

Денис Благодарев



*иной  
поступью  
к мечте*



*Как я стал неврологом*

Денис Благодарев

# Тихой поступью к мечте

Как я стал неврологом

Издательские решения  
По лицензии Ridero  
2024

УДК 929  
ББК 63.3  
Б68

Шрифты предоставлены компанией «ПараТайп»

**Благодарев Денис**

Б68 Тихой поступью к мечте : Как я стал неврологом / Денис  
Благодарев. — [б. м.] : Издательские решения, 2024. — 206 с.  
ISBN 978-5-0064-1543-0

Главные герои книги — это самые что ни на есть обыкновенные люди, которые по воле судьбы оказались узниками неврологических болезней и при помощи врачей ищут выход из них.

Через страницы книги я поделюсь с Вами этапами становления меня, как врача-невролога, и расскажу об интересных случаях из личной практики на примере реальных пациентов.

**УДК 929  
ББК 63.3**

16+ В соответствии с ФЗ от 29.12.2010 №436-ФЗ

ISBN 978-5-0064-1543-0

© Денис Благодарев, 2024  
© Шедеврум, иллюстрации, 2024

## Оглавление

Предисловие .....	7
Пролог .....	9
<b>Часть I. Волна открытий .....</b>	<b>19</b>
<b>Часть II. Пока не наступит ночь .....</b>	<b>41</b>
Вступление .....	44
Несмолкаемая боль .....	47
Срочно гормон! .....	49
Мужчины тоже плачут .....	54
Ложная тревога или плата за халатность .....	59
Когда медицина бессильна .....	64
Заключение .....	67
<b>ЧАСТЬ III. Болезни: простые и сложные .....</b>	<b>69</b>
Вступление .....	72
Погибающий мозг .....	73
Судный день .....	74
Неподвижный язык .....	78
Человек-робот .....	81
Донорство ценою в жизнь .....	83
Непроизвольные дрожания .....	87
Друзья по несчастью .....	89
Физик рисует часы .....	92
Болезнь молодеет .....	95
«Выключенная» таблетка .....	97
Звезда эстрады в гостях у пациентки .....	101
Судьба предопределена с рождения .....	105
Таблетка или жизнь .....	108
Нейрохирург выполняет инъекцию в шею .....	110

Мышечная слабость .....	113
Проклятие целебного источника .....	116
Лесоруб из аула .....	120
Ноги как бутылки .....	122
Чудо-лекарство .....	124
Лицевые боли .....	128
Лицо стреляет током .....	129
Истерические расстройства .....	133
Театр одного актёра .....	135
Чувствительные нарушения .....	137
Неслучайная встреча .....	138
Девушка-бунтарь и слепота .....	140
Похороненная заживо .....	142
Хронические нарушения мозгового кровообращения .....	145
Если б я был султан .....	146
Головной мозг, который разлюбил левую сторону .....	149
Улыбка без причины .....	152
Заключение .....	156
<b>ЧАСТЬ IV. Мне только спросить</b> .....	159
Вступление .....	162
Маменькин сынок .....	164
Алкоголь разрушил мозг .....	165
Интеллигентная семья .....	167
Непослушные камушки .....	169
Заключение .....	172
<b>ЧАСТЬ V. Новые горизонты</b> .....	175
Вступление .....	178
Тётянька, вылечите маму! .....	181
Колбасный яд? .....	185
Инсульт коснулся вскользь .....	189

Луч света в тёмном царстве .....	194
Заключение .....	199
<b>Прощай, ординатура!</b> .....	201
Эпилог .....	203



## Предисловие

*Книга является предметом моих воспоминаний в качестве практикующего ординатора кафедры нервных болезней в 2015—2017 гг. на базе Ростовского Государственного Медицинского Университета.*

*События, нашедшие отражение в книге, являются, по большому счёту, реальными. Для сохранения врачебной тайны, отдельным пациентам умышленно изменён внешний облик, а в некоторых случаях ещё возраст и пол. По понятным причинам изменены имена и внешность врачей.*

*Все совпадения с живыми или умершими людьми не более чем случайны.*

Посвящается

**Моей семье,**  
которая сделала всё возможное,  
чтобы я стал врачом

**Моим учителям,**  
которые научили меня системному  
и клиническому подходу

**Моим пациентам**  
прошлым, настоящим, будущим

*«В какой бы дом я не вошёл,  
я войду туда для пользы больного, будучи  
далёк от всего намеренного, несправедливого  
и пагубного...»*

*Из клятвы Гиппократ*

## Пролог<sup>1</sup>

### I

На столе нейрохирургической операционной лежал пациент. Все участки его тела были сплошь покрыты стерильными простынями. Единственное исключение составляла обритая наголо поверхность головы. Именно она являлась объектом внимания медицинской бригады на ближайшие два часа.

Компанию собравшимся по важному делу врачам и ассистентам в тесной операционной составляли студенты четвёртого курса. Часть из них оказалась здесь по своей воле, другая — по настоянию преподавателя. Преподаватель заранее проследил за формой одежды собравшихся студентов. Все должны были прийти в хирургическом костюме, с надетым поверх него, для пущей надёжности, одноразовым медицинским халатом из тонкой полупрозрачной ткани синего цвета. Сменную обувь при этом приходилось облачать ещё и в специальные высокие бахилы из бязи, напоминающие по структуре тонкую ткань с надетого ранее халата. На верхнем крае бахил

<sup>1</sup> \* Автор выражает слова благодарности нейрохирургу Делинскому Игорю Сергеевичу за консультацию по тактике оперативного доступа.

болтались две ленточки; их требовалось завязать примерно на уровне середины голени. Про обязательное наличие медицинских масок и шапочек студентам можно было не напоминать — носить эти предметы их приучили с первых курсов.

В операционной наступил заветный момент, которого наверняка все долго ждали и в то же время побаивались... Первый ассистент нейрохирурга приступил к работе. Сначала он разрезал скальпелем поверхностный слой кожи на виске. Как только из раны пошла кровь, второй ассистент взял в руки марлевые турунды. Подобно губке, они впитывали в себя излишки крови. Точечным движением электрического пинцета первый ассистент прижёт участок разреза, чтобы не допустить обширной кровопотери. Каждое касание пинцета сопровождалось потрескиванием тока на его конце. В такт касанию протяжно звучал аппарат, из которого на инструмент поступало напряжение.

Второй ассистент, который должен был улавливать прибором дым от прижигания, видимо, отвлёкся. Это стало понятно по запаху горелой человеческой плоти, витающему в душном помещении операционной.

Для пущей надёжности один из ассистентов, помимо турунд, наложил на рану ещё и зажимы, которые чем-то отдалённо напоминали ножницы. Это было сделано для того, чтобы дополнительно сдерживать кровь.

Через некоторое время к работе подключился уже нейрохирург. Он взял в руки лазерный скальпель и надрезал височную мышцу на голове пациента. Чтобы часть мышцы не закрывала обзор операционного поля, один из ассистентов зафиксировал её с помощью крючков на длинной пружине.

Для обнажения кости под мышцей нейрохирург использовал распатор. По виду этот инструмент напоминал металлический шпатель. После выполнения манипуля-

ции нейрохирург отдал его ассистенту, взамен попросив прибор, похожий на дрель. Всё время, пока доктор им пользовался, пространство операционной не смолкало от шума сверления.

Один из ассистентов приподнял отделённую от черепной коробки кость. Ещё момент, и в отверстие округлой формы показалась мозговая оболочка, которая вскоре была рассечена крест на крест.

Подумать только! Поистине гениальное творение природы предстало в обнажённом виде, открыло потаённые секреты анатомии!

Поверхность мозга взблёскивала, наполнялась светом операционных ламп и холодной стали инструментов. Извилины тесно переплетались между собой, а сам орган пульсировал в такт биению сердца.

Действо, ради которого все собрались, завершилось спустя два часа. Вскоре пациента увезли на каталке восстанавливаться, а студенты покинули операционную «на своих двоих». В их глазах читалась радость: наконец-то они могли размять онемевшие от длительного стояния ноги и ноющую поясницу.

В тот день одним из присутствующих на операции студентов был я. По телу то и дело бегали мурашки — так проявлялась гордость за думающих головой и работающих руками нейрохирургов. Это событие стало одним из ключевых в выборе будущей специальности. Похвастаться «золотыми» руками я не мог, а вот стать неврологом, чтобы думать мозгом и изучать его болезни — вполне.

## II

Чем же занимается невролог? И есть ли разница между неврологом и невропатологом? Разницы нет: оба варианта верны, за исключением того, что первый звучит современнее.

Невролог занимается лечением широкого спектра патологий: головных болей, головокружения, избыточного дрожания туловища, расстройств сна, неприятных ощущений в позвоночнике, эпилепсии и многих других.

Проводником в мир болезней нервной системы служит неврологический молоточек. Инструмент, приводящий в восторг или загоняющий в страх маленьких детей и даже взрослых пациентов. Инструмент, без которого не обходится ни одна карикатура на врача-невролога. Если на ней нарисован доктор, то он обязательно проверяет огромным молотком коленные рефлексы у пациента, а те взмывают до потолка.

Зачем невролог это делает? Зачем просит пациента стоять с закрытыми глазами и попадать пальцем в кончик носа? Чтобы понять, какая часть нервной системы и на каком участке вовлечена в нездоровый процесс.

Во времена моего обучения профессор неврологии неустанно твердил: «Вы должны знать анатомию нервной системы в совершенстве, чтобы иметь возможность представить её у себя в голове в трёхмерном варианте».

Первым шагом в лечении пациента с неврологической болезнью является определение участка поражения. Осмотрев человека с помощью молоточка и глаз, неврологи, подобно детективу, выстраивают логическую цепочку.

Например, при проверке рефлексов с помощью молоточка невролог заметил, что с левой руки и левой ноги они вызываются лучше, чем с противоположной стороны. А при оценке рефлексов с левой стопы, все пальцы расходятся веером, кроме большого: он непроизвольно тянется в сторону пациента.

Везде задействована левая сторона: рука с ногой «прыгают» тут лучше, и палец на левой ноге стремится вверх. находка плоха тем, что ответные реакции должны вызываться одинаково хорошо или одинаково плохо

с двух сторон. Для невролога увиденное — зацепка: в правом полушарии мозга затаилось что-то плохое.

Почему в правом, если левая сторона в плане рефлексов работает «лучше»? Всё просто: правое полушарие отвечает за левую половину туловища, левое — за правую.

### III

Желание стать таким неврологом пришло ко мне не сразу. Прошла половина обучения в университете, а мысль «кем быть?» голову упорно не посещала. На четвёртом курсе «спасательным кругом» оказались занятия на кафедре нервных болезней.

Предмет вела молодая девушка. Своей любовью к специальности она заражала студентов: теоретическую часть дополняла практической, показывая видео и изображения по теме занятий. Находилась время и для курации реальных пациентов в условиях клиники при круглосуточном неврологическом стационаре. Отчётливо вспоминается мой самый первый таковой...

В душевной палате на пятерых человек лежал парень лет тридцати. Встать с койки или хотя бы сесть в знак приветствия врача ему мешала слабость в ногах.

Устный расспрос пациента дал знать о ряде других неврологических симптомов. Помимо общей слабости, особенно в ногах, его мучало онемение в разных частях тела, снижение памяти и внимания, нечёткая речь, недержание мочи. В те редкие моменты, когда пациент мог устоять на ногах, было заметно как он раскачивался в покое и при движении вдоль койки на небольшие расстояния, а при просьбе коснуться пальцем до кончика носа — промахивался.

Диагноз молодого человека я знал до того, как войти в палату — рассеянный склероз. Заболевание встречается

в разных возрастах, но особо беспощадно к только начинающим познавать жизнь людям.

Семинары чередовались с лекциями, лекции с семинарами... И так примерно три недели — цикл по нервным болезням был одним из самых длинных по времени освоения на четвёртом курсе. Болезнь Паркинсона, эпилепсия, менингиты, энцефалиты, инсульты, комы — сколько понятий я уже слышал и как многое предстояло ещё узнать!

Всё хорошее когда-нибудь заканчивается. Закончились и занятия по нервным болезням, которые окончательно расставили приоритеты будущей специализации. Я хотел работать с мозгом человека, изучать его болезни, скрытые тайны и возможности. А чтобы мечта наверняка сбылась — по окончании курации купил в аптеке рядом с институтом хлипкий неврологический молоточек с отсеками для иглопочки и жёсткой кисточки из искусственного ворса в надежде когда-нибудь всем этим воспользоваться.



IV

После той курации прошло два года. А я, тем временем, заканчивал последний курс университета с твёрдым намерением стать неврологом.

Базовое обучение длилось шесть лет, после него студенту следовало выбирать нужное направление для самостоятельной практики, например, терапия, урология... Осваивать специальность можно было в интернатуре в течение года или в ординатуре — тогда на это требовалось два года.

Хотелось поступить хоть куда — лишь бы когда-нибудь держать в руках неврологический молоточек. Воплотить желаемое в действительное или вдребезги разрушить перспективы должно было распределение. Воплощал это противное слово в дело деканат.

Два раза в год, во время учебной сессии в зачётные книжки преподаватели ставили оценки за успеваемость. После окончания всех шести курсов университета деканат на основе этих баллов высчитывал на каждого студента среднее арифметическое. От него всецело зависело место в очереди на распределение по специальностям.

«Студентом года» я точно не был, поэтому из трёх «волн» зачисления мне выпала вторая. Душу грело наличие гарантийного письма от больницы, в которую предстояло вернуться после освоения специальности и отработать пять лет. А это уже душу грело не так сильно...

В день распределения, а если быть точнее — в утренний его отрезок времени, солнце успело ощутимо нагреть воздух. Несложно представить какой накал страстей кипел в душных, забитых до отказа коридорах деканата. Ещё вчера я приятельски общался с некоторыми однокурсниками, которые сейчас стояли со мной в одной толпе, но сегодня они были для меня уже конкурентами.

Мыслей в голове вертелось много, но самой доминирующей была: «Хоть бы остались места в неврологию!». А студенты всё заходили и выходили из кабинета ректора, где решалась их судьба. Кто-то плакал от решения за той дверью, кто-то радостный выбегал, улыбался и прыгал в объятия друзей и подруг. Прыгал именно в их объятия, потому что родители и прочие родственники внутрь деканата не допускались — было и без того тесно.

«Вот бы взяты и так же радостно выбежать, кинуться кому-то на шею!» — подумывал я время от времени в перерыве от основной мысли.

Мой черёд не заставил себя долго ждать. Сердце бешено колотилось, виски пульсировали, но я нашёл в себе силы коснуться дверной ручки кабинета ректора, потянуть её вниз, чтобы оказаться внутри в окружении руководителей здравоохранения.

Внутри всё происходящее напоминало телевизионные передачи про заседания суда. Как и в передачах подобного рода, я словно обвиняемый стоял посреди большого зала в окружении серьёзных людей. Они изучали мои документы, смотрели на меня, потом чей-то голос громко произнёс:

— Перед нами Денис Вячеславович. Имеет желание поступить в ординатуру по направлению неврологии. Гарантийное письмо от больницы при нём. Давайте посмотрим, остались ли ещё выделенные квоты на желаемое направление Дениса Вячеславовича.

Сердце моё заколотилось ещё сильнее, дыхание замерло.

Пауза оказалась недолгой. Когда вопросы между ректором и главным врачом моей больницы были улажены, министр здравоохранения сказала:

— Поздравляю, Денис Вячеславович, вы поступили в ординатуру по нервным болезням, поставьте свою подпись вот в этом месте.

Темп дыхания быстро восстановился, но сердце продолжало ускоренно стучать. Я поставил подпись в приказе о зачислении и вышел из кабинета ректора в общий коридор. Своей очереди за дверью ожидали мои однокурсники.

Воплощать своё желание кинуться кому-то на шею после успешного зачисления я, конечно, не стал, но на душе было очень тепло. Даже теплее, чем от воздуха на улице, который к обеду стал ещё жарче и сквозь который я мчался домой в приподнятом настроении вдоль зелёных аллей.

Жизнь была бы не жизнью, если всё давалось бы слишком легко. Распределение осталось позади, но вступительные испытания в ординатуру никто не отменял. Что наша жизнь? Сплошной экзамен!

Выдержав в конечном счёте и его, я с нетерпением ожидал дня начала обучения.

# **Часть I. Волна открытий**



*«Природа светит человеку во тьме  
незнания невидимыми лучами.  
Свет этот видят не все,  
но лишь немногие из людей».*

*Парацельс*

## I

Наступило 1 сентября. Этот день ознаменовал начало учёбы для меня и десятка других будущих неврологов. Обучаться предстояло два года.

Поступивших ординаторов заранее поделили в равном количестве между двумя кафедрами при университете. Кто и на какую кафедру отправится было известно заранее. Загадкой оставались лишь наставники, которые на протяжении двух лет будут нас сопровождать на пути освоения нелёгкой специальности.

Ранним холодным утром я вышел из дома в надежде попасть к хорошему руководителю. Лёгкий ветер дул в лицо, мысли о начале учёбы согревали и одновременно бередили душу.

Вдоль пешеходной аллеи мимо меня с рёвом проносились автомобили. Отчаянно втиснуться в транспортный поток пытались и бесшумные велосипедисты. Красный сигнал светофора на время останавливал всех, кто передвигался на колёсах. Зелёный свет, напротив, разрешал движение пешеходам. Толпы прохожих разбредались по зебре кто куда. Невольное присутствие в оживлённом потоке выбивало меня из колеи, кружило голову, потому я решил срезать путь через двор жилого дома и добраться до университета в спокойной обстановке.

Тихую обстановку здесь нарушал лишь одинокий дворник. Он подметал узкую дорогу рядом с гаражами. С каждым взмахом метлы берёзовые прутья поднимали с асфальта клубы пыли. Те подхватывались ветром и раз-

летались по сторонам, образуя подобие туманной дымки. На мужской крик из окна пятиэтажки: «Хватит шкрести в такую рань, дай поспать!» дворник не обращал ни малейшего внимания.

Я вышел со двора и вскоре оказался на центральной аллее. По этой аллее мне уже приходилось возвращаться домой после удачного распределения. А в это осеннее утро я, наоборот, шёл из дома в университет навстречу своему первому рабочему дню в качестве ординатора. Несмотря на осень, растительность на улице не потеряла в цвете. Трава, кустарники и кроны деревьев оставались по-летнему зелёными.

По аллее суетливо шли навстречу мне нарядные взрослые и дети. Одной рукой родители держали за руку сына или дочь, а другой придерживали пышный букет — в День знаний не могло быть иначе. Школа неподалёку зазывала в свои стены первоклассников и тех, кто постарше торжественной музыкой.

Следом за школой на горизонте виднелся фонтан. Его каменно-белые очертания в виде лебедей свидетельствовали о приближении к университету. Через пять минут я уже стоял у ворот alma mater<sup>1</sup>.

## II

Сразу за воротами меня встретило трёхэтажное здание клиники белого цвета. Табличка у входа гласила: «Кафедра нервных болезней и нейрохирургии», рядом с ней висела другая — «Кафедра неврологии и факультета повышения квалификации».

Я поднялся по ступеням и потянул на себя дверную ручку. Сразу же в глаза бросилось убранство холла: внут-

<sup>1</sup> Alma mater — старинное неформальное название учебных заведений

ри стояли два дивана, над которыми висели картины и часы. У отдельного входа в гардероб располагался аквариум. Молодые люди примерно моего возраста наблюдали за жизнью плавающих в нём рыбок и о чём-то общались между собой.

Комната ожидания плавно перетекала в стойку регистрации посетителей. За ней сидела пожилая женщина со светло-жёлтой копной волос, собранных в пучок на затылке.

— Вы к кому, молодой человек? — спросила она исподлобья.

— Здравствуйте. Подскажите, куда мне идти? Я ординатор.

— Ааа... Ваши вон там собираются, — кивнула женщина в сторону аквариума.

Решение вернуться назад к аквариуму было не лишено смысла. Возле аквариума по-прежнему стояла компания, которую при ближайшем рассмотрении мне удалось сосчитать: пять девушек и всего два парня. Все держались скромно и наверняка не верили в собственное счастье. Ведь для каждого из них закончилась мучительная пора вступительных экзаменов в ординатуру. Теперь они стояли на пороге открытий. Открытий, подобных тем, что совершали до них в этих стенах ушедшие на вечный покой именитые врачи и педагоги.

Постепенно к компании примыкали новые ординаторы. Каждый пришедший разрушал устоявшуюся атмосферу молчания. Уже через каких-то пять минут из толпы слышались фразы: «А меня зовут Дмитрий, рад знакомству с вами... и с вами тоже».

Весёлое общение продолжалось до тех пор, пока у стойки регистрации не хлопнула дверь. На пороге показался худощавый мужчина в халате поверх костюма с галстуком и в лакированных туфлях. К ситуации лучше всего подходила пословица: «По одежке встречают,

по уму провожают». Впоследствии оказалось, что умён мужчина был не менее, чем моден.

