига. Вот только рядом оказался совсем не врач; я не была врачом по состоянию духа, и как раз это я сама готова признать.

Для нее было бы лучше, если бы я спокойно села рядом, взяла ее за руку и оставалась с ней до последнего мига. Вот только рядом оказался совсем не врач...

Команда созванных по тревоге врачей рассосалась через минуту, и я осталась с ночной медсестрой ожидать членов семьи, которым нужно было сообщить, что случилось. Подобных ситуаций в моей практике хоть отбавляй, хотя некоторые отрывки из тех диалогов забыть невозможно. Из той же истории мне особенно запомнилось, как муж усопшей спросил, мучилась ли она перед смертью. И я ответила ему, что нет; что мне показалось, будто она выпала из реальности и оставила этот мир в мгновение ока.

Как я уже говорила, врачи пускаются во все тяжкие, чтобы заговорить свой страх какими-нибудь объяснениями. Чаще всего они это делают подсознательно, чтобы подавить страх в зародыше, чтобы тот не успел навредить ни врачу, ни его пациенту. Нельзя уподобляться кролику в свете автомобильных фар – это просто не поможет. Сама природа реанимации предполагает, что пациенты, как правило, охвачены страхом. В большинстве случаев их страх становится рутиной. Я ожидаю, что они будут бояться, и потому моя первая фраза в беседе с ними всегда звучит так: «Не волнуйтесь, все будет хорошо. Мы здесь, чтобы с вами ничего не случилось».

Этот вовсе не означает, что любые страхи моих пациентов для меня одинаковы. Называя их рутиной, я не даю им оценки, а лишь подчеркиваю, что это – *моя* рутина. В моей работе часто нет времени отслеживать корни страха вместе с пациентами. Им нужно, чтобы ты предоставил им что-нибудь немедленно, – неважно, испуганы они или нет. И ты невольно фокусируешься на утешении, на всех этих дежурных словах, которые приходят в голову, когда пытаешься оказать первую помощь: «Все будет хорошо, мы уже с вами». Хотя я не раз задумывалась, верно ли так говорить. Часто я не имею ни малейшего понятия, будет ли хорошо вообще. Часто этого не знает никто.

Но на практике – что еще ты можешь сказать? Как правило, я ввожу анестетики людям, которые уже *на краю*, когда они борются за каждый вздох, стараясь выжить. Для меня нет ничего необычного в ситуации, когда такой пациент, скорее всего, умрет. И все же пытаться чем-то ему помочь всегда правильнее, потому что всегда есть шанс, что это ему пригодится. Именно это он надеется получить от тебя, и это лучшая надежда из всех, что у него остались.

Сегодняшнее общество, мягко говоря, не жалуется врачей, которые осмеливаются считать, что патерналистскому лозунгу «Доктор знает лучше» не место в современной медицине. По большому счету, я полностью с ними согласна; хотя всегда есть предел тому, насколько честным ты можешь оставаться в секунднй беседе с пациентом, умирающим у тебя на глазах.

Не знаю, почему так случилось именно в той ситуации, но однажды я опробовала иной подход, не столь покровительственно-утешительный. Пациент пробил своим телом лобовое стекло в ДТП. Молодой, лет за двадцать, хорошо сложен, с татуировками на руках и цепью на шее. Он весь истекал кровью, и мне пришлось зажать рукой рану на его горле, из которой хлестало, как из фонтана. Понятно, что сжимала я очень крепко. Он пожаловался, что я делаю ему больно, и попросил меня «отвалить ко всем чертям». Я ответила ему, очень мирно, что руку убрать не могу, потому что изо всех сил сдерживаю его кровотечение.

– Я умру? – спросил он вдруг.

– Мы делаем абсолютно все возможное, чтобы помочь вам. Знаю, это нелегко, но мне нужно, чтобы вы постарались оставаться спокойным, и тогда мы сможем доставить вас в больницу.

– НО Я УМРУ?! – завопил он уже во весь голос. Ему нужна была однозначность – «да» или «нет», а я не могла выбрать ни то ни другое...

– Но я умру? – повторил он громче.

– Вы серьезно ранены в нескольких местах. Мы доставим вас в больницу и сделаем все, что в наших силах, чтобы этого не случилось.

– НО Я УМРУ?! – завопил он уже во весь голос. Ему нужна была однозначность – «да» или «нет», а я не могла выбрать ни то ни другое: любой из ответов мог оказаться ложью, и никаких гарантий у меня не было.

И тут к нам подскочил опытный врач-консультант^[5].

– Нет, вы не умрете!! – проорал он в ответ и пригвоздил меня взглядом, в котором явно читалось: «Да что с тобой?» Пациент немедленно успокоился, и мы вернулись к оказанию помощи, в которой он так нуждался, с ясным пониманием того, что на самом-то деле – да, он может и умереть.

В ситуациях, когда далеко не все под нашим контролем, именно слова утешения – зачастую лучшее, что нам приходится говорить, и я очень надеюсь, что те, кто захочет строго меня за это судить, не окажутся на месте истекающих кровью и борющихся за каждый вздох на тележке скорой помощи.

Реальность же такова, что некоторые пациенты смотрят на тебя расширенными от ужаса зрачками и очень хотят от тебя услышать, что все будет хорошо. И в конце концов, либо ты прав и с ними все и правда будет хорошо, либо тебе придется жить с выбором того, что ты сказал им в глаза неправду:

– Не волнуйтесь, все будет хорошо. Мы все здесь для того, чтобы с вами ничего не случилось.

Я дежурила в анестезиологии, когда мне пришлось вводить анестетик Питеру, пациенту под семьдесят, для подготовки его к дальнейшей операции. Питер поступил к нам с огромным абсцессом, который требовал вскрытия и дренажа.

Операция была, по большому счету, внеплановой, но, в отличие от моей нынешней работы, не предполагала риска для жизни и не требовала общей анестезии. Питер явно нервничал, поэтому я ободряюще улыбнулась и постаралась, чтобы мой взгляд излучал как

можно больше доброты. Затем мягко прижала маску к его лицу и попросила его расслабиться и дышать, как обычно, пока врач-консультант подбирал препараты и, склонившись к Питеру, проверял, работает ли катетер на тыльной стороне его руки. Я же нависала над его затылком и гадала, каким ему кажется выражение моего лица в перевернутом виде.

Весь как на иголках, Питер повторял мне, что хочет лишь одного – чтобы все это закончилось поскорее. Не волнуйтесь, отвечала я, все произойдет так быстро, что вы и сами не заметите. Страх у пациентов в больнице проявляется очень по-разному.

Один сжимается от ужаса при виде иглы, а другой, завидев ее, и глазом не моргнет; подавляющее же большинство реагирует в диапазоне между этими крайностями. Но если не считать вопящих от страха детей, пожалуй, я не встречала у себя в анестезиологии пациента нервнее Питера. Но если ты врач, ты приучаешься ожидать любой реакции из этого диапазона, и если страха в ней слишком много, он становится проблемой, которую тебе придется решать отдельно. – А страшно – это нормально? – спросил Питер.

Я ответила: да, конечно. И напомнила ему, что хирургическая операция не случается с нами каждый день и было бы странно не испытывать страха.

Если честно, я не осуждаю его страх. Потеря контроля над собственной жизнью, пусть даже всего на час, – перспектива, которая напугает любого. Лично я лежала под общей анестезией только однажды, когда мне удалили все четыре зуба мудрости сразу, а я при этом уже поступила в колледж. Но в те минуты, пока я ждала в операционной, меня мучил вопрос: а что бы чувствовала я сама, если бы оказалась в списке приговоренных к смертной казни за минуту до летальной инъекции? И каково это – при всем навалившемся раскаянии даже не контролировать сам факт надвигающейся смерти? Я погрузилась в это видение так глубоко, что пробудил меня мой же панический крик: «Нет! Я передумала! Я больше так не хочу!»

Когда Питер продышал уже три минуты под маской, которую я прижимала к его носу и рту, мы продолжили индукцию. Консультант подобрал подходящие иглы и приготовился вводить анестетик.

Первая доза. Вторая. Смотрим на пациента. Смотрим в монитор.

– Кажется, что-то не так... – пробормотал Питер, проваливаясь туда, куда мы его погружали. – Не волнуйтесь, – ответила я спокойно. – Все будет...

Но не успела я договорить, как он отключился. Я коснулась указательным пальцем его сомкнутых век и убедилась, что те уже ни на что не реагируют.

Третья доза. Взгляд на пациента. Взгляд в монитор.

Вводим жидкость через канюлю. Все хорошо. Ждем. Я гляжу на врача-консультанта, он кивком просит меня сдвинуть ларингоскоп повыше – и я, разглядев проход, без усилия ввожу туда трубку. Перевожу взгляд на монитор – и, вынув ларингоскоп, кладу его Питеру в изголовье. За те секунды, пока мой взгляд метнулся вновь к монитору, сердце Питера без каких-либо церемоний или предупреждений остановилось.

Мы тут же начали СЛР. Пробовали все, что могли, стараясь вернуть уходящую жизнь обратно. Наша команда экстренной помощи росла и росла, и мы предприняли все шаги, чтобы достичь цели, но четыре часа спустя Питер оставался все так же мертв.

Тот день оставил у меня много воспоминаний. Я помню, как была благодарна за то, что всю преднаркозную подготовку мы выполнили безупречно и нам не пришлось срезать на ходу никаких углов. Помню, как застыл в оцепенении консультант, когда все было кончено. И хотя в случившемся было абсолютно некого винить, он выглядел таким опустошенным, что одна из его коллег предложила подменить его до конца смены, чтобы он пошел домой и отдохнул. Помню, в ту ночь, пытаясь заснуть, я представляла себе, что Питер хотел бы съесть, завершившись его операция успешно, и какие планы строил на лето. И даже о том, кому из его близких будет не хватать его больше всего.

А еще помню, я сомневалась, хватит ли у меня сил и дальше влачить это бремя – обещать пациентам, что с ними все будет хорошо, если опасность их смерти, пусть даже незначительная, все-таки остается. Я спрашивала себя: а может, это вообще не твоя работа – рассеивать у пациентов страх и тебе вовсе незачем взваливать на себя такую ответственность? Ведь часто они дьявольски перепуганы, потому что и правда могут умереть, а если ты обещаешь им, что все будет хорошо, словно знаешь это наверняка, – по сути, ты просто лжешь.

Но на следующий день ты опять идешь на работу и заглядываешь в очередные перепуганные глаза. Страх пациента взрывается подобно бомбе, как только ты разделяешь этот страх с ним; так не лучше ли взять человека за руку и сказать, что все будет в порядке?

Всего через год после колледжа меня вызвали в нейрохирургию обследовать женщину. Мы с Ларой оказались почти ровесницами, и она принадлежала к той категории пациентов, которых врачи долго считают «крепкими и здоровыми», пока те прямо на работе не начинают валиться с приступами, снова и снова.

Работала она в бухгалтерии – выписывала людям зарплаты, но мне рассказывала, что по вечерам еще учится на адвоката. Я наблюдала за Ларой почти две недели, пока она дожидалась всевозможных обследований, биопсии головного мозга и постановки диагноза. Обычно я была рада навестить Лару, но только не в этот день, потому что к ней должны были прийти онкологи, и я знала, что ее опухоль – худший вариант новообразования головного мозга. То есть еще с утра я вовсе не планировала ее избегать, но накануне Лара спросила, все ли у меня в порядке, и обронила, что я веду себя с ней не так, как всегда. Я же в ответ сослалась на усталость и сменила тему беседы, а теперь решила не пересекаться с ней до тех пор, пока группа специалистов не объявит ее диагноз официально.

Я заглянула в ее палату ближе к вечеру. Она сидела на краю постели, спустив ноги на пол. Подняв голову, она поймала мой взгляд и спросила: – Полагаю, вы уже знаете?

– Да, – ответила я. – Мне очень жаль.

Затворив дверь, я присела рядом на край постели, и мы обе усталились в пространство перед собой. Я нечасто сижу с пациентами вот так, точно в парке на лавочке со старым другом. Разница лишь в том, что разглядывали мы с ней не мир, проплывающий мимо нас, а умывальник на стенке напротив. Да еще в том, что я была в изящной рабочей одежде, а Лара – в больничной пижаме.

– Но все же будет хорошо, правда? Это ведь не сократит мою жизнь?

Ее вопрос застал меня врасплох. Удивительно не то, что она об этом спрашивала, а то, что спросила именно меня. Она выглядела

испуганнее, чем когда-либо прежде, словно хотела задать вопрос, но пока не решила, хочет ли слышать ответ.

Я прокрутила в голове отчеты о подобных случаях за последние пять лет, отмечавшие, что из таких, как она, выживает всего шесть процентов. Откуда же после всего, что она теперь знала о своей опухоли, ей могло прийти в голову, что это «не сократит ее жизнь»? Почему она не задала этот вопрос команде онкологов? Но что-то заставило ее задать этот вопрос именно мне, и теперь мы сидели рядом, разделив ее страх на двоих.

Этот страх превратился в панику, и я промолчала. Все-таки я не эксперт, да и насколько близко я вообще знаю Лару? Достаточно ли, чтобы понять, нужна ли ей вся правда – или хватит одной из версий? Достаточно ли, чтобы знать, какой из вариантов ей подошел бы лучше всего?

Должно быть, она уловила что-то в моем выражении лица, поскольку повторила вопрос и добавила:

– Если я ошибаюсь – лучше узнать об этом сейчас, пока я еще такая, как есть.

Я глубоко вздохнула. И объяснила, что я не онколог, но знаю, что ее опухоль – высокой степени злокачественности и ничего «хорошего» в этом нет. Я добавила, что в ее персональном случае есть свои плюсы: она молода, не болеет ничем хроническим, уже произвели резекцию ее опухоли, и теперь есть четкий план дальнейшего лечения. Я внимательно наблюдала за ее лицом, но Лара не прерывала меня, и я продолжала: к тому же есть много такого, о чем я не знаю. Я не знаю, насколько успешно у ее опухоли удалили края, не могу сказать, будет ли та расти дальше, и понятия не имею, как организм Лары будет реагировать на терапию.

– Но в конечном счете – да, опасность того, что это сократит твою жизнь, довольно большая.

Никогда еще слово «да» не казалось мне таким неестественным.

Несколько секунд пронеслось в тишине. Мой взгляд успел сползти к белым плиткам пола и вернуться к умывальнику на стене, когда Лара наконец отозвалась:

– Спасибо, что сказали.

Я повернулась к ней, и по ее губам пробежала слабая улыбка – эмоция, которую можно расценить лишь как «ожидаемое

разочарование». Она не собиралась сдаваться, скорее допускала, что, задав вопрос, совершила серьезную попытку совладать с тем, что ей нужно знать о себе. Ничего больше я не добавила, но мы посидели еще немного и поговорили о том, как ей тяжело оттого, что пришлось доставить столько горя и страдания своим близким. Я напомнила, что она не заставит своих близких перестать ее любить, что это – их прерогатива, и не ей тут что-либо решать. И что прошло еще совсем мало времени, но чуть позже она сможет освободиться от тяжелого груза вины за их страдания.

Была ли я при этом честна? Солгать не солгала, но и точек над «и» не расставила, хотя могла бы. Ведь я даже не включила ее в список больных с пятилетним шансом на выживание, который она могла бы найти в интернете.

Я хотела рассказать Ларе всю правду, но едва раскрывала рот, как самые правильные слова начинали съезживаться от чудовищности ее вопроса и ужаса перед тем, что однажды сказанное забыть уже невозможно.

Лара умерла два года спустя. После нашего разговора у нее наверняка состоялось множество куда более откровенных бесед и экспертных обсуждений с онкологами и командой паллиативной помощи. Возможно, со временем она вообще забыла о тех минутах со мной в палате, но я часто вспоминаю тот диалог и гадаю: кто же из нас боялся больше, она или я?

И я, врач, в такие минуты тоже не вполне принадлежу себе, становясь тем, кого и сама не узнала бы, проходя мимо. Призраком всех несбыточных надежд моего пациента.

Мне кажется, пациенты, внезапно узнавшие правду об их болезни, иногда не ощущают себя собой. Мир вокруг становится для них неузнаваемым, и в эти минуты они так взволнованны и открыты, что доверяют себя незнакомцам – тем, кому еще вчера не сказали бы даже «привет» при встрече на улице. И я, врач, в такие минуты тоже не вполне принадлежу себе, становясь тем, кого и сама не узнала бы, проходя мимо. Призраком всех несбыточных надежд моего пациента.

Однажды я обследовала мужчину, который раньше уже проходил у меня курс терапии и благополучно закончил его. Но недавно попал в ДТП – сломал несколько ребер, руку, пару костей таза и ключицу, а

также получил серьезную контузию легких, из-за чего ему произвели трахеотомию с долгосрочной легочной вентиляцией. К моменту нашей встречи из него уже вынули трубку, и он мог свободно передвигаться по отделению. Я же проходила мимо и решила его проведать. Мы болтали о том, как прекрасно снова оказаться в комнате с окном и солнечным светом, как вдруг он резко оборвал беседу и спросил:

— Так вы такая маленькая, да?

— О чем вы? — не поняла я.

— Я и не замечал, какая вы крошечная, дорогая.

Его состояние больше не было критическим, и он уже не зависел так сильно от меня. Я оставалась тем же врачом, что и прежде, просто самая страшная часть его путешествия со мной осталась позади, и теперь он, возможно, даже физически ощущал себя выше; мой же рост — метр пятьдесят девять — так и не изменился. Мне приходилось отвлекать испуганных детей плюшевыми мишками и мультиками с «Юту-ба», чтобы кто-нибудь смог ввести им в руку иглу. Я провожала пациентку, страдавшую клаустрофобией, во чрево магнитно-резонансного томографа, где ей сканировали позвоночник, и массировала ее ступни, чтобы помочь ей перенести эту страшную процедуру, необходимую для подавления раковых клеток, расплотившихся в ее позвонках. Я обещала местную анестезию пациенту, который панически боялся уколов.

Иногда, впрочем, пациенты вручают тебе свои страхи, и ты ничего не можешь с этим поделать. Это не поддается контролю. Здесь нет вопросов, требующих ответа. Нет обязательных процедур. Лишь неизбежная схватка со всем, что вцепляется в тебя намертво.

«Просто ужас, как быстро все изменилось!» Это были слова девяностотрехлетнего Майкла. Макулярная дегенерация оставила ему способность различать только тени и очертания, но Майкл продолжал жить независимой жизнью и отличался острым умом. К сожалению, недавно он вдруг упал у себя дома. И в один миг шестеренки заклинило; его привезли в больницу, и мы ясно дали ему понять, насколько он стар. На больницу часто жалуются, что здесь не место для стариков: она слишком неласкова с теми, кто еще сражается, чтобы оставаться в форме.

Команда физиотерапевтов пришла его осмотреть, но, поднимаясь с койки, Майкл почувствовал боль в суставах. Пока он оправлялся от

падения, его кости привыкли к постельному режиму, и нам пришлось наложить ему обезболивающий пластырь. Он сидел на постели в самом конце шестиместной палаты. Его бедные глаза не различали букв, и он не мог читать, а пациент на соседней койке был не в состоянии общаться. Другие врачи, медсестры и я делали все, чтобы вернуть ему интерес к жизни. Мы болтали о последних новостях, и я вдруг поймала себя на том, что названиваю по каким-то глухим номерам телефонов, пытаюсь раздобыть для него аудиокниги – что угодно, лишь бы остановить его угасающий разум. Я стала защищать Майкла перед другими специалистами. У некоторых из коллег округлялись глаза, когда я вскользь упоминала его возраст, и от этого мои баррикады только росли, как крепостные стены. Мне хотелось заорать: «Не смейте списывать моего пациента!!!» Я хотела спросить, да известно ли им, что Майкл всю жизнь управлял своей фермой. Я хотела рассказать им, что он всегда хотел стать художником и что учитель в школе наказывал его за то, что он пишет левой рукой. А однажды он доверительным шепотом сообщил мне, за кого собирается голосовать на ближайших выборах.

«Просто ужас, как быстро все изменилось!» Его слова врезались мне в подкорку: он сложил свой страх к моим ногам, и как же мне было теперь за него не биться? Но в подсознании предательски вертелся стишок: «И вся королевская конница, и вся королевская рать не могут бедного Майкла собрать...»

Майкл больше не вернулся в собственный дом – он оставался с нами еще несколько недель и частично восстановил способность двигаться самостоятельно, а затем его перевели в дом престарелых. Он стал гораздо спокойнее, радовался, покидая госпиталь, и был просто счастлив от мысли, что в доме престарелых у него будет свой маленький сад. За несколько дней до выписки мы с коллегой вывезли Майкла в коляске на прогулку. День для всех нас выдался спокойным, светило солнце, а старые районные больницы особенно славятся тем, что вокруг них – прекрасные места для прогулок. Майкл попросил нас описать, как выглядят цветы. Его приехал навестить сын, и мы все вчетвером сидели в саду, жмурясь под ласковым солнцем.

Помолчав немного, Майкл повернулся ко мне и спросил:

– Вы не могли бы объяснить моему сыну то, о чем мы говорили на днях, – помните, о сердечной реанимации?

Пару дней назад мы и правда беседовали – я в кресле, он на кровати – и я спросила, задумывался ли он когда-нибудь, как хочет окончить свою жизнь? Чего бы он пожелал в момент остановки его сердца? Прийти в тот день к Майклу потребовало от меня большой смелости. Его страхи еще звенели у меня в ушах, но все же я хотела поговорить о чем-то, что напомнило бы ему о неизбежности смерти. Мы обсудили сердечно-легочную реанимацию и ограниченные возможности этой процедуры. Когда же тема иссякла, он вдруг задумался и спросил: считаю ли я, что Господь не одобрит его, прими он смерть просто так? Я ответила, что не разбираюсь в божественном, но думаю, Господь не возражал бы.

И теперь, в саду, мне пришлось объяснить сыну Майкла, что же заставило его отца отказаться от СЛР перед смертью. А затем мы вернулись к болтовне о погоде и о том, как же приятно подставлять лицо солнечным лучам.

Размышляя об обликах страха, с которыми мне приходится бороться, я замечая, что именно долговременные страхи, не сопряженные с мгновенным риском для жизни, в итоге оказываются самыми мучительными. Страх Майкла потерять дееспособность, да еще в таком преклонном возрасте, разбивал ему сердце, и его стремление переосмыслить этот страх было почти безудержным. Я думаю, существует такой рефлекс, как желание возратить человеку его собственные страхи, преобразовав их во что-то иное. Я могла бы улыбнуться и ответить ему: «Не волнуйтесь, вы скоро встанете на ноги, оглянуться не успеете»; но такой обман оправдан только при непосредственном риске для жизни. В остальных случаях ты пытаешься помочь пациенту взглянуть в глаза своему страху, даже если рискуешь испытать эту боль и сам.

С Глорией я повстречалась меньше чем через месяц после того, как получила диплом врача. Ей было девяносто лет, и она провела в больнице много недель, причем последний месяц – уже в отделении для престарелых. Совсем слабая, обездвиженная пневмонией. Даже с двумя слуховыми аппаратами бедняжка слышала очень плохо, и, общаясь с ней, нужно было кричать, чтобы она поняла. Если же у собеседника был акцент, как у меня, – кричать приходилось еще и медленно.

Как нам обращаться с Глорией, мы поняли, когда стало очевидно, что она доживает последние дни. Помню, однажды утром я стояла у ее кровати, а она вдруг схватила меня за руку и сказала: «Прошу, не дайте мне умереть».

Что мне было делать? Не могла же я сказать ей: «Ну конечно, ты умираешь, Глория, тебе девяносто лет, ты угасаешь вот уж несколько недель, и я сейчас не в силах этого изменить...»

Помню, однажды утром я стояла у ее кровати, а она вдруг схватила меня за руку и сказала: «Прошу, не дайте мне умереть».

Я пыталась ей объяснить, утешить ее, но она не могла расслышать меня сквозь пелену своих мучений, да и слова мои были не из тех, что звучат убедительнее, если выкрикивать их кому-то в лицо. Как врач-новичок я не ожидала, что старики могут так сильно бояться смерти. Наверное, если бы они не боялись, было бы легче. Во всяком случае, мне совершенно точно.

Я могла выписать Глории правильные лекарства, чтобы смерть ее наступила как можно комфортнее и безболезненнее, но надежды на то, что это ее успокоит, не было, и меня сковала беспомощность, какой я и сама от себя не ожидала. Я отыскала старшего врача, рассказала ему, что случилось, но он лишь отмахнулся: как пить дать, растерялся и сам.

Я же отмахнуться не смогла — и позвонила дежурному консультанту. Сказала, что, на мой взгляд, Глории нужна эмоциональная поддержка и, возможно, следует пригласить ее родных, которые знают, что творится в ее голове. Но правильно ли будет переложить этот груз на *их* плечи? Не хочу быть к ним жестока, добавила я, но она только что умоляла меня не позволить ей умереть, и я не знаю, что делать. Это был первый консультант, с которым я работала, и хотя я ценила его за многое другое, теперь, оглядываясь назад, я особенно ценю его за ту уверенность, которую он давал мне, — уверенность в том, что кто-то принимает мои тревоги врача-первогодки всерьез. Даже не представляю, что я натворила бы в тот день, не удели он мне толику своего времени.

По предложению консультанта мы позвонили членам семьи Глории и пригласили их на беседу сегодня же после обеда. Я уточнила, в курсе ли они того, что она чувствует. Оказалось, они уже

подозревали о том, что ей страшно. Это уже приходило им в голову, и они решили: если что-то и сможет принести ей покой, так это присутствие священника. Очень простой и очевидный ответ. И почему мне самой не пришло это в голову? Ее страх поразил меня, и я запаниковала, потому что не нашла чисто медицинских решений.

Капелланов от нашей больницы пришло даже два, и каждый провел с Глорией по несколько часов. Проходя мимо ее палаты, я каждый раз заглядывала в окошко и видела, как священник сидит рядом с ней на краю постели, сложив руки на коленях, в своей обычной утешительной позе. Скончалась Глория утром, раньше, чем кто-либо ожидал. Но я верю, что капелланы дали ей то, в чем она нуждалась, но чего не смогла ей дать я, – и что она не умерла напуганной.

Мне нравится думать, что страхи Глории трансформировались в нечто иное. Это может случиться с каждым, если повезет. Твой страх смерти становится импульсом для обретения покоя. Твой страх потерять отвоеванную с таким трудом независимость толкает тебя к тому, чтобы ты снова поднялся на ноги. Твой страх принести горе своей семье дает тебе силы на пути к неизбежной правде о том, что да, им будет больно об этом услышать.

Ну а страх зависнуть в замешательстве над пациентом, когда его жизнь в твоих руках, просто пинает тебя под зад, чтобы ты работал на таком высоком уровне, откуда всегда можно оглянуться и сказать, что ты сделал все, что смог.

Скорбь

Идеальные устройства – врачи, привидения и воронье. Мы умеем то, чего не могут другие: кормиться печалью, распечатывать чужие секреты и устраивать театрализованные сражения с языком и Господом Богом.

Макс Портер. Горе – пернатая тварь

Не берусь сосчитать, сколько раз я стояла в кругу скорби той или иной семьи или хотя бы некоторых ее членов. И понимала: все, что я сейчас вижу, – только верхушка их семейного айсберга. Мой персонаж лишь ненадолго появляется в первом акте, но это их драма.

На лекциях в колледже нам рассказывали о скорби. О том, что горевать в большинстве случаев нормально, хотя могут быть патологии. И что именно ты отвечаешь за то, чтобы подать плохую новость в хорошем ключе. Из тех занятий, насколько я помню, мне мало что по-настоящему пригодились в реальных ситуациях, но каким-то вещам неизбежно приходится учиться в процессе работы на собственной шкуре.

И теперь, через семь лет после выпуска, всякий раз, когда мне приходится сообщать людям трагическую новость, я пользуюсь тремя правилами, которые выработала для себя:

1. Слушать.
2. Всегда произносить слова «мертвый», «смерть» и «умирать», если ты действительно это имеешь в виду.
3. Никогда и ни за что никому ничего не обещаю, если это обещание – не твое.

Возможно, кому-то покажется, что не очень-то многому эта семилетняя практика меня научила. Но правда в том, что параллельно трем этим правилам я и так выполняю все, что могу. Когда ты, врач,

заходишь в палату, откуда тебе знать, что творится в головах у родни, собравшейся вокруг твоего пациента? Конечно, для всех будет лучше, если ты постарайся преподнести им страшную новость как можно достойнее; приручить зверя скорби – дело благородное, но самонадеянно забывать о том, что горе непредсказуемо. Оно слишком многолико.

Иногда оно просто материализуется перед нами: выходит, выбегает, неистово вырывается или торжественно марширует.

Как-то утром я оказалась одним из трех человек, собравшихся в комнате со стенами цвета магнолии, зелеными пластиковыми креслами, цветочными акварелями в рамках и пачкой салфеток на столике перед нами. Я поздоровалась, представила сидевшую рядом медсестру, объяснила, к чему сводится моя роль как реаниматолога. Спросила у дочери пациентки, понимает ли она, что происходило с ее матерью до сих пор. И выслушав ее ответ, заполнила кое-какие пробелы в своем понимании их истории, прежде чем приступить к главному.

Я была существом, которое сообщает плохие новости – и отвечает за то, что они плохие.

В колледже нас обучали формальной концепции преподнесения дурных новостей «успешным образом». Я слушала лекции, участвовала в ролевых играх с актерами, размышляла над кинофильмами и реальными событиями. Научиться «правильно» объявлять людям о чьей-либо смерти всегда было для меня очень важно, но я часто сомневаюсь: а понимает ли вообще кто-нибудь, что это значит? Вспоминая тот день и комнату цвета магнолии, я признаю: тогда я могла бы справиться и получше. Ведь у меня *уже* получалось лучше, и не раз. Это была не первая выдернутая мной чека, и уж точно не первая взорванная мной граната. Вы можете запросто представить – при всем минимуме приведенной здесь информации, – что у вас получилось бы лучше. И возможно, будете правы.

В подобные дни, когда я ругаю себя за то, что все получилось не так хорошо, как я рассчитывала, я всегда возвращаюсь к вопросу: а что значит «хорошо», и для кого? Чье душевное здоровье я на самом деле пытаюсь здесь спасти? *Лично для меня* было бы «хорошо» вообще не появляться в той комнате с постоянно лязгающей дверью и не подбирать «хорошие» слова о том, что мать этой девушки, мать другого

человека, стоит на пороге смерти. Да и кто я такая, чтобы пытаться обуздать ее душераздирающую реакцию на горькую правду? Кто вообще сказал, что это должно подчиняться моему контролю? Ни этой смерти, ни этого горя я Небесам не заказывала.

Я сообщила этой девушке, которой не было еще и двадцати, что та, кто ее родила, сегодня умрет и больше никогда не вкусит радостей земной жизни. Просто выложила ей всю правду – и уже потом добавила кое-что помягче, получше, чтобы пожалеть ее, утешить и примирить с неизбежным.

Но в тот день само горе восседало передо мной в зеленом пластиковом кресле. Это воплощенное горе закрыло глаза, покачало головой и отказалось от каких-либо рецептов с моей стороны. Я предоставила ему долгую паузу, а потом сказала, что очень ему сочувствую – и могу лишь догадываться, какую боль ему сейчас причиняю. И горе ответило, что я не причиняю ему боли, я его раздражаю. Что говорить, для раздражения у этой девушки были все основания.

Поэтому она встала с кресла и объявила: «Все, с меня хватит!» На автопилоте дошла до двери, но перед самым выходом запаниковала, ее пальцы затряслись и сорвались с дверной ручки. Она вновь ухватилась за ручку, и ее вторая попытка вырваться из этих стен, наконец, удалась. Дверь с треском захлопнулась. Медсестра, да и я сама вроде бы порывались побежать за ней. Но не сразу.

Как вообще это можно – бросить гранату в жизнь человека так, чтобы он не побежал прочь в ужасе?

После таких диалогов я, по идее, всегда должна спрашивать себя: как стоило бы поступить правильнее? Как вообще это можно – бросить гранату но – бросить гранату в жизнь человека так, чтобы он не побежал прочь в ужасе? Но порой мне кажется, что ситуации, в которых кто-нибудь выскакивает из комнаты, нам просто необходимы. Возможно, отчасти искусство сообщения «сокрушительных» новостей как раз и сводится к тому, чтобы кто-нибудь реально *сокрушил* что-нибудь своим телом.

В колледже нас старались обучать как можно «реалистичнее»; актеры в ролевых играх были весьма назойливы в своем энтузиазме, и я постоянно ругалась с ними из-за того, что удовольствие, с которым

они играли «убитых горем родственников», слишком бросалось в глаза. Ничто из подобного «обучения» не подготовило меня к тому, как откровенно и грубо может проявляться горе другого человека.

Было девять утра, и я только что помогла медсестре в приемном покое поднять с пола женщину. Бедняжка примчалась в больницу и упала в обморок после встречи со своим умирающим братом; ее просто «замкнуло», и она рухнула под грузом того, что стряслось. Распласталась на полу, и мы подложили ей под голову подушку. Когда же она пришла в себя и медленно отрыла глаза, лицо ее передернулось от осознания того, что кошмар продолжается, – и глаза вновь остекленели от боли. Ее брат, которому едва исполнилось тридцать, лежал в коме с трубкой в груди – и всего через пару часов его сердцу суждено было остановиться навеки. Этим утром дежурный врач собрал его семью и объявил, что смерть неизбежна. Для всеобщего блага следовало признать: он *достаточно* мертв для того, чтобы о нем скорбеть. В практике реанимации часто бывает, что объявить родственникам о конце имеет смысл, пока сердце пациента еще не затихло.

Через несколько минут я уже стояла перед умирающим и его семьей. Две сестры и два брата, один из которых очень скоро покидал этот мир. Моя команда решила предоставить для семейного прощания больше личного пространства, и я только что помогла перевезти пациента из общей палаты в отдельный бокс. И уже собиралась вынести в коридор какие-то ненужные вещи, как вдруг все они закричали. Закричали на своего брата, требуя, чтобы он вернулся обратно. Старшая из сестер принялась трясти его за плечи, и хотя не смогла даже приподнять его тело над простыней, я запомнила, как резко это контрастировало с неподвижностью пациента, его закрытыми глазами и тонкой белой простыней поверх голого тела.

Затем его брат, повернувшись ко мне, с надрывным отчаянием крикнул:

– Ну давайте! У вас же есть оборудование – так пробуйте!

Они были очень похожи, эти два брата, хотя у одного лицо покоилось в безмятежном неведении, а у другого – искажалось возбужденной гримасой. И это, второе лицо опять повернулось ко мне и заорало еще оглушительнее:

– Почему не пробуете?! Чего вы хотите – денег?!

Никто не ждал от меня ответа, но теперь уже младшая сестра покойного, перехватив инициативу, попробовала зайти с другой стороны – стала спрашивать у меня: да представляю ли я, как он важен для них и как бесценны все они друг для друга? Я сказала, что да, я могу себе это представить. Что у меня тоже есть брат, и я очень сочувствую им. Стараясь, чтобы голос звучал как можно спокойнее и ласковее, я все же ответила: нет, исход неизбежен, и изменить его не сможет уже ничто. Еще несколько секунд все они метались по комнате, не понимая, что делать дальше, пока, наконец, не расселись молча – кто на стульях, кто на полу.