На вид доктору казалось не больше шестидесяти лет. Среднего роста, стройный, седовласый. В приветливых карих глазах теплилась доброта и умный взгляд. Узкое овальное лицо украшал прямой нос и маленькие губы.

— Доброе утро. Вы ординаторы? Идёмте за мной, — доброжелательно сказал он.

Подобно утятам, идущим за мамой-уткой, мы пошли вслед за доктором. Не прошло и минуты, как все заняли места вокруг длинного стола в тесном, но уютном кабинете.

— Давайте знакомиться. Я куратор вашей ординатуры. Зовут меня Анатолий Валерьевич Левин. На кафедре преподаю и врачую. Если будут какие-то вопросы или предложения — сразу ко мне. Дел на сегодня хватает, так что давайте сразу приступим к главному, не будем терять время зря. Я закреплю каждого из вас за врачами отделения, и попутно познакомлюсь. Распределять буду в случайном порядке, но на всякий случай спрошу: может у кого-то из вас есть пожелания? Тогда озвучьте их заранее. Может, кто-то уже знаком с врачами отделения и хочет попасть к конкретному? Во всяком случае, от самих докторов отделения просьб относительно кого-то из вас ко мне не поступало. Тем лучше — не будет никакой предвзятости, будете начинать освоение специальности с чистого листа без кумовства.

Пожеланий ни у кого из собравшихся не возникло. Наши врачебные судьбы готовы были вершиться здесь и сейчас.

Анатолий Валерьевич приступил к распределению. В ожидании очереди моё горло сжимала невидимая рука, отчего дыхание пресекалось.

— Благодарев Денис Вячеславович, — зачитал мою фамилию куратор. Она оказалась второй в списке. — Вас

я закрепляю за Михайленко Ольгой Анатольевной. Доктор работает в ординаторской<sup>1</sup> на втором этаже.

Через пять минут все оставшиеся ординаторы были распределены. Кинув спешный взгляд на настенные часы, куратор подвёл итоги:

— Желаю каждому врачебных свершений. Не подведите тех, кто в вас верит. Ну а теперь ступайте по врачам, дальше уже они сами расскажут о тонкостях работы.

После подведения итогов Анатолий Валерьевич вышел из кабинета последним, в руках он держал распределительный лист и ручку. Недавние птенцы, сегодня мы разлетелись практически в самостоятельную врачебную жизнь. Никто не хотел оставаться глупым слётком, все мечтали стать мудрыми совами.

### III

Я стоял один на первом этаже клиники и глядел по сторонам. Два с половиной года назад мне уже доводилось быть студентом этой кафедры. Оттого обстановка не казалась новой, я ориентировался в ней хорошо.

Длинный коридор первого этажа клиники пустовал большую часть времени. Жизнь кипела здесь преимущественно с приходом студентов на занятия. Специально для них сотрудники в ознакомительных целях повесили на стены плакаты с историей создания кафедры, фотографии преподавателей и фотографии из жизни участников молодёжного научного кружка по неврологии.

Обстановка стен первого этажа была представлена бежевой цветовой палитрой. От удачного сочетания цветов внешнее убранство коридора оставляло положительные эмоции. Приятную теплоту коридору этажа добав-

<sup>1</sup> \* Ординаторская — рабочая комната врачей

лял проникавший сквозь единственное окно солнечный свет. Он мягко стелился по полу на несколько метров вперёд и заканчивал путь едва ли дойдя до кабинета куратора.

Помимо кабинета куратора и холла, на первом этаже находился дневной стационар и комнаты для занятий со студентами. В отдельном крыле уместились отделение реанимации и интенсивной терапии, лаборатория компьютерной томографии. Близкое соседство было неспроста: пациентам в реанимации в любой момент могла потребоваться срочная компьютерная диагностика.

Три этажа клиники связывали между собой лифт и лестница.

Я перестал предаваться мыслям о былом из студенчества, сдвинулся с места и пошёл в направлении второго этажа. Насколько мне было известно, там находилась ординаторская, а за её дверьми меня ожидал врач.

На лестничном пролёте я встретил парня, который тоже никуда не спешил.

— Ординатор? — спросил я его.

— Ординатор.

— Денис.

— Николай.

Вытянутая вперёд каждым из нас кисть руки заключила союз рукопожатием на ходу.

Наверняка большая часть ординаторов уже увидела наставников. И только мы с Николаем опаздывали.

#### IV

Второй этаж клиники был в распоряжении врачей, медсестёр и пациентов — пока что это было единственной известной информацией. Остальную информацию о работе отделения оставалось узнать у докторов на месте. С этой и многими другими целями мы шли с Нико-

лаем в направлении ординаторской по просторному коридору.

Первым делом увидели медицинских сестёр на дежурном посту. Две молодые девушки сидели за стойкой и пронзительно смотрели в нашу сторону. Они осматривали нас с головы до пят, а потом делали то же самое в обратной последовательности.

Медсёстры перешёпывались и улыбались, а мы с Николаем шли дальше.

В коридоре по левую и правую сторону стояло шесть диванов. Все, за исключением одного, пустовали. Сидящий на этом диване пожилой мужчина сложил кисти рук в замок и уместил их на тросточку. Подбородок опирался на тыльную поверхность кистей.

Рядом с дедушкой сидел молодой человек возрастом не больше тридцати лет. Он выпрямил ноги и вальяжно растянул руки вдоль спинки дивана, всем своим видом показывая, будто бы это его территория.

Интереса к нашему присутствию никто из них не проявлял: дедушка смотрел в одну точку с задумчивым видом, а молодой человек протяжно зевал.

Чистота отделения и такой же бежевый цвет стен, как и на первом этаже, располагали к уюту. О том, что ты не у себя дома, напоминал запах хлорной извести вперемешку со спиртом, а также длинный коридор с множеством палат для больных.

Вскоре мы стояли с Николаем у последнего рубежа — металлической двери с табличкой «Ординаторская».

На стук в дверь никто не откликнулся. Тогда мы потянули тяжёлую дверь на себя и оказались в предбаннике ещё с тремя дверьми. Это привело нас в замешательство — в какую заходить? Ситуацию спасла дублирующая табличка «Ординаторская» на одной из дверей и глухой шум за ней. Повторный стук в эту дверь увенчался успе-

хом. Вместе с Николаем мы вошли внутрь, чтобы с порога погрузиться в рабочий процесс.

В тесной ординаторской, насыщенной запахом кофе, сустились люди в белых халатах — ощутимый контраст после тихого коридора отделения. Ситуация напоминала образ бегущих работников биржи из кинофильмов. Понять, кто врач, а кто учащийся было сложно. От активности кружилась голова, глаза разбегались по сторонам.

Одна девушка сидела за столом и смотрела в монитор, вторая под диктовку что-то записывала в тетрадь. Женщина рядом контролировала процесс. У соседнего стола во весь рост стоял парень и проверял содержимое навесного шкафа. Местá вдоль стен тесной комнаты и на единственном диване скромно занимали молодые люди. Бурная деятельность шла мимо них, из-за нехватки места они сидели буквально «друг на друге» и размеренно чего-то ждали. Часть из них я видел в кабинете куратора ранее.

Суэта продолжалась до тех пор, пока в ординаторскую следом за нами без стука не вошёл незнакомый мужчина в очках и с листом бумаги. Все подняли головы как по команде и замерли в ожидании. В комнате воцарилось молчание. Его нарушал разве что работающий принтер.

— Ну-с, ещё раз здравствуйте всем тем, кто меня знает. А кто не знает — сейчас познакомимся. Представлюсь: меня зовут Владимир Николаевич. Я заведующий отделением, где вы будете обучаться, то бишь — неврологическим, — сказал упитанный мужчина: уже не молодой, но ещё и не старый. — Информации много, приготовьтесь слушать.

Половина людей в белых халатах заёрзала на стульях и диване в предвкушении. Ординаторская продолжила наполняться монологом:

— Распорядок рабочего дня в клинике таков: в восемь утра без опозданий приходите ко мне в кабинет

на планёрное совещание. Обсуждаем с докторами поступающих больных и больных убывающих. Важная будет информация, не важная — без разницы. Вы должны жадно впитывать всё подобно губке! После планёрки идёте вместе с наставником к пациентам, справляйтесь об их самочувствии. Некоторые из них окажутся пожилыми людьми, которые плохо ходят, или людьми молодыми, которые тоже плохо ходят из-за болезни, поэтому некоторые из них потребуют вашего участия в сопровождения на обследования, в том числе в соседние корпуса клиники университета. Знайте об этом и планируйте своё время. Санитарок не хватает, что ж поделать. Обеденное время в нашем отделении перегружено — поступает много больных и столько же больных выписывается. Послеобеденное время посвятите ведению документации, но и о себе заботиться тоже успевайте — кушайте. Ну вот и всё, ну вот как-то так... Старался рассказать кратко. Понимаю, информации много, всё не усвоить. Ну ничего, наверстаем как-нибудь. Готов выслушать вопросы. Подумайте с минутку.

После долгой речи заведующий отделением взял паузу. Положил лист бумаги на стол подле себя и полез в задний карман брюк. Оттуда вытянул носовой платок и бережно протёр по очереди толстые линзы снятых очков, после чего водрузил их обратно на переносицу. Порывистое движение платка смахнуло со лба проступающие капли пота. Заведующий не волновался — сказывалась духота тесного помещения. Кондиционер попросту не справлялся с жарой внутри.

Время, которое Владимир Николаевич выделил на вопросы, истекло. Доктора по-прежнему молчали.

— Эх, вы... Ну что ж такие неразговорчивые? — сказал заведующий. — Хорошо. Анатолий Валерьевич — если кто забыл — это ваш куратор, передал мне список распределённых ординаторов по докторам. Приступим?

Владимир Николаевич взял со стола бумагу и принялся зачитывать информацию. В самом конце очередь дошла до фамилии моего наставника.

— К Михайленко Ольге Анатольевне идут Николай Рублёв и Денис Благодарёв. О как! Я с вами стихами скоро заговорю, — сказал заведующий. — Н-да, вот дела... Парни у нас вообще редкость, а тут сразу два, да ещё и попали к одному врачу!

Доктор за соседним столом с ехидным смешком предложила забрать одного из нас к себе.

Заведующий вышел из ординаторской в неизвестном направлении, а прерванная ранее работа возобновилась в ритме, не терпящем скуки.

## V

Вдвоём мы стали одними из помощников врача-невролога.

Николай Рублёв и я, Денис Благодарёв — начинающие доктора, по воле случая познакомившиеся на лестничном пролёте и только что ставшие частью одной команды.

Ольга Анатольевна сидела за столом слева от входа и смотрела на нас. От силы ей было не больше тридцати пяти лет. Складного телосложения, низкого роста, со вьющимися тёмными волосами. Отличительной чертой внешности были ямочки на щеках.

Жестом руки она подозвала нас к себе и сказала:

— Ну что, коллеги, Николай и Денис... Долго приветствовать не буду, уже наслышались. Первый день всегда в этом плане сложный. Поэтому просто скажу: рада видеть вас в своей команде. Да, команде, вы не ослышались, — от улыбки ямочки на щеках ещё глубже нырнули под кожу, придав лицу дополнительную привлекательность и выразительность. — Вы помогаете мне, я помогаю вам. Всё просто. Не правда ли?

Первое впечатление о враче оказалось положительным. Хотелось, чтобы оно не оказалось обманчивым. Сущность людей во все времена определяли поступки.

— Сейчас у меня под наблюдением пять пациентов. Не далее десяти минут назад поступил шестой. Предлагаю сойти с корабля на бал и пойти осматривать его вместе со мной — продолжила наставник.

Наша команда вышла вслед за Ольгой Анатольевной в коридор. По ходу движения нас вводили в курс дела:

— Врачи сидят в ординаторской, медсёстры — на посту и в процедурной. Пациенты лежат в палатах, а кушают в столовой на втором этаже. Что ещё рассказать... — после недолгой паузы наставник продолжила. — Да, по поводу палат... Палаты в отделении разных условий пребывания. По-честному говорю: условия определяются положением человека в обществе и его финансового положения. Согласна: жёстко и несправедливо. Но не я эти правила придумала: такое было, есть и будет. Отсюда вытекают понятия комфортности: будет ли отдельный туалет с душем и унитазом в палате или нет. Этой правды никакой заведующий не расскажет, но вы люди вроде неглупые, сами должны это без меня понимать. Да, чуть не забыла: на первом этаже у нас палата дневного стационара. Пациенты места не занимают — приходят, каплются и уходят домой или по делам.

Монолог Ольги Анатольевны продолжался до тех пор, пока мы не остановились у дивана в конце коридора. На нём в окружении сумок с ляжками для удобного переноса на плече сидел угрюмый мужчина средних лет с потухшим взглядом и округлым животом. Это был тот самый шестой пациент, о котором нам рассказывали.

— Добрый день. Меня зовут Ольга Анатольевна, я буду вашим лечащим врачом, а вместе со мной к вам пришли помощники, — сказала наставник и присела рядом

с ним. Мы не рискнули поступить так же, поэтому стояли рядом и слушали диалог.

— Всем здравствуйте, — апатично ответил больной.

— Если титульный лист истории болезни, который заботливо распечатали медсёстры, нас не обманывает, то вас зовут Евгений Алексеевич. Расскажите, Евгений Алексеевич, что привело вас к неврологу?

— Сознание теряю.

— Можно подробнее?

— Это можно... В голове становится плохо. Люди говорят, что сначала я вою как волк, а потом падаю на пол, машу руками и ногами. Когда в себя уже прихожу, чувствую, что мокрый внизу весь и щёки с языком болят ужасно. Но я всего этого не помню. Зато потом неловко становится, я всё-таки взрослый дядька.

Ольга Анатольевна вела опрос не меньше 15 минут: смотрела рефлексy, смотрела прошлые выписки. Анализ жалоб и проверка документации привели к постановке предварительного диагноза. Перед нами сидел «эпилептик». Об окончательном диагнозе можно было судить только ближе к выписке, даже если в прошлых бумагах со всей уверенностью доктора ставили диагноз эпилепсии.

Мужчина оказался самым первым пациентом, в курации которого я принял косвенное участие вместе с наставником. Главным оружием в борьбе за постановку правильного диагноза было клиническое мышление врача.

Так прошёл мой первый день в качестве ординатора кафедры нервных болезней. День тяжёлый и насыщенный событиями.

### VI

Последующие дни в ординатуре не сбавляли темпа. Наши пока ещё не окрепшие умы волочились следом за быстрым колесом науки.

Помимо меня и Николая, опыта у Ольги Анатольевны набирались ещё четыре ординатора второго года. В первый день знакомства с кафедрой застать ребят не получилось: они проходили практику в другой больнице. А когда вернулись — удалось узнать их имена и познакомиться: Ангелина, Даша, Дима, Катя.

Рабочий день начинался с планёрного совещания в кабинете заведующего и с обхода палат. Лечащие врачи интересовались здоровьем пациентов и эффективностью лечения.

Если утром отделение жило тихой и размеренной жизнью, то с приходом обеда ускорялось — всё, как и говорил в первый день заведующий. Одни пациенты выписывались, другие поступали на их место. На ближайшие десять дней свободная койка в палате становилась для новеньких вторым домом.

Большинство пациентов оставляло приятное впечатление. Добродушность и простота помогали найти им общий язык с врачами, а это упрощало путь к постановке диагноза. С оставшейся частью пациентов договориться не получалось — ординаторы нарушали их душевный покой. Стоило нам войти в палату для сбора жалоб, как волны недоумения плыли по лбу больных. Не затем они поступили в престижную по статусу клинику при университете, чтобы лечиться у молодых врачей. Одна пожилая пациентка даже спрашивала: «Почему меня лечит не профессор?».

В ответ на такое смелое заявление, профессор кафедры в неформальной обстановке делился с нами историей:

На личном приёме в поликлинике он увидел у женщины проблему, с которой посоветовал разобраться в нашем отделении. Дело за малым — собрать документы и анализы для госпитализации. Довольная пациентка радостно говорила: «Как скажете, доктор, соберу! *ВЫ* лично будете контролировать моё лечение в отделении после госпитализации?».

«Второстепенная» роль ординатора позволяла отдельным пациентам вести себя недопустимо. Мужчина лет тридцати предложил мне однажды сходить за пиццей для него за чаевые. За всё время такой случай был единожды, возможно, пациент перепутал меня со студентом. А студенты, наоборот, отличались отзывчивостью и склонностью к «побегушкам».

Некоторые пациенты были фамильярны. Фамильярность сводилась к общению с молодым доктором в лучшем случае по имени, в худшем — на «ты». На первых порах мы и сами того желали. Дискомфортно было слышать в свой адрес величественное обращение по имени и отчеству. Вчерашние студенты, привыкшие к обывательскому отношению, на новом этапе врачебной жизни мы не хотели ничего менять.

В привычный расклад вмешивалось старшее поколение врачей, давая разумные наставления:

«Не допускайте, чтобы пациент общался с вами «на ты». Такое право есть только у вашего близкого окружения. Но даже с друзьями общайтесь при пациентах исключительно «на Вы».

Слова и фразы словно просеянная через сито мука откладывались в моей памяти, чтобы действовать впоследствии магическим образом. Переступая порог палаты очередного пациента, вместо «Здравствуйте, я ординатор Денис», я с напряжением в голосе произносил:

«Алексей Андреевич, добрый день. Я Денис Вячеславович. Вместе с лечащим врачом будем заниматься вашим лечением».

Наставления докторов не ограничивались правилами субординации. На основании собственного опыта каждый врач рассказывал другие тонкости работы с пациентами.

Одна из докторов учила нас быть щедрыми: «Не бойтесь делиться знаниями и умениями с коллегами. Пациентов больше, чем вам кажется — хватит на всех. Своё не упустите, если действительно голова работает как надо».

До поступления в ординатуру я прочитал учебник по неврологии. Учёный рекомендовал с осторожностью прислушиваться к чужому мнению. «Врач ни в коем случае не должен сбиваться с верности своих суждений. Обязан проверять слова авторитета на личном опыте, если ошибка в диагнозе не будет стоить жизни пациенту» — так звучал основной посыл.

В качестве примера автор учебника приводил случай времён окончания Первой мировой войны.

Во главе истории — седовласый профессор, который в окружении учеников входил в палату к больному при лазарете. Картина приветствия пациента сменялась его осмотром.

С живым азартом в глазах опытный невропатолог проверял зрачковые реакции. Для начала заставлял пациента подойти к окну, где под воздействием яркого света его зрачок должен был сужаться. Потом просил пациента отойти от окна и сесть поближе. В это время морщинистой ладонью профессор по очереди прикрывал глаза пациента. Сквозь щёлочку пальцев рук в полутьме зрачок должен был расширяться.

— Все узрели как работает видимая нам часть дуги зрачкового рефлекса? — обращался он к покорным ученикам.

Ученики стояли поодаль и прислушивались к каждому слову. В правдивости никто не сомневался.

— Да, ваше благородие! — хором звучал ответ.

В норме информация из сетчатки через зрительный нерв поступает к особым центрам головного мозга. Там принимается, перерабатывается и возвращается обратно к зрачку.

Но... Никакого зрачкового рефлекса не было. Причина проста — у пациента отсутствовало глазное яблоко. Профессор нарочно обвёл учеников вокруг пальца.

Учитель переходил к доказательной части. Он по-приятельски хлопал пациента по плечу и подмигивал. Тот улыбался и делал шелбан указательным пальцем по своему глазу. В ответ раздавался глухой отзвук фарфорового протеза.

Художник постарался на славу. Внимание к деталям поражало: зрачок, роговица, радужка и склера протеза не отличались от настоящего глазного яблока.

— Вот вам и простое правило: не верьте всему, что говорят, процеживайте сквозь сито сомнения каждое слово, — говорил профессор, довольно потирая бороду.

Былое восхищение студентов сменялось неловкой паузой.

Копилка полезных советов пополнялась. Молодая сотрудница призывала пользоваться учебниками: «Помимо домашнего чтения не стесняйтесь открывать книги и перед пациентами, если появятся вопросы».

В медицине знать всё доподлинно невозможно, даже с большим опытом за плечами. Информация о дозировке препарата или варианте её доведения до оптимальной, помогали бы в ближайшей перспективе спокойно спать

врачу. Посреди ночи не возникал бы в панике вопрос: «а правильное ли лечение я сегодня назначил?»

Отдельно в памяти всплывали слова сотрудника кафедры урологии. В мои студенческие годы он говорил: «Я не вижу ничего постыдного в том, чтобы обратиться за помощью к коллегам, когда сам чего-то не знаю. Переступайте горделивость в медицине. Гоните её прочь, но сохраняйте при этом гордость. Горделивость и гордость — вещи разные».

Каждый совет докторов принимался ординаторами с открытой душой и сердцем. Будут ли они полезны или нет — покажет время. Времени оставалось много, ровно как и многое оставалось пока что неизведанным.

## VII

Не только нравственные качества воспитывали в нас врачи и сотрудники кафедры. Часть рабочего времени отводилась и на семинарские занятия с ординаторами.

Для этого раз в месяц на кафедру приходил профессор преклонного возраста. На момент проведения занятий преподавателю исполнилось 92 года. Внешность его не отличалась от внешности людей в столь почтенном возрасте. Разве что передвигался без помощи палочки мелкими шагами на полусогнутых ногах. Как и многие из своего поколения, застал Великую Отечественную войну.

Будучи её участником, заводить разговоров на эту тему в нашем тесном кругу преподаватель не любил. О героизме профессора во время войны рассказывало его ближайшее окружение или участники митинга в честь дня Победы.

В праздничное утро во дворе университета рядом с обелиском павшим медикам собирались сотрудники, обучающиеся и ветераны. Последние сидели на стульях

в окружении будущих врачей и принимали поздравления. В сверкающих орденах, медалях на груди отражались солнечные лучи и улыбки присутствующих.

Моё первое знакомство с преподавателем состоялось во времена студенчества. На четвёртом курсе практика по неврологии чередовалась с лекциями. Возможность прочитать студентам часть цикла выпала ему.

На одной из таких лекций профессор поделился в подробностях случаем из практики.

Тридцать лет назад он читал лекцию нашим ровесникам. За годы преподавания профессор научился считать по лицам студентов в аудитории степень интереса к теме. Было бы неуважительно с их стороны смотреть в потолок, зевать или спать.

Профессор прилагал большие усилия, чтобы привлечь внимание слушателей к проблеме. Теоретическую часть лекции он разбавлял практической. Один из помощников по поручению лектора шёл в неврологическое отделение, а возвращался оттуда с пациентом по теме лекции. Речь шла об эпилепсии — на стуле рядом с трибуной сидел больной эпилепсией; о головных болях — пациентка с мигренью. На живом примере материал усваивался легче.

На одной такой лекции профессор перелистывал взглядом лица студентов. Начал с галёрки, и плавно дошёл до нижних ярусов аудитории. На третьем ряду с низу внимание лектора привлекла девушка. Со стороны казалось, что она летает в облаках: глаза не выражали интереса, рот двигался по сторонам. Жевательные движения губ сменялись облизывающими, будто во рту находилась жвачка.

Профессор не стал делать публичных замечаний студентке, но запомнил овал её лица. По окончании лекции он попросил девушку остаться.

— Вам известно, что своим поведением вы ставите в неловкое положение лектора? — тактично последовал вопрос.

— Извините, я вас не понимаю... О чём вы?

— Жевательные движения... Вы совершали жевательные движения ртом. Ко всему прочему подкрепляли их облизыванием губ, — *(при ближайшем рассмотрении лица девушки профессор увидел в уголках рта присохшую слюну)* — А в ваших глазах я не видел ни малейшего интереса к теме лекции!

— Право же, я не делала таких вещей! Моему воспитанию это не свойственно, профессор...

В процессе личной беседы лектор усомнился в правдивости своих домыслов. Искренность сквозила в каждом слове девушки. Врачебный опыт хоть и не сразу, но твердил профессору, что у студентки имеется неврологическое отклонение.

После короткого разговора он заподозрил у неё малые эпилептические приступы. Что-то раздражало область между лобной и височной долями головного мозга. Но ни временного отключения сознания, ни причмокиваний с выделением слюны девушка не замечала.

Так студентка превратилась в пациентку. Причиной всего замеченного по итогам оказалась опухоль головного мозга. Девушку прооперировали, а потом она лечила эпилепсию под контролем профессора.

Шестнадцать лет жизни отдал профессор на заведование кафедрой невропатологии и нейрохирургии. Интересовался опухолями и инфекционными заболеваниями нервной системы, эпилепсией, сосудистой патологией головного мозга. И даже в столь солидном возрасте оставался верен науке.

На семинарских занятиях преподаватель охотно делился своим опытом с ординаторами. Взамен хотел чёт-

кого понимания изученной дома темы. Где были неправы — поправлял, давая взамен толчок к реализации собственного потенциала. Своим примером он воспитал не одно поколение достойных врачей.

В кабинете для семинаров с профессором, занимая чуть ли не всю площадь стены, висела электронная топографическая карта отделов головного мозга. Специальной указкой ординатор касался нужной части мозга, а сбоку загоралась лампочка с обозначением функций участка. Интерактивным путём анатомия центральной нервной системы познавалась чуть проще.

Куда интереснее было наблюдать настоящий человеческий мозг. В шкафу рядом с топографической картой стояла стеклянная банка. Внутри находились два соединённых полушария головного мозга с прилегающими структурами. Для сохранения свойств использовался фиксирующий раствор спирта и формалина. Через банку запах не ощущался, но в реальности он напоминал мне запах маринованных грибов.

Я смотрел на головной мозг и думал о том, что несколько десятилетий назад он принадлежал живому человеку! Был ли это мозг учёного, творца или человека праздных взглядов на жизнь — этого я не знал. Как и не знал какие эмоции при жизни он испытывал. О чём думал, о чём говорил, кого любил?

**Часть II.**  
**Пока не наступит ночь**



*«Если сон облегчает состояние больного,  
значит болезнь излечима.  
Если не облегчает — болезнь  
смертельна».*

*Парацельс*

## Вступление

Первые два месяца, что я провёл в роли ординатора кафедры нервных болезней протекали достаточно сумбурно.

Ведение историй болезней, уроки этики, семинарские занятия переплетались между собой в один хаотичный клубок. Требовалось запомнить и разложить по полочкам полученную информацию. Колесо времени ехало неумолимо, а трудности не отступали. Порой не было даже времени, чтобы остановиться и спросить себя: кто ты? зачем ты тут?

В конце поздней осени и начале зимы нас, вчерашних студентов, отправляли на «передовую» — ночные дежурства. Стоило только зазвучать этой связке слов где-то вслух или в мыслях, как в невспаханной почве подсознания рисовалась витиеватая картина.

В центре её непременно находился молодой и неопытный врач наедине со сложными пациентами. Его обязательно зовут в другое отделение на консультацию или на дежурстве случается неотложная ситуация. И некому помочь — опытные наставники ушли по домам, им там хорошо.

На ближайшую ночь или сутки уют родного дома заменялся тесной и чужой ординаторской. Её обстановка открывалась взору лучше всего по вечерам, когда не было большого числа врачей и ординаторов.

Посредине ординаторской для экономии места были сдвинуты вплотную друг к другу четыре рабочих стола. По левую сторону, поперёк от входа, обособленно стоял пятый. Преимущества такого расположения не всегда казались выгодными. К доктору за этим столом чаще чем к другим интуитивно обращались пациенты после от-

крытия двери. Каждый стол оснащался стульями, компьютером и полкой с книгами.

Напротив входной двери располагалось окно. На ночь оно зашторивалось, но в погожие деньки такая мера не требовалась. Щедрая охалка солнечных лучей врывалась через стекло и падала на подоконник. Букеты цветов и прочие подарки от пациентов были на нём не редкостью, ведь коллектив отделения состоял преимущественно из женщин.

Возле окна стоял длинный, но до безобразия узкий диван. В дневные часы на нём сидели врачи, в момент дежурства — спали. Для этого его покрывали накрахмаленной простынёй и сверху клали тонкую подушку в наволочке. С чистотой постельного белья дела обстояли не всегда гладко — на перестиранной и переглаженной по сто раз ткани попадались маслянистые или ржавые пятна непонятного происхождения.

Врач заступал на дежурство с санитаркой и с постовой медсестрой. Первая отвечала за чистоту отделения и гигиену тяжёлых больных. Медсестра же являлась связующим звеном в цепочке «пациент-врач». К ней первой на пост приходили жаловаться на здоровье пациенты.

Опытные медицинские сёстры ценились на вес золота. Они психологическим путём решали вопросы на доврачебном уровне одним своим присутствием в палате больного. Сначала измеряли артериальное давление, а перед выходом говорили: «Ой, какое у вас хорошее давление сегодня, Тамара Ивановна!». Подобно шкале ртутного термометра при горячке, самочувствие больных стремительно росло вверх. Помощь доктора уже не требовалась.

Обострение жалоб пациентов по непонятному стечению обстоятельств происходило на стыке глубокого вечера и зарождающейся ночи. Того самого времени, когда в душе у молодого дежуранта зарождалась тревога, из-за которой уснуть было не так просто.

В знак доброго злорадства, чтобы подогреть тревогу, я подшучивал над друзьями. Отсылал из дома на мобильный телефон дежуранта постер из фильма «Пока не наступит ночь<sup>1</sup>». Дальнейшего распространения шутка не получила — к ней относились равнодушно.

Ночные дежурства редко обходились без стука медсестры в дверь ординаторской. Тогда врач просыпался и шёл разбираться со здоровьем пациента. Чаще всего у пожилых людей понималось артериальное давление, которое держалось с вечера. Типичный диалог врача и больного ночью чаще всего сводился к следующему:

«Скажите, пожалуйста, почему вы не сообщали о длительном эпизоде повышения давления своему врачу, пока он был в отделении?».

«Голубчик, для меня это не в диковинку. Я думала пройдёт...»

Не проходило. И только таблетка от давления или капельница с магнезией спасали ситуацию.

Второй по популярности повод обратиться к дежурному врачу или медсестре ночью — несмолкаемая боль.

<sup>1</sup> \* На постере главного героя за шею держат солдаты.

## Несмолкаемая боль

В одной из палат круглосуточного пребывания лежал мужчина 50 лет.

Не меньше трёх месяцев его мучали нестерпимые боли в спине. Виной тому — грыжа диска в поясничном отделе позвоночника. Нейрохирурги рекомендовали оперативное лечение — мужчина отказывался. Своим пребыванием в отделении он давал болям последний шанс отступить. В душе теплилась крохотная надежда на выздоровление без операции.

Капельницы и инъекции заглушали боль на время. Не проходило и пары часов, как мужчина просил новые и новые обезболивающие средства. Пожелания относительно них сохранялись и для ночных дежурантов. Тихое дыхание ночи утопало в трелли телефонного звонка в кармане врача.

— Опять он... — слышался на том конце провода за-спанный голос постовой медсестры, — приходите.

Не сложно было догадаться кому и в какой палате требуется помощь ночью. Мужчина просил её каждые три часа, вплоть до наступления утра.

На своём дежурстве мой друг в ответ на просьбу больного отвечал:

«Вы понимаете, что чрезмерный приём обезболивающих сопряжён с риском развития язвы желудка?»

Он всё понимал, но отказаться от лекарств не мог. И вот опять ночную темноту палаты освещал прикроватный ночник тусклым оранжевым свечением. Вместе с медсестрой мы стояли у койки мужчины, отбрасывая пляшущие тени на стенах. Устраивать «театр теней» и делать на стене из кистей рук «собачку» нам было некогда. Пациент сидел с грустным видом и держался за поясницу в ожидании помощи.

— Сделайте что-нибудь со мной, болит...

Медсестра погружала в ягодичу мужчины очередную иглу, а в это время из дальнего угла палаты доносился храп. Поистине счастлив тот, кто лишается страданий с приходом сна...

На утренней планёрке и дня не обходилось без доклада дежурившего врача о вызове в палату.

— Нужно что-то делать, — говорило врачебное сообщество.

— Сегодня поменяю дозировки препаратов и схему приёма антиконвульсантов<sup>1</sup>, — отвечал лечащий врач.

Как бы врач не менял схему приёма препарата, что не назначал — ничего не работало. Без облегчения симптоматики пациента выписали из отделения на радость дежурантам.

О себе мужчина дал знать спустя месяц. Он посвежел, лицо выражало желание жить, а рука держала скреплённые бумажные листы. В них нейрохирургом сообщался диагноз после успешного удаления грыжи межпозвоночного диска.

— Доктор, мне стало лучше! Теперь я другой человек, — сказал он и с улыбкой на лице вышел в коридор. От бывшего прихрамывания не осталось и следа.

По возвращению в кабинет мужчина держал в руках букет цветов.

— Это вам за все страдания, — говорил он и продолжал улыбаться.

<sup>1</sup> \* Применяются при эпилепсии. Широкое применение нашли и в терапии хронической боли стреляющего характера.

## Срочно гормон!

Изменение привычных условий неизбежно ведёт к приспособлению к этим изменениям.

Со временем ночные дежурства не казались такими уж страшными. Некоторые дежурившие по двое на первых порах ординаторы постепенно отказывались от этой затеи. Было веселее, когда рядом присутствовало дружеское плечо, но личное пространство никто не отменял.

Один из докторов ютился в четыре погибели в кресле, что стояло в «предбаннике». Спящий здесь ординатор пребывал в невыгодных условиях по сравнению со спящим товарищем в ординаторской. Кто и где будет спать ближайшую ночь решалось жребием.

«Предбанник» был куда меньших размеров по сравнению с ординаторской. По правую сторону от него располагался туалет, по левую — кабинет заведующего. И без того тесная обстановка разбавлялась личными шкафчиками для одежды докторов и общим шкафом с постельными принадлежностями для дежурантов. Несмотря на наличие поблизости туалета, в «предбаннике» всегда приятно пахло женскими духами, молекулы которых где-то оседали и напоминали о себе. Но общая атмосфера этой маленькой комнаты всё равно действовала гнетущим образом, а риск брать удар первым посреди ночи от вошедшего в ординаторскую пациента или медсестры не прибавлял радости.

Дежурить вдвоём было весело, но не всегда надёжно.

\*\*\*

В субботу я томился дома от безделья. В этот день на суточное дежурство заступила моя подруга. Чтобы найти себе сколько-нибудь полезное занятие, я отправился к ней в отделение на подмогу.

Мы встретились, размеренно общались в ординаторской, шутили. Задушевные разговоры подкреплялись чаем вприкуску со сладостями. Совсем не вовремя зазвонил дежурный телефон в кармане у подруги.

— Доктор, ситуация срочная, девочка задыхается. Палата 211, — сказала медсестра, прежде чем положить трубку.

Подруга взяла молоточек, я достал из шкафа тонометр. Мы побежали на вызов в палату 211. В голове витал вопрос: «Почему девочка задыхается?».

Помощь требовалась двадцатилетней девушке. Она сидела на койке с «бегающими» глазами, рядом стояла и не находила себе от волнения места мать. Здесь же стояла медсестра.

— Что случилось? — быстрее подруги спросил я у собравшихся.

На вопрос первой ответила мать:

— Сделайте что-нибудь! Сначала у дочери ослаб голос, теперь ей тяжело дышать. У неё случился миастенический криз<sup>1\*</sup>!

Грубых предвестников миастенического криза у девушки не было: она держала голову прямо, слюна вырабатывалась как и раньше, проблем при глотании не возникало. Настораживали два момента: голос при разговоре казался слабым, «потухшим». Грудная клетка при дыха-

<sup>1\*</sup> Миастения — заболевание, для которого характерна слабость мышц, чаще всего глазных. У больных обычно опускается веко, предметы вокруг начинают двоиться. Возможно вовлечение мышц шеи, диафрагмы и мышц плечевого пояса. Нередко у таких пациентов случаются неотложные состояния в виде дыхательных нарушений. В одних случаях они развиваются спонтанно, в других — связаны с передозировкой препаратов для лечения миастении. Неотложные состояния при миастении называются кризами.

нии прерывисто поднималась и опускалась в темпе ниже среднего.

Подруга измерила девушке артериальное давление, провела осмотр с помощью молоточка. Пристальное внимание уделила мышечной силе, которая сохранилась в полном объёме.

Что я, что подруга, находились в замешательстве. Думы следовали за думами, как волна за волной в море, но света на происходящее не проливали. Неотложной ситуации не наблюдалось, а что произошло с девушкой оставалось непонятно. Требовалось решить ситуацию без посторонних.

— Сейчас вернёмся, — сказал я, прежде чем покинуть палату. Следом вышли медсестра и подруга.

Мы шагали в сторону процедурной, где хранился лист назначений на пациентку. Информация о лекарствах помогла бы пролить свет на тёмную историю. Едва подруга достала общую папку с назначениями, как из той же палаты с криком выбежала мать девушки.

— Срочно дексаметазон<sup>1\*</sup>, она снова задыхается! — на весь коридор кричала женщина. — У неё миастенический криз!

Дежурившая медсестра относилась к категории персонала «старой закалки». Без промедлений она достала из шкафчика процедурной комнаты ампулу, и тут же наполнила шприц лекарством. Когда всё было готово, медсестра окинула нас взглядом. В её взгляде выразался немой вопрос: «Делаем укол или нет?».

Уже и не вспомнить, что мы, обуреваемые страхом за жизнь пациентки, ответили медсестре. Первое, о чём

<sup>1\*</sup> С помощью гормонального препарата женщина хотела остановить дыхательные нарушения.

думалось: «Что делать с девушкой, которая лежала на койке и жадно втягивала грудной клеткой и ртом воздух подобно рыбе, выброшенной на берег?». Одно помню точно: мы побежали на первый этаж в отделение реанимации. Ведь главная опасность криза при миастении — человек может задохнуться, что уже и начало происходить. А потому мог потребоваться аппарат искусственной вентиляции лёгких.

Обратно вместе с нами на второй этаж неврологического отделения прибежал реаниматолог. Девушку быстро положили на каталку и повезли в сторону лифта. Реаниматолог, я, подруга и подроспевшая на помощь санитарка везли каталку под переглядывания вышедших из палат зевак. Маму к процессу сопровождения не допустили. Она побежала вниз по лестнице в сторону отделения реанимации. Попытки медсестры разрядить ситуацию не увенчались успехом.

Отделение реанимации в прямом смысле ожидало нас с распахнутыми дверями. При помощи санитаров пациентку переложили на койку рядом с аппаратом ИВЛ. Персонал неврологического отделения попросили выйти — своё дело мы сделали. Оставалось дожидаться пока приедут заведующий неврологии с лечащим врачом и в связи с экстренной ситуацией написать переводной эпикриз в истории болезни.

Атмосфера напряжённости и страха постепенно отошли на второй план. Никакой опасности больше не было. А как иначе — пациентка в надёжных руках реаниматологов.

Спустя пару часов после произошедшего я шёл по коридору первого этажа. Навстречу шагала мать девушки.

Испепеляющим взглядом она посмотрела в мою сторону и сказала:

— Врачей как вы быть не должно!

## ТИХОЙ ПОСТУПЬЮ К МЕЧТЕ

---

Мне ничего не оставалось, как потупить глаза в пол. Хоть подруга после случившегося долго корила себя за беспомощность, нашей вины не было. Мы досконально осмотрели девушку, но криз оказался проворнее нас.

## Мужчины тоже плачут

Другую ошибку на ночном дежурстве я совершил уже по неопытности и невнимательности.

В субботнее утро в ординаторской зазвонил телефон. На том конце провода был доктор отделения, которая накануне моего дежурства подготовила для пациента с болезнью Паркинсона новую схему лечения. Эффекта от прежней не наблюдалось: таблетка заканчивала лечебное действие, сковывала мышцы и обездвиживала больного. Дни госпитализации проходили для него впустую.

В телефонном режиме доктор поделилась наработками, просила записать их на бумаге и отнести в палату к пациенту. Так и поступил, попутно записал схему приёма в лист назначений, который взял возле поста медицинской сестры.

Дежурство проходило спокойным чередом: никто не тревожил, я лежал на диване и читал книги. Под вечер идиллию нарушила постовая медсестра. Она зашла в ординаторскую и сообщила, что пациенту плохо. В помощи нуждался мужчина с болезнью Паркинсона, который с утра получил новую схему лечения.

Спустя мгновение я оказался в палате. На койке вытянутый в струну, лежал тучный мужчина пожилого возраста. Одна рука напряжённо вытянулась вдоль туловища, а вторая прикрывала лоб с каплями пота. Под массивной кистью виднелись налитые страхом глаза. Зрачки под вспотевшими очками расширились как кошачьи в темноте.

— Ещё раз здравствуйте, звали?

— Звал. Я пил таблетки по схеме. Стало только хуже. Такой ужасной боли и быстрого выдыхания таблетки

у меня ещё не было ни-ког-да, — тихим, монотонным голосом поделился пациент.

Я не понимал, что случилось и что делать, потому что лечение болезни Паркинсона у меня вызывало трудности. Никто в отделении лучше лечащего врача в этом не разбирался. Чтобы не выглядеть профаном в глазах пациента я импровизировал:

— На новой схеме такое возможно, организм ещё не перестроился.

— Долго будет строиться? Так и до кладбища недалеко, — с придыханием, но без претензий сказал пациент.

— Сейчас я позвоню вашему врачу, уточню детали. Скоро вернусь.

Я вернулся в ординаторскую, оттуда позвонил лечащему врачу.

— Здравствуйте, это дежурный, Денис Вячеславович. Новая схема работает не совсем как надо. Пациента сковало ещё больше, чем раньше. Что мне делать?

В ответ врач сказала прокапать препарат, который убирает скованность при болезни Паркинсона.

Я вышел из ординаторской, чтобы переадресовать указания медсестре. Она открыла белую коробку с флаконом и начала готовить капельницу со словами:

— Флаконов мало осталось. Завтра на пересменке дневным медсёстрам сообщу, чтобы сделали заказ у старшей.