В этой маленькой комнате было столько печали, столько отчаяния. Но, несмотря на муку и боль, пропитавшие все вокруг, мне так и не удалось толком понять, что же чувствовала я сама. Наверно, так и должна ощущаться Полная Пустота.

Чье-то семейство вокруг тебя корчится от боли, а ты ни при чем. Именно эмпатия часто приводится как неоспоримое и ключевое завоевание современной медицины, ориентированной на пациента. Но любое сочувствие порождает необъективность; да и в конце концов, бывают случаи, когда пропускать через себя всю трагедию и боль пациента или его семьи не просто излишне, но и крайне вредно для той работы, которую тебе нужно выполнить наилучшим образом. Не припомню, чтобы кто-нибудь когда-нибудь говорил мне, что иногда полезно выстраивать стену между болью того, с кем имеешь дело, и собственной психикой. Но я бы с ним согласилась. Да, нередко в своей карьере я исходила скорее из ограниченной версии сострадания, чем из эмпатии; но бывали и ситуации, когда сознательно отгородиться от слов семьи умирающего – это именно то, что нужно.

Меня называли убийцей. В то раннее утро я стояла перед очередной семьей – людьми, которых минувшей ночью известили о том, что их родственница получила внезапную и несовместимую с жизнью травму головного мозга. Все случилось за пару секунд: вот она мчит в машине по шоссе, а вот уже прижалась к обочине с дикой болью в голове. Между этими мгновениями бедняжку и настигла аневризма: ее мозговая артерия разорвалась. Она за рулем. При смерти. Привычное, бытовое событие обернулось катастрофой. Тихо и

незаметно. «Скорая помощь» наконец добралась до нее по шоссе, завывая сиренами, и с дальнейшей тишиной пришлось распрощаться.

Меня называли убийцей. В то раннее утро я стояла перед очередной семьей...

В больнице ее «скорую» принимала наша команда. Я очистила ее дыхательные пути от рвоты, вставила трубку в трахею, стиснула кислородную подушку, запуская в легкие воздух, подавила поток инородных тел, поднимавшихся по нижним дыхательным путям из желудка. Запустила через трубку в легкие зонд-бронхоскоп с видеокамерой и отсосала всю эту кашу, чтобы мы смогли снабжать ее кислородом для выживания. Наконец, обезопасив ее дыхание, мы смогли просканировать ее на томографе, но когда тот подтвердил катастрофическую потерю крови, пациентка была, по сути, уже мертва.

Дежурный врач, пришедший на работу раньше меня, объяснил ее семье, что ситуация безнадежна. Но теперь, когда ее доставили в реанимацию, уже я стояла перед этими людьми, и у них еще оставалось целое море вопросов. В том, что одни и те же вопросы задавали мне снова и снова, не было ничего необычного. Поэтому сначала я отвечала подробно, что выжить она не сможет – как с вентиляцией легких для поддержания дыхания и препаратами для стабилизации пульса и кровяного давления, так и без всего этого. Затем решила ответить проще – что хирургическое вмешательство не поможет и уходящее время не остановить. Но едва я вывалила на них эту нехитрую правду, муж пациентки навис над мной, точно скала, и произнес как нечто само собой разумеющееся:

– Отобрав у нее эту трубку, вы станете убийцей.

Он говорил о трахеотомической трубке, которая поддерживала ее дыхание механически.

Я смотрела на него, переваривая услышанное. В таких ситуациях положено отвечать – неспешно, взвешенно, с максимально возможным состраданием, – что смерть не является лишь одним из возможных исходов, она неизбежна. И я объяснила им всем, что их родственница больше не может жить и от ее смерти мне их не спасти. Что даже если мы оставим ее на искусственном жизнеобеспечении, ее сердце все равно остановится в течение дня или максимум завтра

утром. Я сказала им, что та, кого они все так любят, уже никогда не проснется, чтобы жить дальше, что я им очень сочувствую и понимаю, какой сокрушительной новостью звучат для них эти слова.

Ее муж посмотрел на меня не мигая и ответил:

– Да, я знаю. Но я говорю о том, как это видится *нам*. А *мы* видим это именно так: вы *убьете* ее.

Врачу в подобной ситуации вовсе не следует вести себя так, словно его обвинили где-нибудь на улице в чем-то ужасном. Или хотя бы в *намерении* совершить то, о чем не говорят вслух. Ни твое праведное возмущение, ни запальчивое отрицание в такие минуты не приведут ни к чему – ведь *ты* здесь вообще ни при чем. Скажи себе спасительные слова: «*Это не твое шоу*». И оставайся нужным: в первую очередь, пациенту, а во вторую – людям, которые его любили. И поэтому – да, стой и слушай, как эта семья говорит тебе: если мы смиряемся с неизбежностью смерти, то пусть ваш пациент умирает той смертью, которая кажется нам достойнее, – чтобы потом, оглядываясь назад, мы не считали вас не той, кто вместе с коллегами делал все для спасения нашего дорогого родственника, – а той, кто его убил.

А потом подожди – и если понадобится, стань для них кем-то еще.

Ты здесь вообще ни при чем. Скажи себе спасительные слова: «*Это не твое шоу*». И оставайся нужным: в первую очередь, пациенту, а во вторую – людям, которые его любили.

Их родственница скончалась в тот же день. Не успела я заступить на очередное ночное дежурство, как ее сердце остановилось. Она умерла, не отключенная от искусственного жизнеобеспечения; полагаю, для них это было особенно важно. Я сказала семье, что глубоко соболезную их утрате, и никто из них не упомянул о прежних обвинениях. Муж сказал «спасибо», его брат выдержал мой взгляд, не сказав ни слова. А затем они ушли из отделения – со всей семейной скорбью, волочившейся за ними следом.

Каждую из таких семей смерть посещает, как молния, ни с того ни с сего: нынче здесь, завтра там – ни дня на подготовку. Бывает, конечно, и так, что смерть подкрадывается постепенно, годами, – но даже тогда, перед лицом победившей хронической болезни, ты

можешь неожиданно оказаться в роли рассказчика горьких правд. А точнее, секретов, которые давно уже всем известны^[6].

Близилась полночь, и я поднималась по лестнице в общее отделение. Вокруг стояла тишина, без привычного воя сирен за окном. По пути я не встретила никого, а когда добралась до цели, свет в отделении уже погас. Створки дверей распахнулись, и я вошла. Дежурная медсестра на посту, оторвавшись от отчетов по жидкостным балансам, посмотрела на мой хирургический халат, догадалась, что я из реанимации, и указала на дверь бокса в конце коридора.

В общее отделение я прибыла по вызову медицинской команды, чтобы осмотреть умирающего от хронической болезни. Пациенту было шестьдесят лет, и вокруг его постели сидели жена, дочь, сестра и отец. Помню, меня сразу же поразило то, что отец выглядел здоровее и моложе сына. Видела я этого пациента впервые, но без труда определила, что у бедняги – тяжелейшая сердечная недостаточность и столько других хронических симптомов, что жить ему, скорее всего, осталось недолго.

Свободных стульев не оказалось; не желая никого травмировать лишней суетой, я присела на корточки у кровати, представилась. Произнесла его имя, спросила, как он себя чувствует. Он скосил глаза в мою сторону и прошептал «привет», – но увы, как слишком часто бывает при подобных знакомствах, был уже слишком болен, чтобы обмениваться со мной даже парой фраз. Закончив осмотр, я подсела к родственникам и спросила, обсуждал ли кто-нибудь с ним, чего бы он хотел в последние часы своей жизни.

Они ответили с трагической беспомощностью, что нет, ничего такого с ним не обсуждалось. Тогда я уточнила: а как им кажется – понимает ли он сам по своему состоянию, что, скорее всего, умирает? Или даже не подозревает, насколько плохи его дела? Они переглянулись, затем снова посмотрели на меня – с таким сочувствием, словно и хотели бы мне ответить, но это нереально. И лишь повторили, что ничего об этом не знают.

Тем и коварны хронические заболевания. Мне, врачу, было ясно, что пациент вот-вот умрет, однако ни для него, ни для его семьи трубный глас не прозвучал. Хронические недуги редко заявляют о себе с апломбом какого-нибудь пафосного заболевания вроде рака. Такая смерть чаще подбирается к людям подолгу, не торопясь. И лишь когда

она застаёт их врасплох, наступает мой выход на сцену: мне приходится сообщать им эту страшную новость, выкладывая перед ними истины, известные давным-давно, только до сих пор по каким-то причинам остававшиеся для них недоступными.

Я позвонила домой своей старшей коллеге; выслушав меня, она согласилась, что пациента уже не спасти, но посоветовала ещё раз поговорить с родными и, возможно, предложить им неинвазивную вентиляцию, если сочту это нужным. Пациент к тому времени дышал уже с трудом. Он получал доступ к дополнительному кислороду через маску, но этого было недостаточно; в подобных случаях в качестве дополнительной меры можно прибегнуть к неинвазивной вентиляции давлением. Для этой процедуры не требуется ни обычной трубки, ни трахеотомии. Пациенту нужно оставаться в сознании и дышать самостоятельно, но мы используем давление, чтобы немного ему помочь. Для этого применяется маска, которая плотно прижимается к лицу, образуя над головой нечто вроде капюшона или прозрачного пузыря с лямками, затягивающимися у основания шеи. Обычно, объясняя пациентам, что такое неинвазивная вентиляция, я стараюсь честно рассказывать, какие ощущения им предстоит пережить. Предупреждаю, что в этой маске они могут почувствовать себя так, словно высунули голову из окна автомобиля на скоростной трассе, но если сумеют при этом не волноваться, быстро привыкнут, как большинство пациентов в их ситуации. Поясняю, что под этим капюшоном может быть жарковато, но тут же напоминаю, что они всегда могут попросить нас остановиться, все зависит от них самих.

Каждый раз, начиная этот диалог, я вспоминаю далекие дни, когда в мои обязанности ещё не входило объяснять пациентам, как все это работает. Не прошло и года с момента получения диплома, и я оказалась в хирургическом отделении, куда нашу команду вызвали проводить легочную вентиляцию с помощью этого самого капюшона. В результате пациенту реально стало лучше, но когда его возвращали в палату, чтобы вскоре выписать и отпустить домой, он страшно злился и ядовито шипел сквозь зубы: «Напялили на меня чертов колпак, как на клоуна! Будь я проклят, если ещё хоть раз соглашусь на такое!» Что ни говори, а неинвазивная вентиляция — штука весьма неудобная и далеко не всякому по нраву.

Отогнав это воспоминание прочь, я предложила семье моего нынешнего пациента такую же процедуру, ясно давая понять, что ничего другого нам просто не остается. Если это не поможет, мы уже не станем подключать его к системе жизнеобеспечения. И если его сердце остановится, любые попытки запустить его вновь будут обречены. Лицо отца засияло добротой. Он положил руку мне на запястье, пожал его и произнес: «Я знал, что вы сообщите мне хорошую новость».

Мне очень хотелось, чтобы он оказался прав. Но я знала, что для него у меня хороших новостей уже не осталось.

Он положил руку мне на запястье, пожал его и произнес: «Я знал, что вы сообщите мне хорошую новость». Мне очень хотелось, чтобы он оказался прав. Но я знала, что для него у меня хороших новостей уже не осталось.

Вы можете спросить: а зачем я вообще предложила для этого пациента интенсивную терапию? Ведь я была совершенно уверена в том, что выжить ему не удастся. Возможно, мне с моим опытом и не хватило твердости, чтобы отказаться сразу, но я ничуть не сомневалась еще и в том, что его семье нужно было увидеть этот последний провал своими глазами. Понять, что никаких шансов уже не осталось. Отец семейства посмотрел на меня своими добрыми глазами, и под этим взглядом мой стратегический план обратился в пепел. Я решила обращаться с семьей так же, как и с самим пациентом; все они стали для меня единым целым.

Они расселись у входа в операционную, и я начала понемногу, ложка за ложкой, скармливать им горькую реальность. Так прошло два часа, и в том, что неинвазивная вентиляция не принесла клинических улучшений, можно было уже не сомневаться. Тогда мы собрались вместе уже в третий раз за ночь, и я объявила, что на этом все. И что теперь лучшее, что я могу сделать, – это дать ему спокойно умереть. В такие минуты крайне важно произнести сами эти слова: мертвый, смерть, умереть. Ясно и отчетливо. По щекам отца побежали слезы, и он сказал мне, что его сын обещал ему не умирать первым. Услышав такое, я поняла, что это медленное, растянутое умирание его сына, видимо, давно уже не являлось для него секретом. Скорее, оно

служило основой для некоего диалога, который они продолжали, несмотря ни на что.

Но вот отец снова берет меня за руку. И с мольбой во взоре спрашивает, не помогут ли сыну дополнительные полчаса. Однако на этом этапе уже следует называть белое белым, а черное черным, теперь все происходит быстро и жестко. Я должна думать о своем пациенте – главной функции этого уравнения, – и потому, не отнимая руки от его пальцев, я отвечаю: нет, сейчас ваш сын умрет. Я остаюсь добра, но решительна. Доигрываю свою роль до конца – и сообщаю им страшную новость.

Это звучит слишком бездушно? Если я назову себя плеером – механизмом, промелькнувшим в их семейной истории, – то вовсе не из пренебрежения к ним. Масштабы трагедии, что обрушилась на эту семью, не уважать нельзя. Равно как и преуменьшать их; уверяю вас, в эти минуты мой пациент, его семья и их общее горе – важнейшее, что для меня существует. Даже если я ощущаю в душе пустоту, поверьте мне на слово: пустота – тоже очень определенное чувство. Именно из нее приходит осознание того, что у меня есть работа, которую я не выполню, если начну разваливаться на части. А выполнение своей работы – единственное добро, которое я могу подарить этим людям в их ситуации.

Но знание того, чего и сколько ты можешь дать другим, приходит с опытом, и я продолжаю этому учиться. Недавно в больницу доставили девушку с бактериальным менингитом. Она выступала на презентации какого-то учебника, и ее скрутило в мгновение ока; «скорая» прибыла сразу, но когда парамедики закатили бедняжку в приемный покой, она уже теряла сознание. Ее температура была выше, чем я когда-либо видела, а сердце колотилось, как у марафонца. Мы сделали все, что могли, но через три часа, когда я оттянула пациентке веки, зрачки ее были застывшими и расширенными – каждый с пятипенсовую монету, – и, заглянув в эти бездонные черные дыры, я поняла, что мы проиграли, хотя назвать эту битву честной нельзя было изначально.

Тем не менее пациентку положили в палату, а на следующее утро ее мозг оказался мертв. Гибель головного мозга – понятие сложное. Она наступает, когда стволовая часть мозга у основания черепа погибает. Без работы этой части мозга вы больше не можете оставаться в сознании, контролировать свое дыхание и управлять

организмом. Ваш мозг теряет способность отдавать приказы остальным частям тела, а значит, вам уже неведома жизнь в любом смысле этого слова.

Мозг этой пациентки уже погиб, и мы вызвали ее близких. Сотрудники больницы по несколько раз отвечали на любые вопросы, которыми нас бомбардировали ее родные. Я понимала, что вопросов будет все больше, и почти все время находилась на подхвате – то на линии фронта, то на флангах.

Я возилась с инфузионными насосами, стоя за изголовьем тележки, когда медсестра в первый раз завела в приемный покой родных, пришедших провести больную. Я объяснила им назначение разных трубок и капельниц, попросила не пугаться случайных попискиваний портативного аппарата для искусственной вентиляции легких, к которому ее подключили. Прощлым вечером я помогала медсестре перевозить пациентку из реанимационной в интенсивку, затем часы напролет отмечала в больничной карте изменения в ее состоянии. А уже наутро объявила, что первая серия тестов подтвердила смерть ее головного мозга, и молча принялась за вторую серию тестов – на пару с дежурным врачом, который комментировал каждый мой шаг для наблюдавшей за нами семьи. Они пришли увидеть то, что мы называем смертью, и попытаться это понять.

Я в основном работала молча, но с самого начала была где-то рядом, и они привыкли ко мне – насколько вообще может привыкнуть к кому-то семья в состоянии кошмара, стремительно нарастающего сорок восемь часов подряд.

Мать пациентки была сама доброта. Постоянно благодарила меня, гладила по спине или обнимала. То и дело спрашивала, нет ли изменений в реакции дочери на процедуры, и когда я отвечала «нет», легонько касалась лбом моего лба и шептала: «Ну, все равно спасибо, что сказали». Сейчас, описывая те события, я удивляюсь, почему мне совсем не казалось странным, что у меня завязались такие теплые отношения с абсолютно незнакомой мне женщиной, что я очень естественно воспринимала все ее жесты или даже сама хотела, чтобы наши лбы соприкасались, – и все это, повторяю, не вызывало у меня ни малейшего дискомфорта. На такой работе бывает, что все пространство вокруг тебя уже просто кишит жуткими правдами, жестокими изломами судеб и неожиданными смертями и в самом

воздухе разлито столько странностей, что кажется совершенно бессмысленным отвлекаться на общественные условности, которые мы обычно соблюдаем с теми, кого считаем чужими.

Сестра пациентки сидела у ее постели часами, подтянув колени к груди. Она была уже взрослой, но такой хрупкой, что казалась потерявшимся ребенком. Днем раньше, когда мы впервые встретились в приемном покое, она тоже меня обняла.

Эта семья согласилась на донорство органов, и когда, простившись с усопшей, ее мать и сестра покидали больницу, каждая из них обняла меня снова. За те две ночные смены меня обнимали бесчисленное число раз. Я не возражала. Работая в реанимации, довольно быстро привыкаешь к тому, что от одного и того же врача разным семьям требуются разные вещи. А порой им хочется разного даже от разных врачей одной команды. И если именно мне выпадает преподносить им все эти ужасные новости, лучше я буду казаться доступной. Лучше я буду доброй. Той, кого можно обнять, если им это нужно.

Хотя, конечно, один вопрос так и остается у меня без ответа: а что нужно *мне самой*?

Когда родственники пациента обнимают меня, выныривая из пучин своей скорби, когда они цепляются за мои плечи, чтобы создать, пусть даже на миг, эту хрупкую связь, – нужно ли мне открываться им так, чтобы принять в себя еще больше их боли? Разве от этого мне не станет тяжелее выдерживать ту дистанцию, которая позволяет переходить от одного пациента к другому, к третьему и так далее?

Те, кто работает в радиологии, носят на лацканах дозиметры – миниатюрные жетоны, связанные друг с другом в общую «тревожную сеть», которая оповещает людей, если окружающий радиационный фон превышает нормы безопасности. И я невольно задаюсь вопросом: а что мог бы показывать *мой* дозиметр окружающей скорби? Разве моя «опасная доза» не увеличивается, когда меня обнимают? Разве я не рискую собой, когда становлюсь перевалочным пунктом для короткого путешествия очередной семьи по буеракам горя и боли? И кто вообще может знать, где пределы такой безопасности?

Когда родственники пациента обнимают меня, выныривая из пучин своей скорби, когда они цепляются за мои плечи, чтобы создать, пусть даже на миг, эту хрупкую связь, – нужно ли мне открываться им так, чтобы принять в себя еще больше их боли?

Интересно представить, что мы могли бы назвать «нормальной составляющей» своего обычного трудового дня; набросать некий список того, к чему мы привыкли в процессе работы. Врачи как профессиональные хранители здоровья вроде бы располагают постоянным ресурсом силы, за которую можно держаться, и это – защита людей. Мы привыкли к тому, что мы гибки, *эластичны*, да так оно и есть, ведь какая тут может быть альтернатива?

Некоторые случаи в своей практике я вспоминаю почти с ностальгией, как обряды посвящения: моя первая констатация чьей-то смерти; первое сообщение чьей-то семье о том, что надежды нет; первое осознание того, что кому-то суждено умереть в одиночестве.

Первый же случай, когда я поняла, что пожилая дама на койке передо мной умирает без родственников и друзей рядом, произошел меньше чем через месяц после получения диплома. Помню, я сидела в своей машине, все еще на парковке, и звонила домой маме. Заливаясь слезами, я рыдала в трубку о том, как мне грустно и как же это вообще печально, когда ты умираешь одна в целом мире, без семьи и без кого бы то ни было рядом в последний час.

Моя мама – медсестра, поэтому с ней всегда хорошо поговорить в подобных ситуациях. Она сказала мне: да, это очень печально, однако за этой пациенткой присматривают медсестры, и они позаботятся о ней, как и ты; все это тоже важно и стоит наших усилий. Она произнесла эти слова тем же голосом, каким учила меня не пугаться темноты, когда мне было пять; или когда, уже лет в семь, я восторгалась по телевизору красавцем Фредди Меркьюри, парившим над сценой в своей пурпурной мантии, а мама сказала, что он только что умер от СПИДа, – о да, это очень печально, но его будут помнить во все времена как феномен и суперзвезду.

Тогда, в машине, мне, уже взрослой, было все еще нужно, чтобы она сказала мне что-нибудь прекрасное. На сегодняшнем этапе моей карьеры я, конечно, больше не реву от подобных вещей. С тех пор у меня таких случаев было столько, что просто не хватит слез. Слава богу, такого рода переживания не задерживаются в нас надолго.

Сегодня я стараюсь больше фокусироваться на том, что конкретно я могу сделать для пациента, встречающего свою смерть без единой родной души рядом. Однажды утром, на четвертом году работы в больнице, я вышла на смену чуть раньше обычного. Собиралась

подготовиться к обходу отделения, но тут мое внимание привлек один из пациентов на койке в углу. Этот высокий старик девяноста четырех лет был безмерно одиноким и таким худым, что под тканью больничного халата можно было сосчитать его ребра. Я наблюдала за ним уже около недели, и теперь он явно доживал свои последние часы, отчаянно сражаясь с халатом – так, словно не понимал, каким образом в нем оказался.

Я подошла к нему, села рядом, взяла его за руку. Назвала его по имени и сообщила, что с ним все в порядке: а что еще я могла ему сообщить? Он тут же успокоился, и его руки, сплошь кожа да кости, стиснули мои запястья. Тут в отделение прибыли жизнерадостные практиканты и спросили, не нужна ли мне помощь в подготовке к обходу. Я ответила, что пока не знаю, когда освобожусь, так что пусть начинают без меня.

Санитары вокруг нас мыли и переодевали пациентов. Медсестра катила тележку, полную лекарств. Практиканты записывали результаты осмотров и анализов крови для обхода отделения, и я мысленно напомнила себе, что должна составить несколько направлений на выписку для других пациентов, как только закончу с этим.

Я сидела рядом с этим беднягой, не шевелясь. И смотрела на него, а он смотрел на меня. А может, и *сквозь* меня. Возможно, он смотрел в глаза кому-то еще – тому, кого знал когда-то. Я сидела и прокручивала в голове единственные слова, которые всегда успокаивали меня в таких ситуациях. Это строки из Рэймонда Карвера:

Так получил ли ты от жизни, что хотел?

О да.

И что же это?

Звать себя любимым —

и ощущать, что был любимым на земле^[7].

Я повторяла это про себя как мантру и надеялась, что бедняга рядом со мной знает, что такое любовь, или хотя бы чувствует, что его любили, в последние минуты жизни. Эти строки я сделала своим щитом для таких ситуаций. Щитом, который помогает мне верить, что мои усилия не напрасны.

Так прошло еще двадцать минут, а потом он скончался. Я закрыла ему глаза, констатировала смерть и указала в отчете причины: 1a – сепсис, 1b – пневмония, 2 – общая слабость. А затем нашла практикантов и продолжила с ними обход: «Доброе утро, мистер Смит! Как вы себя чувствуете? Удалось ли позавтракать?» Родственников того пациента мы известили, но никто из них так и не пришел.

Я повторяла это про себя как мантру и надеялась, что бедняга рядом со мной знает, что такое любовь, или хотя бы чувствует, что его любили, в последние минуты жизни.

Когда по близкому человеку скорбят родные и друзья, они оплакивают потерю того, кем усопший являлся и что значил для них при жизни. Если же скорбь вдруг испытывают врачи – полагаю, причина тут совсем иная. Да, мы, врачи, тоже понимаем, что на месте этого пациента мог бы оказаться наш ребенок, друг, брат; но чаще всего мы скорбим оттого, что жизнь опять не желает следовать тем запутанным, нелогичным правилам, которыми мы пользуемся для поддержания хоть какого-то порядка в этой шаткой вселенной. И это снова напоминает нам, как же мало на свете того, что мы способны контролировать на самом деле. Одного из моих пациентов сорвало с мотоцикла и впечатало в дорожное полотно. И все из-за лисы, которая перебежала дорогу, а он вильнул в сторону, чтобы не задавить животное. Его доставили в реанимацию и обеспечили всем, чем только располагал современный травматологический центр. Мы делали буквально все возможное, но так и не спасли ему жизнь. Я встала у отгороженной шторами кровати, чтобы констатировать его смерть, и ощутила себя в засаде. Меня окружали плоды десятилетий технического прогресса, а передо мной лежал человек, который погиб из-за перебежавшей дорогу лисы. Это казалось слишком абсурдным и бессмысленным. Оглушенная тишиной его застывшего сердца, я прошептала: «Простите, что нам не удалось вас спасти».

Оглушенная тишиной его застывшего сердца, я прошептала: «Простите, что нам не удалось вас спасти».

Я часто осматриваю пациентов по вызовам из отделения травматологии. Многим из них для спасения требуется трахеотомия. А

это предполагает, что в горле проделывают отверстие, через которое в трахею вводится трубка. В практике интенсивной терапии встречаются разные типы пациентов, которых по той или иной причине приходится отключать от искусственного дыхания. Трахеотомическая трубка в таких ситуациях позволяет поддерживать пациента в сознании, не вводя ему эндотрахеальную трубку через рот.

Когда мы решаем освободить пациента от трахеотомической трубки, мы произносим слово «деканюляция». И хотя буквально оно означает лишь извлечение конкретного объекта изнутри наружу, день, когда трубку (канюлю) наконец вынимают, представляет для пациента нечто особенное. В интенсивной терапии это день, когда тебе возвращают то, что отняли: свободу самостоятельно двигаться и дышать, способность расправлять свои легкие и ощущать, что свежий воздух заполняет тебя как положено; чувствовать, как дыхание протекает через голосовые связки, и вспоминать, как звучит твой неповторимый голос, который наконец-то снова с тобой. Это день, когда возвращают надежду.

Введение же такой трубки – процесс совершенно иной. Усыпленный пациент лежит навтыжку с запрокинутой головой. Я начинаю с того, что вычисляю в его трахее определенное место – перешеек щитовидной железы; затем, ощупав пальцами его шею, нахожу точку между этим перешейком и верхней частью грудины.

Найдя эту точку, я беру шприц и протыкаю иглой трахею. И если при вытягивании поршня шприц наполняется пузырьками воздуха, – я знаю, что не промахнулась. Тогда, отделив цилиндр шприца, я пропускаю через иголку тонкую проволоку. Эта проволока погружается прямым в легкие – туда, где трахея разделяется на главные бронхи: левый и правый. После этого я убираю иглу – и расширяю вокруг проволоки отверстие, чтобы ввести в него трахеотомическую трубку.

Протискивая через кожу в трахею что-либо тупоконечное, приходится сильно давить, ведь ее стенки, выдерживающие давление воздуха, очень прочны. Но у нас есть для этого инструменты – особые расширители, или дилататоры, пользоваться которыми меня специально учили; мы называем их «носорогами», поскольку они и правда похожи на рог, которым эти животные защищаются. Вооружившись ими, я направляю все свои силы сквозь горло вниз, к

постели, и ввожу сначала короткий дилататор, за ним еще один подлиннее и, наконец, уже третий, с трахеотомической трубкой.

Потеря крови при этой процедуре, как правило, невелика, но если нечаянно задеть артерию, из трахеального отверстия вырвется алый гейзер из воздуха и крови. Когда я выполняла трахеотомию впервые, сила этого гейзера была просто чудовищной. Пациент этого не почувствовал, но мне впечатлений хватило.

А потом наступает день, когда можно ощутить, каково это – освободить человека от трубки.

Одна девушка, первокурсница университета, попала в аварию на магистрали. После долгой и мучительной терапии она пошла на поправку, и ее реабилитолог наконец сообщил мне, что пациентка готова к деканюляции.

Для начала мы открыли ей голосовой клапан и вернули способность говорить. Учиться разговаривать заново всегда тяжело: сперва из ее горла вырывались лишь хриплые выдохи вместо звуков. Но когда голос вернулся, ее первым словом было «спасибо». Она сказала это физиотерапевту, а потом добавила: «Всем вам – спасибо огромное».

Наконец мы извлекли из нее трубку, и мне вдруг показалось, что теперь с ней можно обсудить ее будущее. В такие моменты и правда думаешь, что тебе все удалось в лучшем виде. И словно получаешь разрешение на какую-то надежду. На то, что теперь твой пациент может смело смотреть вперед. Даже сидя недвижно в кресле, она излучала оптимизм. На лицах друзей, пришедших с ней повидаться, читалось такое облегчение, будто они заново поняли, как с ней общаться. Я же только улыбалась коллегам по отделению: «Вы ее видели? Мы сняли ей трубку – прекрасно выглядит, правда?» Вот такой он, день деканюляции. Своего рода праздник.

А неделю спустя эта пациентка умерла. Неожиданно – и без какой-либо связи с ее интубацией. Услышав об этом, я долго стояла молча, парализованная этой новостью, не в силах поверить. Хотя на работе такое со мной случается очень редко. Новостям на работе я привыкла верить, как бы страшно те ни звучали. Я констатировала ее смерть и написала в отчете:

Время смерти подтверждаю.

Покойся с миром.

Затем я бесцельно прошагала по отделению, забрела в ординаторскую младшего персонала и сказала, что хотела бы передохнуть минутку спокойно. Команду новых врачей назначили к нам недавно, и с ними я была почти не знакома. А вот медсестры с медбратьями знали меня хорошо, так что я проскользнула к ним в офис и пристроилась за стойкой у окна. Они не стали спрашивать, что со мной, потому что уже все знали; а чуть погодя старший медбрат подошел и обнял меня, и впервые за столько лет я снова плакала на работе. Целую минуту проревела в его объятьях, забыв обо всем на свете.

Ведь той девушке просто *полагалось* выжить, по всем параметрам, и я кричала про себя: «Это не по правилам!», ведь раз мы вытащили из нее эту чертову трубку, с ней просто *не могло не быть* все в порядке.

Вот так, пожалуй, скорбь и посещает меня теперь: как нечто нападающее из засады всякий раз, когда я имею наглость уверять себя, что уже начала разбираться – а то и уживаться вполне комфортно – в мире экстренной помощи и смертельных болезней, где провожу большую часть своей жизни.

Он рассказывал о «наших тенях, которые всегда с нами, и шрамах, которые делают нас тем, что мы есть». Обычно врачам нелегко говорить о своих ошибках, но об одной из моих я все-таки расскажу.

Почти вся медицина – игра с высокими ставками, ведь даже самые пустяковые ее задачи, выполненные неправильно, могут негативно повлиять на чью-нибудь жизнь. Как врач, ты учишься этой игре без каких-либо реальных советов или инструкций; будь всегда начеку, всегда думай о том, что делаешь, но не теряй головы. Никому не нужен врач, на протяжении всей своей карьеры страдающий повышенным уровнем стресса, и поэтому все мы непроизвольно – в рутинном режиме – «кодируем» себя от тех задач, которые однажды уже повергали нас в стресс. Однако рутина далеко не всегда согласуется с нашими планами, а уже из этого рождается новая форма скорби, с которой я знакома не понаслышке. Пожалуй, впервые я осознала, что это *не что иное*, как скорбь, когда слушала историю, которую рассказывал один бывалый врач-консультант. Опыт этого человека был действительно огромным, и уважение к нему за то, что он с нами им

делился, витало в воздухе. Он рассказывал о «наших тенях, которые всегда с нами, и шрамах, которые делают нас тем, что мы есть». А именно – о клинических ошибках, которые мы совершаем. Обычно врачам нелегко говорить о своих ошибках, но об одной из моих я все-таки расскажу.

На четвертом году после выпуска я работала в общем отделении одной из больниц и однажды открыла в компьютере файл с рентгенограммой грудной клетки. Изучив весь снимок за десять секунд, я закрыла файл и оставила комментарий: «РГК – признаков пневмонии не обнаружено». В тот вечер я работала на вызове, обследуя мужчину с целым комплексом хронических заболеваний – пациента, которого взял под личный контроль сам начальник нашего медучастка. Инфекционный скрининг отобразил смешанный рост бактерий в его моче, но несмотря на пятидневный прием прописанных ему антибиотиков, его по-прежнему лихорадило, а маркеры воспаления зашкаливали^[8]. Начальник медучастка заподозрил, будто «здесь что-то не так», но не мог понять, что именно, и попросил меня разобраться на месте.

Больше я не стану загружать вас медицинскими подробностями; просто мне понадобилось время, чтобы собраться с духом и признаться в своей ошибке. Мне понадобилось время, чтобы не ссылаться на других врачей, тоже видевших и ту рентгенограмму, и все остальные дырки в этом сыре. Пусть даже кто-то из них читает сейчас эти строки – всегда найдутся другие специалисты, которые по-своему оценят то, что я сделала и чего не сделала. Врачи всегда умели отлично судить друг друга за ошибки, но теперь им придется довольствоваться простым фактом того, что такой-то процесс имел место, а клинические детали той ошибки уже обсуждались на профессиональных форумах в свое время.

Скажу лишь, что три дня спустя состояние пациента стало крайне нестабильным, он вошел в септический шок. Мы обнаружили у него прободение кишечника. С колотящимся сердцем я села за компьютер, чтобы еще раз выудить ту самую рентгенограмму. И уставилась в экран, заранее зная: сейчас откроется то, чего я видеть не хочу. Под диафрагмой был воздух – классический признак какого-то прободения в брюшной полости, и этот воздух служил мне немым укором, ведь

теперь-то, конечно, я его видела, и видели все остальные, и как вообще можно было его не заметить?!

Но я – не заметила. Элементарная и старая, как мир, ошибка – слепота по невнимательности. Она случается, когда рассматриваешь какое-то изображение лишь с одной определенной целью. Когда, например, я показываю вам фотографию и прошу сосчитать, сколько птиц вы видите в небе, и вы делаете это, не замечая пламени, охватившего дом на холме. Но если бы я попросила вас описать все, что изображено на фото, вы бы заметили дом и сказали, что в нем полыхает пожар.

Конечно, я рассказала консультанту все как есть: что три дня назад я изучала РГК и не заметила этого признака. Пристально посмотрев на меня, он произнес: «Не вини себя. Ты смотрела, но не заметила. Ты все делала честно, просто ошиблась».

Личностный рост в медицине отчасти похож на взросление в жизни: ты все больше осознаешь свою важность, а если повезет – то и важность того, чем занимаешься, не только для тебя, но и для людей вокруг. Чем ты старше, тем больше ответственности ложится на твои плечи. Но вот в чем секрет: если ты относишься к своей ответственности должным образом, чьи-то слова о том, что ты «не совсем виноват», никак не помогут тебе справиться с чувством вины. Очень непросто заполучить карточку для бесплатного выхода из тюрьмы^[9], но еще сложнее – пытаться утешить себя такими вот сказками на ночь.