Я вернулся к пациенту в палату, чтобы посвятить его в новые для него события на ближайшие два часа:

— Сейчас вам поставят капельницу. Скованность на ней должна уйти. Капать долго, лучше сходите в туалет.

Ошибку в моих словах поправил пациент, который лежал прикованным к кровати и не мог выполнять действий сложнее шевеления рукой.

— Я бы с радостью сходил, да не могу встать, — сказал он. — Доктор, не считите за наглость: помогите повернуться хотя бы набок. Я дело сделаю.

Мужчина подкрепил слова действием. Медленно достал из-под одеяла пластиковую бутылку и сжал её до хруста. Внутри плескалась жидкость.

— Вот моя импровизированная утка, будто знал, что пригодится. Только вот перед мужиками стыдно, но обмочиться в штаны ещё постыдней. Так что, доктор, можете перевернуться?

На просьбы о помощи с соседней койки подскочил мужчина. Мы принялись толкать тучного пациента в направлении стены. Он и сам в меру сил раскачивал корпус по направлению к стене, чтобы совершить желаемое действие при помощи нас быстрее. То ли от боли, то ли от болезни усиленное потоотделение было у пациента не только на лбу. Зелёная майка без рукавов насквозь пропиталась потом в области спины. С горем пополам мы перевернули мужчину. На лысом затылке виднелось наслоение складок на коже, как у шарпея.

— Спасибо, родные, спасибо, — сказал мужчина и обратился к соседу по палате. — Постой у двери, только никого не впускай, пожалуйста. Буду приступать.

— Григорьич, какие вопросы? Будет сделано.

Без ложной скромности пациент принялся за дело. За всё то время, пока отходы жизнедеятельности наполняли бутылку, в палату никто не зашёл. Уже потом вошла медсестра, чтобы поставить капельницу против скованности.

— Спасибо, доктор, ещё раз, — сказал мужчина напоследок, прежде чем я ушёл в ординаторскую.

Прошло два с половиной часа, и я снова оказался в знакомой до боли палате. Пациент с болезнью Паркинсона частично поменял позу, но стал тише прежнего.

— Не помогла капельница.

Потухший взгляд мужчины сменился блеском в глазах сквозь очки. То проступали слёзы, ждали удобного момента, чтобы выйти наружу. Момент наступил: из одного глаза всё же выкатилась слеза и предательски стекла по щеке под полное молчание.

Я сел на стул подле пациента и в полнейшей растерянности принялся смотреть по сторонам. Лицо пациента в силу болезни не выражало эмоций, но всё было понятно без слов. Мой взгляд-то и дело скакал между мужчиной и прикроватной тумбочкой рядом с ним. Там лежало руководство для пациентов с болезнью Паркинсона. Потрёпанный внешний вид книги говорил о том, что мужчина активно её изучал.

Общее молчание длилось не больше трёх минут. Мыслей лучше, чем снова позвонить лечащему врачу, не нашлось. Как и раньше, для этого пришлось выйти из палаты.

— Алло, это снова я. Подскажите, что делать? Капельница не расслабила вашего пациента.

— Вот уж беда... Давай сверимся с препаратами, которые он пьёт. Я заново продиктую время приёма и дозировки, а ты глянешь у себя в назначениях.

— Минуту.

Далеко ходить не пришлось — лист назначений лежал в истории болезни на столе.

— Готов сверяться. Диктуйте, пожалуйста, — сказал я в трубку.

— Начинаем... Этот препарат мужчина принимает в восемь утра в дозировке ..., в двенадцать утра в дозировке ..., комбинируя с препаратом ..., так?

Я задумчиво молчал.

— Ммм... не совсем. В это время он принимает меньше, чем вы сказали, а в это время, наоборот, больше.

Наша игра в слова с последующим молчанием напоминала детскую забаву с мячом под названием «горячая

картошка». Врач в телефонную трубку «кидала» слова, а я их «отбивал». Только вот привычного весёлого настроения совсем не было. Арбитром наших действий выступал пациент. В течение нескольких часов он испытывал боли из-за того, что не мог пошевелиться. Виновником оказался я.

Основным действующим веществом препарата для лечения болезни Паркинсона является леводопа. Вместе со вспомогательным веществом «бенсеразид» они красуются на коробке как: «леводопа-бенсеразид 100 мг +25 мг» (или иная дозировка).

Пациент не обходился только этими препаратами, использовал ещё два. Смушающим фактором послужила «запутанная» дозировка леводопы+бенсеразид, которую требовалось строго совмещать по времени с другими лекарствами с ювелирной точностью. Возникла путаница и как следствие — серьёзные последствия для пациента. И хотя в литературе, которую я читал, не описывалось смертельных исходов в результате кризов при болезни Паркинсона, неприятный осадок и страх за жизнь пациента у меня всё же остались.

Повторная корректировка схемы лечения всё же вывела пациента из скованности. Об ошибке он так и не узнал, а врач на следующий день тактично промолчала. Это не означало, что совесть не корила меня.

## **Ложная тревога или плата за халатность**

Каждому заступавшему на смену выдавался кнопочный телефон. Из дежурства в дежурство для молодых врачей его монотонная мелодия становилась атрибутом неподдельного страха. В большинстве случаев звонок сулил для врача нескучное времяпрепровождение.

Одна польза от телефона всё же была: с его помощью доктор мог позвонить лечащему врачу и узнать, что делать с пациентом в сложной ситуации.

Другой, сомнительный, но обязательный повод им воспользоваться — позвонить главному дежурному по всем отделениям университетской клиники и сообщить о количестве оставшихся на ночь пациентов.

Казавшаяся с виду формальность не являлась таковой на самом деле. Врач обходил палаты и сверял пациентов в соответствии со списком, который перед уходом оставляла старшая медсестра:

— Добрый день, сегодня я дежурный врач. Сегодня все ночуют? — спрашивал я в каждой палате отделения.

Правила круглосуточного стационара априори запрещали пациентам уходить домой на ночёвку. Если что-то случится за стенами больницы и об этом станет известно проверяющим органам, то наказания врачу не избежать. В лучшем случае — выговора, в худшем — уголовного преследования.

На мой вопрос о ночёвке больные отвечали по-разному: «Я остаюсь», «Я отпросилась у доктора, поэтому сегодня ухожу на одну ночь», «Доктор, отпустите домой, хочу привести себя в порядок и постирать вещи».

Особо хитрые самовольно уходили домой, не ставя врача в известность.

Я старался вести учёт больных скрупулёзно. Так, чтобы их количество по бумаге совпадало с количеством в палате. Ведь, как говорила мой наставник: «Подсчёт больных ты ведёшь на случай пожара. Пожарные будут сверять количество больных с твоим списком. Кого из отмеченных не найдут в живых — будут искать под пепелищем».

\*\*\*

На одном дежурстве, после вечернего обхода, количество пациентов в палате не совпало с количеством по бумаге. В тот день должного значения весомой разнице я не придал, и сообщил по телефону главному дежурному ложную цифру. Сказал, что все пациенты на местах согласно списку, а сам отправился спать.

Глубокой ночью меня разбудил стук в дверь ординаторской. Я открыл глаза и сквозь полудрёму увидел в дверном проходе чей-то силуэт. Позже выяснилось, это была медсестра.

— Доктор, просыпайтесь, сработала пожарная сигнализация.

Эта новость придала мне неприятной бодрости. Сердце в груди заколотилось, кровь в висках застучала. Горизонтальное положение на диване я сменил на вертикальное.

— Что? Где?

— У нейрохирургов на третьем этаже.

Медсестра вышла. Я присел обратно на диван, склонил голову и погрузил её в ладони. Так положение дел обдумывалось лучше.

«Главный дежурный по университетской клинике наверняка поставлен в известность о пожарной сигнализации. Вместе с ним в известность поставлен главный врач и заведующий отделением неврологии. Скоро сюда при-

будет делегация вместе с пожарным расчётом. Они пересчитают пациентов в палатах и сверят с той цифрой, что я наговорил по телефону накануне. Цифра не совпадёт. Тогда меня спросят: где остальные пациенты?».

Я был погружён в раздумья до такой степени, что не заметил, как вышел из ординаторской. Только после этого звуки сигнализации давали знать о себе. Выключавшийся на ночь свет в общем коридоре горел на полную мощность. Из палат повыходили взволнованные пациенты.

Едва я подошёл к посту медсестры, как идущий навстречу нейрохирург сказал со спокойствием:

— Возгорание отменяется, парень. Ложная тревога, такое бывает.

Нейрохирург сообщил медсестре то же самое, а она донесла информацию до пациентов в коридоре.

В душе отлегло. Из ситуации я выяснил для себя следующее: первое — всегда писать и говорить правду о количестве пациентов в отделении<sup>1</sup>, второе — «ложная тревога, такое бывает».

Освоенный из первого урока опыт в дальнейшем пригодился ещё раз.

Вечером другого дежурства снова сработала пожарная сигнализация. Из коридора сквозь открытые двери ординаторской под звуки сирены я слышал полные возмущения женские крики:

— Рахим, говорила я тебе не засыпать столько много порошка!? Мы когда старших слушаться начнём?

В тот вечер медсестра делала замечания оказавшемуся с ней на дежурстве шуплому медбрата. Он засыпал в при-

<sup>1</sup> \* Но этого навыка так и не постиг

бор для дезинфекции слишком много специального порошка. При переработке пары ударили вверх настолько мощной и плотной струёй, что дошли до датчиков задымления на потолке.



## Когда медицина бессильна

Мобильный телефон использовался не только для связи внутри отделения. На него запросто мог позвонить дежурный врач любого отделения университета и пригласить на консультацию. Тогда страшные мысли молодого и неопытного доктора относительно собственной беспомощности и даже неполноценности становились явью.

\*\*\*

Поздним вечером зимы на дежурный телефон поступил вызов из гематологического<sup>1</sup> отделения. Звонивший врач не сообщал зачем нужен невролог, сказал лишь, что случай не экстренный и можно прийти в любое время.

Неотложных дел в неврологическом отделении не нашлось. Желания тянуть с визитом в соседний корпус у моей дежурившей подруги не возникало.

В этот вечер идти в неизвестность предстояло ей. Меня же задержаться в отделении заставила череда историй болезней. Дабы продохнуть от нескончаемых бумаг, я решил разбавить обстановку и составить компанию подруге. Мы облачились в зимнюю одежду и пошли в сторону отделения по соседству.

С порога резко дохнуло холодом в лицо. День, не предвещавший погожим утром ничего аномального, вечером засыпал каждый клочок земли пятисантиметровым слоем снега.

Мы шли к отделению под покровом темноты, обдумываемые со всех сторон порывами ветра. Оголённые

<sup>1</sup> \* Гематологи занимаются болезнями крови

кроны каштанов на территории университета хаотично раскачивались по сторонам, частично заслоняя свет от фонарей. Фонари бросали на землю отголоски жёлтых лучей света, переплетаемых на снежном ковре с чёрными тенями колышущихся деревьев. Нависавший в небе месяц осыпал серебром остроконечные крыши зданий. Вдали мерцали окна отделений.

Почувствовав прилив вдохновения от зимней романтики, я сказал подруге:

— Погодка что надо.

Она сдержала себя в желании покрутить пальцем у виска.

Вскоре мы оказались в холле гематологического отделения в ожидании встречи с звонившим доктором.

Приход доктора не заставил себя ждать. Узкий, слабоосвещённый коридор привёл нас вместе с ним в палату с открытой наружу дверью. Яркий свет настольной лампы озарял бело-синие стены и ветхий потолок, на котором под слоем осыпавшейся штукатурки виднелся слой досок времён советской эпохи.

На койке в правом углу палаты лежал мужчина средних лет. Заострённые черты лица с чётко очерченными угловатыми скулами, потухший взгляд в одну точку вместе с пепельно-серой кожей рук и ног с признаками кровоподтёков, говорили, что мужчина хронически болен. Всем своим видом он вызывал неподдельную жалость.

У изножья койки с живой тревогой в глазах сидела женщина. Она бережно накрывала кисть его тощей руки своей ладонью. В свободную ладонь умещался влажный носовой платок для протирания сухого лба мужчины. Несложно было догадаться, что женщина неслучайный гость в угасающей жизни мужчины.

Из уст её доносился шёпот:

— Коленька, всё будет хорошо... Всё будет хорошо.

Надеяться на счастливый исход не приходилось. Прежде чем прийти к больному в палату, лечащий врач провёл краткий экскурс в историю заболевания.

«Он безнадежно болен... Миеломная болезнь. Организм не реагирует на курсы лечения. Похоже, собирается окончательно сдаться — вопрос времени».

«Какое горе! — с искренним сочувствием говорил я. — А от нас Вы что хотели?».

«Осмотрите пациента, напишите своё заключение по части нервной системы».

«Дисметаболическая энцефалопатия как осложнение миеломной болезни» — такой диагноз вывела в историю болезни дрожащая рука подруги, прежде чем мы покинули отделение гематологии в расстроенных чувствах.

## Заключение

Мы по-настоящему начинаем ценить минуты жизни только когда находимся под влиянием стеснённых обстоятельств. Боимся выйти за грани дозволенного, из зоны личного комфорта. С какой радостью встаём из кресла стоматолога, с каким окрылённым чувством идём по улицам родного города, когда проблема решена! Вырванная из объятий устрашающих звуков бормашины душа понимает, что всё плохое осталось позади. Ей хочется жить здесь и сейчас, радоваться любому мало-мальски доброму событию в жизни.

Попав в переделку, лимбическая система<sup>1</sup> понижает выработку гормонов счастья. Как узник темницы хочет поскорее выбраться из заточения и увидеть проблески света, так и оставшийся на дежурстве доктор хочет сбросить с себя оковы обстоятельств.

Душа дежурного врача трепетнее чувствует происходящее вокруг, обращает внимание на некогда скрытые прелести жизни: красоту неба цвета морской волны, нежное прикосновение ветра сквозь открытое настежь окно. А тихо-то как на улице... Поразительно тихо и хорошо! Покидающие рабочие места сотрудники отделения разбредутся по домам и не заметят этого. Но ординатор поймёт, какая красота упускалась из виду раньше и будет об этом сожалеть. В психологии такое состояние называется осознанностью.

Зимой за окном ординаторской будет тяжело и густо валить белыми хлопьями снег.

<sup>1</sup> \* Контролирует выражение эмоций

Наступившая весна даст знать о себе капающими с крыши и мерно бьющимися о подоконник каплями с сосулек.

С началом лета оживится активность ласточек: летая в небе, они будут разрезать крыльями разгорячённый воздух.

В бессонные осенние ночи я буду смотреть в потолок под неугомонный треск сверчков и думать: как же дома хорошо — там нет ответственности перед пациентами, а диван в стократ шире...

## **ЧАСТЬ III. Болезни: простые и сложные**



*Искусство медицины состоит  
из трех элементов:  
болезнь, больной и врач.*

*Гиппократ*

## **Вступление**

Со временем ширились мои представления о неврологии, копились случаи заболеваний на примере пациентов. Не без сложностей я научился относить болезни к той или иной группе и давать их краткую характеристику.

Одно я знал наверняка: неврологические проблемы не отпускают людей из плена с концами. Обострение сменится периодом благополучия на месяцы или годы, но порочный круг так и не замкнётся.

## Погибающий мозг

К одной из самых опасных категорий относились заболевания из группы нейродегенеративных.

Грозная формулировка оставляла пациентов без шансов на выздоровление. У больных без каких-либо на то предпосылок погибали нервные клетки. В головном мозге это происходило или спинном — не имело значения. Важно, что это приводило к снижению памяти, перепадам настроения, нарушениям координации, контролю за движениями и самообслуживанием.

Болезни этой группы чаще других проверяли молодого врача на прочность. Обнажали сердце, заставляли сопереживать медленно увядающему пациенту и его взволнованным родственникам. Иногда сложно было сдерживать терзающие душу чувства, чтобы не заплакать при первой встрече с обречёнными людьми.

## Судный день

Говоря о нейродегенеративных заболеваниях, нельзя не отметить одно из смертельных — боковой амиотрофический склероз.

Гибель нервных клеток головного и спинного мозга приводит к ряду симптомов. Руки, ноги, шея ослабевают, в них появляются выкручивающие ощущения, будто кто-то старательно отжимает мокрую тряпку. Поверхность кожи на некоторых участках тела подёргивается сама по себе, словно её натягивают за невидимую нить и отпускают. Мышцы ног и рук по очереди худеют, из-за чего больной теряет в весе и не может ходить. Попад в цепкую хватку болезни, пациент в скором времени становится прикованным к инвалидному креслу, нуждается в заботе и поддержке окружающих.

\*\*\*

Ранним утром пробиться до койки у окна сквозь зелёные кроны каштанов пытался луч солнца. До зенита солнцу было ещё далеко, но уже тогда оно обдавало каждого встречного своим теплом.

Женщине сорока лет на койке у окна было не до весёлого настроения. Поникшая, она смотрела в пустоту, левой рукой держась за ходунки возле себя.

В наше отделение женщину положили во второй раз. В первый раз доктора бросили искорку надежды в изболевшую душу, не поставив смертельный диагноз. Но сегодняшний день должен был окончательно расставить всё по местам: есть ли у женщины боковой амиотрофический склероз или нет.

Болезнь началась с нарушения мелкой моторики правой кисти. Кисть при письме или при бытовых действиях женщину не слушалась, выполняла действия с «одолже-

нием». Постепенно мышечная слабость расширяла границы, поглощая новые и новые части тела. Пациентка больше не могла самостоятельно ходить, делала это с помощью ходунков.

Женщина в трезвом здравии, но в подавленном настроении отвечала на вопросы врача. Изредка по губам скользила улыбка. Ожидание туманного будущего наложило на неё отпечаток депрессии и тревоги. Неведомая хворь не забрала память: пациентка понимала кто она, где она и что её может ждать.

Вместе с доктором мы начали осмотр с проверки силы рук и ног, для этого попросили женщину сопротивляться оказываемым движениям. В полной мере сделать это ей не удавалось: казалось, что напротив сидел ребёнок, а не взрослый человек. Слишком уж слабый отпор со стороны мышц получал доктор. Когда начали по очереди сгибать и разгибать руки с ногами, заметили, что те болтаются «как плети». Не было привычного мышечного сопротивления как у здоровых людей.

Рефлексы с рук и ног вызывались едва ли только до них касался молоточек. На правой кисти, в пространстве между большим и указательным пальцем, виднелось и чувствовалось на ощупь углубление. Не было той мышечной «припухлости», которая есть у здорового человека. Под кожей правой ноги то и дело, казалось, кто-то пытался выбраться наружу — отдельные участки хаотично сокращались, подёргивались сами по себе. Правая нога в области лодыжки заметно похудела по сравнению с левой.

Находки не давали покоя, уж больно характерными казались для бокового амиотрофического склероза. Свой голос «за» давали обследования. В момент прошлой госпитализации к телу женщины прикладывали присоски с электродами, на которые поступало небольшое по мощности электрическое напряжение. В ответ на им-

пульсы, руки и ноги слегка вздрагивали. В моей голове всплывали ассоциации из детства, когда высекающий искру из зажигалки элемент касался ногтя и давал небольшой болевой импульс. Проводимое обследование показало, что причиной похудения мышц могла быть серьёзная болезнь.

Вечером того же дня пациентку ожидало обсуждение на консилиуме. Ординаторы довели женщину из палаты до лифта на втором этаже, оттуда спустились с ней на первый. Медленно и неуверенно, опираясь на ходунки, она дошла до нужного кабинета. То был кабинет куратора, в стенах которого ординаторы когда-то приступали к очередному этапу врачебной жизни.

Консилиум начался. Женщина сидела на стуле в центре комнаты, держась за ходунки. Около двадцати пар глаз смотрели в её сторону.

Лечащий врач зачитал жалобы и ход развития болезни. Доктора задавали уточняющие вопросы, а когда их не осталось, докладчик приступил к неврологическому осмотру. Осмотр не выявил ничего нового: находки были ровно такими же, как и с утра.

Спустя пятнадцать минут, когда у пациентки было больше нечего спросить, ей предложили вернуться в палату в сопровождении ординаторов. Судьба решалась за закрытыми дверьми на первом этаже без её участия.

Консилиум учёл жалобы пациентки, ход развития болезни, неврологические находки и результаты обследований. При всём нежелании, доктора склонились на сторону заболевания, которое рано или поздно приведёт к смертельному исходу — боковому амиотрофическому склерозу. Во время оглашения диагноза у многих молодых врачей от наплыва слёз блестели глаза.

Вместе с лечащим врачом предстояло сообщить о решении консилиума пациентке. Она, как и утром, сидела на краю кушетки у себя в палате и отрешённо смотрела

в окно. В воздухе разливалась вечерняя тишина. Спокойный вечер вскоре готов был уступить место объятиям прохладной ночи.

Услышав звук открытия двери, женщина плавно посмотрела в нашу сторону. В её глазах, в эмоциях не было желания заставить нас рассказать всё в подробностях. Она прекрасно понимала с какой новостью к ней пришли. Левой рукой женщина-то и дело прикладывала носовой платок к глазам.

В тот вечер мы с трудом сообщили пациентке окончательный диагноз и вернулись в ординаторскую. Моя подруга, державшаяся до этого достойно, была больше не в силах сдерживать эмоции и заплакала. Некоторые ординаторы словно по цепной реакции последовали её примеру.

Женщина стала одним из первых на моей памяти пациентов, которому не приказано было долго жить. Можно только догадываться, что творилось у неё на душе. Наверняка, тем вечером, внутри палаты тихо рушились пазлы её вселенной.

## Неподвижный язык

Если скорость течения заболевания у женщины была относительно благополучной, то назвать похожим аналогичный случай заболевания у мужчины уже не получалось. Процесс сразу принял беспощадное течение.

\*\*\*

Обречённым на скорую смерть был 66-летний мужчина с самой неблагоприятной формой бокового амиотрофического склероза — той, когда процесс идёт сверху вниз.

Когда мы попросили худощавого мужчину высунуть язык, заметили, что его левая половина истощилась по сравнению с правой, здесь же виднелись мелкие подёргивания. Доктор полез деревянным шпателем к задней стенке глотки, чтобы проверить рефлекс. Любой здоровый человек испытал бы рвотный позыв, но палочка во рту нисколько не мешала пациенту. Казалось, она могла находиться там часами, и ему всё было бы нипочём.

Из-за поражения важных структур головного мозга мужчина не мог разговаривать и глотать, чтобы избавляться от излишков слюны. Блокнот с ручкой на тумбочке были единственными способами выражения мыслей. С медицинской точки зрения картина вырисовывалась тёмными красками.

Мы занялись лечением мужчины. Из всех находок, по хорошему счёту, справиться можно было только с чрезмерной выработкой слюны. С этой целью использовался антидепрессант, обладающий свойством подсушивать ротовую полость. Одновременно с ним в лечении использовался препарат, способный наладить передачу импульсов между нервами и мышцами.

Антидепрессант с задачей справился. Пациент больше не сидел с мокрым платком и не вытирал предательски вытекающую изо рта слюну. На успех второго препарата мы не рассчитывали. Но каково было всеобщее удивление, когда пациент смог самую малость пошевелить неподвижным до этого языком! В тот день в его глазах виднелось неподдельное счастье.

Говорить он так и не начал, эмоции по-прежнему выражал с помощью ручки и бумаги. Одной рукой он писал, а второй вытирал слёзы счастья от какого-никакого, но всё же маленького прогресса в лечении.

Сколько оставалось тлеть угольку жизни мужчины было неизвестно. Но боковой амиотрофический склероз, идущий сверху вниз — плохой признак. Подобно дождевому червю, в глубине почвы роющему подземные ходы, болезнь поглощает нервную систему участок за участком, и в конечном счёте забирает самое важное — дыхательный центр.

Боковой амиотрофический склероз забрал жизни многих выдающихся людей. Среди них советский композитор Дмитрий Шостакович, Стивен Хилленберг — создатель мультипликационного сериала «Губка Боб Квадратные Штаны».

Знаменитый британский физик Стивен Хокинг отводил время у болезни: от момента установления диагноза в 1963 году до смерти в 2018 году прошло 55 лет сложной, но полной открытий жизни.



## Человек-робот

Одним из самых любезных пациентов на моей памяти с нейродегенеративным заболеванием был мужчина 60 лет. Врачи по месту жительства безрезультатно бились над постановкой диагноза и в конечном счёте отправили его к нам в отделение.

\*\*\*

Отличительной особенностью мужчины была походка на полностью выпрямленных ногах. Ноги не сгибались в коленях и голеностопных суставах, оттого шаркающие шаги напоминали движения робота. Дополнительно пациента беспокоил частый сухой кашель вне связи с простудами и аллергией, осипший голос. Сам мужчина изменений не замечал. Первым тревогу забил его товарищ, который из другого города поддерживал общение по телефону:

«Александр Владимирович, что-то я вашего голоса не узнаю, вы там не простудились часом?» — не уставал пересказывать пациент слова друга по бывшей работе лечащему врачу.

В молодости Александр Владимирович работал лётчиком. Этаким безграничный простор для романтики и удивительных историй. Таковых пациент при личном общении рассказал множество.

Я сидел на стуле подле его койки, слушал рассказы, а фантазия рисовала легкомоторный самолёт, пролетающий под наклоном меж двух ущелий, а внизу тонкой струйкой протекала горная речка. Пилот тянул штурвал на себя, готовый посадить самолёт где-нибудь на виднеющемся с неба клочке земли. Его непременно окружал красивый лес. Лётчик выходил из кабины, чтобы насладиться красотами нетронутой природы Алтая, шёл к реч-

ке умыться ледяной водой. Среди камней, омываемых стремительным потоком воды, он видел один камушек, который отличался от других. Минерал бирюзового цвета, гладкий на ощупь. Фантастически красивый! Заслуживающий того, чтобы взять его с собой на память.

В знак доказательства, что история — сушая правда, а не обман, Александр Владимирович действительно показывал мне камушек. В реальности он был ещё красивее, чем в фантазиях.

Помимо камушка вторым атрибутом пациента была карманная библия в кожаном переплёте. Казалось, всё свободное время он посвящал её чтению и подкреплению прочитанного молитвой.

Каждый мой приход к нему в палату сопровождался благословением, а уход, наверняка, черчением в воздухе за спиной православного креста.

Мужчину лечили, обследовали, но окончательного диагноза поставить тоже не смогли. Врачи высказывали мнение о болезни Штрюмпеля<sup>1</sup>, но и то, с малой долей уверенности.

В день выписки мы обменялись с Александром Владимировичем номерами телефонов<sup>2</sup>. Он благодарил меня за оказываемое внимание и приглашал в гости в Азов. Одно время я даже порывался туда, но каждый раз что-то мешало.

<sup>1</sup> {} Наследственное заболевание нервной системы, для которого характерна скованность мышц ног и быстрая утомляемость при ходьбе.

<sup>2</sup> \* В течение как минимум трёх лет, до окончания 2019 года, он писал мне сообщения, поздравлял с праздниками. Это сеяло зерно надежды, что болезнь прогрессировала медленно.

## Донорство ценою в жизнь

Не просто редким, а одним из самых редчайших за всю историю работы нашего отделения было нейродегенеративное заболевание, которое относится ещё и к инфекционному. Распространённость в мире 1—2 случая на миллион жителей. После этого случая сотрудники кафедры даже писали статью для размещения в неврологическом журнале.

\*\*\*

В уютной палате в окружении обеспокоенных родственников на койке лежала женщина 30 лет. Жалоб она не предъявляла, потому что слабо понимала, как её зовут и где находится.

Со слов родственников, больная за последние полгода испытала серию стрессов на работе. По мнению близких, это послужило пусковым механизмом, из-за которого появились снижение внимания и памяти.

Через пару месяцев пациентка стала повторять одни и те же фразы, запинаться при произношении слов. Близким это не понравилось, и они обратились к неврологу по месту жительства. Невролог на приёме связал жалобы со сбоем в кровообращении головного мозга, выписал курс лечения сосудистыми препаратами. Лучше не стало, наоборот, неведомая болезнь прогрессировала.

Спустя ещё три месяца присоединилась избыточные движения в руках. При эмоциональной нагрузке усиливались, во сне проходили. В этот же месячный промежуток времени пациентку будто сковало, со стороны казалось, что её туловище пребывает в напряжённом состоянии. Словарный запас стал скудным, походка неуверенной, снизился аппетит, возникла потеря веса, нарушился сон.

Родственники отмечали ещё большее нарушение в работе мыслительных процессов. Женщина стала неактивной в повседневной жизни, перестала справляться с работой. Наросла скованность в теле, на вопросы близких практически не отвечала, не разговаривала, простые задания не выполняла. Пациентку же ничего не тревожило, потому что болезнь затмила разум.

Компания ординаторов во главе с доктором принялись осматривать пациентку. На деле всё оказалось хуже, чем со слов родственников.

Молодая женщина была недоступна речевому контакту, не понимала обращённую речь, не повторяла за врачом действий по образу и подобию. Складывалось впечатление, что она жила в собственном мире, огороженном от социума невидимым куполом. Достучаться до сознания, несмотря на принимаемые попытки, было невозможно.

Осмотр молоточком тоже дал немало пищи к размышлению. В неврологическом статусе мы заметили множество отклонений. На каждый удар молоточком по колену или руке пациентка реагировала необычно. Подобно маленькому ребёнку, она тянула руку к инструменту невролога, чтобы им завладеть. Девушка делала это неосознанно, но мы-то понимали, что нехороший процесс скрывается в лобной доле головного мозга и вызывает хватательный рефлекс.

Мнение о предварительном диагнозе складывалось плохое. На чаше весов находились две серьёзных болезни. Одна болезнь ограничивала продолжительность жизни и была связана с избытком меди в организме. Вторая редчайшая болезнь приводила к летальному исходу за промежуток времени от четырёх месяцев до двух лет, причиной развития служил вирус.

Обследования и консультации смежных специалистов подтверждения первому диагнозу не находили. На-

ши пытливые умы штудировали литературу на предмет исключения или подтверждения второго возможного заболевания. В одном из учебников ординатор нашла характерную картину того, что врач МРТ-диагностики должен увидеть на мониторе.

Пациентку доставили на обновление результатов МРТ головного мозга с сопроводительной запиской: на какие структуры нужно акцентировать внимание и что там нужно увидеть. Прошлые результаты МРТ головного мозга были без отклонений, не объясняли причин увиденного у больной.

Спустя час зазвонил телефон руководителя. Звонил врач МРТ-диагностики:

— Не могу поверить, это оно! Точь-в-точь похоже на находки при предполагаемом вами диагнозе!

Спустя 10 минут врачи рассматривали в ординаторской повышенную на негатоскоп<sup>1</sup> плёнку. В нужной проекции головной мозг был весь испещрён маленькими отверстиями. Походили они то ли на губку для мытья посуды, то ли на дырки в сыре. Стало окончательно ясно: диагноз девушки смертелен.

Болезнь Крейтцфельда-Якоба вызывает особый вирус — прион. Он накапливается в мозговой ткани и приводит к спектру жалоб, похожих на те, что были у нашей больной. Путь передачи — при пересадке костной или иной ткани от страдавшего этой болезнью донора. Не успевшие оправиться от находки на МРТ, мы готовились к новому потрясению.

После просмотра снимка врач задала родственникам больной вопрос: приходилось ли пациентке

<sup>1</sup> \* Настенное устройство со светящимся экраном, на поверхность которого прикладываются чёрно-белые снимки для более детального просмотра.

на протяжении 30 лет жизни участвовать в донорстве? Как оказалось — да. В детстве девочка сломала ключицу при падении с велосипеда. И тогдашние медики решили приживить материал от донора, погибшего в автомобильной аварии<sup>1</sup>.

Тем временем состояние пациентки в отделении ухудшалось на глазах. В число симптомов болезни добавились галлюцинации. Дежурные врачи на утренней планёрке отмечали неоднократное обращение к ним постовых медсестёр, чтобы те помогли разобраться с буйным поведением пациентки. Посреди ночи прямо в палате она проявляла агрессию, взмахивала руками, боролась с чем-то невидимым при полном молчании. Несколько капель галоперидола утихомиривали опасное и страшное для окружающих поведение.

Судьба пациентки после выписки из отделения осталась неизвестна. Приходилось слышать, что родственники возили её в «более лучший центр», врачи которого обнадёживали и давали право на жизнь. Якобы нет никакой болезни Крейтцфельда-Якоба у пациентки, всё это вздор!

Кто бы мог подумать, что травма родом из детства обернулась согласием на пересадку ключицы от больного<sup>2</sup> донора и привела к круговороту событий, в котором невольно участвовала пациентка, её близкие и врачи.

<sup>1</sup> \* В литературе указывается, что болезнь Крейтцфельда-Якоба может дать знать о себе на любом отрезке жизни после пересадки инородного донорского материала.

<sup>2</sup> \*\* За сроком давности сложно доказать, был ли донор болен аналогичным заболеванием или нет. Но всё указывало на это. Других хирургических вмешательств за всю жизнь, кроме этого, пациентка не переносила.

## Непроизвольные дрожания

Самое первое, что мы хотели исключить у той пациентки — болезнь Вильсона-Коновалова. Связана она с переизбытком в организме меди. Избыточное накопление меди снижает качество и продолжительность жизни при несвоевременно начатом лечении. К сожалению, выбирая из двух зол, судьба ниспослала той женщине смертельное заболевание.

В нашем отделении было множество подтверждённых случаев болезни Вильсона-Коновалова. Основной состав составляли больные, неоднократно бывавшие в стенах клиники ранее.



## Друзья по несчастью

Жалобы перед командой врачей предъявлял паренёк лет семнадцати.

Его беспокоило дрожание кистей рук, усиливающееся при волнении. Отсюда появился и плохой почерк. При письме буквы в словах выглядели размашистыми, крупными, будто на бумаге их выводил обучающийся этому навыку ребёнок.

На второе место среди жалоб парень поставил чувство неуверенности при ходьбе. С его слов, в обеих ногах ощущалась немыслимая скованность. Застать врасплох она могла в любой момент: лёжа, при начале или окончании ходьбы. В последних случаях скованность приводила к падениям.

На последнее место среди жалоб парень поставил быструю утомляемость, снижение памяти, внимания.

До обращения в нашу клинику пациент безрезультатно лечился у невролога по месту жительства. Тот в причинах дрожания кистей рук видел наследственный фактор. Мол, если у кого-то в семье дрожали руки, то и у него будут дрожать, никуда от этого не деться. Но и ничего плохого дрожание не принесёт, не повлияет на продолжительность жизни.

На всякий случай доктор периодически отправлял парня к коллегам в другие учреждения. Обследования не выявляли отклонений до тех пор, пока врач ультразвуковой диагностики не нашёл увеличения размеров печени. Очередного невролога смутили жалобы пациента и находки на УЗИ. Он понимал, что часть проблем точно исходит из головного мозга, а часть может быть как-то связана с печенью. Эстафету от невролога принял генетик. Диагноз потихоньку стал раскручиваться.

Как оказалось, находка на УЗИ имела тесную связь со случаем смерти сестры отца в 9-летнем возрасте якобы из-за цирроза печени. Почему такое произошло с маленькой девочкой никто в те далёкие годы не задумывался: погоревали и забыли.

Нынешний генетик учёл тот печальный случай, провёл параллель с нашим пациентом и отправил его на генетическое тестирование. По результатам подтвердилась болезнь Вильсона-Коновалова. Избыточное накопление меди в организме послужило причиной жалоб у молодого человека. Вот такой столь обширный путь проделал он, прежде чем в третий раз оказаться в стенах нашего отделения.

Парень имел манеру разговаривать с окружающими «через нос», некоторые буквы повторял по нескольку раз. От волнения усиливалось дрожание. Кисти рук находились в столь быстром движении, что казалось будто парень провёл на морозе целый день и только сейчас пришёл домой отогреться.

Показательным было усиление дрожания после просьбы вытянуть руки в стороны. В такие моменты парень походил на птицу, совершающую взмахи крыльями.

Когда ординаторы проверяли движения в руках и ногах без участия пациента, то там и там с переменной периодичностью ощущали затруднения. Конечности с трудом разгибались и сгибались, будто кто-то невидимый вставлял палки в колёса. Визуально представить явление можно на примере велосипедной цепочки, где все звенья трутся друг о друга с лёгкостью. Но стоит только механизму заржаветь, как о свободном движении придётся только мечтать.

В отделении парня подлечили, скованность и дрожание стали меньше. Главным плюсом оказалось своевременно начатая терапия благодаря стараниям генетика.

В противном случае паренька ожидала бы ещё более незавидная участь.

Какой теперь срок отмерили ему высшие силы — только Богу и известно. Но молодой человек не унывал: катался в родном селе на мопеде и часто падал с него, а в нашем отделении среди пациентов нашёл себе подругу. Поговаривают, настроен был серьёзно и даже получил взаимные симпатии.

\*\*\*

Из этой истории благодаря назиданиям врачей я выяснил следующее: при любом дрожании конечностей в покое (а не на весу), особенно в молодом возрасте, первым делом нужно исключать болезнь Вильсона-Коновалова.

Рассмотренный случай у молодого парня относится к группе нейродегенеративных и экстрапирамидных заболеваний одновременно. Сюда же относится не менее распространённая среди пожилых людей болезнь Паркинсона.

## Физик рисует часы

Болезнь Паркинсона — это один из тех диагнозов, который относится к категории «диагноз с коридора». Невролог может заподозрить неладное, едва нога пациента перешагнёт порог врачебного кабинета. Возможно такое благодаря характерным симптомам.

Замедленность движений, отсутствие эмоций на лице, непроизвольное дрожание в покое большого и указательного пальцев руки по типу намёка на чаевые — далеко не полный список отличительных черт болезни Паркинсона.

\*\*\*

Светло-коричневый свитер, брюки с не разглаженными стрелками, соскучившиеся по добротной щётке туфли — в таком аляповатом образе в первые и последующие дни лечения предстал перед нами пенсионер 73 лет.

Мужчину беспокоили скованность в левой руке и нижних конечностях при движениях. В любой момент он мог запросто остановиться и долго топтаться на месте, прежде чем сделать новые шаркающие шаги. Или же мог идти подталкиваемый неведомой силой, спотыкаться и падать вперёд.

Пациент рассказывал жалобы тихим голосом с безучастным видом, будто описанные явления стали для него нормой жизни, и он от всего устал. Болезнь исказила лицо: оно не выражало эмоций, было грустным, как у куклы Пьеро.

В нашей клинике пенсионер лечился не первый раз, диагноз был известен — болезнь Паркинсона.

Рано или поздно болезнь приводят к снижению умственных способностей. Чтобы посмотреть на каком эта-

не находились эти функции у пациента, мы решили провести беглое тестирование.

Самый банальный тест — невролог просит нарисовать циферблат часов и дополнить его стрелками на требуемое время. Сложности при выполнении одного из пунктов говорят о грубом нарушении умственных функций. Деменции, на языке врачей. Мужчина не справился с этим простым заданием. Расширенное тестирование дальше проводить бессмысленно — точка невозврата пройдена. Но во всём бывают исключения.

Мы начали тестировать пациента по другому опроснику. Второй вариант требовал запомнить цепочку слов, повторить их вслух за врачом, удержать в памяти и воспроизвести спустя некоторое время. Ещё надо было называть животных на карточке<sup>1</sup>, сказать за отведённое время как можно больше слов на букву «Л», провести математические операции в уме.

На наших глазах произошло чудо. Испытывающий до этого существенные затруднения в рисовании циферблата часов и расставлении стрелок, сейчас пациент неплохо выполнял большинство заданий из нового теста. Некоторые слова повторить по памяти не мог, но у кого нет забывчивости на восьмом десятке? Особо быстро он выполнял задание на вычитание цифры 7 от 100 несколько раз подряд.

Секрет «мастерства» оказался прост. Всю сознательную жизнь пациент посвятил науке. После окончания школы с отличием обучался в университете, затем уже сам обучал студентов физике.

Несмотря на хорошие результаты второго теста, не было сомнений в том, что болезнь Паркинсона добра-

<sup>1</sup> \* На карточке изображены лев, носорог и верблюд.

лась до умственных способностей пациента. Быстрые ответы на вопросы мозг выдавал скорее «по старой доброй памяти».

Как сказал тогда наш наставник, не менее поражённый результатами теста: «Умственные способности у деятелей науки сохраняются очень долго по сравнению с теми, кто окончил только девять классов школы и пустился на вольные хлеба».

## Болезнь молодеет

К группе риска по развитию болезни Паркинсона относятся, в основном, пожилые пациенты, но некоторых судьба обременяла страданием раньше времени.

\*\*\*

Самый ранний случай обнаружения болезни Паркинсона в отделении был зафиксирован у мужчины 48 лет.

По профессии — электрик. Высокий, крепкий, плечистый, похож на доброго медведя из русских народных сказок. Даже фамилия схожа — Потапов. Сквозь крепкую внешнюю оболочку проступал пронзительный, колющий взгляд. Редкая улыбка вот-вот проскакивала, прежде чем подавлялась особенностями болезни. У всех пациентов с болезнью Паркинсона лицо не выражает эмоций, потому трудно уловить, шутками общается собеседник или говорит правду.

Мужчину одолела скованность и дрожание в правой руке и ноге, внутренняя дрожь. Ходил он как старик: сгорбленное положение тела дополнялось мелкими шажками. Хотя и неровностей на пути движения не было, это не мешало ему спотыкаться на ровном месте. Слова на бумаге выводились настолько мелко, что буквы в них походили на бисер.

Откуда взялась болезнь Паркинсона у мужчины в 48 лет — загадка. С химическими веществами не работал, похожих случаев в семье не было. Мы знали наверняка: болезнь в столь раннем возрасте с годами будет усугубляться. Пока доктора справлялись с жалобами, но что будет через пару лет?