Эту ошибку я долго молча носила в себе: она сдавливала мне грудь и застревала в горле. Я не понимала, что с ней делать. Когда бы я ни старалась о ней не думать, она нависала надо мной, такая неотвратимая, что я боялась думать о чем-либо вообще. Через несколько дней я постучала в дверь к тому же консультанту. Помню, каким взглядом он посмотрел на меня, оторвавшись от стола, когда я призналась: «Это не выходит у меня из головы».

Инстинктивно он тут же понял, о чем я. Я села, и он сказал, что я должна всегда оставаться смелой и ответственной, чтобы честно признавать и анализировать свои ошибки; но это вовсе не означает, что я должна за них постоянно себя казнить. Он поведал мне о риске, который приходит с повышением врачебной квалификации, перечислил ошибки, который сам совершал, и я больше не чувствовала

себя так одиноко. Полагаю, именно переживание из-за собственных ошибок – чувство, наиболее близкое к *реальной* скорби из всех, что я пережила в своей практике. Некоторые говорят об уже совершенных ошибках: «Что толку плакать над пролитым молоком?» Но я не согласна с ними – и рискую предположить, что такие люди никогда не совершали ошибок, повлиявших на чью-либо жизнь. Чтобы справиться с таким страданием, нужно время, – как нужно время и для того, чтобы совладать с собой и найти свой способ подняться на ноги. Не скажу, что это легко, но когда я сумела посмотреть своей ошибке в лицо и, не дрогнув, признать ее, я ощутила себя сильнее – и поняла, что это последнее, что я могу сделать для того пациента.

Горе случается, мы принимаем его, и все как-то движется дальше.

Тот бедняга умер, и, по мнению многих моих старших коллег, это произошло бы в любом случае. Если честно, я почти уверена, что они правы. Но все-таки не исключаю, что могла бы подарить ему еще один день. Или сообщить ему, что он умирает, пока он еще мог это осознать. Возможно, у него бы нашлось что сказать кому-то из близких; и тогда его семья обрела бы немного больше покоя и лучше подготовилась к смерти дорогого человека.

Моя же реальность – в том, что я никогда уже этого не узнаю. Горе случается, мы принимаем его, и все как-то движется дальше.

Радость

Я не скучаю по детству, но мне не хватает того, как я получал удовольствие от маленьких вещей, даже когда большие вещи рушились. Я не мог контролировать мир, в котором находился, не мог уйти от вещей, людей или моментов, что причиняли мне боль, но я наслаждался вещами, которые делали меня счастливым.

Нил Гейман. Океан в конце переулка

Меня часто спрашивают, нравится ли мне моя работа. Ответ у меня всегда один: не скажу, что мне нравится каждый миг каждого дня моей жизни, но работу свою я люблю хотя бы раз в день ежедневно и потому считаю, что мне повезло. Обычно это чувство посещает меня в одиночестве где-нибудь на лестнице, по дороге к очередному пациенту. Оно совершенно не связано ни с конкретным пациентом, ни с достижениями этого дня. Осознание того, что я нахожусь там, где нужно, — вот чувство, с которым я крепко подружилась. Каждая встреча с ним напоминает легкое дуновение ветерка, наполненного ароматом свежескошенной летней травы.

В контексте интенсивной терапии радость не всегда принимает привычные нам формы. Но она есть. Я это знаю, ведь моя работа слишком часто поднимает меня с постели в несусветную рань, и мне несложно оценить важность того, чем я занимаюсь. Тем не менее счастье, которое я испытываю, редко связано с какими-то неожиданными дарами судьбы. Оно не похоже на чувство, с которым слетаешь по лестнице рождественским утром, чтобы найти то, о чем мечтал. Его не испытаешь, получив награду, провернув сделку или заключив крупный контракт. Оно не приходит под звуки фанфар. Радость, найденная в простых мгновениях, для меня гораздо важнее. На работе я чаще всего радуюсь, когда наблюдаю за превратностями судеб своих пациентов и понимаю: хотя их борьба, скорее всего,

продолжится и после выписки из нашего отделения, в конечном счете у большинства из них и правда «все будет хорошо». Пожалуй, это и делает меня счастливой.

На самом деле, многое из того, чему я радуюсь на своей работе, связано с чувством облегчения. Будни реанимации полны ужаса, а работать приходится в условиях такой неопределенности, что даже едва заметный шаг пациента на пути к выздоровлению может заряжать позитивом.

Однажды утром я стояла у постели пациента, которым уже занималась прежде. Впервые я увидела этого мужчину месяц назад – скрюченного, слишком рослого для больничной койки, с отвисшей челюстью и языком, побелевшим от инсульта. Рот человека, сраженного инсультом, напоминает распахнутый рот мертвеца: ни тот ни другой не способны его закрыть. Эта дыра, точно яма, зияет у всех на виду, и ее обладателю настолько безразлично собственное присутствие в этом мире, что она для него уже ничего не значит. Врачи легкомысленно называют это выражение лица «знаком О», свидетельствующим о том, что пациент, скорее всего, «отмаялся». Тогда, в мой предыдущий визит, его глаза, также распахнутые до предела, были исполнены муки, но абсолютно пусты, словно видели все – и в то же время не видели ничего. Кожа на ощупь была влажной, липкой и холодной. Этот ледяной, мистический пот словно просачивался из окоченевшего тела наружу. Я будто коснулась человека, который вот-вот развалится на куски. Дикий ужас при виде того, кто лежит в таком состоянии сутками напролет, особенно важен в этом рассказе: я хочу, чтобы вы отчетливо поняли, что простое пожелание кому-нибудь спокойной ночи (даже тому, чье имя вы знаете лишь из медицинской карты) может со временем обернуться огромной радостью для вас самих.

И вот теперь, месяц спустя, я стою у той же постели и вижу, как эти глаза участвуют в обращенной ко мне улыбке. В их уголках образуются морщинки. Тонкие черточки, говорящие не только о том, что их хозяин был счастлив когда-то, но и о том, что, возможно, он счастлив прямо сейчас. Я беру пульт от телевизора, оставленный там, куда пациенту не дотянуться, и на прощание желаю ему спокойной ночи. По его взгляду я вижу: он знает, о чем я думаю. Слышит, как я мысленно говорю ему: «Спасибо за то, что ты поправляешься, за то,

что сидишь в постели и улыбаешься мне вот так, как сейчас». Я вкладываю пульт в его пальцы – и чувствую их тепло.

Я мысленно говорю ему: «Спасибо за то, что ты поправляешься, за то, что сидишь в постели и улыбаешься мне вот так, как сейчас».

По моему опыту, это не та радость, которой мы с коллегами часто делимся в ходе работы. Я могу сказать: «Как здорово, что Пол начал мочиться как следует; похоже, его почки приходят в норму». Но я не помню, чтобы хоть раз сказала вслух: «Сегодня я так радовалась при виде Пола; он совсем не похож на ту развалину, какой был еще месяц назад».

Подобными чувствами делиться не принято – не знаю почему. Особенно непонятно, почему это не принято у взрослых зрелых людей, которые в курсе того, как воспринимают человеческую жизнь врачи. Лучший же индикатор моих радостей в течение дня – это команда, в которой я работаю. Чувство локтя – залог успеха для любой команды экстренного режима. Как говорят врачи-консультанты, хочешь сберечь свое счастье – думай, подбирая себе коллег, и цени их в процессе работы. Ведь именно с ними тебе придется делить такие эмоции, которые обычно приберегают лишь для семьи и лучших друзей.

Да, мне вряд ли придет в голову обсуждать с ними радость от того, как я улыбалась пациенту, но мы реально поддерживаем друг друга тысячами других способов. Никогда не забуду, как хлопнула дверью, выйдя из кабинета после особенно сложной и нервной беседы с семьей пациента, – и увидела старшего врача, который поджидал меня с чашкой кофе и пирожным в руках. Он сказал мне: «Это тебе пригодится», – и принял на себя очередной вызов моего пейджера, чтобы я успела хоть чуть-чуть успокоиться. Кто как, а я для своего же блага стараюсь не забивать себе голову горестными и травмирующими событиями, предпочитая им воспоминания о поддержке и доброте моих коллег.

Многие полагают, что с большинством пациентов я выстраиваю некие особые отношения, чтобы потом использовать их симпатию в интересах лечения. Но, за редким исключением, то, что происходит между врачом и пациентом в реанимации, вряд ли можно называть «отношениями» в полном смысле этого слова. Очень трудно кому-то объяснить, как много может значить в твоей жизни судьба пациента,

которого ты совершенно не знаешь как человека. Иногда пациенты возвращаются в реанимацию просто с визитом, чтобы вновь увидеть место, где все это с ними случилось. Огромная радость – оторвавшись от работы, вдруг увидеть где-нибудь в коридоре своего бывшего пациента, который теперь выглядит так здорово, что сразу и не узнать. Эта радость вырывается из моей груди теплой волной, превращаясь в улыбку у меня на губах. И тем не менее частенько при этой встрече мне приходится знакомиться с ними впервые. Я приветствую их как лучшее событие дня, даже если они понятия не имеют, кто я. Многие из таких пациентов никогда не узнают, сколько раз я склонялась над ними, о чем говорила от их имени с окружающими или как долго старалась сделать все, чтобы им помочь.

Хорошо помню вопли ужаса, которые издавала одна несчастная на койке в реанимации. Она завывала, как банши,^[10] от душевных мук и отчаяния, потому что ослабла настолько, что больше не могла сглатывать собственную слюну. Что говорить, для злости, криков и воя у нее были все основания. Удивительно, что другие пациенты в ее состоянии не делают то же самое. Эта молодая женщина имела полное право проклинать мироздание за все, что оно сотворило с ней, и в то же время горячо молить, чтобы ей позволили снова стать его частью. В ночь, когда это началось, ее потусторонний вой растекался по всему отделению. Он затапливал все уголки моего мозга, и я приходила в ужас, но вовсе не от того, что испытывала то же самое. При всем сочувствии к ней я, конечно, даже представить себе не могла адской бездны ее отчаяния. Мой ужас проистекал из ощущения, будто я – некий страж, одна из ее мучителей. Одна часть меня не желала этого слышать потому, что я не могла избавить ее от страданий; другая же часть меня просто не желала этого слышать, и все. В конце концов ее успокоила медсестра, которая достала из кармана ароматизированный крем для рук и медленно растерла ей обе кисти.

А несколько месяцев спустя я бежала через приемный покой в неотложку, как вдруг та же самая медсестра окликнула меня:

– Ну что же вы, так и пройдет мимо?

Я остановилась, обернулась. И увидела молодую улыбающуюся женщину, которую держал за руку малыш, едва научившийся ходить. Она стояла передо мной, мать с ребенком, и лишь через несколько секунд я узнала в ней ту пациентку, которой я так долго занималась.

Пускай она едва запомнила меня как часть своего «путешествия», не важно. Почти всю нашу помощь она получала не в том состоянии, чтобы помнить вообще что-либо. Это не умаляло моей радости ее видеть.

Общение, которое я «разделяю» со своим пациентом, сам пациент зачастую вообще не разделяет со мной. Мое рабочее время состоит из несметного числа контактов и порождает целый ворох воспоминаний, которые просто не могут возникнуть в сознании другого человека. Часто эти воспоминания существуют только у меня в голове, и поскольку я ограничена только своей реальностью, я не могу сказать точно, во что именно они превратятся или что вообще означают. Поэтому я просто представилась этой женщине и сказала, что она замечательно выглядит. А потом собрала всю радость, которая так неожиданно попалась этим утром у меня на пути, и проносила ее в себе до конца дня. Да, то была радость – и облегчение от того, что я получила еще одно воспоминание, чтобы унять один из тех ее душераздирающих криков.

В стихотворении «У колокола цель спрошу» Эмили Дикинсон написала: «И пусть звенят колокола: “Душа взлетела в небо”»^[11]. Пожалуй, я по работе слишком часто встречаюсь со смертью, чтобы верить в банальные обобщения. Я понимаю, что для них тоже должно быть место, что у людей существует потребность находить во всем высший смысл, но в целом никакие религиозные категории меня давно уже ни в чем не убеждают. И все-таки независимо от того, верите вы в Небеса или нет, смерть – это событие, связанное с нашим бытием так же, как и сама жизнь. Событие, которое не вычеркнуть из жизни как нечто не заслуживающее внимания до последнего вздоха и не замести под ковер. Если говорить совсем просто: хочешь жить – придется умереть.

К одним из нас смерть приходит внезапно, жестоко, без всякого смысла или причины. К другим – после долгих лет жизни; такую смерть мы можем назвать естественной. К третьим – как что-нибудь между этими двумя крайностями. Но каким бы ни был ее сценарий, смерть – огромная часть моей работы, и я полагаю, с моей стороны было бы весьма непрактичным, если бы я не пыталась находить радость в работе на позитив с умирающими так же, как с

выживающими. По-моему, чтобы находить радость в смерти, вера в существование высшего разума не требуется.

Находить же радость в уходе за умирающим – значит помочь ему встретить смерть с гордо поднятой головой. Нельзя встречать смерть, высовывая нос из-под подушки. Нельзя пытаться ее избежать, потому что смерть не ждет, – и ей совершенно все равно, если ты упустил свой шанс оценить ее приход по достоинству. Диане было за восемьдесят, и в реанимации она лежала уже почти неделю. Пациентка страдала ишемической болезнью сердца, в больницу ее доставили с прогрессирующей стенокардией^[12]. В итоге развился инфаркт миокарда, и единственным ее шансом на относительно недолгое выживание было целевое лечение с неинвазивной легочной вентиляцией. Я пронаблюдала за Дианой уже две ночные смены подряд, но, как ни жаль, реальных улучшений у нее не заметила. Теперь же, на третью ночь, она понемногу начала жаловаться на то, что ей становится хуже.

Диана лежала, обливаясь потом под маской для неинвазивной вентиляции, ее возбуждение то нарастало, то спадало. Из-под такой маски довольно трудно разглядеть лицо того, кто следит за тобой; эта маска словно заслоняет от тебя весь мир. Та смена выдалась очень тяжелой, меня постоянно куда-нибудь вызывали. Сестра-сиделка Дианы видела, что пациентка медленно угасает, и каждый раз, когда я проходила мимо, показывала мне результаты измерений кровяного давления, на которые я отвечала примерно так: «Она уже на пределе всего, что мы можем. Начнем реально ее терять – тогда и решим, что дальше».

Ночь продолжалась. Очередной вызов, очередная остановка по пути, чтобы проверить, сколько Диане еще осталось до края обрыва. К пяти утра сестра начала замечать на кардиомониторе Дианы пробежки нарушений ритма. Она показала мне результаты очередных измерений и многозначительным взглядом дала понять, что пора готовиться к неизбежному. Я позвонила дежурному врачу, и он согласился с тем, что мы сделали для спасения Дианы все возможное, но теперь, увы, пора приглашать ее близких. Я оставила сестру звонить семье пациентки и поспешила на очередной вызов. А когда вернулась, семья Дианы уже бодрствовала вокруг ее постели, но я прошла мимо, опустив голову, поскольку торопилась к следующему пациенту.

Перехватив взгляд сестры, я показала на свой пейджер и сказала: «Простите – пять минут!» Она выразительно закатила глаза.

По пути к следующему пациенту я думала о том, как мне лучше рассказать Диане о том, что ее ожидает. В целом я не чувствую себя неловко, если приходится говорить о смерти, но некоторые моменты в таких беседах все же не могут не удручать. Сообщение близким о неизбежной смерти дорогих им людей может превратиться в рутину; и даже диалоги с пациентами о том, какую помощь они хотели бы получить напоследок, если таковые ведутся за несколько недель или месяцев до предполагаемой смерти, редко выбивают меня из седла. Но беседовать с ними о том же самом за день, а то и за час до исхода – дело совершенно другое.

Для Дианы выбор был невелик.

Вариант 1. Признать, что неинвазивная вентиляция больше не помогает, но все-таки продолжать ее еще несколько часов, понимая, что, скорее всего, пациентка скончается в маске, плотно прижатой к лицу.

Вариант 2. Снять маску, зная, что без нее женщина умрет очень быстро – возможно, уже через пару минут.

Я гадала, смогу ли оправдаться перед собой, если так и пробегаю по вызовам, не подходя к Диане, оставшиеся три часа до утренней смены. Но список моих вызовов иссяк, и дел, которые я могла бы счесть «более важными», уже не осталось. Я встретила с семьей и объяснила им, что предпринятая стратегия лечения себя исчерпала, и я собираюсь предложить Диане на выбор варианты дальнейших действий. Я знала, что сказать это ей будет правильно, но *как именно* сказать – понимала довольно смутно. Как вы обычно говорите кому-то, что сейчас он умрет и с этим ничего не поделать?

Я присела поговорить с Дианой, чувствуя пристальные взгляды всех ее близких у себя на спине. Она захотела, чтобы они остались. В целом такому важному и щекотливому разговору инвазивная маска только мешает. Единственный позитивный момент, как я тогда заметила, заключается в том, что эта маска вынуждает тебя наклоняться к пациенту как можно ближе, чтобы вы могли расслышать друг друга сквозь шум машины и пластик, скрывающий от

тебя почти все лицо собеседника. Поэтому я придвинулась к Диане поближе, навалившись бедром на ее постель, и когда заговорила с ней, все, что было вокруг в палате, перестало для меня существовать.

Люди забывают, что смерть изобрела не я, что это не моя марионетка.

Диана пожелала, чтобы маску сняли, но уточнила, не придется ли ради этого увозить ее отсюда куда-то еще. Я сказала, что нет, она останется с нами. Она спросила, будет ли больно, и я ответила, что мы обеспечим ей полный комфорт, что все кончится очень быстро и что ее муж и дети не отойдут от нее ни на шаг. Когда наша беседа закончилась и я повернулась к семье и сестре-сиделке, все они плакали. Я и правда совсем забыла, что они по-прежнему здесь.

Семья пообщалась с Дианой несколько минут, а потом ее маску сняли. Когда медсестра коснулась лямок на ее шее, меня вдруг охватило неприятное чувство, будто ответственность за смерть этой женщины лежит на мне. Рассуждая рационально, я понимаю, что смерть пришла к Диане, когда это было естественно для нее – не я же решила, что ей пора умирать! Но в тот миг меня угнетало осознание того, что умрет Диана только однажды, и то, как все сложится в эти минуты, останется с ее семьей навсегда.

Как врач я порой прихожу в отчаяние, если мне кажется, будто люди забывают, что смерть изобрела не я, что это не моя марионетка. Но потом на меня обрушился другой вопрос: а вдруг я поступаю неправильно?

А затем маску сняли, и лицо Дианы просияло. Она широко улыбнулась мне и произнесла четыре слова, которые останутся со мной навсегда: – Ах, какое же облегчение...

Никогда еще «облегчение» не звучало для меня так многозначительно.

Она попросила пить; я налила в пластиковую поилку воды и передала ее мужу, чтобы он сам мог вставить ей в губы соломинку. Затем я ушла.

Умерла она через пять минут.

«Ах, какое же облегчение...» Слова эти были сказаны не для меня, но именно за них я безмерно ей благодарна. В тот момент они подарили мне радость. Радость – и право гордиться тем, что в

последние минуты ее жизни мы дали ей шанс испытать нечто прямо противоположное страданию и боли.

Заступила дневная смена. Когда мы передавали им списки пациентов, никто не удивился, что Диана умерла. Перед уходом я поблагодарила медсестру за то, что та помогла мне все сделать правильно. Я села в машину и поехала домой. А когда, с затуманенным взором, все-таки затормозила на красный свет, – поблагодарила еще и Диану.

Возможно, вам покажется, что некоторые из этих примеров – случаи печальные, к которым я тщетно пытаюсь привязать свою радость, ведь обычно их помещают в разряд воспоминаний о страданиях и горе. Но если бы я устроила в своем доме гостиную только для тех, кто не испытал в жизни ни боли, ни травм, – боюсь, мне пришлось бы долго ждать гостей. Реаниматология занимается многими вещами, но она не способна победить смерть – и имеет мало общего с чудесами.

Я также не верю, что самые больные люди, которых я встречаю на своей работе, днем и ночью лелеют какие-то несбыточные мечты. Сильно сомневаюсь, что, разглядывая квадратики потолка в палате реанимации, они мечтают стать астронавтами или исследователями. Или, сжимая руку своей жены, думают: «Надеюсь, мы выиграем в лотерею и разбогатеем». Возможно, я ошибаюсь, но мне кажется, большинство из них просто мечтает вернуться к обычной жизни. К тому, что мы изо дня в день считаем само собой разумеющимся: к способности самостоятельно дышать, вылезать из постели, ходить в туалет или принимать ванну. Проглатывать пищу и выбирать, чем сегодня позавтракать. Выходить на своих ногах в окружающий мир, любоваться его красотой или жаловаться на погоду – лишь бы у них был этот выбор.

Особое удовольствие я испытываю от ухода за реципиентами донорских органов при трансплантации. Однажды в новогоднюю ночь я беседовала с женщиной, которой только что пересадили сердце и легкие. Из всех моих пациентов она единственная не спала, когда зазвонили праздничные колокола. Мы принесли ей апельсиновый сок, разлитый в пластиковые фужеры для шампанского, и когда чокнулись, я спросила ее, каково это – жить с новыми легкими.

Она, похоже, не ожидала такого вопроса, но, помолчав секунду-другую, ответила, что давно забыла, что значит дышать полной грудью. Я спросила, куда бы ей больше всего хотелось поехать, как только она выберется отсюда. И в который раз удивилась тому, что, когда бы я ни задавала этот вопрос, еще никто не рассказывал мне о каких-то несбыточных амбициях или безумных фантазиях.

— Не знаю, — ответила она. — Я так долго жила одним днем...

— Я спрашиваю лишь о том, где вам сейчас хотелось бы оказаться, — не сдавалась я.

Тогда, подумав еще немного, она сказала, что, пожалуй, хотела бы съездить на пляж. «Даже если там холодно, — добавила она. — Было бы здорово оказаться снаружи».

В медицине человек лицом к лицу сталкивается с императивом, напоминающим, что в этом мире крайне редко встречаются магия и чудеса. И даже справедливость сюда заглядывает нечасто. Как врач с семилетним стажем, я, наверное, уже могу позволить себе быть циничнее многих; я могу быть безжалостно циничной, это мой механизм самосохранения. Но, несмотря на все мои попытки оставаться беспристрастной, я все же выбираю такие истории, из которых можно извлечь немного волшебства. И держусь за них, поскольку тоже верю и не стыжусь признаться, что цинизм — не единственный способ продержаться на плаву хотя бы еще один день.

Было шесть утра, начиналась последняя из долгих смен моей пятидневки. Дежурный консультант, курировавший в тот день мои вызовы, отличался странной манерой постоянно намекать, как он мной недоволен. Всю смену я только и разочаровывалась в себе. Что бы я ни делала, в его глазах все выглядело неправильным, и меня обуревали горькие сомнения в том, что я вообще подхожу на роль врача, тем более такой специальности.

Позвонил старший врач и вызвал меня в приемный покой осмотреть пациента с сепсисом, возраст далеко за семьдесят. Джордж был очень активен для своих лет, работал на полной ставке в волонтерской организации и прибыл в больницу в сопровождении дочери, которая пела в хоре местной общины. Исходя из результатов обычного медосмотра и истории его болезни, я принялась объяснять им обоим, что такое сепсис. Предположив, что им, вероятно, уже знакомо это слово из телевизора или какой-нибудь рекламной

кампании. Когда же они дали понять, что ничего об этом не знают, я рассказала, что при сепсисе на инфекцию реагирует не только зараженный участок тела, но и весь организм в целом. Кровяное давление падает, и хотя иногда введение жидкостей временно помогает, неразумно вводить пациенту жидкости внутривенно, поскольку это порождает много побочных эффектов.

Дочь Джорджа посмотрела на отца с суровой нежностью и отрезала: «Значит, завтра ты не пойдешь на свою суперважную встречу – я не могу больше слушать о ней. Это ведь так, *доктор?*» За все эти годы я уже привыкла к тому, что люди называют меня «доктор», когда хотят, чтобы я с ними согласилась.

Я согласилась – и пояснила, что да, нам лучше отправиться в отделение интенсивной терапии и ввести ее отцу центральный венозный катетер для поддержания артериального давления, поскольку сейчас оно такое низкое, что он не может помочиться уже несколько часов^[13].

Как я и ожидала, все это не вызвало у Джорджа большого энтузиазма, но дочь снова ударила в колокола, пытаясь поднять его боевой дух, и напомнила, что ее хор выступает с концертом уже через пару недель.

– Прекрати, папа! – сказала она. – На следующем концерте я исполняю «Бойцовскую песню»! Ты обещал, что придешь, так что давай поправляйся поскорее!

Наверное, я еще пожалею о том, что тут же призналась им: «Бойцовская песня» («Fight Song») установлена звонком будильника в моем телефоне, она будит меня по утрам. Для тех, кто не в курсе, – эту песню сочинили певица Рэйчел Плэттен и поэт-песенник Дэйв Бассетт, а припев ее звучит так: *«Это моя бойцовская песня... И мне все равно, если кто-то не верит, потому что во мне еще много борьбы»*. Сей постыдный факт я поведала Джорджу и его дочери – и не успела оглянуться, как мы уже горланили, все втроем, припев «Бойцовской песни» в палате приемного покоя.

Манжета измерителя давления Джорджа снова зажужжала и показала девяносто на семьдесят. Я улыбнулась про себя и, понимая всю курьезность ситуации, подумала, что излечение сепсиса может пойти успешнее благодаря припеву этой замечательной песни.

Я покинула приемный покой, чтобы подготовить для Джорджа койку, и по дороге назад гадала, что бы сказал мой брызга-консультант, узнай он про мои спонтанные вокальные упражнения и нетрадиционные способы лечения гипотонии. Я поняла, что мне все равно. В конце концов, это и есть моя «Бойцовская песня».

Я не часто пою на работе, но однажды пересекла наш зал ожидания, мурлыча «Хей-хо» из «Белоснежки и семи гномов», и еще я никогда не забуду то лето, когда бесконечная строчка из «We Wish You a Merry Christmas» в исполнении одной моей пациентки застряла у меня в мозгу на весь август.

«Помогите, помогите, помогите! И принесите фиговый пудинг!»^[14] – полупела-полузавывала Роза на койке в своем боксе. Снова и снова. День за днем. Поначалу я металась вокруг, пытаюсь понять, что конкретно ее беспокоит. Потом привыкла. Ее призывы начали проплывать в моем сознании как саундтрек блокбастера моих трудовых будней.

В геронтологию Роза поступила, прежде всего, из-за гнойной язвы на ноге. Сама инфекция не требовала длительного лечения, но вскоре возникли психиатрические проблемы, и ее пребывание у нас растянулось на неопределенный срок. Я же являлась желторотым врачом-новобранцем – то была первая больница в моей карьере. Если не брать в расчет гнойную инфекцию, никто не знал, что конкретно с Розой не так: тяжелая форма деменции, подозрение на глубокую депрессию, поведенческие расстройства, агрессивность. Мы ставили ей диагноз за диагнозом, пока жизнь этой пенсионерки из среднего класса таяла у нас на глазах.

До пенсии Роза работала бухгалтером; теперь ее муж едва узнавал ее – да по правде говоря, мы и сами не могли понять, что именно с ней творится.

Мы обсудили ее состояние на общепольничном собрании, где было решено перевести ее в психиатрическую клинику для престарелых. Но таких клиник было мало, и все они располагались далеко, так что Роза в ожидании места провела у нас еще месяц. Иногда она кричала. Иногда молча смотрела в потолок, игнорируя любые мои вопросы. А иногда притворялась, что умерла, дожидаясь момента, когда я наклонюсь к ее уху спросить, как дела, – и в точно рассчитанный миг издавала такой оглушительный рев, что меня подбрасывало к потолку.

Попытки заговорить с ней терпели фиаско. Любые слова, обращенные к ней, разбивались о кафель больничного пола.

Однажды, неделе на восьмой ее пребывания с нами, я выходила из ее бокса часов в пять вечера.

– До завтра, Роза, – привычно сказала я, но тут же застыла как вкопанная. Я услышала, как она произнесла мое имя (неужели она знала его?), а следом еще три слова:

– Мне так одиноко.

Не поверив своим ушам, я бросилась к ней.

– Простите... Вы хотите поговорить?

Но она не хотела.

– Мы можем почитать книгу. Или лучше газету?

И тут она попросила кроссворд.

Восемь долгих недель мы выворачивались наизнанку, придумывая, что можно сделать для Розы. Мыли ее, переодевали, кормили. Давали ей антибиотики и антипсихотики. Вставляли в вены катетеры, собирали кровь и мочу для анализов. Советовались с психиатрами, неврологами и геронтологами. Мы так хотели помочь ей, но все наши старания не увенчались успехом. От самой Розы мы не слышали ни единой просьбы, – но вот теперь она попросила у меня кроссворд, и я готова была пройти по углям, чтобы найти его. Я выскочила из ее бокса так стремительно, словно искала тележку для пациента с сердечным приступом. И, ворвавшись в комнату отдыха с криком «Мне нужен кроссворд!», стала рыться в стопке журналов.

Медсестры, столпившись в коридоре, озадаченно наблюдали за мной в окошко. Я же чувствовала себя героиней из «Пробуждений» Оливера Сакса: что угодно, лишь бы совершить чудо и помочь вдруг ожившему старику. Когда же я наконец вернулась к постели Розы – оказалось, что она может отгадать каждое слово из того кроссворда. Мне оставалось только за ней записывать. Я зависла в ее боксе еще часа на два, и мы болтали о том о сем – так, словно за все эти месяцы между нами не случилось ничего необычного.

На следующее утро я вошла к ней с нехорошим предчувствием.

– Доброе утро, Роза.

Но Роза не отозвалась. И даже не шелохнулась, чтобы посмотреть в мою сторону. Никакого контакта между нами не произошло больше ни разу. Через пару недель ее увезли от нас в клинику для престарелых.

Кем бы эта женщина ни была, она так и осталась запертой в самой себе изнутри.

Порой именно это воспоминание кажется мне самым волнующим, самым радостным – и в то же время самым печальным из всей моей практики. Не могу подобрать ему точного определения, но вкус его, пожалуй, напоминает сладкую горечь. Каждый раз, вспоминая Розу, я прокручиваю в памяти день, когда мы с ней разгадывали кроссворд, – и пускай ненадолго, но позволяю себе поверить в то, что маленькие чудеса иногда случаются.

Порой именно это воспоминание кажется мне самым волнующим, самым радостным – и в то же время самым печальным из всей моей практики. Не могу подобрать ему точного определения, но вкус его, пожалуй, напоминает сладкую горечь.

Дочитав до этих пор, вы уже знаете, что сам характер моей работы подчас заставляет меня играть роль «гонца, приносящего дурные вести». Как ни жаль, «приносить добрые вести» мне доводится намного реже, и это не требует никакой специальной подготовки, ведь хорошую новость очень трудно рассказать плохо, если только не приходится врать. По-настоящему хорошая новость сама подает себя в нужном виде. Это вовсе не означает, что хороших новостей в реанимации не бывает; просто в их случае все происходит медленно – один день «относительного улучшения» за другим сравнительно таким же, и когда наступает выздоровление, никому не приходит в голову кричать о нем на каждом углу. Уильям Батлер Йейтс, мечтая попасть на озерный остров Иннисфри, отмечал, что там «покой нисходит каплями в траву». Именно так, в основном, и происходят хорошие события в реанимации: капля за каплей крошечных удач и триумфов.

Моей младшей сестренке-первоклашке в ежегодном рождественском спектакле досталась роль архангела Гавриила. Она стояла на сцене и с победоносным видом провозглашала: «Не бойтесь! Я несу вам добрую весть!» Мне же самой в пять лет дали роль намного скромнее, без слов. Хотя через много лет меня все-таки удостоили роли не хуже архангела, и тоже на Рождество. Я прекрасно осознаю, что любая рождественская история звучит слишком слащаво и не вызывает большого доверия, но моя следующая история случилась взаправду, и мне нравится думать о ней как о способе, которым

Мироздание посоветовало мне придержать свой буйно расцветающий цинизм.

В то Рождество я не ждала никаких чудес. Жизненный опыт подсказывал мне, что какие бы законы ни управляли этой планетой, наши праздники им совершенно неинтересны. В два часа пополудни, в Рождественский сочельник, к нам доставили женщину шестидесяти лет. Сердечный приступ сразил ее в торговом центре. Прямо скажем, не худшее место для сердечных приступов: среди покупателей тут же нашлась медсестра, которая воспользовалась имевшимся в торговом центре дефибриллятором, но главное – на тот момент пульс у бедняжки еще прощупывался. В реанимацию ее привезли уже с нормально бьющимся сердцем, и все, что нам оставалось, – это настроить процесс ее стабилизации и оказать постинфарктную помощь. Вскоре прибыла ее семья – сын, невестка и десятилетний внук. Пока мы все находились в приемном покое, привезли еще одного пациента с сердечным приступом. Извинившись, я отошла к соседней койке за тонкой шторкой, чтобы помочь команде принять новенького – истощенного мужчину, которому только что исполнилось сорок. У него были темно-русые волосы, густые усы и борода, ввалившиеся щеки и запавшие виски. Глаза были слишком огромны для такого усохшего лица, ребра выпирали. Особо циничный шутник сравнил бы его со снятым с креста Иисусом. Умер он почти сразу после прибытия. Когда я вернулась к семье, сын спросил: «Тот парень не выжил, так ведь?»

Застигнутая врасплох, я не нашла что ответить. К счастью, жена его тут же вставила: «Милый, доктор не может о таком говорить!» Они знали, что бедняга умер. Но не знали, что он был ровно на двадцать лет моложе их родственницы, оживавшей сейчас перед нами.

Дежурный консультант велел мне попытаться привести пациентку в чувство и извлечь трубку из ее горла, пока не закончилась моя смена, и ее сын спросил, нельзя ли им при этом присутствовать. Я прочла им привычную мантру о том, что в большинстве случаев пациенты «просыпаются» не так красиво, как это показывают по телевизору. Что их любимая мать и свекровь, скорее всего, сильно возбудится, начнет закусывать трубку или кашлять с ней во рту, а поначалу может даже не узнать их в лицо. Но они настаивали, и я решила, что если они

предупреждены, а мне и самой с ними спокойнее, я просто продолжу свою работу.

Когда пациентка окончательно очнулась, я вытащила из нее трубку – и заметила, как все они содрогнулись. А потом отвернулись, когда я отсасывала мокроту из ее горла. Она же пришла в страшное возбуждение. Я ждала, когда это пройдет, но она все не успокаивалась.

Эта рослая женщина извивалась на тележке, точно расшвырянный медведь. Она нервно ощупывала себя, то и дело порываясь прыгнуть на пол. Мы перевезли ее в реанимацию, но ничто из нашего арсенала не помогло ее успокоить, и уже перед самым уходом со смены мы решили снова ее усыпить и подключить к аппарату для искусственной вентиляции легких на ночь. Ее семья уехала подавленной, внук заливался слезами. И все это – в ночь перед Рождеством.