Основной препарат для лечения болезни Паркинсона — леводопу, назначать мужчине по возрасту было рано. Светила науки советуют отсрочить её как можно

на дольший период времени. Требовалось это потому, что через несколько лет после начала приёма препарата эффективность его теряется. И чем потом лечить мужчину с ранним началом болезни Паркинсона? Проводить специальную операцию на головном мозге?

### «Выключенная» таблетка

Операция на головном мозге — последний шанс для пациентов, которым не помогло обычное лечение болезни Паркинсона. Во время операции человек остаётся в сознании и словесном контакте с нейрохирургом. Сквозь проделанное отверстие в черепной коробке под контролем компьютерной томографии к нужным отделам головного мозга продвигается нагретый электрод. С помощью него нейрохирург точно воздействуют на структуры.

Зона воздействия зависит от преобладающих жалоб при болезни Паркинсона. Один тип операции эффективен при дрожании, другой — при скованности.

\*\*\*

О выполнении подобной операции задумывался пациент с дебютом болезни Паркинсона в 50 лет. Сейчас же ему было 59 лет. На момент обращения в клинику его беспокоили скованность в туловище и конечностях, дрожание в руках при целенаправленных действиях, избыточные движения в начале и конце приема леводопы<sup>1</sup>, шаркающая походка, мелкий почерк, судороги в мышцах ног, запоры. Одним словом — серия типичных жалоб для болезни Паркинсона.

Когда мужчине было 50 лет, неврологи по месту жительства не стали придерживаться рекомендаций по лечению заболевания, которые гласят: «назначайте леводопу как можно позднее, при появлении жалоб в молодом для болезни возрасте она быстро потеряет эффективность, тем самым пациент будет лишён хоть малого, но всё-таки

<sup>1</sup> \* Основной препарат в лечении болезни Паркинсона

шанса на нормальную жизнь». К сожалению, врачи нарушили стандарт лечения. Как итог — спектр жалоб, которые плохо поддавались коррекции спустя годы.

Перед лечением в нашем отделении пациент ежедневно принимал таблетки без улучшений. Наша задача стояла не излечить от неизлечимой болезни, а хотя бы поддерживать качество жизни на приемлемом уровне.

В тот пасмурный весенний день мы отправили пациента к массажисту.

Путь предстоял близкий — корпус рядом с нашим, достаточно выйти на улицу и обойти здание. Массажный кабинет находился на втором этаже. Подниматься туда нужно было сначала по одной лестнице, затем, минуя лестничный пролёт, продолжать путь к цели через вторую, чуть ли не на чердак.

Тем временем чёрно-свинцовое небо за окном разверзлось дождём. Мы сидели в ординаторской и занимались бумажной работой. Звуки непогоды успокаивали. Тишину на фоне общей сосредоточенности прервал звонок на мобильный телефон наставника. Массажистка на том конце провода сообщила, что наш пациент после окончания процедур не в силах сделать ни шага.

Вызвать из плена мужчину доктор поручил мне. Я вооружился зонтом и вышел на улицу. Под капли проливного дождя и раскаты грома проделал тот же путь, что и пациент, и вскоре оказался у дверей массажного кабинета.

В тесном коридоре с низким потолком сидел пациент, а рядом — массажистка. Тусклый свет падал на лица обоих, создавая приглушённую атмосферу.

Я смотрел в большей степени на мужчину и вспоминал эпизод во время утреннего обхода. Тогда пациент поделился наблюдением: «Таблетка моя включилась в семь утра, выключилась в десять утра».

Под включением и выключением пациент имел в виду эффективность её работы. Три часа он жил более-менее

полноценной жизнью, прежде чем препарат переставал работать и сковывал туловище. Таблетка была своего рода для мужчины батареей на непродолжительный срок.

Сказанные им с утра слова находили подтверждение на деле.

Мужчина сидел натянутый в струну, любое движение давалось с трудом. К основной проблеме совсем не вовремя добавлялись судороги в ногах. Обессиленный пациент пытался дотянуться и растереть ноги, но все попытки казались тщетны.

Массажистка сидела на расстоянии вытянутой руки и не выглядела растерянной. По роду деятельности она в совершенстве владела не только навыком снятия мышечного напряжения, но и «подвешенным» языком. Слова поддержки ложились на душу, как капли дождя на иссохшую землю.

Окрылённый поддержкой, мужчина, преодолевая боль, лез во внутренний карман куртки. Скорость движений соответствовала его общему состоянию. В карман кожаной куртки он тянулся медленно, как будто чего-то опасался. Когда действие было завершено, нашему с массажисткой взору представали маленькая бутылка с водой и пузырёк с таблетками.

— Таблетка включится не сразу, нужно посидеть, — говорил он прерывистым голосом, будто до этого окунулся в прорубь.

— Давайте вам помогу, — шептала массажистка и забирала из рук мужчины бутылку и пузырёк. Проглотить таблетку он смог не с первой попытки.

Пока таблетка включалась, мужчина тихим голосом вёл разговоры о жизни, причитал:

— Разве такая жизнь — это жизнь?

Массажистка оппонировала:

— Вы же совсем молодой, у вас всё будет хорошо, вот поверьте!

Он сидел напротив неё и слушал. Ни один мускул не дрожал на его лице, потому что не мог дрогнуть. Выражение лица было безмерно грустным. И если бы болезнь Паркинсона позволила эмоциям выйти наружу, то всё равно, вряд ли бы мужчина веселился. Он осознавал безвыходную ситуацию, что задавало пессимистичный настрой размышлениям.

За разговорами таблетка включилась, и у пациента открылось второе дыхание. Он встал со стула, сердечно поблагодарил массажистку и пошёл со мной в сторону выхода, пока ситуация позволяла.

Дождь вызывал на поверхности луж огромные пузыри, стучал по металлическим крышам и подоконникам. Из водостока на углу здания клиники мощным напором выхлёстывалась толстая струя воды. Промозглая погода не собиралась сдавать позиции. Отчего-то в голову закрадывались параллели с болезнью пациента. И только утешала мысль о том, что после дождя всегда приходит радуга.

## **Звезда эстрады в гостях у пациентки**

Под вечер, когда старые пациенты были выписаны, а новые осмотрены, по распоряжению руководства клиники к нам в отделение ожидалась внеплановая госпитализация.

\*\*\*

Известно было, что подлечиться хотела женщина 79 лет. Это была первая из трёх проблем.

Вторая — историю болезни нужно было писать с нуля. Женщина ранее у нас не лежала, потому на оформление потребовалось бы минимум полтора часа. А солнце, тем временем, близилось к горизонту, подавая пример окружающим: «Чего сидите? Пора домой!».

Третья проблема — пациентка была родственницей одного из руководителей клиники. Это требовало большего внимания к её персоне на ближайшие десять дней.

Задолго до этого известия, трое из пяти ординаторов разбежались кто куда: один ушёл домой, второй ходил по территории клиники, третьего не отпускал из палаты пациент. Я же сидел на диване второго этажа и общался с подругой. Рядом на посту суетилась медсестра.

До нас с подругой долетела информация о поступлении в палату той самой особо важной персоны:

— В палату 208 поступила пациентка с болезнью Паркинсона, можете забирать, — сказала медсестра, разгоняя воздух листьями только что склеенной истории болезни.

Перспектива заниматься пациенткой под самый вечер, а потом ещё и отмечать в календаре оставшиеся до выписки дни, смущала.

— Возьмёшься её вести? — спросил я у подруги со страхом.

— Как-то не прельщает... Мне сейчас и так есть кем заниматься... — отрезала она с гордой уверенностью, что в действительности не будет наблюдать женщину.

Среди нашей команды ординаторов существовало гласное правило: у кого мало пациентов, тот берёт нового. Но пациентов у каждого было хоть отбавляй, брать ещё одного не хотелось.

В наших головах созрел план. Мы решили схитрить, отдать пациентку кому-то другому. Как нельзя кстати из палаты вышел третий участник нашего молодого сообщества. Приятель был явно чем-то вдохновлён, улыбка не спадала с лица даже когда он подошёл к дивану, где мы сидели. Ранее ему приходилось заниматься большим количеством пациентов с болезнью Паркинсона.

— Дима, к нашему врачу поступила пациентка с болезнью Паркинсона, не хочешь взять? — спросил я, едва сдерживая улыбку.

— А вы почему не берёте? — насторожился он.

— У нас уже есть.

— Ну так и у меня есть.

— Но сейчас поступила пациентка с твоей любимой болезнью Паркинсона.

Слова подействовали на приятеля магическим образом. Через мгновение он оказался у поста медсестры, взял пустую историю болезни и направился к палате к новой пациентке.

Ловушка захлопнулась. Мы подложили свинью и ехидно потирали руки. Поступили не по-приятельски, но все мы не агнцы божьи.

Через пару дней, на утреннем обходе в палате пациентки в присутствии всего врачебного состава отделения, приятель зачитывал жалобы из истории болезни:

«Пациентку беспокоит скованность во всём теле, дрожание конечностей, боль в пояснице с распространением в нижние конечности, головные боли, головокру-

жение, задержка стула до трёх суток, учащённое ночное мочеиспускание, снижение памяти и внимания, сухость во рту, повышение артериального давления, онемение нижних и верхних конечностей, чувство тревоги».

И всё было бы хорошо, если бы он не продолжил монолог «... пациентку также беспокоят галлюцинации: видит в палате образы известных личностей, например, Филиппа Киркорова».

Повальный смех докторов в тот момент помогли сдерживать только этические соображения.

Всё плохое, равно как и хорошее, когда-нибудь заканчивается. Наступил долгожданный день прощания с пациенткой. Довольный этим событием, приятель держал в руках выписку из истории болезни на шести листах вместо привычных двух-трёх.

В ряду основных и сопутствующих болезней, среди череды обследований на четыре листа, красовалось заключение ортопеда: «Распространенный остеохондроз, S-образный сколиоз III ст., с выраженной деформацией позвоночника. Рекомендовано: остеоденситометрия<sup>1</sup>, паравертебральные блокады<sup>2</sup> и... *подводное вытяжение*. (пациентке 79 лет!)

За время лечения женщины, товарищ здорово с ней намучался, и часто потом в шутку попрекал нас за то событие. Вспоминал про него при удобном случае и поговаривал: «А помните, как вы мне пациентку с болезнью Паркинсона подсунули? Гады вы такие! Озверели!».

<sup>1</sup> \* Обследование позволяет проверить плотность костей

<sup>2</sup> \*\* Инъекции препаратом в область рядом с позвоночником для снятия болевых ощущений

\*\*\*

Доподлинно неизвестно, была ли женщина и прочие пациенты злостными курильщиками или заядлыми кофеманами в молодости, однако, по неоднократно курсирующей информации, эти привычки предупреждают развитие болезни Паркинсона.

Среди звёздной публики болезнью страдал боксёр Мухаммед Али, звезда трилогии «Назад в будущее» Майкл Джей Фокс, музыкант Оззи Осборн, Михаил Ульянов — исполнитель главной роли в фильме «Ворошиловский стрелок». Слухи о болезни Паркинсона у Гитлера разнятся: одни биографы говорят была, другие — отрицают.

## Судьба predetermined с рождения

Как ни крути, самое важное в жизни человека — здоровье. Современная медицина достигла определённых успехов, но лечение некоторых болезней по-прежнему остаётся неподкупным даже для богатых людей.

\*\*\*

Мужчину шестидесяти трёх лет в нашу клинику привёл сын. Он без запинки перечислил жалобы, которые беспокоили его в здоровье отца:

— Отец делает лишние движения туловищем и лицом. Походка странноватая, какая-то суетная. По сторонам шатается, раньше такого не было. Речь такая, знаете, протяжная что ли... Будто бы манерная. Про память и внимание молчу. Мой отец два года назад и сейчас в этом плане как небо и земля. Куда положил очки запомнить не может.

Пока сын рассказывал про отца, тот сидел в палате на койке и наглядно иллюстрировал часть жалоб. Туловище действительно выдавало избыточные движения. Со стороны казалось, что пациент танцует модный когда-то у молодёжи танец тектоник. Корпус выкручивался, как змея под дудку факира, руки разбрасывались по сторонам и обратно прижимались к туловищу. Своеобразный танец подкреплялся нахмуриванием бровей и высовыванием языка. Увидев такого больного на улице, прохожий подумал бы, что тот с ним заигрывает. «Танец» не прекращался ни на минуту, даже когда пациент вставал с койки и пытался ходить. Пожилой мужчина испытывал неведомую «эйфорию», становился на носок одной ноги и пружинящим движением отталкивался на вторую.

До обращения в нашу клинику мужчина лечился в других больницах. С помощью генетического тестиро-

вания ему подтвердили заболевание под названием хорей Гентингтона.

С момента появления первых жалоб и до момента обращения в клинику, умственные способности стали хуже только на словах сына. На деле же пациент неплохо ориентировался в окружении, правильно выполнял тесты на память. Это позволило отнести форму хорей Гентингтона к доброкачественной. При злокачественном течении жалобы те же, но умственные способности тают на глазах, человек лишается чувства приличия и совершает необдуманные поступки, за которые ему не стыдно.

Болезнь относится к группе генетических, что подразумевает передачу её среди поколений. Возможности студентки, которая приходила к нам на практику в отделение, позволяли в условиях процедурного кабинета брать кровь из вены для диагностики болезни Гентингтона. Кровь с согласия забиралась и у ближайших родственников пациента, даже если в настоящее время их ничего не беспокоило.

Сын пациента занимал высокопоставленную должность. Но это не умаляло того факта, что болезнь не могла передаваться ему от отца, даже если сейчас жалобы отсутствовали. Мы прочитали сыну краткую лекцию о развитии заболевания и возможности наследования. Со словами: «как следует подумайте» отпустили пациента домой.

Вряд ли решение знать судьбу наперёд далось ему легко, но на следующий день он выразил устное и письменное согласие на забор крови. Это позволяло выявить риск появления болезни, которая могла начаться на любом отрезке жизни мужчины. В то же время профилактическое лечение даже за несколько лет до развития всё равно бы не помогло — болезнь неизлечима. Существовала только возможность заранее планировать рождение детей. Ведь под ударом могло быть и следующее поколение семьи.

Спустя несколько дней пришли результаты тестирования. Они, как и у отца, оказались положительными. И если у отца течение заболевания являлось доброкачественным, то невозможно было однозначно сказать, какое оно будет у сына. Прогноз оставался неопределённым, но мужчина точно заболеет хореей Гентингтона — это вопрос времени.

Ситуация накалялась. У сына пациента уже был ребёнок. Мужчина испытывал потрясение, когда во второй раз думал над выполнением анализа, но уже собственно-му ребёнку. Ввиду возраста, ребёнок не мог давать согласия на забор крови и подписывать документы сам. За него это, как законный представитель, сделал папа. Мальчик сидел на стуле и наблюдал за набираемой в шприц кровью цвета спелой вишни. Вряд ли он осознавал, что сейчас решается его будущее.

Будущее оказалось предопределено. Во взрослом возрасте его ожидала та же участь, что отца и деда...

\*\*\*

Существует несколько исторических версий появления хорей Гентингтона. Корни первой уходят в XIV век, когда на улочке немецкого города Страсбург, переживавшего нелёгкие времена, появилась чрезмерно радостная женщина. Казалось, всеобщие проблемы её не касались — она шла и танцевала, будто была марионеткой в чьих-то руках. Постепенно население позабыло о бедах и присоединилось к танцу. Так в Страсбурге началась «танцевальная эпидемия».

Была ли женщина больна хореей и почему люди подражали ей — доподлинно неизвестно.

## Таблетка или жизнь

Не все те болезни, что сопровождаются избыточными движениями в состоянии покоя принято считать болезнью Паркинсона или хореей Гентингтона. Среди обилия возможных причин дрожания находятся и относительно доброкачественные состояния. Они не влияют на продолжительность жизни, но порой нарушают её качество.

\*\*\*

С особой теплотой вспоминал своего первого пациента мой товарищ по ординатуре. Лечить ему тогда пришлось мужчину семидесяти лет. Одетый по-летнему: в футболку, спортивные штаны и резиновые тапочки, он ожидал в палате осмотра.

Беспокоило его главным образом дрожание кистей обеих рук при выполнении бытовых действий.

По ряду признаков болезнь Паркинсона была сразу исключена. Не было скудности движений, напряжения в руках и ногах, лицо, в отличие от амимичной физиономии при болезни Паркинсона, выражало буйство красок. Пациент шутил и улыбался, иногда смущался. Одним словом, перед нами сидел мужчина, соответствующий своему возрасту, но с жалобой на симметричное дрожание кистей в покое. И оно, в отличие от болезни Паркинсона, не исчезало при вытягивании рук перед собой.

Мы поставили диагноз «эссенциальный тремор<sup>1</sup>» и назначили лечение кардиологическом препаратом. Помимо влияния на пульс, препарат влиял на механизмы дрожания.

<sup>1</sup> \* Доброкачественное, медленно прогрессирующее дрожание (чаще рук, реже — головы).

Откликался на таблетки пациент отлично. Дрожание в руках исчезало не по дням, а по часам. Но в неожиданное благополучие вмешались побочные эффекты. При допустимой границе пульса у взрослого человека минимум 60 ударов в минуту, пульс у пациента опускался до 57.

Решение отправить мужчину к кардиологу напрашивалось само собой. Специалисту по сердечным делам предлагалось заменить текущий препарат на другой из этой же группы или скорректировать дозировку, чтобы текущая не понижала пульс.

Не прошло и часа, как пациент вернулся с консультации кардиолога. Врач писал, что текущий препарат следует отменить, а заменять на другой из этой же группы смысла нет. Имеет смысл назначение какого-нибудь препарата из исконно неврологического арсенала. Какого именно — решение за лечащим врачом.

Явно не такой консультации ожидал наш коллектив. Туманное заключение кардиолога подкреплялось печальным выражением лица пациента. Реплику насчёт решения доктора он начал с бранного слова, что было не свойственно его внешней доброжелательности. Едко, но метко разбавленный крепким словом монолог завершился фразой:

— Пускай умру от пульса, но пить препарат не перестану!

## **Нейрохирург выполняет инъекцию в шею**

Некоторым пациентам на пути к выздоровлению упорству и отваги было не занимать, даже если единственно эффективный путь лечения заключался в инъекциях препарата в самые нежные и опасные участки тела.

\*\*\*

Тучную женщину 55 лет беспокоило дрожание головы в покое. Со стороны казалось, будто она разговаривает с невидимым собеседником и с помощью движений шеи высказывает категорическое несогласие с ним.

Вторая проблема заключалась в быстрых поворотах головы влево и назад, которые усиливались скорее при эмоциональном напряжении, чем в состоянии покоя. Обе проблемы приводили к значимой социальной дезадаптации и психологическим комплексам.

Первые проявления болезни начались в пятнадцатилетнем возрасте. Врачи высказывали мнение о кривошее, мнение подкреплялось результатами компьютерной томографии шейного отдела позвоночника. В результате долгого течения болезни одна группа мышц шеи ослабла, другая, напротив, окрепла. Мышцы «накачали» сами себя, подобно тому, как культуристы проделывают это со своим телом с помощью упорных тренировок и диет.

Заметный эффект при напряжённых мышцах приносят инъекции ботулотоксина. В необработанном виде компонент препарата представляет серьёзную опасность для жизни, потому что вызывает ботулизм. Но учёные научились извлекать из его очищенной фракции пользу. Введённый внутримышечно препарат расслабляет напряжённую мускулатуру на срок до полугода. Манипуляция требует от врача практической подготовки и хо-

лодного рассудка. Всё, что требуется от пациента — не поддаваться панике до и во время опасного вмешательства.

Пациентка боялась манипуляции, это было заметно по усиливающимся запрокидываниям головы назад и поворотам шеи влево. Помощь ей в тот день в условиях процедурного кабинета оказывал нейрохирург. Совершив нужную подготовку, он ловким нажатием пальца отправил прозрачный раствор в мышцы шеи.

Основная опасность заключалась в близости мышц к важным артериям. Но нейрохирург поднаторел годами практики, поэтому манипуляция прошла без происшествий. После выписки из отделения пациентка пошла на поправку, очередной курс ботулинотерапии понадобится ей через 3—6 месяцев.

\*\*\*

С нейрохирургом, выполнявшим опасные вмешательства, я в скором времени завёл знакомство, насколько это позволяли правила общения со старшими.

Что бы ни случилось, он всегда пребывал в позитивном настрое, шутил по поводу и без. Если бы мне задали вопрос: «покажите самого весёлого сотрудника клиники», я бы без раздумий отвёл спрашивающего к нейрохирургу.

После окончания рабочего дня мы собирались в пустой ординаторской и проводили время за настольной игрой. На шатающуюся палочку на подставке нанизывались три блюдца с минимальным расстоянием по высоте между ними. На них осторожным движением руки требовалось уместить миниатюрные стаканчики, чтобы конструкция не завалилась.

В перерывах между партиями нейрохирург рисовал в тетради бутылку и заключал в неё петуха.

«Ну-ка, скажи, как петуху выбраться из бутылки?» — спрашивал он.

Логичный ответ «разбить бутылку» не подходил. Точным решением нейрохирург делиться не спешил, а только лишь улыбался. Поговаривали, у весьма странной загадки была философская разгадка.

Нейрохирург был на шаг впереди не только в интеллектуальной задаче, но и в настольной игре с блюдами — сказывался опыт вмешательств на головном мозге, требующих мелкой моторики.

Подобный опыт был необходим ещё и в лечении пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата. Как и в случае с инъекциями в область шеи, доктор привлекался для выполнения тонких манипуляций в области позвоночника.

## Мышечная слабость

Главным элементом нервной системы является нейрон. Подобно дереву, он пускает корни в различных направлениях. Электрические корни переплетаются между собой и обеспечивают слаженную работу нервной системы.

Внутренние или внешние факторы могут нарушить баланс, что приведёт к повреждению тела нервной клетки. Механизм повреждения можно представить на примере двух шоколадных палочек из известной рекламы по телевизору.

Поверхность каждого печенья покрыта нугой. Неврологи назвали бы верхний слой миелиновой оболочкой, стоматологи — эмалью зуба.

Внутри каждой палочки помещено песочное печенье, оно залегает глубоко, под нугой. Глубинный слой неврологи назвали бы аксоном, стоматологи — пульпой.

Оболочка нерва поражается подобно кариесу. Сначала плавно поглощается поверхностная миелиновая оболочка, а затем и глубокая, аксональная. Чем дальше углубится процесс, тем дольше времени потребуется на восстановление проводимости импульсов. Восстановление поражённого нерва при благоприятных условиях идёт со скоростью 1 мм в сутки. Для того, чтобы с точностью определить, насколько повреждена оболочка нерва, неврологи могут назначить инструментальное исследование.

Нарушение целостности оболочки нерва приводит к тому, что человек не ощущает прикосновений острым предметом к коже, с закрытыми глазами не осознаёт в какую сторону врач двигает его палец. Рефлексы снижаются, отдельные участки туловища худеют, например,

рука или нога. Такие находки относят к нервно-мышечным заболеваниям.



## Проклятие целебного источника

В комфортабельную палату поместили семейную пару преклонных лет.

Семидесятипятилетнего мужчину беспокоили жалобы, в причинах которых ещё предстояло разобраться. Женщина семидесяти лет пребывала в палате из родственных соображений: на случай, если супругу понадобится помощь. И чтобы зря не терять время, хотела чем-нибудь «прокапаться» для профилактики.

Случай мужчины был запутаннее некуда. Всё началось с того, что он поехал в областной санаторий, чтобы оздоровиться.

С его слов, на территории санатория располагался природный родник, к которому постояльцы стремились причаститься, подобно паломникам. Окунув в него однажды ноги, мужчина вместо прилива жизненной энергии, спустя время, заработал болезнь. Другой причины, как не эту, пациент категорически не видел, в сердцах называя целебный источник «злополучным».

При обращении в отделение пациент жаловался на общую слабость, слабость в ногах, боли в икроножных мышцах и судорожные сокращения, чувство покалывания «иголочек» в кистях рук, невозможность совершать мелкие манипуляции по причине слабости. Кроме того, он похудел на 15 кг за 3 месяца, а передвигаться вынужден был с помощью ходунков.

В свободное от лечения время мужчина занимал себя, чем только мог. Часто пациента можно было видеть сидящим на диване в коридоре или неспешно идущим вслед за ходунками. Таким образом он разминался или ходил курить в общий туалет, что случалось чаще первого события.

Однажды у врача зазвонил телефон. Медсестра говорила: «Ваш пациент упал в туалете, сам встать не может, ваши ординаторы могут прийти?».

Ординаторам часто приходилось брать работу санитарок на себя, об этом честно предупреждал заведующий отделением в первый день: «... *санитарок не хватает, что ж поделать*». С большим нежеланием, вместе с товарищем, мы всё-таки пошли мужчине на подмогу.

События внутри туалета описывать было бы некультурно. Как и описывать коробочку пациента для хранения таблеток на прикроватной тумбочке с подозрительными вкраплениями цвета физиологических отпавлений.

Через пару дней после происшествия, я остался на дежурстве наедине с пациентами, дежурной медсестрой и санитаркой. Совершив обход палат и справившись о самочувствии каждого больного, я сел на диван возле ординаторской. Зайти внутрь не позволяла влажная уборка помещения. Спустя пять минут компанию мне составил пациент с неведомой болезнью.

В тот вечер он сидел рядом на диване и, облокотившись на ходунки, рассказывал истории из молодости. Работал на производственном комбинате, занимал высокую должность, крутил знакомства с творческими людьми. По роду деятельности имел тесный контакт с химическими соединениями, которые выделяются при печати газет или книг. Казалось, корни болезни тянулись к профессии мужчины, но лечащий врач так не думал.

Через четыре дня у пациента развился инсульт. Дежурный доктор в ту ночь выполнил что было в его силах и оповестил руководство. Пациента перевели в палату интенсивной терапии на первом этаже. Там предполагался контроль за важными показателями здоровья.

О ночном инсульте я узнал на следующее утро, когда в выходной день пришёл в клинику встретиться с другом. Вместо слов приветствия он сказал:

— Денис, с выпиской твоего пациента в понедельник придётся повременить, сейчас он в инсультной палате. Инсульт был по типу транзиторной ишемической атаки, но в превентивных<sup>1</sup> целях его оставили в палате под наблюдение.

Следом за мной в отделение пришли заведующий и мой наставник.

Как выяснилось позже, дежурный терапевт ночью настаивал на выполнении тропонинового теста<sup>2\*</sup>. Но столь важного теста на территории клиники не нашлось. Поэтому тестирование отложили до утра. Оттого назвать мой утренний приход в отделение удачным, язык не поворачивался.

Идти за тропониновым тестом в аптеку заставили меня с другом за компанию. По пути предстояло посетить ещё медтехнику, чтобы купить компрессионные чулки<sup>3</sup> для пациента. Почему всё поручили нам, посторонним людям, а не супруге в палате — не ясно. Единственное объяснение — мы были молоды и передвигались быстрее.

Тест показал отрицательный результат, чулки и вовсе не понадобились. Убедившись, что здоровью пациента ничего не угрожает, врачи перевели его обратно в палату неврологии на втором этаже.

<sup>1</sup> \* Профилактических

<sup>2</sup> \*\* Тропониновый тест используется для диагностики инфаркта миокарда. Поскольку у пациента нарушилось кровообращение головного мозга, нужно было оценить работу сердца. На устройство наносят каплю крови и выжидают 10 минут. Если на индикаторе появилась одна полоска — инфаркта миокарда нет, две — есть.

<sup>3</sup> \* Стимулируют кровоток в венах и улучшают отток от тканей.

Что касалось разгадки жалоб на слабость в ногах, судорог в них, покалывания иголочек в кистях рук, резкую потерю веса — всё было не так однозначно.

Доктор рассматривала несколько диагнозов и они, конечно, никак не были связаны с погружением ног в целебный источник.

Первым делом искали у пациента злокачественные новообразования — не нашли. Исключали боковой амиотрофический склероз — исключили. В итоге без уверенности заключили, что нервные волокна атаковала собственная иммунная система. Немедленно был дан старт гормональной терапии. Предстояло три месяца лечения по чётко расписанной схеме.

«Доктор, я упаду перед вами на колени, если вы меня вылечите», — говорил пациент с глубочайшей надеждой в голосе и в равной степени с одолевшим отчаянием от происходящего.

## Лесоруб из аула

Нервно-мышечные болезни нередко имеют генетическую природу, даже если пациент отрицает подобные случаи в семье.

\*\*\*

В отделение поступил высокий, плечистый мужчина сорока лет. По профессии — лесоруб, оттого в глаза сразу бросались выступающие наружу крупные узлы синих жил на руках. На поросшем многодневной щетиной лице выделялся розовый овал влажных губ. Вытянуты они были в трубочку и явно отличались от обычных странной формой. В учебниках по нервным болезням их называют «губами тапира<sup>1</sup>».

В клинику при университете мужчину привели жалобы на слабость ног. Если бы я сказал, что ходил он уверенно, а особенно хорошо взбирался по лестнице, я бы солгал.

Внешне в глаза бросалась избыточная выгнутость суставов нижних конечностей. Оттого со стороны ноги походили на анатомию лап фламинго, только тощими не были. Походка же напоминала утиную: при ходьбе мужчина валяжно покачивал тазом из стороны в сторону. Несмотря на сорокалетний возраст, передвигался пациент с помощью палочки.

Лечащий врач искал причину жалоб среди миопатий — группы заболеваний, которые связаны с мышечной слабостью. Для подтверждения диагноза, пациенту в отделении выполнялись анализы и обследования. Одно обследование выполнить не удалось, потому что на тер-

<sup>1</sup> \* Тапир — травоядное животное с хоботом

ритории клиники отсутствовало оборудование с требуемыми параметрами. Диагностика была настолько важной, что меня вместе с пациентом отправили в другую больницу. Туда мы поехали на такси за его счёт.

По приезде на место, пациента ожидала неприятная манипуляция. Под оголённые участки рук и ног врач вонзал электроды в форме иглол примерно на один сантиметр вглубь. Через электроды посредством датчиков подавался электрический импульс небольшой частоты. В ответ на него руки и ноги пациента вздрагивали. Исследование длилось не меньше часа. Когда оно закончилось, мы забрали заключение и вышли на улицу. В ожидании такси на холодном ветру, помимо устных благодарностей, пациент выразил через рукопожатие и материальные.

В конечном счёте, на основании жалоб и обследований, особенно последних, врач поставила пациенту миопатию Ландузи-Дежерина. С генетической болезнью, от которой нет лечения, и которая не влияет на продолжительность жизни, пациент уехал обратно в родной аул рубить деревья.

## Ноги как бутылки

Второй случай генетической болезни, связанной с изменением в мышцах, произошёл уже у паренька.

\*\*\*

За помощью обратился Иван — смуглый парень двадцати лет. Его худоба контрастировала с высоким ростом.

Кучерявые волосы на голове были чернее ночи. Бакенбарды соединялись тонкой линией с усами под узким носом. Чёрная рубашка, синие джинсы, туфли в дырочку с острыми носами составляли элемент гардероба. Средний палец левой руки украшал перстень, с шеи поверх рубашки свисали звенья золотой цепочки.

Парень сидел на койке и жаловался на трудности при ходьбе, боли в стопах. А стопы, с его слов, выглядели, мягко говоря, необычно.

— Да. У меня это уже давно. Просто не было времени обратиться, дела... — отвечал он доктору, который был удивлён наличию большого числа дел в столь молодом возрасте.

Мы перешли от слов к делу. Начали осматривать пациента с макушки до пят. Особый интерес представляли ноги. В ход пошёл неврологический молоточек.

Доктор выявила снижение коленных рефлексов и рефлексов с задней части стопы.

— Разувайся потихоньку, посмотрим на твои стопы. Носки тоже снимай, — сказала невролог.

Лёгким движением носка одной туфли Иван надавил на задник другой. То же самое проделал и с оставшимся туфелем. Носки не поленился снять руками.

— Вот видите, правда ноги у меня необычные?! — восклицал паренёк.

Мы слегка наклонились, чтобы лучше видеть стопы. Высокий свод делал их визуально маленькими в длину. Голень на обеих ногах выглядела исхудавшей. По внешнему виду стопы и голени напоминали бутылку, которую взяли за объёмное дно и перевернули вниз узким горлышком.

— Ноги у тебя и правда необычные, — перефразировал вопрос пациента доктор в утвердительной форме.

— Ну вот, а я что говорил! Обманывать не стану, — с возбуждением отвечал Иван. Золотая коронка на переднем зубе сверкала в полную силу.

— У кого-нибудь в твоей семье есть ноги такой формы?

— Род у меня большой, но ни у кого не видел.

— Хорошо. Теперь пройдишь до двери и обратно.

Со стороны походка Ивана напоминала марш уставшего солдата. Поднятая высоко и согнутая в колене нога касалась пола со шлепком. Второй ногой в начале ходьбы парень делал зачерпывающее движение, которое оканчивалось так же, со шлепком.

Просьбу постоять на пятках Иван выполнял с выраженным шатанием. В такие моменты он инстинктивно искал руками точку опоры, чтобы не упасть.

Жалобы пациента, полый вид стоп и обследования подтвердили генетическое страдание. Ранние проявления нервно-мышечной болезни захватывали у парня только ноги, но со временем сделают то же самое и с руками. На продолжительность жизни не повлияют, но дискомфорт создадут.

## Чудо-лекарство

Не все болезни нервной системы имеют генетическую предрасположенность и сокращают продолжительность жизни.

Часто встречаемой хворью среди взрослого населения являются заболевания позвоночника. Народ называет их радикулитами, а врачи широкой практики — остеохондрозами, хотя некоторые доктора категорически запрещают не то что писать, а даже произносить такое слово.

Примерно с трёхлетнего возраста кровеносные сосуды плавно перестают подпитывать ткани позвоночника. Обеднение кровотока приводит к снижению метаболизма. Как следствие — межпозвоночные диски ссыхаются, теряют эластичность и уменьшаются в просвете. В них формируются трещины, разрывы, отслоения. Ближайший пример для представления — твёрдое мыло плохого качества, которым с неделю мыли руки, а потом бросили за ненадобностью в шкаф, где оно через месяц бездействия покрылось трещинами из-за выхода влаги.

\*\*\*

Мы зашли в палату к двадцатитрёхлетней девушке.

В момент визита она занималась двумя вещами одновременно: одной рукой заправляла постель, а второй держалась за поясницу.

— Добрый день, меня зовут Армине, — представилась девушка с поволокой во взгляде в ответ на приветствие врача. Она перестала заправлять постель и медленно присела на койку, по-прежнему держась за поясницу.

— Что вас тревожит?

— Ну у меня болит поясница, а оттуда идёт какой-то прострел в ногу. Ещё она иногда немеет, — с нежностью в голосе отвечала она.

От доктора следовали уточняющие вопросы: в какую ногу идёт прострел? По какой поверхности ноги? При каких обстоятельствах?

— Правая нога болит, боль в неё из поясницы идёт. И эта же нога немеет. Эта «ватность» сидит где-то сбоку и сзади одновременно, доходит примерно до колена. Когда лежу — ничего не болит. Наклонов стараюсь избегать — иначе боюсь представить, что со мной будет.

Связать неприятные ощущения в пояснице девушка ни с чем не могла: спортом не занималась, тяжести не поднимала, долго на месте без движения не сидела.

Несмотря на отсутствие нагрузок на позвоночник, врачи нашли у пациентки на МРТ грыжу диска размером полсантиметра.

Когда опрос закончился, врач приступила к неврологическому осмотру.

Коленный рефлекс с правой ноги был снижен. Именно сюда, по рассказам девушки, отдавала боль из поясницы. Здесь же, по сравнению с левой ногой, девушка слабее ощущала прикосновения иголки.

В финальной части осмотра девушку попросили принять горизонтальное положение на койке.

— Армине, ложитесь на спину. Я буду плавно поднимать вашу левую ногу, потом правую. Если будет больно — дайте знать.

Подобным «натяжением» невролог мог воспроизвести болевые ощущения в пояснице. В норме при поднятии ног их быть не должно.

В случае с Армине они возникали, едва мы только отрывали от поверхности койки её правую ногу. Глаза щурились, правая рука тянулась к пояснице и совершала растирающие движения.

Вопросов к девушке больше не имелось. Оставалось назначить лечение и пожелать удачно обосноваться на новом месте.

На четвёртый день лечения Армине сообщила об улучшении самочувствия.

Доктор улыбнулась и полезла в карман за молоточком, чтобы заново провести осмотр пациентки.

Не было теперь никакой разницы в рефлексах с ног, как и не было боли в пояснице при поднятии ноги. Произошедшее казалось мне чудом. По выходу из палаты я спросил наставника:

— Ольга Анатольевна, ну как так? Такое вообще бывает? — на моём лбу от недоумения образовались продольные складки.

— Ты о чём?

— Ну ещё вчера она хромала, когда ходила по коридору, корчилась от боли при выполнении тестов, а сейчас ей хоть бы хны!

— Значит лечение помогло, Денис, — сказала и без того очевидные вещи доктор. Но я по-прежнему отказывался понимать, как это сработало.

Вместе с Ольгой Анатольевной мы пошли в направлении других палат. Кто знает, может в них кто-то также радостно когда-нибудь воскликнет: «Доктор, мне стало лучше!».

\*\*\*

Случай Армине был показательным. Существенную помощь в разгадке причин боли оказала МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Расположение грыжи диска у пациентки идеально совпадало с типичными находками при осмотре молоточком. А увиденное с помощью молоточка совпадало с услышанным жалобами.

Несмотря на показательность случая, в отделении имелось множество примеров, когда найденная на МРТ грыжа не причиняла пациентам дискомфорта. Например, болела только поясница, а грыжу диска находили ещё и на шейном уровне.

«Работайте сначала молоточком, а уже потом смотрите плёнку. Да и то, делайте оба этих действия с умом. Не пишите в заключениях глупостей» — так учили нас врачи отделения.

Устоялись среди населения мифы о возможности «вправить» злосчастную грыжу позвоночника народными методами или лекарствами.

Один из пациентов с боковым амиотрофическим во время совместного похода в отделение диагностики спросил меня: «Денис Вячеславович, как вы относитесь к карипаину<sup>1</sup>? Слышал, от него грыжи исчезают на физиопроцедурах».

Мысль о чудесных возможностях препарата не давала мужчине покоя. Казалось, симптомы основного смертельного заболевания заботили его меньше.

<sup>1</sup> \* *Карипаин* — препарат с веществами животного и растительного происхождения для лечения и профилактики заболеваний позвоночника и суставов.

## **Лицевые боли**

Одно из самых малоприятных явлений в неврологии — лицевые боли. Боли монотонные, боли пульсирующие в такт ударам сердца или заставляющие пациента «лезть на стену».

Врачи отделения и сотрудники кафедры отдали лучшие годы жизни, чтобы внести свой вклад в проблематику подобных болезней. Сформировали особое направление работы и подходы к лечению категорий таких пациентов.

Отделение пользовалось заслуженным авторитетом, поэтому отбой докторам только снился.

## Лицо стреляет током

В коридоре отделения на ставшем уже привычном для осмотров диване состоялось знакомство с пациенткой пожилого возраста.

Не меньше трёх лет её мучили боли в нижней челюсти с правой стороны. Стоило только пациентке потрогать щёку или начать чистить зубы — как тут же возникала стреляющая боль. Нарушенный привычный уклад жизни женщина по фамилии Гнилорыбова описывала так:

«Никогда не испытывала на себе действие настоящего тока, но в такие моменты меня точно бьёт ток».

Лечилась женщина препаратами из разряда «против эпилепсии». Именно их доктора назначают при стреляющих болях. До поры до времени препараты помогали, но со временем «работать» перестали.

Во время разговора доктора с пациенткой произошло непредвиденное:

— Валентина Петровна, вы уже лечились у меня. Если не ошибаюсь, тогда наш нейрохирург выбирал на вашем лице точки и колот в них препарат от боли?

— Да, доктор, как ру...

Ответная речь оборвалась на полуслове. На лице пациентки застыла гримаса боли. Разговор с врачом спровоцировал типичный приступ. Подобных приступов на протяжении дня в среднем было 4—5, каждый занимал по времени не меньше пяти минут.

Немного оправившись от боли, Валентина Петровна потянулась ладонью к лицу, но тут же отвергла эту идею. Оптимальным решением было принять неизбежное — сидеть молча и не прикасаться к источнику боли. Ведь от этого боль только усиливалась.

В тот же день Валентина Петровна оказалась в процедурной. Она лежала на койке посередине комнаты с за-

прокинутой головой. За столиком напротив работал нейрохирург, который однажды уже лечил другую пациентку с помощью инъекций ботулотоксина в шею. Сейчас же, подобно алхимику он смешивал растворы: отламывал колпачок сначала одной ампулы, затем второй, третьей... Постепенно содержимое шприца окрасилось в красноватый цвет. Шприц заканчивался длинной иглой, которая, подобно леске, изгибалась при каждом движении.

Нейрохирург подошёл к волнующейся пациентке и щедро смочил участки лица спиртовым раствором. Излишки спирта стекали по шее женщины, а часть образовала на полу лужицу. Использованный ватный шарик для протирки лица нейрохирург отправил в ведро с отходами и взялся за шприц.

— Готовы? Сейчас будет самое интересное, — сказал врач и дотронулся до нижней челюсти Валентины Петровны.

— Не совсем доктор, но... Но отступать уже поздно — добавила она глухо, всё больше напрягаясь от прилившей к голове крови.

В ответ на фразу доктор разразился смехом. По своей натуре он любил смеяться по поводу и без.

— И то верно! Приступаем.