На следующее утро я первым делом попросила сестру прекратить седацию и пошутила: желаю, мол, чтобы все мое счастье на Рождество перешло к этой женщине и она как можно скорее очнулась радостной и красивой. Когда же в 10:30 утра наступившего Рождества я подошла к ее койке, она уже сидела в постели и беседовала с медсестрой.

Семья примчалась через полчаса. «Ну, как она?» – спросил сын, сжимая руку жены. Внук маячил за их спинами.

– Ну... – ответила я. – Когда мы с ней виделись в последний раз, она пила свой утренний чай.

– Вы шутите, да?! – воскликнул внук.

– Нисколько! – заверила я. – О таких вещах я не шучу никогда.

Я стояла и смотрела, как на их лицах проступало осознание этой чудесной новости, а потом – как они убегали по коридору в отделение реанимации, где их мама и бабушка сидела в постели, выпрямив спину, утром наступившего Рождества.

Хочу подчеркнуть: в том, что она выжила, не было никакого чуда. Ее пульс не пропал ни на минуту, ей сразу же провели дефибрилляцию, и сама она, абстрагируясь от ее приступа, была абсолютно здорова. Положительный исход был предсказуем – и лишь демонстрировал, чего можно достичь благодаря портативному дефибриллятору и людям, готовым оказать вам первую помощь.

Чудо этой истории совсем не в этом. Пока я смотрела, как семья этой женщины бежит к ней, моя собственная семья оставалась за

сотни миль от меня. В то Рождество я не могла ни поехать в родительский дом, ни даже просто побыть с кем-то близким, и вечером после смены меня ждала лишь моя пустая квартира. Но тем не менее я стояла в больничном коридоре, и счастья, сошедшего на меня в ту минуту, – счастья куда большего, чем я ожидала, – мне хватило потом на весь рабочий день. Их радость заполнила меня, как прекрасный подарок, который полагалось забрать домой. Так какому же цинику придет в голову осуждать того, кто сочтет эту часть моей истории настоящим рождественским чудом?

Мне? Боюсь, я для этого слишком чувствительна.

Отрешенность

...Отрешены от отрешенья отрешеньем.

Томас Элиот. Четыре квартета

Проверка пульса —
асистолия.
Адреналин,
компрессии.
Проверка пульса —
асистолия.
Адреналин,
компрессии.
Проверка пульса —
асистолия.
Адреналин,
компрессии.

Молодой человек сунул голову в петлю — и был доставлен к нам в реанимацию с сердечным приступом. Его близкие виделись с ним за несколько часов до того, как он был обнаружен. И вот теперь он лежит передо мной на реанимационной тележке — с налитыми кровью глазами, следами от веревки на шее и командой галдящих вокруг него кардиологов. Мощного сложения, он хорошо выдерживает силу и глубину компрессий, от которых его грудь то вздымается, то опадает.

В какой-то момент при взгляде на это крепкое, мускулистое тело я ловлю себя на мысли о том, какой резкий контраст составляет его внешний вид с бездонным отчаянием, затопившим его изнутри. Но затем вспоминаю, что именно такого рода мысли и мешают огромному числу мужчин вовремя попросить о помощи, так что лучше бы я вообще об этом не думала. Глядя на него, я вспоминаю строчки незабвенной Стиви Смит:

*Никто не услышал его мольбы,
А он, уже мертвый, тянул:
Заплыл я подальше, чем думали вы,
Но не махал, а тонул...»^[15]*

А дальше фокусируюсь на мониторе:

Проверка пульса —
асистолия.
Адреналин, компрессии.
Проверка пульса —
асистолия.
Адреналин, компрессии.
Проверка пульса —
асистолия.
Адреналин,
компрессии.

Асистолия — это то, что нам показывают в кино или по телевизору как «ровную линию на больничных мониторах». В реальности же она никогда не ровная: она всегда хоть немного волнистая, свидетельствующая о том, что сердце пациента на данный момент не выполняет свою работу. С экрана телевизора доносится: *бип, бип, бип, бип, биииииииип* — и затем, как правило, тишина. Настоящие же реаниматологи в эти секунды слышат голос руководителя бригады, который говорит: «Так, ребята, теперь еще раз, и если снова асистолия, тогда остановимся. Все согласны?» И несогласных обычно не находится.

Происходит фибрилляция желудочков. Мышечные волокна миокарда пациента сокращаются асинхронно и не обеспечивают эффективного кровообращения, но, подключив немного электричества, мы берем ситуацию под контроль:

Шок,
компрессии.
Проверка пульса,
фибрилляция.
Шок,

компрессии.
Проверка пульса,
фибрилляция.
Шок.
Адреналин, компрессии.
Проверка пульса...

Пульс!
Ты уверена?
Ну да, я чувствую, вот здесь – под пальцами на его шее.
Пульс.

Несколько «поэтических строк» СЛР – и сердце забилося. В эти минуты мое внимание даже не фокусируется на жизни, которую я пытаюсь спасти, вовсе нет. Я стискиваю кислородную подушку, наблюдаю за теми, кто давит на грудную клетку, считаю время для проверки пульса и спрашиваю, дали ли очередной адреналин и сколько циклов вообще мы уже проделали.

В колледже нас учат, снова и снова, выполнять сердечно-легочную реанимацию на пластмассовой кукле. Шаги этого танца мы повторяем все вместе, и у тебя лично нет времени слишком долго раздумывать, когда приходит твой черед. Идеальная частота компрессий – 100 раз в минуту; когда я только начала изучать СЛР, нам сказали: убедиться в том, что ты задал правильный ритм, можно с помощью песни. Я решила использовать «Слониху Нелли»^[16]:

*Нелли-слониха свернула свой хобот
И сказала цирку «прощай».
Скоро, скоро затих ее топот:
Топ-топ-топ-топ, не скучай...*

Я повторяю это про себя всю первую дюжину компрессий, проверяя, выдерживается ли правильный ритм. Если процедуру выполняет студент или врач-новичок, которые еще не привыкли к компрессии в реальной жизни и делают это слишком быстро или слишком медленно, я напеваю это для них тихонько, но вслух, пока они не настроятся на нужную скорость. Тогда я говорю им, что они молодцы, все отлично, еще минута, еще тридцать секунд, так держать,

еще десять секунд. Вы не поверите, сколько сил и нервов может отнять у вас двухминутный непрямой массаж сердца.

Сама песенка может показаться неподобающей по настроению для такой ситуации, но ее задача – помочь убедиться в том, что пациент получает сто компрессий в минуту. Думать о ней не следует: когда чье-то сердце остановилось, любая лишняя мысль только отвлекает от главного. А главное сейчас одно: станцевать этот танец без помарок.

Наконец, пульс молодого человека возвращается, и пока мы готовимся к постреанимационной обработке, наступает короткая передышка; напряжение спадает. Меня часто спрашивают, как я справляюсь с эмоциональным прессингом в таких ситуациях. Недавно под конец тринадцатичасовой смены нам пришлось реанимировать годовалого малыша, чье сердце остановилось в ходе срочной интубации. Когда мои друзья говорят: «Не представляю, как ты это делаешь», я отвечаю им просто: меня для этого готовили. Всех нас специально тренируют для того, чтобы в такие минуты мы действовали методично. Я не говорю им, что при этом никто не готовит нас к тому, что произойдет дальше. И к мыслям, которые лезут в голову, когда все закончилось.

Такая передышка чаще всего незаметна никому вокруг, но для нас это – единственная возможность расслабиться. Мое сознание включается, и я начинаю представлять себя на месте пациента. Теперь уже ничто не мешает мне вообразить, какой страшной должна быть печаль, побудившая его сунуть голову в петлю вместо того, чтобы жить дальше. Я гляжу на его лицо и гадаю, не может ли он каким-то неведомым образом видеть склонившуюся над ним незнакомку с волосами, собранными в хвост на затылке, в голубом медицинском халате и сине-голубых брюках, светящую фонариком в его застывшие расширенные зрачки. Возможно, раньше мы даже пересекались с ним где-то на улице.

Крайне важно осознавать, что перезапустить человеку сердце – не значит перезапустить его жизнь. Когда сердце молодое и здоровое, я обычно уже не удивляюсь, что сердечная мышца наконец сокращается, расслабляется и начинает биться заново. Вернется пациент к жизни или нет – по большому счету, зависит от того, получал ли его мозг достаточно кислорода, пока ждал восстановления циркуляции. За время, потраченное на то, чтобы семья обнаружила этого бедолагу,

парамедики вынули его из петли, реанимировали, привезли к нам, и мы наконец почувствовали его пульс под нашими пальцами на артерии у него в паху, мозг пациента не получал достаточно кислорода. Томография его мозга показала, что в летальном исходе можно не сомневаться. Я знала: скоро нам придется констатировать его смерть, но всему свое время, и вперед забегать не следует. Собрав его близких, я объявила, что хороших новостей у меня для них нет, но мы постараемся поддерживать его состояние стабильным в течение дня, а затем проверим, будет ли его мозг еще функционировать. И если работа мозга не подтвердится, это будет равнозначно констатации его смерти. Я объяснила им, что такой исход, скорее всего, неизбежен.

– Но вы думаете, он еще может очнуться?

– Скажу вам честно: нет, я так не думаю.

Время шло, и через пару часов брат пациента подошел ко мне и спросил, нет ли каких-нибудь улучшений. Я ответила «нет» и повторила: похоже на то, что пациент уже не очнется. Он сказал: «Я знаю, о чем вы, просто пытаюсь помочь им в это поверить», – и мотнул головой в сторону постели, над которой стояли его мать и еще один брат. Я же ответила, что они будут вынуждены поверить в назначенный час. А пока у них есть время, чтобы хоть немного отрешиться; разве не это им сейчас нужнее всего?

Когда я наблюдаю со стороны за семьей, которая остается у постели больного, даже когда им сказали, что их корабль тонет, я знаю: они – настоящие храбрецы.

Отрешение – то, к чему мы порой вынуждены прибегать, когда приходится долго ждать чего-нибудь неизбежного; и я не считаю это чем-то трусливым или неправильным. Музыканты на «Титанике» продолжали играть, даже когда стало ясно, что судно тонет. Три скрипки, три виолончели, контрабас и пианино играли свою музыку, не останавливаясь, посреди всего ужаса той ночи. Все восемь музыкантов пошли ко дну вместе с судном, что заставило одного из выживших пассажиров второго класса заметить: «В ту ночь люди совершали много подвигов, но храбрее этих не было никого». Когда я наблюдаю со стороны за семьей, которая остается у постели больного, даже когда им сказали, что их корабль тонет, я знаю: они – настоящие храбрецы.

Помощь, которую отрешение оказывает нам перед лицом неумолимой судьбы, конечно, весьма относительна. Идеального баланса тут достичь крайне сложно, и мне доводилось не раз наблюдать, как родственники умирающего растрачивают бесценные мгновения из-за того, что отказываются встретиться суровой реальностью лицом к лицу. Такие родственники, как правило, считают чуть ли не своим долгом сообщить мне, что *их* умирающий всегда был «настоящим борцом». Никто никогда не подходил ко мне со словами: «Знаете, вообще-то он по жизни был пацифистом. И немножко лентяем, который никогда ни за что не боролся по-настоящему». Трудно сказать, кого они пытаются убедить – меня или себя, но дело тут, скорее всего, в их собственной надежде. Концепция вечной борьбы с чем-нибудь стала девизом, под которым наше общество встречает любые болезни, и я не берусь сосчитать, сколько людей на моей памяти отвлекали себя от реальности именно этой фантазией, даже зная, что смерть их близкого ожидаема и неизбежна.

Однажды «скорая» доставила к нам многодетного отца, которому оставалось жить считанные минуты. Он явно умирал от рака в последней стадии, и одна из его дочерей все повторяла ему, что он должен бороться: «Слышишь, папа, нужно бороться до последнего!» Ее брат доказывал то же самое врачу-консультанту в метре от нас. Консультант отвечал ему, что их отец умирает и что мы постараемся сделать все, чтобы он скончался спокойно и без страданий, но его детям лучше провести последние минуты с ним. Ту же мысль я пыталась втолковать дочери: «Это ваша последняя возможность побыть с отцом; прошу вас, постарайтесь не тратить эти минуты впустую». Говоря это, я все сжимала дыхательный мешок в изголовье у ее отца. А тот умирал – очевидно и быстро, хотя в информации, которую его родственники предоставили парамедикам, зияли большие пробелы. Они не сказали, что он на последней стадии, – вероятно, семья хотела, чтобы у них оставалась хоть какая-то надежда, и потому в приемный покой его закатали в ларингеальной маске и с бьющимся сердцем, но при этом – в глубоком обмороке. Я подключила его к искусственному дыханию, и мы уже на месте начали выяснять все, что можно, о его состоянии. Очень скоро стало понятно, что никакие наши усилия не изменят его судьбу и вентиляцию следует прекратить.

Но тут-то и появилась его семья. Прибыв в наш огромный и такой *беспокойный* приемный покой, они увидели своего отца, который «всегда был борцом по жизни» – и стали требовать, чтобы я не выпускала из рук дыхательный мешок. Я просто обязана давить и давить на него, повторяли они. «Вы же не собираетесь останавливаться, правда?» Весь мир завертелся вокруг мешка Амбу. Я могла бы ответить им: «Собираюсь», – но знала, что к этому они еще не готовы. Консультанту потребовалось целых десять минут, чтобы обратить их внимание на то, что смерть разлита в самом воздухе этого помещения. И когда эти люди вроде бы осознали, где они и что вообще происходит, я посмотрела на консультанта с выражением, говорящим: «Ну как, мне уже можно остановиться?» Пульс давно рухнул до полной асистолии, и мне совершенно не хотелось маячить тут без толку при их прощании с отцом. Консультант кивнул, потому что было пора, и семья даже не заметила, что мои пальцы застыли. Я просто исчезла. Отошла от изголовья тележки и растворилась за шторой.

Люди часто представляют смерть как «старуху с косой». Отрешенность же мы редко персонифицируем или ассоциируем с некой целью, но если представить ее как живое существо, выполняющее конкретную работу, то мы поразимся, насколько это существо трудолюбиво и продуктивно в нашем мире – круглосуточно и без перерывов оно заполняет собой реанимационные отделения.

О трагедиях такого рода люди упоминают, когда хотят оправдать свое желание съесть пирожное или спустить все сбережения на что-нибудь дорогое и ненужное.

Однажды Отрешенность нависла над совсем юной девушкой, которую сбил автомобиль. О трагедиях такого рода люди упоминают, когда хотят оправдать свое желание съесть пирожное или спустить все сбережения на что-нибудь дорогое и ненужное. Они говорят: «Эх, один раз живем, ведь завтра я могу попасть под автобус!» – а окружающие им отвечают: «Ну да, от смерти не зарекаются». Мы говорим об этом легко, не задумываясь, а ведь подобные смерти – тоже наша реальность. Если я мысленно вернусь в тот день и пройду по отделению реанимации, где я работала, список погибших от таких происшествий будет примерно следующим:

прохожего сбил грузовик;
прохожий попал под поезд;
машина врезалась в дерево;
легковушка врезалась в грузовик;
прохожую сбила машина;
велосипедиста сбила машина;
рабочий упал со строительных лесов.

Лишь один из этих людей таким образом свел счеты с жизнью. Все остальные просто спешили по делам и даже не думали о смерти. В этом состоянии пребывает большинство из нас – свою жизнь мы воспринимаем как данность. Не забываем оглядываться по сторонам, переходя через дорогу. Стараемся не превышать лимит скорости, не считая случаев, когда опаздываем или когда дорога пуста. Надеваем ремень безопасности, если только не едем к соседу за пару домов от нас. И вечно откладываем на потом вопросы о донорстве наших органов после смерти.

Когда Отрешенность нависла над девушкой, попавшей под машину, мы сообщили семье пострадавшей, что ее мозг уже мертв. Они же продолжали верить в то, что она еще сможет очнуться. «Ваше дело работать, – сказал нам один из них. – А наше – надеяться». И вся семья у ее постели одобрительно закивала и загудела так, словно отныне это стало их общей стратегией в предстоящей борьбе.

Я слушала это, и желторотая выпускница колледжа внутри меня уже хотела крикнуть: нет, после смерти мозга уже никто никогда не очнется! Их надежда на чудо диктовалась неуместным желанием отрешиться – как от правды о том, что их любимая девочка умерла, так и от согласия на донорство ее органов. И все же мой консультант, который вел разговор, не сказал ничего подобного. Он не стал обрывать беседу и не выказал ни капли разочарования. Вместо этого он терпеливо пересказал им концепцию смерти мозга, а затем добавил, что если суждено свершиться чуду, то чудо свершится – вне зависимости от того, что мы сделаем дальше. Сомневаться же в чудесах не входит в его обязанности.

Гибель головного мозга – уникальный шанс подарить жизнь другим, но тому, кто не может отпустить от себя последние крохи надежды на то, что его любимый человек еще сможет вернуться к

жизни, очень трудно согласиться на донорство органов. Дарение чьей-то жизни другим происходит, когда семья пациента уже извещена о констатации его смерти, но его сердце все еще бьется, а грудная клетка вздымается и опадает под действием аппарата для искусственной вентиляции легких. Доводы о том, что иногда смерть *может* выглядеть и так, мало кого убеждают даже в лучшие времена; когда же ваше любимое чадо лежит навтыжку под аппаратом искусственного дыхания, ваш мозг захлестывают волны надежды, ужаса и скорби. Такие времена «лучшими» точно не назовешь. Мы поговорили с ними о донорстве органов, и хотя пациентка никогда не выражала близким свою волю на этот счет, оказалось, что когда-то ее дедушке пересаживали печень усопшего донора. Но семья все равно сказала «нет», и я с трудом сдержалась, чтобы не упрекнуть их вслух. Меня просто убивало, как эти люди могут быть настолько заиклены на поисках выхода из собственного тупика, что даже не желают подумать о реальной возможности спасти чью-то жизнь.

Позже, когда сердце пациентки остановилось и аппарат отключили, я слышала звуки сдавленных рыданий, и на бумажных шторах проступили тени фигур родственников и тележки, которую они окружили. Я видела боль в их глазах, когда они выходили, один за другим, из отделения, покидая эту девочку-подростка теперь уже навсегда, — и знала, что мне самой еще никогда не приходилось испытывать подобной боли. Наверное, именно эта надежда на чудо и сплавивала их семью, позволяя им сосредоточиться хоть на чем-то позитивном. Моя же заикленность на идее передарить ускользающую жизнь кому-то еще отвлекла меня от единственной реальности их кошмара: у них была дочь, и она умерла.

Любой врач — а точнее, любой профессиональный медработник — постоянно работает в режиме жонглирования несколькими задачами одновременно. Многозадачность характерна не только для нашей профессии, но когда речь идет о жизнях людей, никому не хочется быть жонглером, роняющим шарики. Согласно Книге рекордов Гиннесса, самое долгое жонглирование тремя предметами без единого промаха продолжалось двенадцать часов пять минут. В моей практике случались смены и подольше. К счастью, медики обычно работают в команде, так что если тебе повезет, оброненный тобой шарик

подхватит кто-нибудь еще. В больничных буднях ситуации на грани фола происходят беспрерывно, одна серьезнее другой. Меня, например, от провала нередко спасают уточняющие вопросы медсестер:

– У вас написано «миллиграммы»... Может, вы имели в виду «микрограммы»?

Из-за такой описки доза лекарства вырастает ровно в тысячу раз.

– Вы же не забыли про мистера Пирса, правда? Утром он жаловался на боли в груди...

Конечно, я совершенно забыла. А ведь мистер Пирс поступил к нам с сердечным приступом!

В учебной больнице львиную долю времени происходит столкновение конкурирующих интересов. Мои задачи чаще всего сводятся к тому, чтобы учить других, учиться самой, а также обследовать пациентов, сидящих или лежащих передо мной, держа в голове список всех тех, кого я еще не осматривала. Однажды на втором году работы врачом я обучала двух студентов-медиков, ходивших за мной, как тени, по всему отделению, а заодно выписывала рецепт пациенту, перенесшему сердечный приступ. И допустила ошибку в дозировке одного из лекарств. Через полчаса мой друг, работавший врачом в отделении, где лежал пациент, получил тот рецепт, заметил мою ошибку и изменил дозу. Что же произошло? Я отвлеклась от этой задачи, пытаюсь научить чему-то студентов, – или эта задача отвлекла меня от их обучения? Возможно, я не выполнила как следует ни то ни другое. Случалось ли мне так ошибаться и раньше? Сколько моих ошибок люди заметили, но мне о них не сказали?

В медицинском сообществе существует документ, который называется «Надлежащая медицинская практика». Это, по сути, кодекс основных правил, выпускаемый Генеральным медицинским советом, ответственным за лицензирование всех врачей на территории Великобритании. Первое правило этого кодекса гласит: «Сделай заботу о пациенте своей главной задачей». Разумеется, соблюдать это правило – самое естественное для любого врача на свете, но дело в том, что иногда сей процесс становится очень субъективно-избирательным. Недаром я сама то и дело проверяю, правильно ли я расставила акценты, – например, когда у меня уйма пациентов, но

слишком мало времени и ресурсов, чтобы адекватно заботиться о каждом из них в отдельности.

Однажды зимним вечером меня вызвали в приемный покой для осмотра молодой женщины без сознания – отключилась после намеренной передозировки снотворного. Пациентке провели интубацию и подключили к искусственной вентиляции легких. Зима у нас в реанимации и так выдалась напряженная, но именно всю ту неделю было просто не продохнуть. Из центральной диспетчерской нас проинформировали, что ближайшее койко-место для пациентки находится в сорока милях езды, но дежурная сестра «неотложки» обзвонила все отделения в округе, и в итоге мы выбрали для нее койку поближе. Когда мы сказали сопровождавшим ее родителям, что в нашей больнице нет свободной койки для госпитализации их дочери, они, понятно, очень расстроились; но уплотнять ради этого других пациентов в палатах мы позволить себе уже не могли. Поэтому они сидели и с тревогой ожидали, пока мы не придумаем, куда ее поместить. Не берусь описать облегчение на их лицах, когда мы наконец сообщили им, что зарезервировали для их дочери койко-место всего в десяти милях отсюда.

Тем временем стало известно, что через десять минут поступит очередной пациент в критическом состоянии, и наш старший врач, уже отработавший дневную смену, задержался, чтобы помочь перевезти в другую больницу девушку с передозировкой. Я оглядела смотровые палаты приемного покоя – все они были заполнены. Консультант нашей команды заметила мой встревоженный взгляд и заверила меня, что успеет переместить одного пациента в травматологию, чтобы мы приняли на его место вновь прибывшего. Оглянувшись, я увидела, что ассистент уже подготовил все для транспортировки, и помогла консультанту выкатить тележку из приемного покоя, чтобы дотолкать до травматологии.

Мы лавировали по коридорам, забитым тележками других пациентов, на ходу соображая, в каком направлении двигаться. «Десятая палата!» – кричала консультант, но когда мы добрались до десятой, там уже снова все было занято. Везде все было занято.

– Я разберусь! – пообещала консультант, поэтому я оставила ее с пациентом и ринулась обратно в приемный покой. Поступившим оказался пациент с сердечным приступом. До прибытия к нам ему уже

успели провести дефибрилляцию и восстановить нормальный пульс, так что мы вставили ему эндотрахеальную трубку и подготовили к экстренной коронарной ангиопластике^[17]. Эта операция должна была спасти ему жизнь, и я могла бы гордиться работой нашей команды, но когда передавала его с рук на руки анестезиологам в рентгенооперационную, меня больше всего занимал вопрос, где найти для него койку сразу после того, как он оклемается.

Эта операция должна была спасти ему жизнь, и я могла бы гордиться работой нашей команды, но когда передавала его с рук на руки анестезиологам в рентгенооперационную, меня больше всего занимал вопрос, где найти для него койку.

Затем я переключилась на пожилого пациента с гипоксией^[18]. В воздухе, которым мы дышим, содержится примерно двадцать один процент кислорода, но бóльшая часть кислорода, поступающего из наших легких в кровь, не используется по назначению. В крови здорового человека – даже после того, как она снабдит все прочие органы кислородом для выживания, – до восьмидесяти процентов кислорода остается не востребовано. Легкие этого человека сейчас получали стопроцентный кислород, но не работали как положено – и все равно не обеспечивали нужным количеством кислорода его истощенную кровь. Его семья сидела вокруг него, а он продолжал бороться, невзирая на то, что его уже подключили к неинвазивной легочной вентиляции, чтобы он продержался чуть подольше. Для его близких он был единственным приоритетом, опорой их мироздания. Для меня же он был одним из списка пациентов, и за мной оставалось решение, может ли ему помочь реанимация.

Нас учат, что подобные решения должны приниматься независимо и не могут диктоваться реальностью или доступностью самой помощи. Главное – отвечать на вопросы в следующем порядке:

Вопрос 1. В чем пациент нуждается?

Вопрос 2. Как я могу это обеспечить?

Такому подходу я полностью доверяю. Умение правильно решить, оказывать ли пациенту дальнейшую помощь, – один из важнейших и ценнейших навыков реаниматолога. Реальность кричала мне, что в

реанимационном отделении не хватает коек, а мой внутренний голос приказывал не слушать ее, потому что опираться на этот факт, отрешившись от пациента перед собой, было бы слишком несправедливо.

Тут вернулась консультант, и у нас состоялся долгий разговор. Мы перечитали всю историю болезни пациента, пересмотрели все его рентгеновские снимки, побеседовали с семьей. Было решено, что дальнейшие усилия по его реанимации не приведут к улучшениям. А значит, его переведут в общую терапию с расчетом на то, что это последние дни его жизни. Я согласилась, что для самого же пациента это решение правильное, – но в то же время испытала огромное облегчение и от того, что теперь не нужно ломать голову, как найти для него койко-место в реанимации. Я продолжала работать – и всю ночь надеялась на то, что очередному пациенту на моем вызове не понадобится койка в реанимации, а также на то, что я все-таки не позволю внешним обстоятельствам повлиять на мою оценку.

Подчеркиваю: это требование остается в силе, даже когда вы стоите в приемном покое и вам кажется, будто вас попросили принять какое-то очень сложное решение посреди станции «Лондон-Ватерлоо» в час пик. Когда работаешь в неотложке, привыкаешь к тому, что для принятия важных решений вовсе не обязательны тишь да гладь. Именно этому я понемногу учусь – и стараюсь с этим справляться, покуда у меня есть доступ к авторучке.

Я большой фанат записывания своих мыслей и вряд ли сильно удивлю вас этим, но, возможно оттого, что я молода и принадлежу к медикам «поколения nєxt», вы подумаете, будто я должна быть в восторге от движения медицины в сторону «бесбумажных записей».

Но лично я, признаться, никогда не любила онлайн-формы приведения в порядок собственных мыслей. Конечно, я признаю, что и в онлайн есть свои сильные стороны, но мой опыт говорит мне, что там слишком мало простора для самовыражения в тексте и размышления вслух.

Я предпочитаю обычную авторучку – и не представляю, как вообще могла бы сосредоточиться без нее. Обычно я вспоминаю об этом, осматривая в приемном покое пациента, к которому меня вызвали, поскольку команда решила, что ему требуется более сложное лечение. Я прихожу, изучаю его личные данные и историю

госпитализации, просматриваю результаты анализов крови, рентгеновские снимки, показатели жизненной активности. Беседую с пациентом, если тот способен общаться, обследую его. А потом достаю из нагрудного кармана халата любимую авторучку – и начинаю собирать все в общую картину.

Не проходит и десяти секунд, как кто-нибудь из команды, курирующей пациента, подходит ко мне: «Ну что, каков план?» Я отрываю взгляд от листа бумаги и говорю им всякий раз одно и то же: «Я не знаю. Когда допишу, тогда решу и дам вам знать». Я не хочу им грубить, но мне нужно столько всего обдумать. В чем проблемы пациента? Какие из них самые неотложные? Есть ли у нас средство для их решения? Хочет ли его пациент? Считаем ли мы, что оно поможет? И что такое «поможет», в конце концов?

Еще через пару минут, как правило, снова подходит кто-нибудь и спрашивает то же самое: «Ну? Так какой у нас план?»

Не поймите меня превратно: я вовсе не защищаю зависание с авторучкой над жертвами приступа бронхиальной астмы, кровоизлияния или сердечного приступа, но большинство назначений я выписываю для случаев менее срочных. Поверьте, можно быть и рациональной, и тщательной; мне просто нужно немного абстрагироваться от моего окружения – но не слишком от него отрешиться. Вот я склоняюсь в приемном покое над пациентом, который то ли болен, то ли не болен чем-нибудь неизлечимым. Его семья окружила нас, глядя на меня в ожидании плана дальнейших действий. Медсестра хочет знать, что сказать диспетчеру по койко-местам; приглашенные врачи хотят знать, зачем их вызвали; а вокруг еще четыре пациента претендуют на решения их проблем, и вокруг них суетятся еще четыре такие же команды медиков. Я должна сосредоточиться. Так что я поднимаю свой флаг, а именно – свои авторучку и чистый лист бумаги.

У каждого человека на этой планете случаются как хорошие дни, так и плохие. Логично предположить, что мое настроение в течение дня может сильно повлиять на судьбу пациента – если я выбита из колеи домашними заботами, злюсь, не нахожу общего языка со своей командой или же просто устала. Усталость – еще один негативный фактор, мешающий моей работе. Она ведет к отрешенности, а это расстраивает меня больше всего, ведь чем эта отрешенность сильнее,

тем сложнее бывает из нее выбраться. Иногда усталость превращает меня в совершенно другого врача.

Хорошо помню последний раз, когда я прибегла к оправданию усталостью. Было семь утра, и я уже поздравляла себя с окончанием очередной ночной смены, как вдруг наш старший врач сообщил мне по телефону, что из травматологии в реанимацию поступила женщина без сознания и с дыханием почти на нуле.

Я ринулась по коридору в реанимацию, где была встречена коллегами по команде, которые, как и я, почти ничего не знали о женщине перед нами. Схватив с соседней тележки пластиковую маску и дыхательный мешок, я прижала маску к ее лицу и, оттягивая одной рукой ее челюсть, а другой давя на мешок, начала закачивать в нее воздух. А заодно попросила, чтобы кто-нибудь нашел младшего врача, который регистрировал ее поступление к нам пару часов назад. Его записи я прочла бы и сама, не будь мои руки заняты реанимацией пациентки.

Скажу честно, я всегда раздражаюсь, если в самый важный момент никто не может предоставить мне связной информации о пациенте, поэтому когда младший доктор явился, я, пожалуй, была с ним не так любезна, как самой бы хотелось.

Не помню, чтобы я грубила, но держалась определенно сердито, раздраженно и устало. Боюсь, я забыла сказать ему, что это не суд инквизиции, мне просто нужен его отчет о ситуации, как можно быстрее, чтобы я могла принять срочное решение, вот и все. Хотя сегодня мне все-таки кажется, что для него это сильно смахивало на суд инквизиции.

Торопливо и сбивчиво бедолага изложил мне историю пациентки и причины, по которым ее решили перевести этой ночью в реанимацию. В итоге, решив, что да, реанимация и правда необходима, я вставила ей в горло трубку и подключила ее к искусственному дыханию. Следующие полчаса ее давление падало, состояние становилось все нестабильнее. И где-то посреди всего этого на меня обрушилось осознание того, как страшно я устала. Обычно в подобных ситуациях я думаю на два-три шага вперед; теперь же каждая мысль приходила так медленно, будто прорывалась ко мне через липкую патоку.

Состояние пациентки оставалось нестабильным; кому-то из нас нужно было поговорить с ее близкими, в нетерпении ожидавшими

новостей, а кому-то – попытаться понять, что же именно могло вызвать у нее такое резкое ухудшение. Я смотрела на эту женщину, балансировавшую на грани жизни и смерти, и содрогалась от мысли, что ее разум, наверняка, острый как бритва. Мой же, напротив, тупой, будто нож для масла. Ни малейших признаков сообразительности. Как признаются врачи и медсестры, иногда после ночной смены они вообще не помнят, как доехали до собственного дома. Всю привычную дорогу домой они едут на автопилоте – и только дома осознают, что делали это бессознательно. Я же под конец той ночной смены была слишком неопытна, чтобы реанимировать пациентку на автопилоте.

Я взглянула на часы – 7:55 утра – и решила, что нет никакого смысла продолжать то, что я сейчас не способна выполнить как положено. А потому взяла телефон и позвонила консультанту дневной смены, зная, что он уже прибыл, чтобы меня сменить. Он тут же явился – дружелюбный, свежий и улыбающийся. А я посмотрела на него в упор и сказала: «Я слишком устала». Не берусь даже объяснить вам, как непросто врачу произнести это «оправдание». Хотя, если говорить объективно, – может, из этой «мухи» не стоило бы делать такого «слона», но такова уж среда, в которой мы погрязли, и таковы стандарты, которые мы сами для себя устанавливаем. Вспоминая то утро, я могу убеждать себя в том, что винить себя следовало бы за многое другое: и за то, что не подготовила пациентку для передачи утренней смене; и за то, что зря накинулась на младшего коллегу; и за то, что умудрилась устать до такой отрешенности, что не могла работать как положено. Я легко могу напомнить себе, что было бы намного хуже, если б я нанесла пациентке вред; если бы провалила предстоящую беседу с ее семьей; или если бы от усталости упустила что-то важное. Я прекрасно знаю, что это правда, – но до сих пор жалею о том, что все случилось именно так.

Я посмотрела на него в упор и сказала: «Я слишком устала». Не берусь даже объяснить вам, как непросто врачу произнести это «оправдание».

Когда же на новую смену заступил еще и дневной старший врач, консультант выскочил из-за шторы и радостно объявил, что с первой попытки сумел поставить моей пациентке артериальный катетер. Он знал, что у меня это не вышло ни с первой попытки, ни со второй.

Сквозь пелену усталости после четырех смен подряд я смотрела, как победоносно он кричит «Да!» и рубит по воздуху кулаком. Увы, в то утро я не смогла в точности соответствовать своему идеалу, но если окажусь перед этим выбором снова – все-таки предпочту остаться собой.

Иногда отрешенность приходит ко мне в более доброжелательных, а то и полезных формах. Когда я покупаю для пациента газету, когда кто-нибудь приносит другу в больницу плитку шоколада или глянецовый журнал, – что это, как не попытка убедить себя в том, что и у больных есть право на отрешенность? Обычно, когда пациент приходит в себя после серьезной операции, я сразу же говорю ему, как отлично он все перенес и какое, наверное, облегчение – знать, что хотя бы часть пути позади. И добавляю что-нибудь позитивное, например: «По крайней мере, сегодня вам будет спать лучше, чем вчера». Как правило, он улыбается и отвечает, что да, облегчение огромное, и да, в ночь перед операцией он не мог сомкнуть глаз. Большинству таких пациентов еще много чего предстоит: химиотерапия, радиотерапия или очередные операции; и все же нам кажется уместно подбодрить их пусть даже недалёковидным отрешением, поздравляя с уже пройденными вехами их пути.

Я не хочу сказать, что желаю своим пациентам смотреть на мир через розовые очки. В реанимации люди пребывают в абсолютно беспомощном состоянии. Вернувшись из операционной, они предельно бдительны и сосредоточены – по крайней мере, в послеоперационный период. Обычно им вставляют мочевого катетер, всевозможные венозные и артериальные катетеры для мониторинга кровяного давления. Они вдруг обнаруживают, что не способны передвигаться, прикованные к койке иногда в одиночной, но чаще – в общей палате с незнакомцами слева и справа; с посторонними, которые дышат через трубки в горле, или подключены к аппаратам искусственного дыхания, или круглые сутки бредят; с чужими людьми, которые не дают им забыть все, что они в ужасе примеряли на себя. И поэтому да, таким пациентам я готова помочь отрешиться, потому что считаю это гуманным.

Бывало, такие подарки мои коллеги делали и для меня. Однажды я собиралась с работы домой после особенно тяжелой смены,

омраченной трагической смертью женщины, только что ставшей мамой. Полагаю, дочитав до сих пор, вы уже свыклись с мыслью о том, что смерти в реанимации происходят, увы, очень часто. Но некоторые из них вызывают особую скорбь. Когда по всему отделению вдруг разливается тишина и на какое-то время все, кто был как-нибудь связан с этой смертью, замедляют свои движения так, будто воздух вокруг них загустел. В тот день консультант остановил меня на выходе и сказал: «Я хочу, чтобы вы знали: сегодня вы были просто потрясающей». Была ли я потрясающей? Не уверена – по-моему, я просто выполнила свою работу; но мне кажется, он и хотел, чтобы я запомнила именно это: *я выполнила свою работу*. В машине по дороге домой я могла сколько угодно скорбеть о, казалось бы, случайной трагедии, что обрушилась на людей рядом со мной, – или же спрашивать себя, хорошо ли я сегодня потрудились. Тот консультант хотел, чтобы я выбрала второе.

Все мы слышали мантры или мудрые изречения о том, что избавление от отрешенности – прямой путь к успеху. У отрешенности плохая репутация, но если вы решили работать в реанимации – поверьте мне на слово, именно отрешенность может иногда нас спланивать. У отрешенности есть сила, не дающая нам увязнуть в болоте горя, которое иначе засосало бы нас с головой.

Чтобы отрешаться от самых разных вещей, мы, врачи, привыкли использовать юмор. Мы умеем смеяться над тем, над чем другим людям и в голову не придет смеяться. Часть моей работы как старшего врача в реанимации состоит в том, чтобы обеспечивать безопасную перевозку по больнице пациентов в нестабильном состоянии, на легочной вентиляции или под действием препаратов. Однажды, сидя на вечерней пересменке, где мы передавали дела пациентов следующей команде, я взяла телефон, чтобы ответить на вызов пейджера, набрала номер – и трубка разразилась дикими воплями старшего врача нейрохирургии.

Он орал на меня за то, что я не предоставила ему томографию мозга пациента, который на тот момент был уже мертв. Поток ярости извергался из уст моего коллеги:

– Это возмутительно! Мы ждем его скан с самого утра! И где же он?!!

Тирады выплескивались из трубки одна комичнее другой. Дважды я прерывала его, пытаясь втолковать, что пациент уже умер и что я не умею сканировать мозги у мертвецов. Но он не слушал. Когда же мне наконец удалось достучаться до его сознания, нейрохирург воскликнул:

– Как?.. Разве его не отправили к вам, в реанимацию?

– Нет, – мрачно усмехнулась я. – О чем я и пытаюсь вам сообщить. Уверяю вас, его отправили прямиком в морг.

Пациент, о котором шла речь, скончался после долгих и сложных попыток реанимации в своей палате. Мы сделали все, что смогли, но безуспешно, и он умер в присутствии нескольких консультантов-нейрохирургов и старшего врача. Как вышло, что этот хирург еще несколько часов ожидал, что мы сканируем пациенту мозг, так и осталось загадкой.

Отключив телефон, я повернулась обратно к своей команде, чтобы продолжить обсуждение двухстраничной сводки историй болезней пациентов: ДТП, передозировки, инфекции и прочие напасти, каких не пожелаешь и врагу. Я солгала бы, сказав, что мой телефонный разговор не вызвал улыбок у коллег за столом. Напротив, признаюсь откровенно: комичная недоверчивость нейрохирурга заставила многих расхохотаться. Не из черствости или цинизма. Не над пациентом, которого не смогли спасти, и не над кучей времени, которую угрохали, добиваясь совсем не того результата. Полагаю, это был «чисто врачебный» юмор. Иногда его еще называют «юмором висельника» – черный юмор в отчаянной или безнадежной ситуации. Смех наперекор трагическому исходу: человек сейчас в морге, и я не могу направить его на томографию головного мозга, потому что нам не удалось его спасти. Смех перед лицом того, что совсем не смешно. Тому пациенту не было и пятидесяти, его семья потеряла его. И изменить ситуацию не смог бы ни этот хирург, ни другой, самый лучший нейрохирург на свете. Мы прибегаем к юмору, чтобы пережить еще один день, и я полагаю, что это нормально, ведь даже та шутка была вовсе не над пациентом. То была шутка над смертью – жалким и бесформенным призраком, неотступно следующим за нами. Юмор – это особая форма отрешенности, так можно ли нас за это винить?

В ночь, когда к нам доставили повесившегося молодого человека, я сообщила страшную новость его семье, а затем, выйдя в коридор, ответила по телефону на вызов пейджера. Наш старший врач просил меня явиться в реанимацию и помочь пожилой даме с сепсисом, которой, как он полагал, могут понадобиться препараты для поддержания кровообращения. В нашем деле важно заранее представлять ресурсы организма пациента, поэтому я решила уточнить ее состояние.

– Она может передвигаться? – спросила я.

– Да, только на ходунках. Но учтите, эта старушка – большая шутница!

Иногда мы просто вынуждены срочно над чем-нибудь посмеяться.

Я усмехнулась и ответила, что мои решения о чьей-то реанимации не зависят от того, насколько пациент меня развеселил; а когда повесила трубку, рассмеялась уже в голос, представив, как заставляю своих больных исполнять прежде чем допустить их к легочной вентиляции. Этот смех позволил мне хоть немного отрешиться от реальности того, что я только что совершила, и от лица матери, которой я сказала: «Очень жаль, но ваш сын умрет». Иногда мы просто не можем не уцепиться за такого рода отрешение, если оно подворачивается под руку. Иногда мы просто вынуждены срочно над чем-нибудь посмеяться.

Но бывает и так, что развеселиться нам помогает сам пациент. Обычно в конце ночной смены младший врач с консультантом совершают утренний обход отделения, осматривая всех новых пациентов, поступивших за их смену. И тем утром, в самый разгар очень долгого и суматошного обхода, эта старушка с деменцией вдруг схватила меня за руку на глазах у миловидного и воспитанного консультанта. Она впиалась ногтями в мое запястье, пронзила меня прищуренным взглядом и отчеканила: «Я знаю, что ты натворила, милочка. Это написано у тебя на лице...» И уже скороговоркой добавила: «Я знаю, что ты беременна!» Затем, не отпуская моего запястья, подняла другую руку, направила костлявый палец прямо на консультанта – и завизжала так, чтобы слышало все отделение: «И Я ЗНАЮ, ЧТО ЭТОТ РЕБЕНОК – ТВОЙ!» Бедный консультант тут же

объявил, что должен срочно забрать на сестринском посту какую-то бумаженцию, и поспешно ретировался. А я была на пике усталости после двенадцатичасовой смены, и уже через одиннадцать часов должна была заступить на работу вновь. Так как же мне было не расхохотаться?

Отрешенность – часть моего состояния в течение рабочего дня; она, как волна, проходит стадии прилива и отлива, и пока не нарушен их баланс – полагаю, я должна быть ей благодарна. После всех этих лет позади и, надеюсь, при еще большем их числе впереди – мой опыт работы в реанимации позволяет мне признать, что без способности к отрешению мы рискуем сломаться под натиском грубой реальности. Для любого врача крайне важно подставлять лицо солнцу, пока оно светит, – и дарить себе хоть капельку облегчения.

Эта глава началась с воспоминания о том, как я стояла над молодым человеком, совершившим суицид. Но, помимо случаев из практики, я не знаю, вправе ли я рассуждать о самоубийстве. Дело в том, что эта трагедия не коснулась моей жизни так, как коснулась тысячи семей по всей стране, и я преклоняюсь перед теми, кому пришлось справляться с ее последствиями. Уважение к таким людям не позволяет мне совать нос в чужое несчастье; нам никогда не узнать всей правды о том, что же именно заставило человека свести счеты с жизнью.

Суицид стал модным предметом для дискуссий среди врачей моего поколения; впрочем, такую тему и правда стоило бы обсуждать почаще. Недавно, когда в СМИ появилась новость о самоубийстве очередного начинающего доктора, моя младшая сестра прислала мне сообщение: «Обещай мне, что никогда этого не сделаешь». Ее лучший друг покончил с собой, когда она была подростком. Она прочитала в газете о трудолюбивой женщине, которая лечила людей и говорила, что любит свою работу. О той, кто, судя по описанию, вполне могла быть и мной, а потому сестра потребовала от меня обещания, что я этого не сделаю. И я обещала.

Раньше факты самоубийства врачей не ассоциировались у меня с конкретными лицами. Но за прошедший год таких лиц появилось сразу несколько. Я знаю, моя печаль при виде этих лиц – просто эмпатия от того, что их самоубийство имеет ко мне отношение. Как

врачу, мне тяжело от мысли, что эти врачи – я сама и что я осознаю это *такой ценой*.

Однажды утром в травматологию доставили пациента после попытки суицида. Он был в сознании, но крайне подавлен. Добрых пару минут я пыталась успокоить его и привести в стабильное состояние, прежде чем все вокруг опознали в нем врача из соседней больницы. Склоняясь в то утро над его изголовьем, я паниковала как никогда прежде. Нет, я не знала, что он за человек. Понятия не имела, как его зовут, и мы даже близко не совпадали по возрасту. До тех пор наши жизни не пересекались ни на секунду. Но я знала, что он по жизни делает то же, чем прямо сейчас занимаюсь я, и это повергало меня в отчаяние.

Начал он с перечисления того, чего мы не должны совершать над ним, стабилизируя его состояние. Он использовал медицинские термины и названия процедур. Он сказал мне, что если встанет такой вопрос, от сердечно-легочной реанимации он отказывается. И в один голос со мной потребовал, чтобы принесли бумагу и задокументировали это официально. Поскольку я стояла над его головой, мне пришлось стать основным получателем его замысловатых инструкций. Я отчаянно пыталась привлечь внимание консультанта экстренной помощи, но когда он наконец подошел к нам, смогла лишь констатировать факт. «Он сам врач!» – только и выдавила я. Консультант посмотрел на меня добрым взглядом и сказал мне: «Все хорошо».

Все хорошо, поняла я. Все хорошо. Двигаемся дальше.

И продолжила бороться за пациента, фиксируя мелочи и фокусируясь на главном.

Конечно же, моя профессия не обладает монополией на психическое здоровье, но иногда мне и правда приходится задаваться вопросом: и *чьей* же милостью так иду не я?^[19]

Что же именно я пытаюсь всем этим сказать? Для любого врача крайне важно понять, что пациенту нужно, исходя из того, что сам же пациент говорит; но бремя этого понимания далеко не всегда легко вынести на своих хрупких, несовершенных плечах. Спросите любого врача-реаниматолога моего поколения, чего они больше всего боятся в своей карьере, – и вам, скорее всего, ответят: «профессионального выгорания». Страх выгорания – и мой величайший страх: мысль о том,

что однажды все эти будни реанимации измочалят меня настолько, что я потеряю всякую энергию, всякую способность адекватно реагировать на ситуацию и моему истрепанному чувству долга уже нельзя будет доверять. Что останется от меня? Кем я буду себя называть? Или, как спрашивала Алиса в Стране чудес, – на что похоже пламя свечи, когда свеча погасла?

Но сначала на всякий случай она немножко подождала – ей хотелось убедиться, что больше она не уменьшается. Это ее слегка тревожило. «Если я и дальше буду так уменьшаться, – сказала она про себя, – я могу и вовсе исчезнуть. Сгорю как свечка! Интересно, какая я тогда буду?» И она постаралась представить себе, как выглядит пламя свечи после того, как свеча потухнет. Насколько ей помнилось, такого она никогда не видала^[20].

Я не столь наивна, чтобы считать отрешенность ключом к решению всех проблем; но бывают дни, когда отрешенность – приемлемое горючее для моего пламени.

Гнев

«Теперь ты львица, – сказал Аслан. – И теперь возродится вся Нарния».

Клайв С. Льюис. Принц Каспиан

Мое самое раннее воспоминание о гневе относится к дням, когда мне было лет семь, а моему брату лет десять. Брат мой, с медицинской точки зрения, один на миллиард. Аномалия, с которой он родился, в те годы даже не имела названия – безымянное отклонение, которое, по иронии, прославило его на весь белый свет. Внешне мой брат отличается от большинства людей на земле и ему не подходит ни одно из средств передвижения, изобретенных для людей с видимой инвалидностью. В раннем детстве я не видела в этом ничего необычного, ведь «обычность» – это то, что познается с годами. Когда моей младшей сестренке было три года, мы заметили, что для нее слово «брат» означало человека в инвалидной коляске. Она начала спрашивать, как у других людей могут быть братья, если эти «братья» ходят своими ногами, как она или я.

Довольно скоро я стала соображать, что для людей за пределами нашей семьи мой брат – совсем не «обычный». Они проявляли к нему нормальное человеческое любопытство, за которое я их, в общем-то, не винила, но всегда вела счет их действиям; так вот, согласно этому счету, очень многие вокруг нас были, мягко говоря, совсем не добры. Лет с семи меня стали все больше напрягать люди, которые разглядывали нас в упор и оборачивались чуть ли не на сто восемьдесят градусов, когда проходили мимо. Не знаю, как точнее описать то детское чувство: каждый день знать, что все вокруг, от мала до велика, пялятся на твоего любимого человека, – и больше всего на свете хотеть, чтобы они перестали. Я задыхалась от гнева, захлестывающего меня по самую макушку.

Я сидела в паре шагов от людей, которые таращились на моего брата и перешептывались, корча рожи и хохоча; от подростков, которые замирали посреди комнаты и кричали: «Эй, глядите на него!»

Лет в тринадцать ко мне подскочил взрослый мужчина и велел, чтобы я увезла своего братца домой, потому что он «пугает» его детей. Я же потребовала, чтобы он оставил меня и моего брата в покое. Я кричала на него, а позже заснула вся в слезах.

Я помню, как отслеживала прохожих, пялившихся на нас, и старалась сверлить их взглядом в ответ, прежде чем брат или родители это заметят. Я была одержима этой охотой, шагая рядом с его коляской и пытаюсь отразить от него эти взгляды, точно бейсбольной битой. Не знаю с чего, но я считала это своей обязанностью. Не сомневаюсь, что все мои атаки были им замечены, но к лучшему или к худшему, именно те прогулки во многом сделали из меня такого врача, каким я теперь являюсь.

Первый консультант, с которым мне выпало работать, в шутку называл меня «львицей», и втайне я этим гордилась.

Женщинам в медицине бывает непросто отстоять свое мнение и заставить с ними считаться – за это они получают репутацию «вздорных особ» или еще кого похуже. Пусть не повсеместно, но такое случается. Молодым врачам сразу приходится испытать это на себе; несмотря на все плюсы нашего здравоохранения, несправедливости в нем пока еще хоть отбавляй. И это безобразие всегда стоит пытаться хоть немного исправить.

Да, иногда я злюсь. Но абсурдно не это, а то, что я побаиваюсь признаваться в этом вслух. Не помню, чтобы я давала клятву никогда не злиться, но в профессиональной врачебной среде нас учили считать «гнев» словом чуть ли не бранным. Хотя лично я считаю, что гнев может быть и полезным. Ведь гнев – это флаг, который мы выбрасываем в знак того, что мы с чем-то не согласны. Однако лучший способ обратить свой гнев на пользу – это вовремя вспомнить, что чаще всего гнев проходит после первой вспышки. И его тут же нужно трансформировать во что-то другое: страсть, вдохновение, мотивацию или руководство к действию. Я не хочу сказать, что гнев – это добродетель; я просто говорю о том, что нам следует уважать это пламя, пылающее внутри нас.

Женщинам в медицине бывает непросто отстоять свое мнение и заставить с ними считаться.

Генерал Дэвид Харли, бывший командующий австралийской армией, также известен фразой, широко употребляемой ныне в британской системе здравоохранения: «Стандарт, мимо которого вы проходите, есть стандарт, который вы принимаете». Я знаю, что до конца моей карьеры буду еще не раз попадать в ситуации, которые для меня неприемлемы. Уровень твоей внутренней открытости в течение дня настолько высок, что любую попытку дать своему пламени вырваться наружу стоит только приветствовать. Сдерживать свой гнев до определенного уровня – не выход; тебе необходимо – а как врачу, просто приходится – считаться с тем, что твой гнев говорит тебе, и бороться за это. И хотя врачом я стала отнюдь не поэтому, именно своему гневу я обязана тем, что сегодня отвечаю за безопасность несравнимо большего числа людей, чем когда-то в детстве.

Люди любят спрашивать у врачей, действительно ли они выбрали свою профессию из желания «помогать людям». Этот вопрос – так называемая генеральная линия; ты вроде бы должен отвечать лишь то, чего от тебя ожидают услышать, и многие врачи вместо ответа закатывают глаза к потолку. «Помогать людям» – стремление довольно амбициозное, но для подавляющего большинства врачей реальность их работы не связана с какими-то глобальными переменами. Цель такой работы – не в том, чтобы изменить весь мир, а в том, чтобы вносить маленькие, но ощутимые изменения в мир одного человека хотя бы на час, на месяц или сколько ему выпадет находиться под вашим присмотром или в ваших руках. А если бы я стремилась к возможности изменить мир на феноменальном уровне, я бы пошла в науку или в политику.

И все же мы действительно помогаем людям – по крайней мере, тем, кто оказывается перед нами, и уже это требует огромной ответственности. Большинство врачей – энтузиасты, индивидуумы с высокой мотивацией, чья внутренняя решимость и стремление выполнить свою работу на пределе способностей – там, где давление огромно, а ставки заоблачны, – порой лишает их элементарной доброты друг к другу. Зачастую мы становимся слишком черствы, чтобы учиться на чужих ошибках и строго судить свои собственные. И можем забыть о том, что последнее, кажущееся необязательным перенаправление к нам чужого пациента вряд ли было сознательным саботажем нашего рабочего дня.

Однажды утром не успела я принять список пациентов для предстоящей смены, как запищал мой пейджер: меня срочно вызывали в операционную. «Беги скорей, – поторопил меня консультант. – Я введу тебя в курс дела позже». Вызов по пейджеру у нас может быть трех разновидностей. Менее срочный – это лишь пара плавных попискиваний с номером, выскочившим на экранчике; в этом случае ты можешь закончить то, чем занят прямо сейчас, а затем уже выйти на связь. Когда же тебя вызывают срочно, раздается совсем другой писк, после которого хриплый механический голос сообщает: «Команде травматологов явиться в операционную через десять минут». Но самый экстренный писк взрывает мозг пулеметной очередью, после которой тебе приказывают бросить все и явиться куда велено без промедления. В то утро это звучало так: «Старшему врачу реанимации прибыть в операционную немедленно».

Выскочив за дверь, я пробежала по лестнице пару пролетов вниз, пронеслась по коридору в фойе, повернула налево, долетела до конца очередного коридора, там снова свернула налево и прорвалась через раздвижные двери травматологии. Недопитый кофе стоял комом в горле и просился наружу, когда я добежала до операционной и увидела там пациентку, старшего медбрата и дежурную сестру из приемного покоя.

– Старший врач реанимации, – представилась я. – Вызывали?

Старший медбрат в явно расслабленном темпе начал пересказывать мне историю болезни пациентки. Переведя дыхание, я через полминуты перебила его:

– Просто скажите, что самое срочное, а к остальному вернемся потом!

– Что? – не понял он.

– Это же срочный вызов. Так что у вас – А, В, С или D?

Буквами А, В, С и D мы называем мероприятия по сердечно-легочной реанимации – в зависимости от того, что именно обеспечиваем:

А – проходимость дыхательных путей;

В – дыхание;

С – циркуляцию крови;

D – коррекцию неврологических нарушений.

Когда же доходим до Е – приводим в порядок внешний вид пациента и все остальное.

– Ну, мы не смогли попасть в ее вену, а потеря крови составила до пятисот миллилитров, – ответил он.

«Попадание в вену» относится к мероприятиям категории С; без доступа к венам не получится ни восстановить циркуляцию крови, ни ввести пациенту лекарства. Я посмотрела на монитор: ритм сердца – семьдесят два удара в минуту, давление в норме, насыщение кислородом стопроцентное, дыхание ровное. Посмотрела на пациентку: в полном сознании, вполне бодра. Губы бледные, сдавливающая повязка в паху, но никакого активного кровотечения.

– А кто-нибудь еще из отделения пробовал найти ее вену? – спросила я раздраженно, не веря своим ушам.

– Нет, – ответил он.

– И вы не пытались найти ее ультразвуком? – уточнила я, просто чтобы еще раз услышать его «нет».

– Нет, – повторил он.

– И вы просто решили послать мне экстренный вызов?

Мое раздражение, похоже, перекинулось на медбрата.

– Ну да. Или вы считаете, что вызывать вас было неуместно?

– Нет, – ответила я, стараясь сбавить тон. – На мою помощь вы можете рассчитывать всегда... Но неуместна сама экстренность вызова. Давайте-ка оставим это на потом, – добавила я с выражением, свидетельствовавшим, что все мои попытки унять гнев провалились. Потому что слово «неуместно» показалось мне самым уместным из всего, что он говорил.

Сестра закатила в комнату ультразвуковой сонограф, и в итоге мне удалось вставить пациентке сразу два катетера. Медбрат, присев на кушетку поодаль, начал писать отчет. Чувствуя неловкость, обычную для меня после срыва, я подошла к нему и попросила прощения. Я сказала, что мне очень жаль, если я показалась ему грубиянкой, но я действительно не считаю экстренный вызов уместным в такой ситуации. Что мне пришлось прервать заполнение историй болезней пациентов и что я неслась к нему на помощь по больнице. И что я не хотела бы в следующий раз реагировать иначе лишь из-за сомнений, действительно ли этот вызов настолько экстренный.

Состояние пациентки оставалось стабильным, и я ушла, рабыня своего черного ящичка с односторонней связью, – зная, что на следующий экстренный вызов, как всегда, побегу без малейших колебаний.

Разумеется, я прекрасно осознаю, что мой гнев не всегда оправдан. Когда в конце долгой недели ночных смен уровень сахара в крови падает, я могу очень ревностно охранять свою территорию, защищая моих пациентов.

В шесть утра моей четвертой смены подряд передо мной высился тюремный охранник с прикованным к нему пациентом. Он стоял за изголовьем тележки, выпрямив спину и расставив ноги, а от него к запястью пациента тянулась длинная металлическая цепь, прикрытая простыней. Второй охранник сидел на стуле в углу. Сам же пациент, мужчина за сорок, лежал на тележке под наркозом с трубкой в горле и, вне всякого сомнения, понятия не имел о том, что творится вокруг.

– Зачем вы к нему прикованы? – спросила я, как только вошла, но тут же добавила: – Вам все равно нельзя там стоять.

Я уставилась на охранника у тележки. Да, я была недовольна, но постаралась, чтобы мое недовольство звучало скорее как удивление. Он посмотрел на меня так же твердо, как я на него, и ответил, что останется прикованным к пациенту, пока начальник тюрьмы не прикажет что-либо иное.

– Но вы не можете стоять *там*; это мое рабочее место.

На самом деле стоять там мне было вовсе не обязательно. На том месте я оказываюсь только в критической ситуации. Да и сестра уже отодвинула охранника от своего письменного стола.

– Как бы там ни было, – продолжала я, – оставаться к нему прикованным нет никакого смысла: он буквально не способен даже вздохнуть.

Охранник снова в упор посмотрел на меня – так, словно моя наивность вылезала у меня из орбит.

– Он в категории «А», – отчеканил он.

В категории «А»?

– Ну, сейчас он в категории искусственного дыхания и наркоза, и если вдруг мне придется делать ему электрошок, не удивляйтесь, когда вас убьет электрическим током, ведь я уже предупредила вас о том, что вам нельзя оставаться к нему прикованным.

Я смертельно устала и несла полный бред, – но это был *мой* пациент. Вероятность того, что я применю электрошок к пациенту с аритмией сердца, примерно равнялась шансам на то, что эти двое тюремных охранников начнут выполнять любые мои приказы. Но поскольку мы уже приняли этого пациента в свою больницу и, пускай на время, лишили его способности соображать, – теперь я была просто обязана защитить его.

В книге «Лев, колдунья и платяной шкаф»^[21] лев Аслан издал свой рык, и мистер Клайв Льюис провозгласил: «Справедливость возродится, стоит Аслану явиться. Он издаст рычание – победит отчаянье». В суете больничных будней все не настолько волшебным, и многие из моих «рычаний» не приносят никаких результатов. Но этот пациент был в критическом состоянии, и я хотела предоставить ему временную амнистию для тяжелых больных – хотя бы до той минуты, пока он не задышит самостоятельно.

Но охранник снова взглянул на меня – без единой эмоции на лице, которое ясно говорило мне: «Начальник тюрьмы сказал “нет”».

Что именно совершил тот преступник? Наверное, что-то ужасное. Какое дело до этого мне? Честно говоря, никакого.

К подобной позиции нейтралитета нас приучают чуть ли не с детства. Этот человек был моим пациентом, и я хотела помогать ему так же, как любому другому. Но медицина здесь бессильна – мы не можем учредить в стенах реанимации отдельную моральную иерархию. От лица моего пациента я выражала гнев, но с чьей-нибудь другой точки зрения я сама выступала от имени тюрьмы, только иного сорта. Ведь, как ни крути, ни один из окружающих меня пациентов на самом деле не смог бы выйти отсюда самостоятельно. Реанимация – странноватое место. Точно так же, как этот преступник, пациенты лежат здесь на койках, погруженные в медикаментозную кому, с торчащими из горла трубками. Через другие трубки из них вытекает моча, а через третьи в них заливается пища. И все это время, пока они здесь, у них нет ни своего голоса, ни способности выбирать, как им общаться с внешним миром. Сам воздух реанимации постепенно высасывает из пациентов все человеческое, и если вы не будете осторожны, высосет их личность полностью. Они превратятся в системы органов, станут номерами. И тебе как врачу приходится определяться с приоритетами: ты просто вынужден находить в себе

силы постоянно цепляться за то достоинство, которое считаешь сохранить, и почитать его как святыню.

Этот человек был моим пациентом, и я хотела помогать ему так же, как любому другому. Но медицина здесь бессильна – мы не можем учредить в стенах реанимации отдельную моральную иерархию.

Один из моих коллег-консультантов любит повторять: «Никто не приходит на работу, чтобы работать плохо». Возможно, в самой этой фразе никакой особой мудрости нет, но если ты приходишь в ярость, вспоминая свои или чужие поступки, – мысль о том, что никто чтобы его работа не получилась, может здорово помочь тебе проанализировать, что было не так с условиями, в которых эти поступки планировались изначально. Да, если работа совершается в такой специфической области, как медиализация смерти, то в подобном «разборе полетов» должны участвовать и общественное мнение, и правовая система. Но у профессиональных врачей нередко бывает, что реальные результаты наших практических действий приводят в бешенство нас же самих.

Иногда, направляясь по вызову в очередную палату, я заранее знаю, что следом за мной ковыляет старуха с косой. Я гадаю, не обижается ли она при виде смертных одров, которые мы готовим для ее клиентуры. И не злится ли на то, что вообще плетется по коридору позади меня. Чаще всего хриплый голос из моего пейджера раздается на рассвете. И я, прибежав вприпрыжку, склоняюсь над очередным изголовьем, как некий мерзкий судья, которому полагается то и дело поднимать руку и выносить фальшивый вердикт: «Теперь ты можешь позволить им умереть». Странно смиряться с тем, что это – часть твоей повседневной жизни. Конечно, реальность подобных ситуаций такова, что старуха с косой уже прибыла и весь наш цирк с реанимацией – всего лишь иллюзия, театральное действо, призванное изобразить, будто мы и правда держим все под каким-то контролем.

И вот опять шесть утра, и я стою у очередной постели. Компрессии прекращены, но пациентка еще выпускает судорожные, последние в жизни вздохи. Ее кровообращение, подстегиваемое уже только адреналином, замедляется, а пульс едва прощупывается под липкими складками в ее паху. Я поговорила с консультантом, и он объявил

команде, что дальнейшие попытки реанимации кажутся нам нецелесообразными. Я могла бы уйти, поскольку выполнила все, зачем меня вызывали, но остаюсь, потому что иначе стану врачом, которого и сама не хотела бы видеть у изголовья своей постели. А кроме того, не я одна понимаю, что ситуация безнадежна. И совершенно точно не я одна в нашей команде предпочла бы не выкладываться ради такой пациентки всю ночь напролет. Так что мы продолжаем работать вместе.

Я концентрируюсь на том, что еще могу сделать для пациентки, а именно – обеспечить ощущение того, что она спокойно умирает в своей постели. Помогаю ночным медсестрам осторожно распрямить ее тело, скорченное в центре матраса. Прошу одного из младших врачей передать мне обратно ее подушку, отброшенную на кресло. Прوماкиваю ее губы. На пару секунд кладу ей руку на лоб – на знаю почему, но чувствую, что должна это делать почаще. Возможно, так я выражаю свое уважение к ней. А возможно, прошу у нее прощения.

Я смотрю на три другие койки в этой палате: их бумажные шторы задернуты в тщетной попытке отгородить пациентов от происходящего всего в двух шагах от них. Не думаю, что сейчас хоть один из них спит. И уже повернувшись, чтобы уйти, я вижу, что старший врач и его ассистент готовятся взять у пациентки пробы крови из вены в паху.

Анализы крови могут многое рассказать о физиологии пациента. Но они никогда не расскажут, как можно ему помочь в последние минуты жизни. В медицинской практике бремя любой помощи и любых процедур, которым подвергается пациент, не должно перевешивать пользу, которую этот конкретный пациент от них получает. Я знаю, что частично ответственна за возникшее осложнение. Когда я прибыла сюда, все попытки реанимировать эту женщину уже показывали, что успеха нам не добиться. Один из младших врачей отчаянно пытался взять пробу крови из ее закупоренной периферической вены, хотя команда уже вводила ей катетер в периферическую вену и собрала несколько миллилитров крови для анализа. Этого материала было вполне достаточно, и я спокойно сказала парню, чтобы он прекратил.

Старшего врача, который возглавляет команду, я не знаю, поскольку сегодня ночью он лишь временно подменяет своего коллегу и не знаком никому из нас; но ночная медсестра выглядит

встревоженной не меньше моего. Поэтому я повторяю ему, совершенно спокойно, что нет необходимости брать дальнейшие пробы крови.

– Но у нас нет вообще никаких, – отвечает он.

– Она умирает, – говорю я. – Это уже никак не поможет ей – и не пригодится вам.

– Но пока она жива – разве не стоит попытаться взять?

Несмотря на то что его вопрос звучит вполне разумно, я чувствую, что наша дискуссия уже не просто раздражает меня, но приводит в реальную ярость.

– Поступайте как знаете, но моей родной бабушке я бы этого не пожелала. Или вы со своей поступили бы так же?

Я понимаю, что кричу. Вокруг все стихает. Он не отвечает мне ничего, но руки его застывают, и я ухожу.

Не стану описывать, какой это дикий стресс – наблюдать за людьми, проводящими последние мгновения жизни так, как вы бы никогда не пожелали тому, кого любите. Боюсь, от такого стресса вы тут же захотели бы защититься. Или разозлиться. А то и спрятаться за ширмой цинизма. Примерно так же, как я однажды разозлилась на коллегу, которая на деле оказалась добрейшей из всех встреченных мной в тот день.

Случилось это в субботу ближе к вечеру. Больница задыхалась от новых пациентов, во всех отделениях и в реанимации пытались срочно поставить на ноги тех, кого не удалось выписать перед выходными. И тут санитарная авиация сообщила, что их вертолет обнаружил мужчину, упавшего с сердечным приступом на тротуаре.

Пациента доставили к нам на носилках, с установленной в горле трубкой и подключенным аппаратом для искусственной вентиляции легких. Уже в пути его сердце вновь запустили, но кровообращение все не восстанавливалось. Сразу же по прибытии у него случился еще один приступ; мы сделали ему искусственное дыхание, и сердце опять заработало. Весь следующий час мы поддерживали его давление и продолжали вентилировать легкие. С большим трудом нам удалось избежать еще двух приступов, одного за другим. Наконец, когда его состояние немного стабилизировалось, мы сканировали его мозг, грудную клетку, брюшную полость и таз, но как только увидели снимки его мозга и шейных позвонков, стало ясно, что выжить ему не

удастся. Он прибыл к нам как неопознанный мужчина. Полиции не удалось отследить его родственников, а в его карманах нашли только связку ключей, несколько монет и чек за купленное молоко. Мы сложили все это в пластиковый пакет вместе со снятыми с него серыми брюками, темно-зеленым джемпером и часами. Ни телефона, ни бумажника; просто безвестный умирающий. Пока его не отключили от аппарата для искусственной вентиляции легких, мы с коллегой из отделения неотложной помощи пытались найти подходящее место, где он мог бы умереть спокойно. Его скорая смерть была неизбежной, а суматошный приемный покой – не лучшее пристанище для последних минут чьей-то жизни, если есть из чего выбирать. Никому не известный мужчина лежал в промежутке меж двух распахнутых дверей, и узкой бумажной шторой не хватало, чтобы скрыть его тележку от чужих глаз. Коллега из неотложки попытался зарезервировать бокс в общем отделении, но там все было занято. «Поищите в срочной хирургии», – посоветовали нам.

Коллега позвонил диспетчеру койко-мест и попросил ее срочно найти отдельный бокс. Несмотря на всю лихорадку субботнего вечера, бокс каким-то чудом нашелся, и мое сердце радостно забилося. Но диспетчер тут же добавила, что на данный момент койко-место еще не готово.

Не выдержав напряжения, я долго бубнила себе под нос все, что думаю про эту сотрудницу. Мы ждали, и мое раздражение перетекало в злость, а затем и в отчаяние; я сидела и беспомощно смотрела на своего пациента, надеясь, что каким-то образом мы все же успеем найти для него место, где можно умереть по-человечески.

Я сидела и беспомощно смотрела на своего пациента, надеясь, что каким-то образом мы все же успеем найти для него место, где можно умереть по-человечески.

Довольно скоро, впрочем, диспетчер появилась в приемном покое сама. Она оказалась медсестрой и принеслась к нам, на бегу извиняясь за то, что заставила ждать, потому что не сразу нашла свободного человека из персонала, который мог бы посидеть с пациентом перед смертью. Для этой цели за ней следом пришел медбрат с отдельной тележкой.

Она попросила меня не вынимать из пациента трубку, пока они не протрут его и не переложат с большой тележки на транспортную. Когда же все было закончено, она укатила его в найденный бокс, и мой гнев растворился в глубочайшей к ней благодарности. Позже, проходя мимо, я увидела, что она не только нашла для умирающего руку помощи, но еще и оставила у его подушки свой телефон, негромко игравший Моцарта.

В таких ситуациях мой гнев очень прямолинеен: это гнев на саму ситуацию. Тогда я и пытаюсь напомнить себе о том, что никто не приходит на работу, чтобы работать плохо; о том, что решать вопросы, связанные с помощью умирающим, оставаясь при этом, с одной стороны, в рамках законности, а с другой – в тисках времени и ресурсов срочной больничной помощи, – в принципе, архисложно. А также о том, что я здесь не единственная, кому не все равно.

Слова важны всегда. Слова, которые я использую в контексте, могут показаться абсолютно здоровыми мне самой, но в диалогах они обычно означают лишь то, что под ними понимает мой собеседник. Как-то раз, в первый год моей работы врачом, я сидела перед семьей пожилой пациентки и объясняла им, что их родственница умирает. Я сказала, что теперь мы сосредоточимся на контроле за ее предсмертными симптомами и начнем прощальный этап – комплекс мер, направленных на то, чтобы помочь пациентке максимально комфортно провести последние дни своей жизни. Закончив на этом беседу, я оставила их с пациенткой наедине, а минут через двадцать вернулась проверить ее состояние.

– Ну, что? Запустили процесс? – вдруг спросил меня ее сын.

– Процесс? – уточнила я, стараясь не показать удивления.

– Ну да, – ответил он. – Чтобы начался прощальный этап, нужно запустить процесс умирания, верно?

Представьте себе ужас, охвативший меня, как только я поняла, сколь активную роль этот человек приписал мне в акте встречи его матери со смертью.

Я ничего такого не говорила. По крайней мере, по моему мнению, я не говорила ничего подобного. Тогда я села и вновь вернулась к этой теме. Только больше никогда в жизни не употребляла выражение

«прощальный этап» в какой-либо связи со смертью: слишком ошибочная коннотация.

И если на работе я на что-нибудь злюсь, то чаще как раз на слова: «колясочник», «безмозглый склеротик», «чокнутый пациент» и тому подобные выражения тут же заставляют меня хищно выгибать спину. Если вы произнесете их в моем присутствии, то увидите, как мои губы кривятся от брезгливости, спрятать которую я не в силах, даже помня, что она уже не раз вызывала ответное раздражение. Я знаю, что этим лишь подпитываю чью-то к себе неприязнь, и не стану скрывать – иногда, оглядываясь назад, испытываю к себе то же самое.

Однажды я курировала пациента, которого из отделения, где его готовили к выписке и возвращению домой, внезапно перевели туда, где готовят к переходу в мир иной. Такую подготовку называют «предсмертной терапией». На вечерней пересменке, принимая дела пациентов, я вдруг заметила, что в истории болезни, которую обычно вел один из младших врачей, этот перевод был оформлен как «прекращение помощи».

Инстинкт не позволил мне это проигнорировать.

– Подберите другую формулировку, а эту удалите до передачи дел, – тут же вклинилась я.

Младшие коллеги, оторвавшись от заполнения документов, уставились на меня, и один из них безразличным тоном уточнил:

– А что нам, по вашему мнению, следует писать?

– Любые слова, которые не предполагают, что мы вообще перестаем помогать умирающему, – ответила я.

– Но почему не оставить так? – поинтересовались они. И в этом был свой резон. Отношение моих коллег к пациентам никак не менялось от написанных ими слов, и я это знала; но все же формулировка была важна. Хотя вы тоже можете удивиться: с чего это я, ежедневно сталкиваясь с пациентами на грани жизни и смерти, «парюсь» по таким мелочам?

«Париться по мелочам» в наши дни считается чем-то несовременным. На мой взгляд, называя что-нибудь «мелочью», мы невольно призываем и себя, и других просто махнуть на нее рукой. Думаю, у слова «мелочь» вообще несправедливая коннотация: то и дело нам повторяют, что «малые вещи» нужно ценить, а вот «мелочи» – презирать и «не париться» по их поводу. Почему в одном

случае размеры чего-либо вызывают у нас бережное отношение, а в другом – пренебрежение и безразличие, а?

Для меня, родной сестры пациента, это рассеянное безразличие имело огромное значение.

Одно важное наблюдение, о котором я стараюсь не забывать в процессе работы, заключается в том, что почти все мои беседы с пациентами, как правило, запоминаются им больше, чем мне самой. А значит, я должна признать, что не мне судить об истинной ценности «мелочей». И что я должна выбирать слова тактично, с заботой о том, что чувствуют мои собеседники. Я отношусь к тем людям, которых однажды задела неосторожные слова врача. Я просто закипела от злости на рентгенолога, небрежно нацарапавшего «Коляска, *spina bifida*»^[22] на рентгеновском снимке моего брата, хотя его коляска никак не была связана с рентгеноскопией, не говоря уже о том, что мой брат не страдал никаким расщеплением позвоночника. Да, он получил свой снимок, и тот был точно таким же, как и все снимки до и после, вне зависимости от того, что нацарапал тот врач на маленькой желтой наклейке; но для меня, родной сестры пациента, это рассеянное безразличие имело огромное значение. Так что да, я «парюсь по мелочам». И все-таки стараюсь думать над тем, как каждое из моих слов может отразиться в душе пациента.

Однажды меня вызвали к Грегу – мужчине средних лет с рецидивным, а теперь и метастатическим раком поджелудочной железы. Старший врач позвонила мне около полуночи и сообщила, что у Грега развился сепсис и его нынешнее состояние, скорее всего, потребует поддержки артериального давления. Еще она сказала, что в его истории болезни нет никаких упоминаний о том, что сам Грег или его лечащая команда думают о мерах экстренной реанимации, если она потребуется. Для меня было неудобством, что команда онкологов, ведущая пациента, не поставила в дневное время вопрос о возможных способах экстренной помощи; но я заглянула в компьютерную базу и нашла их последнюю запись с плачевным прогнозом. Они написали о его состоянии: «опустошен». А поскольку для описания одного дня этого более чем достаточно, мне показалось, что я поняла их.

Я ответила старшему врачу, что уже иду, но попросила ее позвонить онкологам домой и узнать, что они думают по поводу

экстренных мер для Грега. Прибыв в палату, я увидела, что старший врач еще разговаривает по телефону, и начала листать медицинскую карту Грега. В самом конце бланка документации за предыдущий день я обнаружила единственную строчку, вписанную от руки: «Не возражает против реанимации и искусственной вентиляции, если потребуется».

Я поняла, что команда онкологов просто не поспевает за скоростью развития болезни Грега; но гораздо сложнее было понять, что они имели в виду под этим странным «если потребуется».

Если потребуется *что*? Контекста не предлагалось. Если потребуется жить, может быть? Но разве мы предложили этому человеку хотя бы малейший шанс выжить?

В мире Гарри Поттера есть такая вещь, как Зеркало Еиналеж^[23]. Еиналеж – это слово «желание», написанное задом наперед, и если встать перед этим зеркалом, оно покажет твое самое сокровенное желание. Ты увидишь себя, живущего в собственной мечте. Не нужно быть семи пядей во лбу, чтобы догадаться, что увидел бы Грег, окажись это зеркало перед ним.

Суровая же правда заключалась в том, что он двигался к неизбежной смерти, и притом очень быстро. Разумеется, обсудить с ним технические детали его ухода было необходимо, но о чем мы спросили его: хочет ли он жить или как бы хотел умереть?

Я подошла к пациенту. Одетый в шорты и темно-зеленую майку, он лежал на застеленной кровати. Его тело выглядело слишком здоровым для такой болезни, а на лице читалось разочарование, если не полная отстраненность от всего, что его окружало. Когда я вернулась к сестринскому посту, старший врач уже закончила разговор с онкологами. Она сообщила мне, что команда не считает реанимацию приемлемым вариантом, но они еще обсудят это с пациентом, и я ушла.

Ситуации, подобные этой, заставляют меня скептически относиться к законам, регулирующим такие меры по спасению жизни, как СЛР. Я часто сомневаюсь: приносят ли эти законы желаемый результат, помогая лучше узнать последнюю волю умирающего человека, или же мы сами начинаем бояться выполнять такие законы? Когда пациент поступает в реанимацию с осложнениями рака поджелудочной и мы обязаны ему помочь, но при этом, следуя

протоколу, предлагаем ему эту помощь в полном или ограниченном виде, – задаем ли мы правильные вопросы?

Вы хотите жить? Или – *как вы хотите умереть?*

Ведь это совсем не одно и то же.

На моем счету, я уверена, довольно стандартное для нашей профессии число столкновений с разгневанными пациентами. Иногда такой гнев – проявление известных патологий, как, например, в случае с двадцатилетним парнем, которого привезли к нам после ДТП с легочной контузией и множественными переломами ребер. Сломанные ребра не давали ему нормально дышать, а контуженные легкие плохо справлялись с доставкой кислорода в кровь. Это привело к гипоксии; а когда твой мозг лишен кислорода, ты можешь стать очень злобным человеком. И он поклялся, что если я только подумаю «насильно его усыпить», он меня найдет и «прикончит к чертям собачьим». Выполнить угрозу, само собой, было ему не по силам и явно не в его интересах, поэтому я все-таки усыпила его насильно и подключила к аппарату искусственного дыхания. Через пару дней он очнулся, пошел на поправку и, насколько я поняла, оставил всякие планы меня прикончить.

Реанимация – рассадник бреда. Ты можешь быть самым добропорядочным человеком на свете, но когда твой давший сбой организм столкнется с тем, что его окружает в реанимации, – вдруг обнаружить, что швыряешь через всю палату кувшин с водой в медсестру. Не раз мне случалось ползти на четвереньках по полу, прячась за тележкой злобно орущего, бредящего пациента, чтобы вколоть ему успокоительное, пока он не причинил сам себе какой-нибудь вред.

Мне плевала в лицо престарелая дама с деменцией, убежденная в том, что я хочу помешать ей сесть в автобус и поехать домой; бил по рукам перепуганный мужчина, не понимавший, откуда в его мочевом пузыре появился катетер. Мне отдавливали ноги ходунками. Гнев такого рода невинен, а иногда и комичен в своих проявлениях, но важно помнить, что в большинстве случаев, даже если у пациента деменция, это – попытка человека показать окружающим, что он в чем-то нуждается.

Этому научил меня Джек. Все свои воспоминания Джек хранил в маленьком коричневом кожаном фотоальбоме под рукой, у изголовья постели или в кармане. У него была деменция, и он больше не мог жить один в своем доме. В больницу он поступил с гриппом, но после выздоровления остался еще на несколько недель – в ожидании, пока для него организуют надлежащую помощь в местной общине. Джек жил в своем собственном времени и, как один из тех, кто уже выздоровел, но не имел подходящих условий там, куда должен вернуться, напрямую зависел от нашей поддержки. Так что мы привыкли к его манере просыпаться позже всех остальных и не торопили его с завтраком. Джек стал достопримечательностью нашего отделения, и мне нравилась его компания. Когда он говорил, его глаза загорались, и я ждала очередной шутки или загадки. Он напоминал мне моего дедушку, поэтому, когда выдавались спокойные минуты, я старалась подсесть к нему и расспросить о фотографиях в его альбоме.

Однажды, когда я сидела на сестринском пункте и что-то писала, Джек подошел ко мне с пластиковой поилкой в руке. Бум, бум, бум! – застучал он поилкой по стойке, и этот назойливый стук разнесся эхом по всему отделению.

– Вы не могли бы не стучать, Джек? – спросила я, оторвавшись от своих записей. Он сказал «нет». Точнее, кое-что поглубже, чем «нет», а затем подробно объяснил, куда мне следует отправиться.

Бум, бум, бум! – продолжил он еще громче, словно хотел расколошматить поилку о стойку. Я спросила, не хочет ли он сходить со мной погулять. Очередное «нет», очередная нецензурщина – и грохот, все громче и громче.

Тогда моя коллега, работавшая за соседним столом, развернулась к нему в своем кресле – и спросила, очень ласково и спокойно:

– Ну и зачем же вы так шумите, Джек?

Стук прекратился.

Джек выдержал паузу, а потом очень серьезно ответил:

– Я посылаю сигнал бедствия проплывающим мимо судам.

– Ах вот оно что! – отозвалась коллега. – И вы полагаете, наша маленькая больница способна принять все эти суда, когда они приплывут?

– Не знаю, – ответил Джек и, улыбнувшись, опустил руку. Она предложила ему стул. Джек присел, поставил поилку на стол, и они

продолжили беседу, пока она допечатывала очередное направление на выписку. Прошло минут пятнадцать, а они все разговаривали – уже о том, каково пришлось трудовым мигрантам в Англии 1950-х годов.

Злость, охватившая Джека, на деле была вполне оправданной потребностью в чем-то ином. Но даже когда никаких психических отклонений не наблюдается, и сами пациенты, и их родные, с которыми я общаюсь, часто используют гнев, чтобы скрыть более сложные эмоции. В медицине все было бы гораздо проще, если бы, начиная беседу, пациенты и врачи сразу понимали жизненные обстоятельства собеседника, но на практике так не бывает. Нам приходится стараться изо всех сил, чтобы, слово за слово, узнавать друг друга в процессе общения.

Пациенты и их родные, с которыми я общаюсь, часто используют гнев, чтобы скрыть более сложные эмоции.

Был один из тех редких дней, когда все хорошо. Сравнительно спокойный, не утомительный. День, под конец которого даже позволяешь себе выскочить украдкой на улицу, чтобы купить стакан горячего шоколада в кофейне через дорогу. Но не успела я оплатить его, как мой пейджер запищал. Перезвонив, я приняла вызов дежурного врача и, прежде чем отключить телефон, успела услышать его краткое сообщение вдогонку: «На всякий случай: его жена ужасная мегера».

Я вздохнула. Ну что ж, хотя бы удалось купить шоколад!

Когда я приблизилась к дверям палаты, старший врач хирургии наскоро пересказал мне историю болезни пациента: диабет, язвы на ноге и повышенное давление. Теперь бедняге нужно было ампутировать ногу, а с учетом сепсиса – как можно скорее. Но пациент от операции отказывался. Ожидалось, что если он все-таки согласится, его послеоперационное состояние будет очень тяжелым, поэтому команда хотела знать, готовы ли мы, в принципе, провести его реанимацию после такой хирургии.

Допивая остатки шоколада, я вдруг заметила, что младший врач команды как-то странно возбужден – так, словно предвкушает какое-то особое развлечение.

– Значит, вы к ним сейчас зайдете? – спросил он меня, иронично подняв бровь, и кивнул на двери палаты. А затем улыбнулся так,

словно хотел сказать: «Я подожду здесь, чтобы увидеть, с каким лицом вы оттуда вернетесь». Похоже, каждому из лечащей бригады злобная супруга пациента уже успела чем-нибудь насолить.

– О да, – ответила я решительно. – И очень сильно постараюсь, чтобы меня не обидели.

Пациенту, который представился как Дэвид, было за шестьдесят; он полусидел в постели, подпираемый сразу двумя подушками. Жена его с кислой миной расположилась рядом в раскладном кресле; взгляды обоих были устремлены в одном направлении, поскольку в палате было слишком тесно, чтобы развернуть кресло в другую сторону. Я задернула шторы, отгородив их от остальных пациентов, и протиснулась в узкую щель между койкой и окном. Представившись каждому из них по очереди, я приветливым тоном начала беседу. Благо в тот день мне уже не нужно было никуда торопиться. Дэвид объяснил, что жена – его ангел-хранитель. Он перечислил мне основные симптомы последних недель, приведшие к его госпитализации, и тогда я подвела разговор к предполагаемому плану ампутации и к тому, что, возможно, после этого ему потребуется экстренная помощь. На что он мне тут же ответил, что ни о какой хирургии даже слышать не хочет, не говоря уже обо всем остальном.

Не знаю, насколько вас это удивит, но должна признать: хотя сама я никогда не боялась вида крови или внутренних органов, мысль о том, что одну из моих конечностей могут отрезать и выкинуть в контейнер для медицинских отходов, приводит меня в психологический ступор. Понятно, что свыкнуться с такой мыслью невероятно сложно любому из нас. Но Дэвиду будет еще сложнее: ему придется переключиться с вопроса, терять ли конечность ради сохранения жизни, на куда более насущный вопрос: как научиться жить на одной ноге.

Его жена то и дело закатывала глаза к потолку. Я пыталась установить с ней визуальный контакт, не теряя при этом из виду самого Дэвида. Но она лишь цокала языком, пока я говорила, а затем, перебив меня, прочитала мне краткую лекцию обо всех промахах, когда-либо допущенных врачами по неосторожности. А по ее опыту, сказала она, все мы, врачи, одинаковы – и никто из нас не способен выполнять свою работу как следует. Я слушала ее и напоминала себе, что не должна обижаться. Заглатывать ее наживку сейчас не время.

В общем, мои опасения подтвердились: да, она, несомненно, была злющая особа. Дэвид же, со своей стороны, просто растерялся и не знал, что делать.

Я продолжила беседу с ним, и он стал рассуждать дальше, весьма сумбурно, о лечении, о медицинских подъемниках, о том, что их сын живет слишком далеко, чтобы помогать им дома.

Я почти потеряла нить разговора, как вдруг мое ухо уловило конец фразы, от которого я просто остоленела: «...И тогда ее все равно уже не будет рядом... Ведь так, дорогая?»

– Да уж! – язвительно ответила его жена. – Я здесь, только пока жива.

Я уставилась на нее в замешательстве – и лишь через пару секунд переспросила, что она имеет в виду. Ответ последовал все в том же недоверчивом, презрительном тоне. И сводился к тому, что у нее был рак в последней стадии и жить ей оставалось меньше года.

Я смотрела на раздраженную женщину, и мое сердце сжималось от осознания масштабов трагедии, которую этим двоим суждено пережить.

Я смотрела на раздраженную женщину, и мое сердце сжималось от осознания масштабов трагедии, которую этим двоим суждено пережить. Передо мной был не просто пациент, не готовый решиться на необратимые изменения в своей жизни, но – супруги, теряющие друг друга, и жена, которая сражается со смертельной болезнью, зная, что будет вынуждена оставить мужа в одиночестве.

Входя сюда, я готовилась обороняться от гнева этой женщины, но когда уходила, ее поведение уже совсем не пугало меня. И даже не вызывало желания ее осуждать.

Говоря о самоконтроле, который так нужен нам для управления той или иной ситуацией, я признаю правоту Чарльза Лэма, написавшего в своей поэме: «В нужном месте, в нужный час – даже гнев ласкает глаз»^[24]. И тем, кто придет в мою профессию после меня, я посоветовала бы сохранить силы, чтобы иногда – совсем немножко – от души на кого-нибудь поорать.

Отвращение

«Навсегда» в нашем мире и означает тот поразительный баланс между великолепным и отвратительным, красивым – и крысиным.

Ральф Уолдо Эмерсон

В целом, я давно уже не замечаю очень многое из того, что, казалось бы, должно вызывать у меня отвращение. Моя практика приучила меня к большинству запахов и ощущений. Я привыкла к тому, что если пациент долго истекает кровью, эта кровь загустевает, превращаясь в бурое блестящее желе, а затем отпадает кусками и начинает пахнуть, как говядина в лавке мясника. Когда у меня на руках умирал человек с простреленной головой, кровь хлестала из него фонтаном. Она пропитывала насквозь марлевую повязку, что я прижимала к ране, сочились меж моих пальцев, стекала по перчаткам и методично капала мне на ногу. Ее тепло передавалось мне через ткань хирургических брюк. Я стиснула локтями его затылок, чтобы зафиксировать голову, и кровь начала размазываться по моей коже. Когда же руководитель бригады попросил меня приподнять пациенту затылок, бурая лужица из-под раненой головы вылилась на пол и забрызгала носки моих матерчатых тапочек.

Запах крови обычно пробуждает у меня воспоминание, как я, пятнадцатилетняя, стою на уроке биологии перед сердцем свиньи – в лабораторном халате, сжимая в пальцах скальпель, – а одноклассница рядом со мной еле сдерживает рвотные позывы, потому что сама не в состоянии разделать даже куриную грудку. Запах у того воспоминания точно такой же – навязчивый запах чего-то сырого и грубого. Органы животных для лабораторных работ по биологии мы должны были приносить в школу сами. Моя мама заказывала их в лавке мясника, и я носила окровавленные части тела по улице в пластиковых пакетах. А однажды я забыла на столе в кухне коровий глаз, и мама привезла его для меня в школу позже. Когда же на перемене я спустилась в приемную, чтобы забрать его, секретарши сидели по сторонам от него

на почтительном расстоянии, а он смотрел на мир из прозрачного пакета, в котором все обычно покупают какой-нибудь фарш для котлет. На лицах секретарш читалось неопишное отвращение, и при виде меня они замахали руками как безумные, требуя унести от них *это* как можно скорее.

Я могу сразиться с вонью больничной утки, полной черных фекалий, чтобы убедиться, что у пациента действительно мелена. Разница между обычным темным стулом и меленой как результатом желудочно-кишечного кровотечения заключается, помимо характерного резкого запаха, в том, что мелена должна быть вязкой и липкой, как деготь.

Бульканье мокроты – кремовой жижи, пузырящейся в эндотрахеальной трубке пациента после глубоких вдохов, – может звучать для меня до странного умиротворяюще; и я могу быть выше брезгливости при проверке емкости с этой мокротой, чтобы понять, вводить ли пациенту с гнойным бронхитом антибиотики. Когда работаешь с неприятными запахами, главное – дышать ртом. Это противоречит обычной интуиции, ведь когда перед тобой – продукт какой-нибудь псевдомембранозной диареи, тебе меньше всего на свете хочется открывать рот, чтобы, не дай бог, не ощутить это еще и на вкус. Еще я сразу предупреждаю: этот трюк лучше не применять, когда снимаешь повязку с чьей-то хронической язвы на ноге. Чем дальше разматываешь эти бинты, тем сильнее вонь, но при снятии последнего слоя нужно быть готовым к тому, что из-под него в воздух может подняться целое облако белых хлопьев из отмерших клеток кожи.

Поверьте, я прошла нелегкий путь, чтобы понять, в каких случаях дышать через рот не рекомендуется.

Отверстия для ввода пальцев. Мануальная эвакуация фекалий «по самое не хочу». Байки про кровь, гной, мокроту и вонь. Классические темы для грубых анекдотов, слышать которые – нечто вроде отдельного опыта, с которым я наконец-то свыклась, ибо, несмотря на всю их сомнительную развлекательность, они – просто детский лепет в сравнении с тем, от чего мой желудок действительно выворачивает наизнанку.

Треск проломленной грудины. Хруст костей. Гулкие щелчки чих-то ребер под твоими пальцами, когда ты проводишь СЛР. Сопротивление грудной клетки, от которого немеют запястья, пока ты

давишь, давишь, давишь. «Компрессии в норме!» – сообщает механический голос из дефибриллятора, который готов похвалить кого угодно, но понятия не имеет, кто ты такой и чье тело сейчас терзаешь.

Наконец ты останавливаешься, и кто-нибудь проверяет пульс. Есть!

Но затем ты оставляешь пациента снова умирать, ведь принято решение, что ему не выжить в ходе дальнейшей реанимации. Что, в принципе, было ясно еще до начала СЛР.

– Как его зовут? – спрашивает еще один врач, и ты говоришь, что не знаешь. Проверяешь браслет с именем у него на запястье. Просишь для него подушку, но сестра отвечает, что у них в отделении неотложной помощи нет подушек. И, отыскав простыню, сворачивает ее и подкладывает ему под голову.

Эту историю я могу пересказывать по-разному, но вы уже понимаете, что она – о многих пациентах сразу. Ее можно изложить и в красках, и с подробностями, но часто, вспоминая все эти случаи, я этого не делаю. Иногда я рассказываю все как есть. Потому что испытываю отвращение к себе самой, к своим рукам, под которыми хрустели ребра тех, кто затем оказался в могиле, и от этого знания мне уже никуда не деться. Как и от воспоминаний о том, что я не смогла помочь.

Неприглядная сцена, когда пациент с раздавленной грудиной хватая ртом свой последний в жизни воздух, может и не вызвать у вас тошноты, пока вы не представите, что эту ситуацию породили вы сами. Представьте, что это ваши руки волей-неволей выполнили поставленную перед ними задачу, и теперь вы лично наблюдаете, как этот человек страдает в последние минуты, а то и секунды своей жизни. Вот тогда тошнота точно подступит к вашему горлу. Именно такая ситуация заставляет меня посочувствовать воплю шекспировского Макбета: «Нет, с рук моих весь океан Нептуна не смоет кровь. Скорей они, коснувшись зеленой бездны моря, в красный цвет ее окрасят»^[25]. Интересно, изменилось бы что-нибудь, начни я в такие минуты, горестно уставясь на свои руки, декламировать строфы шекспировских трагедий? Скорее всего, меня бы попросили надавать самой себе по щекам и отправили в отпуск по причине стресса.

Даже теперь, столько лет спустя, если что и вызывает у меня отвращение в связи с моргом, так это запах формалина. Формалин –

это водный раствор формальдегида, который используется как основа для консервации трупов и прочего биологического материала. Не берусь описать этот запах точнее, но ни с каким другим его не спутаешь; я могу вспомнить его в любую секунду, если понадобится. Легче всего, если я при этом жую какой-нибудь бутерброд с ветчиной: я просто напоминаю себе, что поедаю мертвую плоть – и запаха морга, заполняющего мою память, хватит, чтобы я отказалась от завтрака или хотя бы переключилась на что-нибудь вегетарианское. Но выворачивает мне желудок вовсе не боязнь смерти или покойников. А мистическое сочетание холодной плоти, пахнущей формалином, с чудовищным присутствием смерти прямо у меня в кухне.

Обычно я посещаю морг, когда нужно проверить тело умершего и оформить его на кремацию. Я жму на кнопку звонка у двери. Чей-то голос по громкой связи спрашивает меня о цели визита, я отвечаю навскидку что-нибудь вроде «осмотр крематория», после чего дверь отпирается, и я оказываюсь внутри. Стою перед длинной панелью с выдвижными морозильными камерами и называю фамилию нужного мне пациента. На дверце каждой камеры значатся имена и фамилии. Есть здесь и дети, и совсем младенцы; тех, кто пожить не успел вообще, именуют просто «новорожденными»: Новорожденный Смит, Новорожденный Браун, Новорожденный Шах. Я вижу имена пациентов, которых лечила или просто знала, а иногда и тех, кто уже пролежал здесь намного дольше обычного, потому что у них нет родных и близких, которые могли бы похоронить их.

Дверцы морозильников расположены по четыре в высоту и по десять в длину. Стена из мертвецов вздымается передо мной, и когда из нее вытягивают тело для проверки, мне иногда приходится взбираться на нужный уровень по переносной металлической стремянке. Стоя на этой стремянке, я могу поворачивать голову влево-вправо, заглядывать в морозильники и любоваться на всех этих покойников – с их пожелтевшей кожей и впалыми глазницами, застывших в морозном воздухе под казенными белыми покрывалами. Я кладу руку на грудь тому из них, кто нужен мне для работы, и провожу обязательную, хотя давно изжившую себя «проверку на кардиостимулятор». При оформлении тел на кремацию я и еще один врач должны подписать особый документ, который, в частности, подтверждает, что я проверила тело на отсутствие в нем любых

металлических объектов, способных привести к взрыву. Имплантированные кардиостимуляторы и дефибрилляторы действительно могут взорваться в ходе кремации, поэтому, конечно, важно извлекать их заранее; однако проверка, которую я выполняю сейчас, лишена всякого смысла, ведь у меня не было ни одного пациента, которому я не сделала бы рентген или еще какое-нибудь сканирование, так что находишь у любого из них в груди подобный приборчик, я бы знала об этом давным-давно. Не говоря уже о том, что мы, к счастью, работаем с технологами морга, которые проверяют все это и без нас.

Одноразовые белые покрывала, в которые мы заворачиваем усопших, отличаются тем, что вдоль линии горла они оторочены белыми рюшами, как сорочки у мальчиков в церковном хоре. Эта странная «мода» с медицинской точки зрения часто кажется мне странной, неуместной попыткой увязать такое обыденное событие, как смерть на больничной койке, с чем-то возвышенным и сакральным.

Сколько бы я ни приходила в морг, никак не могу привыкнуть к этому зрелищу: упакованные одно над другим тела пациентов в саванах и на койках для трупов.

Когда рефлексивное отвращение вызывает гнойный аппендикс, смердящий на всю операционную, – это одно; но когда такое же отвращение внушает твой собственный пациент – дело совсем другое.

Мне хочется верить: тот, кто по-настоящему уважает всю сложность человеческой натуры, никогда не сможет испытать чистого, неподдельного отвращения даже к самому отъявленному негодяю. Жизнь кажется мне слишком сложной для столь необузданного чувства; впрочем, у всех нас – свои нравственные стандарты и критерии, по которым мы судим других за их жизненный выбор. А точнее – решаем, считать ли нам чьим-то «выбором» ситуацию, которую нам навязывают. И я в этом смысле – не исключение.

Тот, кто по-настоящему уважает всю сложность человеческой натуры, никогда не сможет испытать чистого, неподдельного отвращения даже к самому отъявленному негодяю.

Хорошо помню примеры, на которых мне пришлось это проверять. Я уже рассказывала, какую неприязнь вызывает у меня слово «борец»,

когда им называют пациента, страдающего каким-нибудь тяжелым недугом. И дело тут даже не в коннотациях с сомнительной обязанностью быть сильным и уверенным, чтобы не сломиться под ударами жестокой судьбы. Мое сопротивление вызывают нравоучительные байки о том, что выбор людей, как им жить, а потом и как умирать, обязательно должен быть связан с каким-то поражением. Или даже о том, что само решение умереть может быть правильным выбором либо досадной ошибкой. В большинстве случаев выражение «он по жизни борец» для меня абсолютно пустое. И примерно такое же приторно-благозвучное, как, например, «он по жизни большой книгочей».

Куда больше мне нравится слышать, что мой пациент обожает читать на любимой скамейке в парке. Из такой информации я могла бы выудить целую историю, а лично я – горячий сторонник того, чтобы пациенты рассказывали о себе побольше фактов. Если я когда-нибудь всерьез заболею, а мой врач захочет узнать обо мне побольше, – скажите ему, что я люблю запах книг, что обожаю темный шоколад, что иногда ужасно боюсь заболеть всерьез, а иногда думаю, что справлюсь. Скажите, к примеру: «Несколько лет она занималась ирландскими танцами». Что угодно – только не «она по жизни борец».

И вот как-то утром я стою в коридоре у входа в бокс и общаюсь с тремя консультантами и другом моей пациентки. Самой пациентке едва за тридцать; частично в сознании, она полусидит на подушке в постели. У нее впалые, изможденные щеки, и боюсь, если я попрошу бедняжку отнять голову от подушки, ее шея переломится от тяжести, и голова покатится на пол. Волосы у нее тонкие, а несуразно большие локти не вписываются в хрупкую фигурку. Она напоминает мне другого пациента, которого доставили в реанимацию несколько лет назад. Ему было за пятьдесят, он был совсем истощен и умирал от рака. Когда я подошла к его тележке и заговорила с ним, он медленным шепотом спросил, не могу ли я поддержать его голову, пока мы беседуем. Я стояла перед ним и придерживала рукой его голову, чтобы он мог отчетливо видеть меня во время разговора. Пожалуй, это было самой покорной, *нижайшей* просьбой, какую я когда-либо слышала от пациента; но я не смогу уважать того, кто скажет, что этот человек был слишком слаб духом, чтобы выжить.

В случае же с молодой женщиной, сидящей сейчас на подушке в боксе, – возможно, ее реанимация завершится успешно, и при самом удачном сценарии она проживет еще целый год, а то и дольше, хотя бремя ухода за ней будет крайне тяжелым для всех. А возможно и то, что сейчас мы просто приговариваем ее к смерти, затаившейся в нашей аппаратуре.

Три консультанта обсуждают почти все утро: что в ее случае правильнее, что лучше, что гуманнее? Что, наконец, она предпочла бы сама? Мы не знаем.

Никого из ее семьи рядом нет, и обсудить это вроде бы не с кем; но когда пациентка находилась в полном сознании, она назвала этого друга «почти родным». Пока кто-то приглашает его к разговору, я гляжу на ее призрачный силуэт вдалеке. И слышу, как ее друг говорит, что все понял, а затем хладнокровно добавляет:

– Ничего удивительного... Она ведь совсем не борец.

До этой самой секунды я бы ни за что не поверила, что кто-нибудь скажет мне эти слова, и я переспрашиваю, верно ли я его поняла.

– Ну да, – кивает он. – Такая уж она от природы.

Я теряю дар речи; отвращение затапливает меня. Отвращение – и странная неловкость: вот как? Оказывается, есть нечто куда отвратительнее той пустой, напыщенной фразочки, которую я так привыкла ненавидеть, и это – другая фразочка, с абсолютно обратным смыслом, которую произносят передо мной, говоря об умирающей пациентке. Внутри меня все бунтует. Но я знаю: сейчас мое мнение не имеет значения. И я не произношу ни слова в ответ.

В конце концов мы решаем перевести ее в реанимацию, где она идет на поправку – даже быстрее, чем мы ожидали. Когда ее трубку снимают и лечащая бригада приходит обсудить с ней план восстановления на ближайшие месяцы, она уже, к счастью, в полном сознании и способна сказать, чего ей хочется. Она говорит, что хочет поехать домой и провести там остаток жизни как можно комфортнее, без дальнейших реанимаций и хирургических вмешательств. Она просит покоя, ее выписывают. Того друга рядом с ней больше нет.

Я теряю дар речи; отвращение затапливает меня. Отвращение – и странная неловкость.

Я верю, что в общении с пациентами, как правило, не позволяю своему отвращению победить во мне врача. Но я не корчу из себя перфекциониста: мое поведение прежде всего продиктовано инстинктом самосохранения. Или, проще говоря, – по-другому мне будет труднее справляться со своей работой.

Когда я, совсем еще начинающий доктор, работала в отделении неотложной помощи, к нам привезли заключенного из тюрьмы с довольно простыми ранами на голове, которые требовалось зашить. Он прибыл вместе с тремя охранниками, сообщившими моему шефу, что поскольку пациент особенно агрессивен в отношении мужчин, лечить его лучше женщине, которая не будет обращаться с ним «чересчур фамильярно». Выбор пал на меня.

В моей голове тут же завертелся вопрос: «Почему он выбирает, какого пола врач должен его лечить?» Но, немного подумав, я признала, что сама часто и охотно помогаю пациенткам, которые по прибытии к нам робко просят, по той или иной причине, чтобы их врачом была женщина. Это могут быть жертвы домашнего насилия или те, у кого, по их же признанию, проблемы с интимной жизнью. Но если у меня нет ни малейшего отвращения к ним, почему я должна испытывать его теперь?

Отправляясь на встречу с агрессивным пациентом, я пыталась представить: что за события в жизни этого человека привели его сюда и в каких преступлениях он повинен? Но уже подходя к двери его палаты, твердо решила: пускай этот случай будет вызовом для меня, и я докажу себе, что способна общаться продуктивно даже с уголовником. Его уже осудила система, которая для этого создана. Теперь же следует сосредоточиться на цели моего визита: проверить общее состояние пациента, зашить ему голову и отправить его восвояси.

Когда дело касается эмоций, я отнюдь не похожа на робота, но в моей профессии есть правила – в том числе и те, что записаны в Женевской декларации, которую я громко цитировала, принимая присягу на выпускной церемонии:

Физическое и психическое здоровье моего пациента будет моей главной заботой; [...] я не позволю соображениям пола или возраста,

болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической или национальной клановости, политической идеологии, расовой принадлежности, сексуальной ориентации, социального положения и любого подобного фактора встать между исполнением моего долга и моим пациентом. ^[26]

Упоминание «любого подобного фактора», как я понимаю, – забавный осколок старого мышления, требующий, чтобы между исполнением нашего долга и пациентом не стояло вообще ничего. Профессиональные врачи постоянно сдают какие-нибудь тесты или экзамены, многие из которых проводятся в формате «Укажите правильный ответ». При этом среди них бытует негласное правило, своего рода лакмусовая бумажка: если предлагаемый ответ содержит такие неизменные условия, как «всегда» или «никогда», – скорее всего, он неверен. Ведь это плохо согласуется с тем, что нам известно о врачевании и болезнях, где всегда остается место для сомнений или вариаций. В медицине ничто не бывает «всегда» – и никогда не бывает «никогда».

И если я так выступаю против того, чтобы испытывать к пациенту отвращение из-за его темного прошлого, – что ж, иногда надо себя заставлять.

Однажды я оказывала помощь человеку, осужденному за изнасилование и убийство; его жертвой была женщина примерно моего возраста. О криминальном прошлом этого пациента я узнала случайно – из разговора коллег, который я невольно подслушала перед тем, как отправиться к нему в бокс. Мои коллеги говорили о нем с отвращением, но их шепот не достигал ушей пациента. Им не нужно было идти лечить его – участвовать в процессе, где фокус взаимодействия неизбежно сужается до негласного договора между одним пациентом и одним профессионалом от медицины.

С этим новым, непрощеным знанием в голове я вошла к нему в бокс и присела на стул у кровати, чтобы сделать ему поясничную пункцию. Я спросила его разрешения, объяснила суть процедуры; затем пробежалась пальцами вдоль его позвоночника, ощущая под пальцами тепло его кожи, и надавила чуть сильнее, нащупывая ложбинку между позвонками. Придерживая его за бедро, протерла спиртом участок кожи там, куда собралась вводить анестетик. Каждое

мое действие со стороны выглядело, как и всегда, когда я выполняла эту процедуру. Закончив с местной анестезией, я спросила, не больно ли ему. Это испытание: обращаться с ним так же, как с любым другим пациентом.

Однажды я оказывала помощь человеку, осужденному за изнасилование и убийство; его жертвой была женщина примерно моего возраста.

Значит ли это, что я не питала к нему ни малейшего отвращения? Если вдаваться в детали – пожалуй, какая-то неприязнь у меня все же возникла; иначе моя готовность обращаться с ним как со всеми не далась бы усилием воли. Все-таки гуманность не может быть осознанной и заслуживающей отдельного упоминания категорией, если рождается без усилий.

Когда вы читаете о преступлении или домашнем насилии, а то и видите их по телевизору, вы вольны чувствовать что хотите. Но те, кто сражаются на передовой линии здравоохранения, знают: на практике ни помощь преступнику, ни помощь жертве, как правило, не оставляют свободы для выражения каких-то эмоций вообще. Маргарет было около пятидесяти. Усталое лицо, сухие вьющиеся волосы, собранные на макушке. Кожа сероватого оттенка, морщины вокруг губ от курения – и, несмотря на жару, огромный толстый бежевый кардиган до самых колен поверх черных обтягивающих джинсов. В неотложку ее доставили из-за неудержимого кашля и более в груди. Она также призналась мне, что муж частенько ее поколачивает. Когда я предложила ей остаться на несколько часов в срочной хирургии, чтобы мы сделали ей рентген и взяли кровь на анализ, Маргарет запаниковала и сказала, что если в ближайшее время не вернется домой, муж придет и найдет ее. Я сказала, что парочку тревожных симптомов все-таки нужно проверить, ведь разве не за этим она вообще сюда обратилась. Разумеется, я тут же предложила ей защиту от домашнего насилия, и старшая медсестра сделала то же самое. Мы дали ей номера приютов и горячих линий. Мы предоставили ей выбор, но нельзя заставить взрослого человека принять помощь насильно; мы можем назвать это неразумным, но наличие у человека умственных способностей – не гарантия разума и мудрости.

Ее направили в отделение, но были выходные, и организация ее обследования заняла больше времени, чем я ожидала. Когда я пришла заверить ее, что осталось недолго, она заявила, что слишком поздно – ее муж звонил, и он уже едет, чтобы забрать ее. И как только он будет здесь, она выпишется. Я спросила, то ли это, чего она хочет. Она ответила, что ей просто придется.

Она призналась мне, что муж частенько ее поколачивает, и сказала, что если в ближайшее время не вернется домой, он найдет ее.

Когда он приехал, я уже выходила из палаты. Выглядел прилично, словно только из офиса – сорочка с открытым воротом, темно-синие брюки. Прежде чем увезти свою жену, он отыскал меня на сестринском посту. Я встала прежде, чем он подошел ко мне. Остановившись, он перегнулся через стойку и тихим голосом произнес, что если я когда-нибудь еще вмешаюсь в его дела, он со мной «разберется».

Это очень, очень неприятно – испытывать страх на работе. Внешне я ему четко объяснила, что если он еще раз заговорит со мной в таком тоне, я вызову полицию. Но внутренне я сломалась, и в голову полезли мысли, знает ли он, где я живу и где паркую машину. Я чувствовала лишь одну миллионную часть того, чего нахлебалась с ним Маргарет, и не могла вынести этого кошмара. Как и того, что она так живет постоянно. Я рассказала обо всем консультанту. Рассказала дежурной сестре, позвонила в нашу службу безопасности. Но их ответ я знала заранее: они могут дать взрослому вменяемому человеку любую информацию и любой совет на свете, но не могут насильно заставить его всем этим воспользоваться.

Маргарет уехала с ним – и, я уверена, ее кошмар продолжился. Спроси тогда кто-нибудь, что за эмоция захлестывает меня, я бы сказала «отчаяние». Отчаяние от сознания, что рядом с тобой сидит женщина, чья жизнь превратилась в беспросветный тупик, и ты не можешь ничем помочь. Со временем я приучила себя смотреть на подобные ситуации именно так, и это еще самый комфортный из возможных вариантов.

В целом я нахожу неестественным, когда людей судят, не пытаюсь ни в чем усомниться, и легко занимаю позицию адвоката. Знаю, такая черта моего характера может раздражать, особенно если вам хочется, чтобы я просто сидела и слушала, как вы сливаете негатив о каком-то конкретном человеке. Мое настойчивое желание сопротивляться «злу в чистом виде» порой делает меня очень неблагодарным слушателем. Мне всегда очень трудно выносить кому-нибудь приговор, — хотя, наверное, я просто никогда не оказывалась в ситуациях, когда сделать это необходимо.

Когда-то мне довелось оказывать помощь сразу трем необычным пациентам. До сих пор иногда жалею, что не смогла перезнакомить их между собой. Британский ветеран Второй мировой, бывший пилот «Люфтваффе» и немка, бежавшая из Германии в 1940 году. Они прошли через нашу больницу один за другим с разницей в несколько недель, что само по себе кажется мне странным совпадением. Я понимаю, что такое начало истории напоминает дурной анекдот из серии «Однажды англичанин, шотландец и ирландец...». Но не бойтесь: это совсем другая история.

Немка по имени Агнес страдала деменцией и раком, который привел к нарушению электролитного баланса, что заставляло ее страдать еще больше. Она часто была не в себе, но однажды вечером, когда рассудок ее прояснился, я спросила у нее, как и почему она эмигрировала в Британию, и она ответила, со своим по-прежнему жестким акцентом, подняв на меня слезящиеся, измученные глаза: «Я не еврейка, но любила одного из них, это были хорошие люди. И я не могла смотреть на то, что с ними творят». Мне было очень досадно оттого, что у нее деменция. Так и хотелось посидеть с ней подольше и узнать все, о чем она могла бы рассказать, вместо того чтобы отслеживать редкие проблески ее сознания.

Британский ветеран войны Гарри был из тех пациентов, в палате которых стихийно образуется мужской клуб. Он обладал редким даром объединять вокруг себя людей, что для стариков, неделями ожидающих предоставления им социальной помощи или реабилитации, просто бесценно. Он рассказал мне, что воевал недолго и был отправлен с Французского фронта домой после того, как его укусила собака и укус воспалился. Весело смеясь, он даже дал мне ценный совет: лучший способ остаться здоровым — не гулять там, где

водятся бродячие собаки. Хотя он отлично знал, что этот укус – счастливый билет с поля боя домой – скорее всего, спас ему жизнь. И позволил его детям и внукам появиться на свет. А мне подарил саму эту историю.

Дерек, пилот «Люфтваффе» из Австрии, упал на нашу землю с небес. Как и многие в его ситуации, он попал в лагерь для военнопленных, но после войны не стал возвращаться домой. Я встретила с Дерекком, когда он уже умирал, и он сказал мне, что очень благодарен судьбе за прожитую жизнь, в которой получил даже больше, чем заслуживал.

Я часто задумываюсь, почему воспоминание об этой троице так важно для меня. Поражаюсь, какой привилегией была возможность встретиться с этими людьми, заглянуть в их жизни, услышать их истории. И благодарю судьбу за такие дни, когда я испытываю трепет и благоговение перед жизненным опытом моих пациентов.

Стоя у постели Дерекка, я находилась всего в нескольких милях от города, который был превращен в руины бомбежками Второй мировой. Эти страшные разрушения рассеивали по миру семьи и ломали судьбы людей, многие из которых еще живы и могут встретиться мне на улице. И все-таки я не представляю, что за ситуация могла бы заставить меня испытывать неприязнь или отвращение к человеку, оказавшемуся одним из тех, кто осуществлял эти бомбежки. Вместо этого мне было очень любопытно, как ему удалось перекроить свою жизнь, оставшись во вражеской стране, и очень горько от прихоти судьбы, посадившей его за штурвал того самолета. Я благоговела перед ним – с теми же трепетом и уважением, какие испытывала, беседуя с британским солдатом Гарри и немецкой беженкой Агнес. Но что бы я чувствовала, если бы не воспринимала те события как дела давно минувших дней? Если бы стояла перед постелью пленного пилота «Люфтваффе» через день после бомбежки, в самый разгар войны? Если бы в руинах лежал мой дом, а без вести пропала моя родная сестра?

Я имею счастье жить в мире, где война воспринимается как нечто далекое и опосредованное – через новости в газетах, по телевизору или глазами героя какой-нибудь истории. В своей книге «Желтые птицы» бывший солдат Кевин Пауэрс, основываясь на личном опыте службы в Ираке^[27], пишет: «Всякая боль одинакова. Различаются

только детали». Эти слова я запомнила в самом начале своей врачебной карьеры – как отправную точку для общения с некоторыми пациентами.

Еще в медицинском колледже я консультировала пациента с симптомами депрессии. Я проходила практику, и целью той беседы была оценка моих способностей как консультанта. Мой экзаменатор, опытный врач, сидел в углу кабинета, а я слушала рассказ пациента о том, что он переживает после недавней смерти своего друга. Мы очень долго беседовали с ним о преодолении последствий этой трагедии и о том, что он почти потерял сон. И лишь после его ухода врач сообщил мне, что этот человек подозревается в убийстве своего друга. Что эта история обошла все местные газеты, а сам этот друг до своей смерти был хорошо известен врачам как пациент. Идея же экзаменатора заключалась в том, что беседу должен вести новичок, не владеющий подобной информацией; лишь такая консультация и будет по-настоящему беспристрастной.

Из того, что я раскопала потом в Сети, с большой долей вероятности следовало, что этот парень и правда виновен; но даже узнав контекст, я не испытала к нему отвращения. Ни тогда, ни позже. Я была шокирована, да, но я также слышала от него, как теперь рушится вся его жизнь. В ситуации, когда сидишь перед единственным пациентом и его личной болью, у тебя просто не остается места для кого-то еще.

Ты не поможешь ни ему, ни себе, если начнешь строить этико-мировоззренческие конструкции, рассуждать о том, что боль пациента в каком-то смысле заслуженна. От вынесения таких приговоров нет ни малейшего толку. Пока от пациента не нужно защищать кого-то еще (а в моем случае было уже не нужно), обвинять или осуждать его – не моя работа. Я здесь для того, чтобы научиться лечить.

С этим пациентом я встретилась еще раз, на очередной консультации – и, честное слово, не испытала к нему отвращения даже тогда. За судебным процессом я не следила. Чем бы он ни закончился, меня это уже не касалось.

Ты не поможешь ни ему, ни себе, если начнешь рассуждать о том, что боль пациента в каком-то смысле заслуженна.

Если бы тех консультаций не было, а ко мне на прием пришла мать жертвы и рассказала, как она опустошена и раздавлена убийством своего сына и что в убийстве обвиняется его друг, – тогда, конечно, мне было бы гораздо легче испытать отвращение. К обвиняемому, который не был моим пациентом.

Я прогоняю свой мозг через все эти умозрительные эксперименты, чтобы убедиться: да, я способна испытывать отвращение в таких ситуациях. Невзирая на профессиональную этику, я считаю очень важной частью человеческой натуры способность чувствовать подобные вещи и живо на них реагировать.

Бывает, я опасаясь: а не забирает ли моя работа какую-то часть этой способности? Иногда мне кажется, что культ медицины просто подминает нас под себя. «Я торжественно клянусь посвятить свою жизнь служению человечеству...» Вы знали, что это тоже написано в Женевской декларации? Я внятно и недвусмысленно поклялась посвятить служению человечеству не просто мое рабочее время или профессиональную карьеру, но вообще всю мою жизнь – без всяких оговорок и ограничений.

В то утро перед выпускной церемонией, когда я стояла в мантии и квадратной шапочке посреди аудитории, полной моих однокурсников, и репетировала с ними хором эти слова, у меня просто дух захватывало от романтичности происходящего. Теперь же, спустя столько лет, слова эти кажутся мне довольно напыщенными, и я понимаю, почему мои коллеги иногда говорят, что быть врачом зачастую все равно что быть членом религиозной секты. Эта работа предъявляет требования ко всем аспектам твоей жизни и твоего характера. Стандарты, которыми ты связал себя, проникают в каждый уголок твоего бытия так назойливо, что уже очень скоро перестаешь различать, где кончаются эти стандарты, а где начинаются твои собственные. Взрослая личность, которой я стала после двадцати, сформировалась в жестких рамках заученных представлений о том, какой я должна быть как врач. Стала бы я другим человеком, выбери я себе иную профессию?

И вот через два года после той церемонии я стою посреди палаты и смотрю на отца, которого обвиняют в избиении своего пятилетнего сына. В том, что сын умрет, я уже не сомневаюсь. Отец возбужденно

доказывает, что «не сделал ничего дурного». Я отвечаю, что моя работа заключается не в том, чтобы кого-нибудь осуждать; я здесь для того, чтобы сделать все возможное для ребенка, а расследованием дела займется полиция и служба защиты детей. Тут прибывают другие члены семьи, очень раздраженные – не то чтобы на меня, просто им нужно на кого-то злиться, а потому они то и дело совершают злобные выпады в мой адрес. Они заявляют, что мы заставляем их еще больше страдать.

Я смотрю на прекрасного мальчика, лежащего на детской кровати неподвижно, с раскинутыми ручками-ножками, подключенного всякими трубками к нашим насосам, и понимаю, что мой ответ этим людям правдив. В этот миг меня охватывает странное чувство, что я не соврала им: я *действительно* никого не осуждаю. И отвращение к самой себе заполняет меня.

В этот миг меня охватывает странное чувство, что я не соврала им: я *действительно* никого не осуждаю. И отвращение к самой себе заполняет меня.

Я сижу всего в паре шагов от этого мальчугана – и честно считаю, что этот отец может быть виновен в неминуемой смерти сына. Я хочу выть от ярости. Содрогаться от ужаса. Переживать такое же отвращение, какое испытывала бы, прочти я об этом в газете. Я хочу метать громы и молнии. Я хочу трезвонить на весь белый свет о загубленной невинной душе – но не могу. Где-то они есть, эти громы и молнии, но глубоко внутри меня – тихий отзвук в укромном уголке сердца; а все, на что я способна, пока нахожусь в стенах больницы, – это вынести финальный вердикт: я должна выполнять свою работу.

От такого профессионализма испытываешь дискомфорт – похоже, впервые меня просят не быть человеческой. Гуманной – да, возможно; но человечности чуть поменьше, договорились?

А затем я выкидываю эти мысли из головы – и лишь надеюсь, что все еще остаюсь человеком.

Надежда

*Во всем вокруг есть трещины: Так к нам
приходит свет.*

Леонард Коэн, «Псалом»

Клэр было сорок восемь. Рост – полтора метра, вес – сорок пять кило, и в придачу целый букет хронических болезней. Одна из них – почечная недостаточность в последней стадии. К сожалению, ряд других ее проблем со здоровьем не позволял пересадить пациентке почку, и ей требовался регулярный гемодиализ^[28].

Я тогда еще работала «очень младшим» врачом в отделении нефрологии, а у Клэр был сложный комплекс болезней, и она оставалась у нас в стационаре более трех месяцев. Возле ее койки висела фотокарточка – она с друзьями в летнем саду: все смеются, потягивают игристый «Просекко»^[29], сидя вокруг белого пластикового столика, и, похоже, собираются гулять до утра. Саму Клэр я на фотографии не узнала. Но заметив, как сильно каштановые корни ее стриженных до плеч волос контрастируют с их нынешней мертвенной белизной, я поняла, что когда-то она и правда была совсем другой. Следила за своей прической, а проснувшись поутру, заглядывала в гардероб и выбирала, что хочет надеть. Любила наслаждаться завтраком на кухне, но иногда, торопясь по делам, глотала кофе на бегу. Умела бегать. Теперь же тело ее выглядело так, словно принадлежало кому-то другому – человеку, проводшему на этой планете намного больше лет, чем пока прожила она. Долгая госпитализация украла у нее столько мышечной массы, что превратила в тростинку: бедра усохли, икры почти исчезли. Выбраться из постели стоило ей невероятных усилий. Лично я не припомню, чтобы она когда-нибудь встала, сходила в туалет или села в кресло без посторонней помощи.

Помимо дежурных диалогов при обходе, мое ежедневное общение с Клэр во многом сводилось к тому, что я уговаривала ее активнее участвовать в процедурах по реабилитации и физиотерапии, а в целом

– увереннее смотреть в будущее. Однажды медсестра в беседе со мной упомянула, что сегодня Клэр особенно замкнута и гораздо мрачнее обычного. По странному совпадению, тем утром я как раз выписала заказ на специальные ортопедические башмаки, которые, по мнению трудотерапевтов, могли помочь Клэр с реабилитацией. И когда пришла к ней с обходом, без всякой задней мысли сказала ей восторженным тоном:

– Я слышала, скоро вы начнете вставать и больше двигаться! И это очень кстати, ведь я только что заказала для вас пару отличных башмачков.

– Правда? – спросила она, приподняв голову над подушкой совсем чуть-чуть, лишь так, чтобы я заметила.

– О да, так что знайте: у вас теперь новые башмачки!

Прошло около недели, за которую я почти не вспоминала о том разговоре, пока однажды в обед не встретила в коридоре медсестру, которая с улыбкой сообщила мне: «Проведайте Клэр, она ждет вас и хочет что-то сказать!» Едва завидев меня, Клэр оживилась и задвигалась так энергично, как никогда прежде. Казалось, еще немного – и она превратится в ту женщину на фото у ее изголовья. Сидя на постели в своей розовой больничной пижаме, она протянула ко мне руки и дрожащим голосом произнесла:

– Я встала!

Она протянула ко мне руки и дрожащим голосом произнесла: «Я встала!» Я обняла ее, и мне показалось, будто я держу в руках какую-то очень хрупкую птицу.

Я обняла ее, и мне показалось, будто я держу в руках какую-то очень хрупкую птицу. Сама же я похожа на капризного малыша, который поймал котенка и хочет напоить его молоком, а взрослые испуганно кричат: «Только не сжимай его слишком крепко!» Я сказала, что страшно горжусь ее достижением, но еще большую гордость за это должна испытывать она сама. Не случись той волшебной минуты, я бы так никогда и не узнала, сколько счастья может принести мне новость о том, что Клэр наконец-то поднялась сама.

Очень жаль, но я не могу закончить эту историю словами о том, что Клэр постепенно окрепла и вернулась домой. Через несколько

месяцев она умерла в больнице, так ни разу и не надев свои «башмачки». И до сих пор, вспоминая о ней, я не могу избавиться от оставшегося безответным вопроса: что же значило для нее мое сообщение: «У вас теперь новые башмачки»? Просьбу надеяться на будущее, которого у нее не было? Виновна ли я, хотя бы косвенно, в том, что зажгла в ней эту надежду? И если виновна – хорошо ли, что она так и не надела те башмаки?

Когда я говорю очередному пациенту: «Я думаю, с этим вы справитесь», – склоняет ли авторитет врача чашу весов в сторону надежды? Или я просто льщу себе, и вы легко можете подумать: «Ну вот, еще одна целительница с раздутым самомнением»? Но я и правда верю, что каждая крупица сил, которые понадобились Клэр, чтобы встать на ноги, исходила от нее же самой. Она сама отвечала за комбинирование усилий собственных мышц и мозга, необходимое, чтобы уверенно поставить ногу на холодный безучастный больничный пол – и переместить на нее вес своего тела. Меня же интересует иное: какую роль здесь сыграла я, зародив в ней надежду как активатор физической силы?

От нас, врачей, ожидается, что мы работаем с доказательной медициной. Оценивая что-либо, мы действуем в рамках статистики, в определенных доверительных интервалах вокруг вычисляемой величины. У меня не было никаких реальных доказательств того, что Клэр и правда снова встанет на ноги. Как и того, что она когда-нибудь воспользуется теми башмаками. Я просто верила, что существует некая ничем не выражаемая вероятность таких событий; хотя, если честно, ни на секунду не забывала о том, насколько эта вероятность ничтожна. Ее не хватило мне даже на то, чтобы как следует удивиться, когда Клэр умерла. Но я действительно надеялась на то, что она встанет на ноги, и хотела, чтобы эта надежда передалась и ей. Хотя до сих пор не пойму, хорошо ли это.

Надежда – коварная вещь. А в контексте медицины – пожалуй, самая коварная из всего, что я знаю. И прежде чем мы с вами двинемся дальше, я должна признать, прямо здесь и сейчас: я не понимаю, что это такое. Жестоким опытом для меня было узнать, до каких невозможных пределов может вырастать моя собственная надежда перед лицом потери, беды или ожидания. В такие минуты я ощущаю в себе столько пустоты – и столько причин для сомнений, что

надежда приходит и пытается заполнить собой эту черную дыру. Надежда – это отсутствие уверенности. Я выпускаю ее в себя – и знаю, что не будь дыра такой глубокой и черной, мне бы не понадобилось столько надежды для ее заполнения. Я пришла к пониманию: чем больше надежды мне нужно для заполнения этой пустоты, тем меньше мне, наверное, стоит вообще надеяться. Если бы мы рассуждали логически, мы бы знали: надежда по-настоящему важна лишь тогда, когда положение безнадежно. В остальных случаях все наверняка можно разрешить каким-нибудь другим способом – уверенностью, предвкушением, амбициозностью, доверием, убежденностью...

Недавно я оказывала помощь парню по имени Энди. В реанимацию его привезли с сердечным приступом, но мы так никогда и не узнали, где это с ним случилось и почему. Он был моложе меня и незадолго до этого вернулся домой после года жизни и работы в Таиланде. Перед возвращением он сделал своей девушке предложение на морском берегу, и теперь она сидела у его постели, рядом с его родителями, оцепенев от ужаса. На его загорелой руке еще различалась светлая полоска от кожаного браслета. Такие безделушки обычно покупают на отдыхе, и я легко представила, как он носил его на пляже или в баре. Этот браслет мы сняли, как только его владелец поступил к нам. И я вставила в то же запястье артериальный катетер.

После такого рода приступов – без немедленной дефибрилляции и оказания первой помощи – вероятность выжить колеблется вокруг двух процентов. То есть два человека из ста.

Только два?! Да.

Я хочу сказать, что девяносто восемь, скорее всего, умрут?

Да, а два процента, скорее всего, будут жить.

Но я также хочу сказать, что «двое из ста» эквивалентно «двадцати из тысячи», «двумстам из десяти тысяч» или «двум тысячам из ста тысяч». Да, при увеличении общего знаменателя мы получим картину из двух тысяч человек, которые стоят перед нами живые и здоровые. И вы с большей вероятностью увидите лица ваших любимых в этой отнюдь не маленькой толпе из двух тысяч человек и уже не вспомните, что еще девяносто восемь тысяч остались на другой чаше этих весов судьбы. Вы будете лелеять надежду и забудете про общий знаменатель.

Изначально весы не склонялись в пользу Энди. Вероятность того, что ему не выжить, была явно выше девяноста процентов, но я

перевидала уже столько сердечных приступов, что иногда могу себе позволить на время забыть о знаменателе. Порой это важно, чтобы оставаться внимательной и не упустить детали, которые могли бы указать на то, что этот пациент все-таки останется в счастливом меньшинстве.

В первый же день, наблюдая за Энди, я заметила сразу несколько обнадеживающих признаков: он пытался дышать самостоятельно под прибором для искусственной вентиляции легких, его организму требовалось все меньше искусственной поддержки давления – и самый минимум дополнительного кислорода при вентиляции, а его почечные пробы не отклонялись от нормы. Самые важные из этих показателей я перечислила в утреннем отчете, даже не придавая им какого-то обнадеживающего смысла. Но я даже не подозревала, насколько серьезно позволила надежде укрепиться во мне, пока в 7:30 вечера не взяла телефон, чтобы ответить на вызов пейджера.

«Энди! – воскликнула сестра из реанимации. – Его зрачки просто взорвались!» Этим, конечно, она хотела сказать, что зрачки у Энди внезапно и очень сильно расширились.

Я ринулась обратно в отделение, вызывая на бегу консультанта. Мы выровняли состояние Энди, насколько смогли, и повезли его к томографу, чтобы сделать свежие сканы головы. Даже не обсуждая это, мы оба знали, *что* сейчас увидим: снимки отекавшего и поврежденного мозга, которому слишком долго не хватало кислорода и который вот-вот перестанет функционировать. В этом мы просто не сомневались.

Закатив Энди в лабораторию, мы переложили его на стол томографа, привели все торчавшие из него трубки и провода в безопасную позицию – и, усевшись на стулья, стали следить через стеклянный кожух, как Энди перемещается в сканер и обратно. Мы получали ровно то, чего ожидали; но консультант, хотя и пережил гораздо больше подобных ситуаций, чем я, от такого предсказуемого исхода, похоже, расстраивался не меньше моего. Когда сканирование закончилось, он, по-прежнему глядя в стекло, отделявшее нас от пациента, бесцветным голосом, будто сам для себя произнес: «Я даже позволил себе надеяться на его счет».

На следующий день я встретила врача неотложки, которая привезла Энди к нам, и сообщила ей печальную новость о том, что

парень умер.

– Знаете, мы все так надеялись, что он выкарабкается, – добавила я, когда она скорбно вздохнула.

– Но ведь у таких, как он, шансы совсем ничтожны, верно? – отозвалась она. – И мы это знали, но слишком воодушевились, когда решили, что он может стать исключением.

Она была права. Да, мы надеялись – но именно потому, что подсознательно цеплялись за наше предположение, будто Энди может быть исключением, а вовсе не потому, что у него были на это какие-то реальные шансы. Мы жаждали чего-то хорошего – и с одной стороны все выглядело многообещающим, хотя со всех остальных было ясно, что для надежды нет ни малейшего повода.

Старшие коллеги много раз говорили мне, что для врача надежда не просто коварна, она еще и очень опасна, – это одна из форм «эмоционального инвестирования», которая слишком часто приводит к скорби. Врач же не должен постоянно подвергать себя такому риску – просто потому, что у него всегда будет слишком много пациентов и слишком много негативных исходов, чтобы с ними справиться. Консультанты, говорившие мне это, вовсе не какие-нибудь холодные нигилисты, за которых вы можете их принять после таких заявлений. Они заботливые и участливые, и я хочу с них брать пример. Они совсем не похожи на врачей, отключающих душу, приступая к своей работе. Они просто пытаются предостеречь меня от последствий того, что слишком часто делают сами.

И когда очередной коллега скорбит у меня на глазах не только о чьей-то погибшей юности или угасшей жизни, но еще и о загубленных и утраченных надеждах, – это говорит мне о том, что любой, даже самый опытный врач всегда будет позволять надежде прокрасться в его жизнь и расположиться там поуютнее. Что в фасаде нашей нерушимой логики всегда будут трещины, через которые к нам проникает свет; а мы будем и дальше позволять этому свету заполнять пустоту, которая грандиозней всего, что ему когда-либо приходилось заполнять.

Старшие коллеги много раз говорили мне, что для врача надежда не просто коварна, она еще и очень опасна, – это одна из форм «эмоционального инвестирования», которая слишком часто приводит к скорби.

А еще это напоминает мне о том, что когда дело касается надежды, мы, врачи, не сильно отличаемся от тех, кому сообщаем трагические новости или рассказываем, куда склоняются чаши их весов.

Так что я вряд ли когда-нибудь пожалею, что «инвестировала» свою надежду в Энди или во многих других, кто точно так же прошел через мои руки и встретил смерть в полном соответствии с ее неминуемостью. Окажись Энди в том счастливом меньшинстве и останься жив, я могла бы теперь оглядываться назад и говорить себе: а ведь я знала, что у него все получится.

Думаю, несмотря на все наши попытки казаться другими, мы, врачи, относимся к надежде так же трепетно, как и все. Разница лишь в том, что обычно мы не делимся ею так, чтобы это было заметно. Когда вы сидите у постели родного человека, держите его руку в своей и повторяете про себя: «Надеюсь, все обойдется – знаю, что все обойдется», – я надеюсь на это с вами. Даже если при этом нахожусь в другой комнате.

Пэт был отцом семейства, его дети давно выросли. А еще он был каменщиком, который клал кирпичи, но упал со строительных лесов и получил сложнейшую травму мозга. Мы положили его в реанимацию, где он пролежал более сорока дней, но лучше ему не стало; напротив, ему стало хуже. Постепенно он превратился в существо, чью физиологию мы были не в состоянии контролировать. Он стал телом, дыхание которого приходилось поддерживать с большим трудом, которое почти постоянно нуждалось в успокоительных, но никак не могло очнуться.

В течение этих недель его личность опускалась куда-то вглубь его недр, все глубже и глубже, пока уже никто из команды не перестал верить в то, что он вообще когда-либо выпорхнет из-под нашего крылышка, чтобы наконец-то вернуться домой. Мы терпеливо ждали, но день проходил за днем, на соседней койке сменился уже то ли пятый, то ли шестой пациент, – и наконец, пробил час, когда нам всем пришлось увидеть слона, которого так долго не замечали, и спросить себя: ну и куда же все это идет?

Мы созвали семью Пэта и объявили им, что с очень большой долей вероятности не сможем помочь ему выйти из комы. Что нам бесконечно жаль, но чем больше времени проходит, тем менее

обратимой становится ситуация. И что исход, скорее всего, будет не в его пользу. Эту беседу мы провели с бережностью и сочувствием, ставя целью, как и всегда, одно: изложить родным Пэта наше понимание ситуации так, чтобы они остались участниками диалога. Никто из знакомых мне врачей, беседуя с родственниками пациента, не пытается убедить их в том, что владеет волшебной палочкой, но каждый врач знает, как важно вовремя умерить их несбыточные надежды.

На следующее утро я проходила мимо палаты Пэта. Его жена Линда стояла над ним, облокотившись о перила кровати, и держала мужа за руку. Увидев меня, она жестом попросила приблизиться.

– Я понимаю, – начала она. – Понимаю, что мы обсуждали вчера. Но сегодня он уже другой! Вам не кажется, что он изменился?

И тут к нам подошла дочь Пэта.

– Привет, мам, – сказала она, стягивая с себя кардиган. И, заметив меня, обеспокоенно добавила: – Ох... Что-то случилось?

В большинстве подобных ситуаций пациент не может измениться так, чтобы эти изменения были действительно заметны, и уж тем более – истолкованы как однозначно позитивные. Но на этот раз все было по-другому. Пэт, хотя и не под действием успокоительных, лежал перед нами таким же, каким я знала его всегда: без движения и на аппарате искусственного дыхания, гонящем воздух в его трахею и обратно. Вот только глаза его были открыты.

И не просто открыты – они следили за женой и дочерью. Пэт переводил взгляд с одной на другую, словно крича им: «Я здесь!» Он и правда был здесь.

– Ну? Разве ничего не изменилось? – возбужденно повторила Линда.

Я пыталась думать быстро. Чем объясняются его открытые глаза? Совершенно точно не тем, что он отключился от аппарата искусственного дыхания или вдруг вспомнил, кто он. Ни то ни другое ничего бы не изменило.

Секунды бежали, а Линда с дочерью все стояли и смотрели, как я молчу, с мольбой и надеждой на лицах.

В эти секунды я спрашивала себя, сколько еще надежды могу дать им, не завираясь. Пустая надежда – иногда самое недоброе, что можно предложить семье пациента. И да, это очень нелегко – сообщать

людям, что пора принимать трудное решение. Но после того, как ты уже нанес удар, после того, как выложил перед семьей всю информацию, а потом смотрел, как они уходят в смятении, и знал, что они промаются в своих постелях не смыкая глаз до утра, пытаюсь осознать весь ужас того, что ты им сообщил, – после всего этого будет еще страшнее сказать им: случилось то, чего ты никак не мог ожидать. Страшнее – даже не из-за боязни ошибиться. Просто вряд ли найдется ответственность тяжелее той, что сваливается на тебя, когда ты даришь людям надежду. Линда не спрашивала моей оценки происходящего; она хотела знать, согласна ли я, что глаза Пэта выглядят так, словно и правда следят за нами.

Она спрашивала меня, потому что я врач, а она хотела понять, что это может означать.

Взвесив все за и против, я решила ответить так:

– Да, я еще никогда не видела, чтобы его глаза открывались именно так.

Это был очень вялый знак согласия – бесполезная реплика от стороннего наблюдателя. И я сказала, что устрою им новую встречу с нейрохирургом и реаниматологом.

Вернувшись в офис, я подробно доложила старшему врачу о том, что увидела. От этой новости я воодушевилась. От вида этих безмолвно кричащих глаз. И от мысли о том, что Пэт может оказаться одним из счастливого меньшинства. Меня захлестывала волна радости: вот зачем и существует на свете реаниматология, мы и правда можем кому-то помочь! Надежды, надежды, надежды.

Я поделюсь с ней своей надеждой, когда смогу предложить что-то еще, что-то большее, чем просто надежда.

Но если именно сейчас, на этом этапе, я выкажу свою человеческую тягу к надежде, – в глазах Линды эта надежда отразится десятикратно. Я очень боюсь, что даже крохотная искорка этого света вызовет в ее сердце пожар. Боюсь потому, что не имею ни малейшего представления о том, что случится дальше; и хотя Линда – не мой пациент, в интенсивной терапии мы должны воспринимать семьи пациентов как естественное продолжение тех, кому оказываем помощь. Я знаю, что мой новообретенный оптимизм может сильно ей навредить, а я хорошо помню правило: *Primum non nocere* (Главное –

не навреди). И потому, беседуя с Линдой, задвигаю свою надежду поглубже. Я жду, пока не появится больше доказательств; возможно, я поделюсь ими завтра или через пару дней. Я поделюсь с ней своей надеждой, когда смогу предложить что-то еще, что-то большее, чем просто надежда.

Две недели спустя Пэт сидел на краю постели. Он мог обходиться без аппарата для искусственной вентиляции легких и любил слушать Синатру. Лицо его оставалось таким же, как прежде, но я начала смотреть на него совсем другими глазами. Пожалуй, что поражало меня больше всего – то, что до сих пор я неосознанно позволяла лицу этого человека ускользать от меня, растворяться в болотной мгле его «путешествия».

А еще через две недели Пэт сидел в огромном, высоком кресле. Такое кресло используют для пациентов, только начавших сидеть за пределами реанимационного отделения, и конструкция у него очень внушительная. В этом грандиозном кресле Пэт буквально доминировал над всей палатой. Он вертел головой по сторонам, озирая свои новые владения – странное место, в котором неожиданно очутился, – и я помню, как сказала ему, что он выглядит, как настоящий король на троне. После стольких недель мое сердце просто воспаряло от каждого, даже самого маленького достижения Пэта – нашего Короля Надежды.

Не секрет, что врачи не всегда оказываются правы, составляя неутешительные прогнозы, но я верю: когда мы все-таки ошибаемся, это радует нас самих ничуть не меньше, чем пациентов и их близких. Большинство окружающих меня реаниматологов уверены, что лучше уж они составят безрадостный, но реалистичный прогноз, а пациент вопреки ему попадет в меньшинство тех, кто «выкарабкался», чем будут отвечать за чьи-то рухнувшие надежды. Лично меня раздражает, когда СМИ обсасывают очередные истории про врачей-пессимистов, убивающих надежду, – все эти заголовки в духе: «Пациентка бросает вызов врачам, оценившим ее шансы выжить в десять процентов», или «Врачи прочили мне три месяца, и я уже двадцать лет опровергаю их прогноз». Мы вовсе не отнимаем у вас надежду, просто наша обязанность – предоставить вам то, что мы считаем реальными фактами. И пока мы не объявим, что вот это и это произойдет с вероятностью сто процентов, всегда остается возможность того, что у

вас все будет не так. Даже при самых ужасных рисках мы остаемся на вашей стороне. Если я скажу, что у вашей матери всего один процент шанса на выписку, но она все-таки выпишется из больницы, – я всегда буду счастлива, зная, что ей удалось попасть в этот единственный процент. Один процент заставляет меня вставать с постели по утрам. Ради одного процента я могу делать свою работу.

Важно помнить, что возможные риски любой болезни делаются по результатам выборки из большой группы пациентов. Если же пациент – вы сами, никакие прогнозы значения не имеют; важно лишь то, будет ли благоприятным ваш персональный исход. Помню, как я сидела в офисе с женщиной, ее мужем и консультантом-нейрохирургом. Я проработала врачом чуть больше года и конспектировала встречу, пока консультант уговаривал пациентку подписать согласие на биопсию опухоли мозга, которую ей предлагали провести в тот же день ближе к вечеру.

«Информированное согласие» предполагает, что пациент предупрежден обо всех возможных рисках: о последствиях не просто негативных, но и гораздо более редких и опасных. Которые, скорее всего, не случатся, но все же не исключены. Консультант предупредил, что также попытается удалить хотя бы часть опухоли, чтобы помочь дальнейшему лечению, но из-за неудачного ее расположения остается риск того, что в результате у пациентки будут нарушены речевые способности. Шансы пациентки вычислялись математически, и хотя точных цифр я уже не помню, для внятности рассказа предположу, что операция по частичному удалению опухоли увеличивала риск потери речи в пять раз, то есть до двадцати процентов. Дальнейшие же слова консультанта врезались мне в память навсегда: «Риск того, что это случится, невелик, но я хочу, чтобы вы понимали: если это с вами случится, эти двадцать процентов станут уже не важны, поскольку тогда под угрозой окажетесь вы и ваша жизнь. И от нынешних прогнозов не останется уже ничего».

И тут я вдруг поняла, чего именно мы просим у пациентки: решить, с какой ставки она предпочла бы начать игру. Либо ей удаляют часть опухоли – либо проводят небольшую биопсию с надеждой на то, что ее гистопатология не выявит агрессивности или что другие методы лечения будут еще доступны. Консультант объявил, что такое решение он не сможет принять за нее, только она способна определить

комфортный для нее уровень риска. Подумав, пациентка попросила консультанта удалить столько опухолей, сколько ему удастся; и глядя на то, как чернила ее авторучки заполняют пунктирную линию под текстом «Информированного согласия», я подумала, что эту подпись смело можно считать автографом Ее Величества Надежды.

Да, мы оформляем это согласие как информированное, осознанное, но разве может быть осознанной та же игра в рулетку? Мы честно предоставляем пациентам доступ ко всем их рискам и статистике, но когда дело доходит до подписи над пунктирной линией, все, чего мы просим от наших пациентов, – это надеяться. На то, что этой команде можно доверять; на то, что все обойдется без по-настоящему опасных последствий; и на то, что чаша весов с благоприятным исходом все же качнется в их сторону.

Когда пациент балансирует на грани жизни и смерти, на врача ложится особая ответственность: очень важно не пропустить момент, после которого бремя лечения уже перевешивает пользу, которую оно должно приносить пациенту. Медицине хорошо известен императив: пора начинать работу со смертью, если такая работа еще нужна. Именно эта ответственность и отличает интенсивную терапию – или, проще, реаниматологию – от любых других областей медицины. Друзья иногда спрашивают меня, почему я выбрала своей работой именно реанимацию; они говорят: «Что может быть хуже, чем видеть, как столько твоих пациентов в конце концов все равно умирает?» Но для меня труднее всего смириться не с тем, что люди умирают, а с тем, что они могут умереть недостойно или неподобающим образом. Если я повернусь спиной ко всем смертям и разбитым надеждам, которые эта работа бросает мне в лицо, и притворюсь, что их нет, – они не исчезнут. А если останусь с ними рядом – возможно, еще смогу кому-то помочь. Поэтому, становясь консультантом, я уже знала, что моя предстоящая карьера будет определяться совсем не героическими процедурами или мудрыми диагнозами. Что мой рост как специалиста будет зависеть от моих способностей думать этично, находить с людьми общий язык и ставить интересы пациента во главу любых принимаемых мной решений. Зачем я поддерживаю в пациенте жизнь?.. Чтобы он вернулся к форме существования, которая для него неприемлема?.. Или просто для того, чтобы он не умер?.. Или, что

хуже, только затем, чтобы избежать тяжелейших объяснений с ним и его семьей?

В интенсивной же терапии процедура предоставления надежды часто противоречит самой себе: *пожалуйста, не теряйте надежды, но пусть вам поможет наша информация о том, каковы ваши реальные шансы на успех.*

Вспоминаю одну женщину с панкреатитом. Она пролежала у нас несколько дней, когда ко мне вдруг пришла медсестра, обеспокоенная тем, что семья пациентки не вполне понимает ее истинные перспективы. Панкреатит – один из недугов, с которыми вечно что-нибудь непонятно. Поджелудочная железа, увы, никогда не получала «элитного» статуса как орган для лечения: не будь я врачом – наверняка и сама бы думала: «Что? Моя поджелудочная воспалена? Ну ладно, как-нибудь рассосется». И тем не менее панкреатит – это может быть очень тяжело, тяжело и смертельно. С момента поступления пациентки к нам ее состояние только ухудшалось, другие ее органы уже отказывали один за другим. И я в тот же вечер организовала встречу с семьей.

В назначенное время мы с медсестрой сели в палате перед ее взрослыми детьми. Я изложила им суть диагноза «острый панкреатит», рассказала, как долго их матери не удавалось справиться с осложнениями. И в итоге очень ясно дала им понять: вероятность того, что она умрет в ближайшие несколько дней, намного превышает ее шансы на выживание.

Ее дочь, Алекс, зарыдала, а затем спросила с растерянностью и злостью в голосе: «Что же нам теперь, вообще не надеяться? Какой тогда смысл во всем этом?»

Под «всем этим» она имела в виду аппарат для искусственной вентиляции легких, аппарат для гемодиализа, периодические курсы антибиотиков от суперинфекций; препараты для стабилизации давления, один из которых мы ввели, когда давление упало, и еще один позже; центральные венозные катетеры, который мы ввели ей в шею и в пах, и обычный для внутривенного питания. Ну и конечно, все это ожидание.

Но я затевала этот разговор совсем не затем, чтобы Алекс и ее братья сидели и плакали, а чтобы они смогли реалистично оценить положение, в котором оказалась их мать. Теперь они, похоже,

отчетливо поняли, насколько ситуация безнадежна, а значит, я достигла желаемого результата. Миссия выполнена?

Мне самой очень неуютно от такой реальности, но до тех пор, пока я не вошла к людям в комнату, чтобы объявить им, что их родственник абсолютно, на все сто процентов умирает или уже мертв, – я не имею ни малейшего права отнимать у них надежду. До тех самых пор мои руки связаны. И я ответила Алекс: конечно же, я не имела в виду, что надежды нет никакой; ведь если бы сама не считала, что какие-то шансы еще остаются, мы бы не продолжали это экстренное лечение. Да, сказала я, вероятность того, что она выживет, есть, но она чрезвычайно мала, потому мы и сочли важным сообщить вам, насколько положение вашей мамы критично на самом деле.

Птицу по имени Надежда прославила поэтесса Эмили Дикинсон. В стихотворении «Надежда – птичка с перьями» она пишет о пернатом создании, которое продолжает гнездиться у нас внутри, несмотря на все наши испытания. Одну строчку оттуда я вспоминаю особенно часто: о том, что эта птичка поет «мелодию без слов». Возможно, Эмили хотела сказать, что надежде не нужны никакие слова: ей неинтересны детали, цифры и доказательства. Возможно, этой птахе достаточно всего лишь хлебной крошки – и она защебечет так, словно ее угостили целой буханкой. Вот только я на своей работе далеко не всегда понимаю, насколько эта птичка действительно может помочь.

Когда мы подошли к постели их мамы, Алекс сдержала рыдания и наспех отерла лицо рукавом джемпера. Где-то внутри нее птичка по имени Надежда защебетала над крошкой, которую я обронил. Лицо Алекс посветлело, и она с явной решительностью выдохнула: «У нее все получится». А потом села обратно – туда же, где сидела до начала беседы.

Старшие коллеги говорят, что за те дни или недели, что отделяют фатальное заболевание от смерти, родственники в конце концов отказываются от надежды, за которую привыкли цепляться, – какой бы огромной она ни была у них до тех пор и вне зависимости от того, что вы им говорили.

Оставив их, я пошла на сестринский пост и села за стол, чтобы задокументировать все, о чем мы говорили. Родственники извещены о том, что прогноз неутешителен, написала я. Хотя, вспоминая лица

этих родственников, находившихся в палате по соседству, я понятия не имела, какую ценность представляет сей факт, чтобы его документировать. Но в мире медицины нам постоянно приходится слышать: «Если вы не оформили это документально – значит, этого не было». Подавляющее большинство случаев, когда жалобы на больничные услуги заканчиваются выплатой компенсаций, связаны с пробелами в документации. Поэтому я почти механически написала очередное «я-вас-предупредила», думая о том, что лучше мне было умолкнуть, когда Алекс начала плакать. Ее мама умерла два дня спустя.

Нам очень часто приходится нести вахту у самой границы, разделяющей жизнь и смерть. Для нас, врачей, архиважно, чтобы в центре всего, что мы делаем, находилась личность пациента; однако в реанимации этого далеко не всегда можно добиться с полной уверенностью. Для меня вполне обычное дело – провести в контакте с пациентом весь срок его пребывания в больнице, но так и не понять, о чем же он думает. Как ваш лечащий врач, я могу задернуть шторку вокруг вашей постели, сказать вам: «Здравствуйте, меня зовут так-то», подойти к вам, откинуть простыню и обнажить вас до пояса со словами: «А сейчас давайте проверим вашу грудную клетку», даже не ожидая от вас ответа. Я могу трогать ваше тело, приподнимать ваши веки и прижимать свои пальцы секунды на три к вашей груди, чтобы проверить, как быстро ваша побледневшая кожа снова порозовеет. Я могу слушать шумы в ваших легких, сердце, брюшине. Могу изучать результаты ваших анализов, отслеживать данные на окружающих вас мониторах и угадывать, по меньшей мере, больно вам сейчас или нет. Я могу перечислить по памяти показатели всех биохимических маркеров, которые мы изучаем в вашей крови, на любой день, какой только понадобится. Могу разговаривать с вами в полный голос дни и ночи напролет; но если у вас в горле трубка, а ваши легкие вентилируются искусственно, я так и не буду знать, что творится у вас в голове, – если, конечно, в ней творится хоть что-нибудь. Ведь вы можете так никогда и не узнать мое имя.

Нам очень часто приходится нести вахту у самой границы, разделяющей жизнь и смерть.

Родители всегда учили меня: самое важное – то, что внутри. Но у многих моих пациентов – из-за успокоительных, болезни или травм – это «самое важное» просто-напросто отключено. И таких нравственно неоднозначных ситуаций современная медицина создала предостаточно. Иногда я смотрю на моих пациентов и удивляюсь, как можно даже надеяться по-настоящему понять их или определить, что это за люди, без какой-либо возможности узнать, что же для них – там, внутри, – «самое важное». Эти пациенты могут быть чем угодно, абсолютно ничем или вообще всем сразу.

Разумеется, мы, врачи, изо всех сил стараемся хотя бы частично понять, что пациент собой представляет. Я могу пообщаться с членами его семьи и составить некий образ, собирательное представление о том, что они считают в нем важным. И надеяться на то, что таким образом они сформируют некую директиву из своих пожеланий для обращения с ним в экстремальных ситуациях. Но все же они никогда не смогут составить для нас полного портрета его личности как таковой, то есть не ответят, кем он является прямо сейчас. В большинстве случаев мы будем использовать наименее категоричные из их советов и описаний, пока не выстроим хоть какие-нибудь отношения с самим пациентом, если такое вообще возможно.

В мире квантовой механики существует теория под названием «Копенгагенская интерпретация»^[30]. Если описывать ее в самых общих терминах, она предполагает, что объект любой физической системы может существовать одновременно во всех своих формах, пока производимое за ним наблюдение не заставит его принять лишь какое-то одно состояние (примерно как боггарт в книжках про Гарри Поттера).

Лауреат Нобелевский премии по физике Эрвин Шредингер заявил, что Копенгагенская интерпретация неверна. И чтобы доказать это, предложил следующий умозрительный эксперимент. Внутри запечатанной коробки помещают кота. В той же коробке находится механизм, который с вероятностью пятьдесят процентов может убить кота в течение часа. В каком же состоянии окажется кот по истечении этого часа? Пока вы не откроете крышку, вы не можете знать, что он жив, но точно так же не можете сказать, что он мертв. Значит – и то и другое сразу?

Кот Шредингера, живой и мертвый одновременно, прославился на весь мир. А я иногда думаю, что реанимация – приют для множества таких котов.

Вспоминая об этом, я гляжу на очередную пациентку. Она примерно моего возраста. Я кладу руку ей на запястье. Оно теплое, но пульса нет. Это подтверждает и артериальный катетер: кривой давления у нее просто нет, то есть кровь из сердца не прокачивается по артериям в обычном пульсирующем режиме, и на мониторе я наблюдаю только слабую волнистую линию. Я прикладываю к ее груди стетоскоп – и не слышу биения сердца. Грудь пациентки вздымается и опускается под действием аппарата для искусственной вентиляции легких, и крупные канюли, больше похожие на трубки, торчащие из нее, перегоняют кровь в аппарат, прокачивают через оксигенатор и загоняют обратно в тело.

Ее же сердце сейчас не функционирует ни в каком из смыслов этого слова. Оно остановилось несколько дней назад – так решительно и бесповоротно, что уже можно было объявить ее мертвой, но наша команда продолжала массировать ее грудь до тех пор, пока не подключилась машина. Точно так же можно было сказать, что попытка реанимации провалилась, поскольку сердце зависло в электромеханической диссоциации^[31], но пациентка уже оказалась, как говорится, в нужном месте в нужное время, и команда успела подключить ее к машине и кардиостимулятору. Таким образом, она получила свой шанс. А теперь она лежит передо мной, и ее кровь перекачивается насосом в машину рядом. Она пребывает в очень глубоком сне. Отключенная от всего, что я могла бы хоть как-то ассоциировать с жизнью. Сейчас она – за много галактик и световых лет отсюда.

Я поворачиваюсь к консультанту и спрашиваю:

– То есть мы просто ждем?

– Да, ждем, чтобы понять, забьется ли ее сердце снова.

Опровержение Шредингера сводилось к тому, что кот физически не может быть одновременно и жив и мертв. Своим экспериментом он иллюстрировал мысль о том, что Копенгагенская интерпретация неприменима к крупным организмам, ведь любая обычная кошка может быть либо только мертва, либо только жива.

Кот Шредингера, живой и мертвый одновременно, прославился на весь мир. А я иногда думаю, что реанимация – приют для множества таких котов.

И вот теперь я гадаю, уставившись на пациентку Шредингера: так жива или мертва?

И не нахожу ответа. Мой мозг не способен собраться с мыслями, чтобы ответить на этот главный вопрос. Конечно, сама ситуация для меня настолько нова и непривычна, что я даже не могу определить состояние пациентки, но дело даже не в этом. Сиди я сейчас хоть перед сотней подобных ей пациентов, я все равно не смогла бы уловить, кто они – и в какой форме сейчас пребывает их сознание. И я умываю руки – и говорю себе то же самое, что уже сказали ее родные: время покажет, и нам не осталось ничего, кроме как надеяться на то, что монета упадет нужной стороной вверх. Бросай кости – и будь что будет, лишь бы не шестерка. Надейся – потому что я не знаю, чем еще заполнить эту пустоту, а час принятия решений пока не пробил.

Через четыре дня я смотрю на монитор, который выдает сто ударов в минуту. Привычный, регулярный, синусовый ритм ее собственного сердца. Я прикладываю к ее груди стетоскоп, но лишь затем, чтобы вернуть ей свой долг – и сделать так, чтобы она ощутила: там, внутри у нее, теплится жизнь. Чтобы она поняла: теперь я собралась с мыслями и знаю ответ на вопрос.

Таков ритуал: чтобы выразить уважение, я слушаю стук ее сердца.

Я слышу чистые, знакомые звуки – ее сердце открывает и закрывает клапаны: тук-тук, тук-тук, тук-тук. Я тут, я тут, я тут.

Жива.

Еще недавно, стоя перед ней точно так же, я спрашивала себя: «Каковы ее шансы?» – и сама отвечала: «Почти никаких».

И тогда мы решаем поддержать эту искорку надежды, потому что это лучшее, что мы можем – в интересах пациента. И вот она уже перебирается из реанимации в хирургию. И весь следующий день проходит через руки хирургов, анестезиологов, медсестер, ассистентов, рентгенологов, санитаров – через все эти руки, сменяющие друг друга, пока не попадает ко мне. Я выполняю свою работу, а в коротеньких передышках – продолжаю надеяться. На то, что у нее все получится и что она выдержит бремя всего, что мы делали для нее до сих пор.

Ее близкие спрашивают, как она. С очень серьезным видом я рассказываю им лишь то, в чем могу быть уверена: что наметились позитивные признаки, но общая картина пока изменилась мало. Что состояние критическое и, как мы уже говорили, остается серьезный риск его дальнейшего ухудшения, не исключая смерть мозга или полный провал нынешней стратегии лечения. Но мы стараемся изо всех сил.

И они надеются. И я надеюсь. Изо всех сил.

Три недели спустя наша пациентка не просто биологически жива, но жива активно и необратимо. Ее мозг функционирует без нарушений, и никакие другие органы не требуют искусственной поддержки. Когда ее решают перевести в общее отделение, я заскакиваю к ней в палату и желаю ей удачи. Не успевают эти слова слететь с моих губ, как со мной происходит то, что я ощущаю в себе нечасто. Теплая волна поднимается откуда-то из горла и разливается по щекам. В уголках глаз собираются невидимые слезинки, и я знаю почему – ведь я из тех, кто плачет, когда в книгах или фильмах все кончается хорошо.

Но я не плачу, даже не собираюсь, поэтому стараюсь быть краткой. Я говорю: «Счастливого, всего вам самого доброго», а потом улыбаюсь. И одной этой улыбкой словно хочу добавить: «Вы были очень важны для меня».

– Спасибо вам всем за вашу заботу, – говорит она.

Я качаю головой, словно желая сказать: «Не стоит», а вслух отвечаю:

– Для этого мы все и здесь.

И они надеются.

И я надеюсь.

Изо всех сил.

Когда я закрываю дверь и ухожу, мне приходит в голову, что эта женщина, скорее всего, проживет на свете еще не один десяток лет. И как бы ни сложилась ее дальнейшая судьба, – надеюсь, она сумеет ею насладиться.

Послесловие

Помни, помни: это – сейчас, сейчас и сейчас. Живи им, чувствуй его, держись за него.

*Сильвия Плат. Журналы Сильвии Плат,
1950–1962*

Как известно, взрослые обожают спрашивать у детей, кем те хотели бы стать, когда вырастут. Когда мне было три года, Санта-Клаус подарил мне форму медсестры. На следующее Рождество я попросила Санту привезти мне детскую коляску – и фигурку Хи-Мена^[32], которого я буду туда укладывать. Если кто не знает этого героя комиксов 1980-х, поясню: то был почти совсем голый мужчина со способностями супермена, суперскоростью и непробиваемой кожей. Подозреваю, что я выглядела странно рядом с девочками с моей улицы, которые гордо демонстрировали на весь белый свет свою заботу о пластмассовых младенцах и куклах с безмятежными личиками, алыми губками и розовыми щечками. Не знаю, что вселилось в меня, четырехлетнюю, что я выбрала себе в героиню ходячую гору мышц, накрывала ее одеяльцем, возила туда-сюда в детской коляске и принимала в свои игры. Но уже тогда, спроси вы меня, кем я хочу стать, когда вырасту, я бы ответила, не задумываясь. Начиная с возраста, когда дети уже приблизительно представляют, что такое работа, я всегда хотела стать врачом. Возможно, вы назвали бы это детской мечтой; но даже теперь, уже взрослая хотя бы отчасти, я не совсем понимаю, что такое «детская мечта» и чем она должна отличаться от «серьезного» желания. Если же вопрос не о том, кем хочется *выглядеть*, а о том, кем стремишься себя *ощущать*, – даже не знаю, чего именно от «бытия врачом» я тогда ожидала.

Возможно, вы думаете, я завершу эту книгу словами о том, что если любишь свою работу, то она в конечном счете непременно вознаградит тебя чем-нибудь вроде позитивного опыта и благополучных исходов. Но я совсем не об этом.

Я думаю, большинство взрослых людей, живущих достаточно благополучно, чтобы не бояться с утра до вечера за свою безопасность, здоровье, хлеб и крышу над головой, скажут вам, что их главное желание в жизни – быть просто «счастливыми». Я люблю свою работу – и да, она делает меня счастливой. Но эта же работа иногда повергает меня в бездонную печаль – и заставляет испытывать весь спектр эмоций между этими двумя крайностями.

Особая прелесть человеческой уникальности состоит в том, что все мы – продукты своего собственного опыта, а не просто те, кем нам комфортнее считать себя, исходя из окружающих условий. Поэтому когда я смотрю на моих пациентов и их семьи или возвращаюсь в своей памяти к людям и историям, ставшим не просто воспоминаниями, но частью пути моего «взросления», – мне хочется от души их поблагодарить. Любой, кто работает в системе здравоохранения, скажет вам, что в больничных стенах не спрячешься от реалий жизни. Жизнь существует повсюду: за каждым углом, в каждой койке и в каждом кресле приемного покоя. Она проступает в бороздках морщин и шрамов, во влаге слез и сиянии улыбок. Она заползает в нас вперемишку с инфекциями, травмами, раком, самоубийствами, слабостью, хроническими болезнями, выздоровлением, смертью и прочими факторами, которые невозможно исключить. То, что я испытываю каждый день среди коллег, пациентов и их семей, было бы очень неверно описывать такими антитезами, как «радость, невзирая на страх», «надежда, невзирая на гнев» или что-нибудь еще в этом духе. Это просто радость – и надежда, гнев – и страх, а также просто отвращение, отрешенность, скорбь; мы все перескакиваем с одной эмоции на другую в мгновение ока, делимся нашими переживаниями друг с другом, и это позволяет нам оставаться включенными в окружающий мир. Поэтому главное, на что я настраиваю себя, заступая на очередную смену, – это готовность пережить заново все эти эмоции и надежда на то, что если нам с пациентами не избежать их, – возможно, мне удастся оценить каждую из этих эмоций как еще один ключ к пониманию того, что значит быть живым.

И если вы спросите такого «почти взрослого» человека, как я сегодня, что же это за ощущение – быть врачом, я отвечу предельно просто: быть врачом – это значит *чувствовать* все на свете.

Благодарности

Я хотела бы сказать большое спасибо:

Нейрохирургу, а на тот момент – больничному старшему врачу, который почти семь лет назад подарил своей старшей ассистентке книгу Франка Вертосика^[33], а заодно и веру в то, что ей тоже есть о чем написать.

Нилу Хэллоузу, редактору Британской медицинской ассоциации, который вскоре после этого получил, без всякого запроса с его стороны, мою первую «историю» и стал моим бесценным наставником и вдохновителем с того времени и по сей день.

Всем коллегам, с которыми я работала до сих пор. Консультантам и учителям, в чьи двери я всегда могла постучать. Моим соратникам, медсестрам и членам больничного братства, которые поддерживали меня на всем моем пути до сих пор.

Моему старшему брату, чье присутствие в моей жизни дало мне шанс научиться тому, чему никогда бы не научил медицинский колледж. Моим замечательным сестрам. Моим родителям, которым я обязана стольким, что невозможно представить, и которые позволили мне не только поверить, что я достигну всего, чего захочу, если потружусь в поте лица, но и делать все, что я захочу.

Друзьям, которые любили меня и поддерживали все мои начинания.

Анне-Софии Уоттс, редактору «Penguin Random House», которая однажды пригласила меня на ланч и с тех пор выносит меня с достойной восхищения стойкостью.

Всем книгам, что я прочитала.

Кофейне «Sra Town», за столиком которой я написала солидную часть этой книги.

И моим пациентам – пожалуй, им даже громче всего.

Спасибо вам, дорогие все!

Примечания

1

Джордж Элиот (*George Eliot*) – мужской псевдоним английской писательницы Мэри Энн Эванс (*Mary Ann Evans*, 1819–1880). Приводится цитата из рассказа «Приоткрытая завеса» (*The Lifted Veil*, 1859) в переводе М. Куренной. (*Здесь и далее, за исключением оговоренных случаев, примеч. пер.*)

2

«Do not attempt cardiopulmonary resuscitation» (DNACPR) – принцип работы британских реаниматологов, сводящийся к тому, что сердечно-легочная реанимация (СЛР) не проводится, если сам пациент не желает ее проведения – или если медицинский коллектив (консилиум) уверен, что пациенту это скорее повредит, чем поможет. В просторечии этот принцип трактуют как «дай умереть спокойно (естественно)» (*Allow a Natural Death*, *англ.*).

3

Тромбоэмболия легочной артерии случается, когда кровяные тромбы блокируют один или сразу оба легочных кровеносных сосуда. В результате правая часть сердца, отвечающая за перегонку обогащенной кислородом крови из тела в легкие, подвергается непомерной нагрузке. – *Примеч. авт.*

4

Старший врач, дословно «внесенный в медицинский регистр» (*англ. Medical registrar*) – в медицинской системе Великобритании примерно соответствует российской должности заведующего отделением.

5

В отличие от российского врача-консультанта, британский медконсультант принимает непосредственное участие в лечении пациентов и может выступать в роли дежурного врача.

6

Рассказчик Горьких Правд (*Teller of Unfortunate Truths*) и Рассказчик Секретов (*Teller of Secrets*) – персонажи популярной серии компьютерных игр «Божественность» (*Divinity*), разрабатываемой с 2009 г. бельгийской студией «Larian».

7

Финальная поэма «Поздний фрагмент» (*Late Fragment, 1988*) из последнего цикла стихов Рэймонда Карвера «Новая тропа к водопаду» (*A New Path to the Waterfall, 1989*), написанная, когда Карвер умирал от рака, и высеченная на его надгробии.

8

Инфекционный скрининг – процесс комплексного сбора данных и визуальных образов (в том числе РГК) для выявления инфекций в крови, моче и прочих доступных жидкостях организма. Маркеры воспаления – вещества в крови, обычно белки, содержание которых

повышается при воспалительных процессах организма, включая инфекцию. – *Примеч. авт.*

9

Карточка для бесплатного выхода из тюрьмы (get-out-of-jail-free card, *англ.*) – элемент популярной настольной игры «Монополия», символ спасения из безвыходной ситуации.

10

Бáнши́ (англ. banshee, от ирл. bean sídhe, «женщина из Ши») – в кельтском фольклоре – фея-плакальщица. Принимает разные облики, от уродливой старухи до бледной красавицы, умеет летать. Оплакивая чью-нибудь смерть, издает пронзительные вопли, похожие на крики птиц, плач ребенка и волчий вой.)

11

Оригинальное название стихотворения – «Радость в смерти» (*Joy in Death*); вместо него автор цитирует первую строчку (*If tolling bell I ask the cause...*).

12

Коронарные артерии отвечают за снабжение сердечной мышцы оксигенированной кровью, без которой та не работает как положено. При ишемической болезни сердца эти сосуды блокируются жировыми отложениями, частично из-за накопленного холестерина, и снабжение сердечной мышцы кровью затрудняется. – *Примеч. авт.*

13

Центральный венозный катетер – это способ доставки лекарств или жидкостей в одну из центральных вен. В отличие от периферийной канюли, которую вставляют в руку, центральный катетер длиннее и содержит множество ответвлений; он вводится в одну из подключичных или яремных вен возле шеи либо в бедренную вену, где удобнее добраться до паха. – *Примеч. авт.*

14

Искаженная строчка рождественского гимна XVI в. «We Wish You a Merry Christmas» («Счастливого Рождества»), сверхпопулярного в англоязычных странах до сих пор.

15

Флоренс Маргарет Смит (*Florence Margaret Smith, 1902–1971*), известная как Стиви Смит (*Stevie Smith*) – британская поэтесса, писательница и художница. Автор одного из популярнейших стихотворений английской поэзии XX в. «Не махал, а тонул» (*Not Waving But Drowning, 1957*) – о любителе розыгрышей, который утонул, поскольку все решили, что он опять их разыгрывает, и никто не приплыл на помощь.

16

«Nelly the Elephant» – популярная детская песенка, которую написали в 1956 году англичане Ральф Батлер и Питер Харт.

17

В медицине термин «ангио» употребляется для описания процедур, затрагивающих кровеносные сосуды, а «пластике» по-гречески – «придавать форму». В данной ситуации «коронарная ангиопластика» подразумевает процесс, при котором катетер, пропущенный через периферическую артерию, вводится в заблокированные коронарные артерии, чтобы расширить их и восстановить доступ крови к сердечной мышце. – *Примеч. авт.*

18

Гипоксия (*др. – греч.* «кислородное голодание») – пониженное содержание кислорода в организме или в отдельных органах и тканях.

19

Искаженное высказывание мятежного священника-англиканца Джона Брэдфорда (1510–1555), ставшее афоризмом. Находясь за решеткой в Тауэре, он увидел группу заключенных, идущих на эшафот, и заметил: «Когда б не милость Божья, так бы шел и я» (*There, but for the grace of God, go I*).

20

Льюис Кэрролл. Приключения Алисы в Стране чудес (*Alice's Adventures in Wonderland, 1865*) / Пер. с англ. Н. Демуровой.

21

Первая из семи книг эпопеи Клайва С. Льюиса «Хроники Нарнии», выпущенная в 1950 г. Входит в 100 лучших романов на английском языке по рейтингу журнала *Time*. Приводится цитата в переводе Г. А. Островской.

22

Расщепление позвоночника (*лат.*).

23

В серии книг о Гарри Поттере английской писательницы Джоан Роулинг оригинальное название зеркала – *The Mirror of Erised* (от англ. *desire* – «желание»).

24

Чарльз Лэм (*Charles Lamb, 1775–1834*) – английский поэт, публицист и литературный критик. Приводятся первые строки его стихотворения «Гнев» (*Anger*).

25

Уильям Шекспир. Макбет. Акт 2, сцена 2 / Пер. с англ. Ю. Корнеева.

26

Женевская декларация Всемирной Медицинской ассоциации – одна из расширенных редакций клятвы Гиппократата. Принята 2-й Генеральной ассамблеей ВМА в сентябре 1948 г. и дополнена на 22-й (1968), 35-й (1983) и 46-й (1994) ассамблеях. В русскоязычных версиях документа упоминание «любого подобного фактора», как правило, не переводится.

27

«Желтые птицы» (*The Yellow Birds*) – дебютный роман американского прозаика и поэта, ветерана Иракской войны Кевина Пауэrsa (р. 1980). Вошел в список 100 лучших книг 2012 года по версии газеты «The New York Times», удостоен премий «Первая книга» газеты «The Guardian» (2012) и Фонда Хемингуэя (2013).

28

Почки, помимо прочих своих функций, отвечают за вымывание из организма определенных токсинов и за контроль над балансами жидкости и таких электролитов, как калий. На последней стадии почечной недостаточности применяется гемодиализ, при котором кровь выводится из организма, пропускается через аппарат, отвечающий за ее очищение, а затем возвращается в организм. Как правило, гемодиализ проводится трижды в неделю, а сам процесс занимает около трех часов, что позволяет пациенту жить активной и полноценной жизнью при условии регулярности процедур. – *Примеч. авт.*

29

Prosecco (*ит.*) – итальянское игристое вино из одноименного сорта особо ароматного белого винограда.

30

Копенгагенская интерпретация – толкование квантовой механики, которую сформулировали Нильс Бор и Вернер Гейзенберг во время совместной работы в Копенгагене около 1927 г.

31

Электромеханическая диссоциация – ситуация, при которой сердце проявляет некую электрическую активность, но движений сердечной мышцы, возникающих в результате этой активности, недостаточно для работы сердца в качестве насоса, и кровь так и не разгоняется по организму. – *Примеч. авт.*

32

He-Man (англ. «настоящий мужчина») – вымышленный герой из серии игрушек «Властелины Вселенной» (англ. Masters of the Universe), созданный в 1970-е гг. американским концерном Mattel – «отцом» знаменитой куклы Барби. В 1980-е гг. становится героем многочисленных комиксов и мультсериалов.

33

Франк Вертосик (*Frank Vertosick*, р. 1955) – американский нейрохирург и эссеист, автор научно-популярного бестселлера «Когда в мозг ударит ветер: нейрохирургические байки» (*When the Air Hits Your Brain: Tales From Neurosurgery*, 1997).