Раствор красного цвета предстояло отправить в угол нижней челюсти. Прикосновение пальцев доктора к этой точке по-прежнему вызывало боль, но Валентина Петровна стойко держалась до последнего. Нейрохирург, не отпуская пальцев, отошёл назад, прищурился, затем вновь подошёл ближе к пациентке. Удостоверившись, что место для инъекции выбрано правильно, он без промедлений отправил туда лекарство.

— Вот и всё, то-то вы намучились. Скажете своему лечащему врачу, что вам положена медаль за храбрость.

Пациентке было не до разговоров и уж тем более не до смеха. Потребовалась минута, прежде чем она осо-

знала, что только что случилось. Она выдохнула с облегчением и рассыпалась в словах благодарности. После чего спешно накинула на себя кофточку и удалилась из процедурной.

Через девять дней Валентину Петровну выписали с диагнозом «невралгия тройничного нерва» с улучшением. В выписке, помимо прочего, была расписана новая схема приёма прежнего препарата и аккуратно добавлен от руки номер телефона для обратной связи.

Пациентка не постеснялась позвонить доктору на телефон через месяц, чтобы сказать: «Низкий вам поклон! Вам и нейрохирургу. У меня всё хорошо. Дай вам Бог здоровья!».

\*\*\*

Как было ясно из телефонного разговора с Валентиной Петровной, боль отступила и потребности в лекарствах пока не возникало. Но пациентка добросовестно, без пререканий принимала препараты в непростое время. И не задавала врачам вопросов: «Почему меня нужно пичкать таблетками от эпилепсии? У меня же обычная боль, а не эпилепсия!».

К сожалению, отдельные пациенты воспринимали в штыки назначение противоэпилептических препаратов и антидепрессантов при хронической боли. Даже если врач объяснял доступным языком цель их назначения. А между тем, они являются препаратами выбора — если не сразу, то через некоторое время, когда обычные обезболивающие не помогают.

Заметно нервничали пациенты, когда врач предлагал с помощью тестов исключить тревожное состояние и депрессию: «Зачем это? Я не для того здесь лежу, вылечите меня от боли!».

Учёные считают, что хронический болевой синдром и депрессия тесно связаны. То же самое можно сказать и про тревогу.

В практике встречались случаи, когда боли, в истинном её понимании, не было. Люди внушали себе и докторам, что у них что-то болит, но на самом деле подсознание надумывало болезни. Такое встречается при психосоматических заболеваниях или истерических расстройствах.

## Истерические расстройства

У пациентов под видом серьёзных на первый взгляд болезней в действительности могут скрываться конверсионные расстройства. Истерические состояния — в простонародье.

Исследованием этого явления в середине XIX века активно занимался выдающийся невролог Жан Мартен Шарко — один из основателей учения о нервных болезнях и психотерапии. Именно ему принадлежит цитата: «Истерия — это обезьяна всех болезней».

Активная деятельность Ж. М. Шарко в этом направлении нашла отражение в полотне французского художника Пьера-Андре Бруйе под названием «Лекция в клинике Сальпетриер». На картине в центре аудитории изображён профессор, который демонстрирует слушателям больную истерией.

Истерическому расстройству чаще подвержены женщины. У таких людей остро или плавно может возникнуть внезапная слабость в ногах, ноги могут подкашиваться при ходьбе, не слушаться. В результате чего пациент не в состоянии передвигаться и вынужден лежать на койке. Но при исследовании неврологом мышечной силы в ногах обнаруживается полная её сохранность. А ходить человек по-прежнему отказывается, ссылаясь на страх упасть из-за внезапной слабости. Помимо осмотра невролога, к пациентам привлекаются на консультацию другие специалисты, выполняются обследования — везде оказывается всё хорошо.

Давно известны признаки истерического состояния: больной ощущает ком в горле, частый пульс, а в порыве приступа может выгнуть туловище дугой, будто выполняет гимнастическое упражнение «мостик». В обычной

жизни походка становится «перекрёстной», как у модели на подиуме.

Не раз встречался в практике симптом — двоение в глазах при плавном слежении за неврологическим молоточком.

Врачи учили: «Двоение допускается, когда за молоточком следят оба глаза, но, если вы просите пациента закрыть один глаз и двоение останется, задумайтесь: а не истерик ли сидит перед вами?».<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Но на момент завершения редактирования этой книги в 2024 году, в одной из книг я прочитал, что даже если один из глаз при закрытии второго продолжает «двоиться», то это не всегда служит поводом подумать об истерии.

## Театр одного актёра

Нам доводилось заниматься лечением молодой девушки с жалобами на периодические потери сознания. Каждый приступ сопровождался подёргиваниями рук и ног при закрытых глазах. Направительным диагнозом значилась эпилепсия.

Рядом с пациенткой сидела мама, которая была частым свидетелем конвульсий, её-то мы и опросили.

Со слов, дочь плавно опускалась на землю в присутствии родственников и хаотично совершала манипуляции туловищем, вытягивалась в дугу, махала руками и ногами. Язык и щёки не прикусывала. После возвращения в себя о произошедшем помнила смутно.

В рассказе мамы смущало то, что в отличие от эпилепсии, где пациенты падают наземь, не задумываясь о возможных травмах, действия пациентки казались подготовленным актом.

Врач продолжал узнавать подноготную. Оказалось, что муж не позволял ей работать, а поручил вести домашнее хозяйство и присматривать за своими пожилыми родителями. Последние, в силу возраста, требовали особого ухода. Поэтому молодая семья жила с родителями под одной крышей, что часто практикуется в традициях и национальных обычаях пациентки.

Скорее всего, этот факт послужил причиной обмороков и способом уйти от ответственности. Девушка неосознанно действовала по схеме: упасть, привлечь внимание, желательно при минимальных травмах, и получить сострадание, выгоду.

Иначе подумать было нельзя, потому что неврологический осмотр не выявил отклонений, а трёхчасовое обследование под датчиками не намекало на эпилепсию. Опираясь на это и на нестандартные приступы, пригла-

шённый в отделение психиатр подтвердил истерическое расстройство.

Пациентка выписалась на третий день и поехала к себе обратно в селение. Осознать, что её болезнь — ничто иное, как актёрская игра, она не могла или не хотела.

\*\*\*

Между собой доктора называли пациентку в её присутствии аббревиатурой *НУ (аш-игрек)*, от *hyster-*, что в переводе с латинского означает «матка». Старое название истерии — «бешенство матки».

Помимо этого термина, в отделении неврологами для общения между собой при пациентах использовался ряд других.

Под словом *HABITUS* имелось в виду лицо пациента: «*мне не нравится хабитус*».

Чтобы указать на видимые пристрастия пациента к алкоголю, один из сотрудников выражался «*хабитус дэп-токс*» (лицо как у алкоголика).

*У. О.* означало умственную отсталость.

*sch (эс-цэ-ха)*, от *schizophrenia* — шизофрения.

Узнай пациент значение всех этих слов, врачу было бы точно несдобровать!

## **Чувствительные нарушения**

Чувствительные нарушения у людей молодого возраста — довольно редкое явление. Самые безобидные жалобы сводились к тому, что человек просыпался ночью или под утро с ощущением, будто отлежал руку.

Но систематическое онемение туловища в молодом возрасте — повод насторожиться в отношении серьёзных болезней, например, демиелинизирующих.

Демиелинизирующие заболевания — группа болезней, при которых повреждается оболочка нервной клетки. В результате этого нерв теряет питание подобно выключенному из розетки телефона и перестаёт адекватно получать и проводить импульсы. Как следствие — нарушаются несколько сфер: двигательная, чувствительная, процессы памяти, внимания, контроль за тазовыми функциями.

Среди причин болезней: инфекционные, генетические факторы, дефицит витаминов. По непонятным причинам оболочка нервной клетки может подвергаться атаке и со стороны собственной иммунной системы.

Пациенты с такими болезнями чаще других занимали койки стационара. Как правило, это были молодые люди.

## Неслучайная встреча

Мой самый первый пациент времён студенческих лет перестал быть единственным в практике пациентом с рассеянным склерозом. Добавлялись новые и новые случаи серьёзной болезни.

\*\*\*

Во время обеденного перерыва, не снимая халата, я дошёл до уличного киоска, чтобы подкрепиться. Далеко от магазина после покупки отходить не стал, принялся за трапезу на свежем воздухе. Через пять минут ко мне подошёл мужчина средних лет со словами:

— Я извиняюсь, а где тут у вас неврологическое отделение?

«Вот так совпадение, я же там обучаюсь!» — подумал я, прежде чем указать рукой нужное направление.

С тем и разошлись. Каждый пошёл в отделение разными тропами: я своей, мужчина своей.

В самом разгаре был полдень. Жизнь в отделении кипела как в пчелином улье: готовились к выписке старые пациенты, корректировалось лечение, в палаты приходили смежные специалисты для консультаций. Работы более чем хватало. Заполнение истории болезни нарушил телефонный звонок у врача в кармане. Медсестра сообщила, что к и без того авральной работе добавился новый пациент.

Через пять минут наша команда пошла на дежурный пост, чтобы забрать историю болезни, и зайти в палату к вновь прибывшему.

Четырёхместная палата выглядела опустевшей. У койки одиноко стояла и расчёсывала волосы девушка. Услышав шаги, она не без доли испуга обернулась. Так состоялось знакомство.

Девушку звали Александра, двадцати двух лет, жаловалась на резкое снижение зрения правого глаза.

Из разговора стало ясно, что пять лет назад были аналогичные проблемы. Правый глаз стал хуже видеть, перед ним мелькала пелена, а внутри что-то болело и мешало смотреть по сторонам. За помощью к врачам девушка не обращалась — всё прошло само через неделю.

Спустя год появилось кратковременное онемение рук и ног. Значения находке Александра не придавала, связывала состояние с душевным перенапряжением.

Через три года повторилось снижение зрения на правый глаз. Тогда девушка обратилась к окулисту, тот сказал, что помимо астигматизма воспалился зрительный нерв. После осмотра доктор отправил Александру к неврологу, чтобы выполнить обследование. На МРТ головного мозга обнаружили находки, которые отражали суть жалоб.

С тех пор девушка наблюдалась с диагнозом «рассеянный склероз» у невролога родной поликлиники. Он же и отправил её с обострением болезни к нам в отделение. В отделение, куда так порывался попасть мужчина с улицы, который нечаянно нарушил мою трапезу. Он оказался отцом молодой девушки по имени Александра. Мы приветствовали друг друга во второй раз.

К сожалению, чаще всего рассеянный склероз считают уделом молодых. В случае Александры, дебют заболевания начался с ретробульбарного неврита — снижения остроты зрения и пеленой перед глазами. Жалобы регрессировали без лечения за неделю, но затем возникли вновь в сопровождении онемения участков рук и ног.

## Девушка-бунтарь и слепота

Похожий случай, но в составе другой болезни из категории демиелинизирующих, мы наблюдали у другой молодой девушки.

\*\*\*

Девушка по имени Вика в свои 25 лет обладала неординарной внешностью. Локон угольно-чёрных волос прикрывал левый глаз, над ним же была проколота бровь. Нос украшала серьга, а вдоль обеих рук виднелось обилие цветных татуировок, смысл которых не прослеживался.

Увлечения Вики соответствовали бунтарской внешности: дома она содержала террариум с пауками.

Полноценной жизни девушки мешали проблемы со зрением, слабость в ногах, шаткая походка.

Жалобы впервые возникли два года назад: сначала появилась временная слепота в глазах в течение недели. Спустя полгода добавились нарушения координации, слабость в ногах. С этими-то жалобами она попала к неврологу своей поликлиники. На основании осмотра и течения заболевания он предположил у девушки дебют рассеянного склероза. Находки на МРТ головного мозга не заставляли сомневаться в достоверности диагноза.

Но болезнь слишком быстро приняла другой оборот. Между периодами обострений с каждым разом оставался всё меньший промежуток времени. С каждым разом становилось только хуже. Вику положили в отделение, чтобы мы разобрались в причине.

Действительно, по всем признакам состояние походило на рассеянный склероз. Смущало только слишком быстрое течение болезни. А такое течение характерно для другого демиелинизирующего заболевания — опти-

комиелимита Девика. Учёные научились различать эти два похожих состояния с помощью выявления в сыворотке крови особых антител.

У девушки забрали кровь, и уже через неделю лаборатория выдала результаты. Они подтверждали болезнь Девика, которая в отличие от рассеянного склероза, протекает злокачественное. И это при учёте того, что обе болезни лечатся одинаково.

## Похороненная заживо

Порой демиелинизирующие заболевания приводили к неожиданным последствиям.

\*\*\*

Я вернулся в стационар после недельного отсутствия. От друзей до меня дошёл слух, что в одной из палат лежит необычная пациентка. Не стоит, не ходит, а просто лежит. Рядом с ней денно и нощно дежурит санитарка.

Судьба познакомила меня с загадочной пациенткой на общем врачебном обходе.

В палате на два человека в ночной сорочке лежала тучная женщина средних лет, на соседней койке дежурила санитарка. На приход врачей пациентка ответила невнятным бормотанием сквозь полужакрытые глаза.

Лечащий врач зачитала историю заболевания. Из неё стало ясно, что неделю назад женщина переболела простудным заболеванием с повышением температуры и кашлем. Через три дня ноги стали ватными, слабыми, потерялась способность к самообслуживанию. Ко всему прочему, кружилась голова и дрожали руки. Невролог по месту жительства осмотрел пациентку и предположил дебют рассеянного склероза в позднем возрасте. Так женщина оказалась в нашем отделении.

Закончив со вступительной частью, докладчик перешла к осмотру пациентки. Активного участия в осмотре пациентка не принимала: перекидывалась парой слов и молчала дальше. В ногах выявились нарушения чувствительности, снижение силы, оживлённые рефлексy, в том числе патологические. По ходу осмотра доктор сообщила коллегам, что все нужные анализы и обследования в работе. Выполнить МРТ пока не получалось из-за очереди.

До поры до времени лечение пациентки проходило без казусов. Жалобы сохранялись прежними, но женщина с каждым днём выглядела уставшей, её клонило в сон. Теперь в кровати она проводила большую часть времени. А потом и вовсе ушла в забытие: перестала узнавать родственников, лежала и бредила.

Это не на шутку напугало лечащего врача, и он в срочном порядке организовал пациентке МРТ. Находки в головном и спинном мозге соответствовали острому рассеянному энцефаломиелиту. Участки мозга заполонили крупные полости, которые накапливали введённое через вену контрастное вещество.

Лечащему врачу требовался контроль за очагами на МРТ. Нужно было понимать, как они ведут себя на фоне лечения. На повторное обследование каталку с тучной пациенткой не первой свежести везли мои друзья, я и санитарка.

До этого события мы пересеклись с ней в коридоре наедине. Во врачебной терминологии она понимала не больше, чем я в ядерной физике. Её интересовал ответ на вопрос:

— Доктор, дела совсем плохи? Она почти не открывает глаз. Она умирает?

— Похоже, всё идёт к тому, — сам не знаю почему пробормотал я в ответ.

В моём представлении казалось, что пациентка находится в коме. «Тогда почему она спокойно лежит в палате неврологии, а не в реанимации?» — хороший вопрос, над которым я не задумывался. Как потом оказалось, вместо угнетения сознания у пациентки были нарушены психические функции, поэтому она ко всему относилась безучастно.

К моему удивлению, сказанные санитарке наедине слова о смертельном исходе не нашли подтверждения.

Большие очаги на МРТ уменьшились в размере. А через пару дней, подобно птице Феникс, женщина «восстала из пепла», отпрянула от бездействия. Теперь в отделении уже не лежал на койке безучастно пациент, а весело ходил. Большие перемены наступили в жизни женщины.

## **Хронические нарушения мозгового кровообращения**

Нарушения мозгового кровообращения — нередкие заболевания среди лиц пожилого возраста. Вредные привычки, неправильное питание наравне с неконтролируемым артериальным давлением, холестерином, сахаром крови и нарушением свёртывающей системой крови могут негативно сказываться на здоровье человека.

Спустя время такие люди в худшем случае становятся пациентами на усиленном лечении в инсультном отделении, в лучшем — на приёме у невролога и терапевта после выписки оттуда. С остаточным дефицитом или без — не важно. Куда важнее теперь таким пациентам было не допустить появления нового тревожного звонка и заняться здоровьем.

В нашей клинике имелись палаты для оказания неотложной помощи больным с инсультами. Ведением таких пациентов ординаторы и их наставники не занимались. Для этого набрали другой персонал и назвали отделение сосудистым центром. Мы же чаще сталкивались с последствиями инсультов после выписки и хроническими нарушениями мозгового кровообращения, которые могли перейти в инсульт.

## Если б я был султан

На лечение в дневном стационаре оформился мужчина пятидесяти лет.

Смуглая кожа, курчавые тёмные волосы с залысинами на лбу и макушке, маленькие глаза и приплюснутый широкий нос делали его внешность несвойственной для наших краёв. Округлый живот, напротив, выдавал в нём человека «своего». При знакомстве с доктором мужчина представился как аль-Ахнаф.

Нельзя умолчать о том, что на диване в больничном коридоре по обе стороны от мужчины сидели две молодые девушки. Они-то и дело ловили на себе наши с врачом удивлённые взгляды. Со стороны казалось, что девушки случайно затесались в компанию мужчины, проходили мимо, устали и присели.

Достаточно быстро мужчина разобрался в ситуации:

— Не смортесть.. смотреть.. с удивлением, ммои это жёны, — сказал он.

Каждая буква в словах, пускай даже неправильно использованная, отдавала тёплым акцентом. Он придавал речи особую колоритность, доброту и доверие.

После разъяснения ситуации широкая улыбка застыла на смуглом лице мужчины. Ответная реакция не заставила себя ждать — мы улыбнулись в ответ.

В нашу страну аль-Ахнаф прибыл из бедной арабской республики на заработки. Да прибыл так надолго, что вскоре обзавёлся одной женой, затем второй. Мусульманские обычаи, которые он исповедовал, не запрещали многожёнство. Так и остался жить в нашей стране: с двумя жёнами и хорошей работой.

В отделении аль-Ахнаф лежал не в первый раз. Год назад на фоне высокого артериального давления его сразил инсульт. Развилась слабость в правых конечностях,

нарушилась речь. Оттого он, невзирая на акцент, разговаривал невнятно, с запинками.

Раньше мужчина не придавал значения рекомендациям кардиолога: препараты от давления и холестерина принимал «по настроению». Сейчас же перенесённый инсульт заставил его переосмыслить отношение к жизни.

Каждые полгода он исправно посещал наше отделение. Проходил профилактическое лечение, сдавал анализы. Поблажек в отношении таблеток больше не делал. Пил их как полагается — ежедневно, даже если давление было нормальным.

Инсульт затронул левое полушарие головного мозга аль-Ахнафа год назад. Острое состояние отступило, а последствия остались.

«Телеграфный» стиль речи по-прежнему сохранялся, хотя уже не так выражено. Некоторые буквы заменялись другими. Требовалось не более пяти секунд, прежде чем он переберёт буквы и выставит их в слове в правильном порядке:

«Ра... ра-ад втр... встрче... встрече»

Походка аль-Ахнафа наглядно отражала цитату из учебника нервных болезней: «Нога косит, рука просит». Правая нога мужчины, подобно циркулю, очерчивала полукруг, прежде чем коснуться земли, правая рука оставалась прижатой к груди.

При касании иголки к коже мужчина резко одёргивал от врача правую ногу со словами: «Ббб... обб.. ббольно же!». Малейшее прикосновение воспринималось как пытка. Подобные неприятные моменты происходили с мужчиной и дома — стоило только ему укрыться одеялом или надеть штаны.

К моменту выписки удалось приглушить только чувствительные нарушения. Впереди предстоял долгий путь реабилитации с инструктором по лечебной физкультуре и дефектологом.

В день выписки из отделения аль-Ахнаф принёс в знак благодарности восточную сладость — пахлаву. Протягивая по очереди подносы с угощением левой рукой, он говорил:

— Я скоро венрусь к в... ваам ещё.

Лицо вновь расплывалось в улыбке, как у Буратино в одноимённом советском фильме.

## **Головной мозг, который разлюбил левую сторону**

Порой остаточные явления инсульта были представлены необычными находками. Уловить и понять их суть мог только врач. И то, далеко не сразу.

\*\*\*

На реабилитацию в отделение поступил мужчина шестидесяти лет. Три месяца назад он перенёс инсульт. В выписке из прошлой больницы указывались жалобы на то, что левая нога и рука немели и ослабевали. Левая половина лица перекосилась же, будто он попробовал на вкус свежий лимон, а мышцы, не успев отпрянуть от кислого послевкусия, так и остались в наморщенном состоянии.

Остаточные явления после инсульта мы наблюдали в полной мере. Хотя сам пациент утверждал, что по сравнению с тем, что было до этого, он чувствует прогресс. Пускай не такой быстрый, как хотелось бы.

Доктор собрала жалобы, узнала, как случился инсульт и перешла к неврологическому осмотру. Увиденное с помощью молоточка совпадало с зоной мозга, которую затронул инсульт.

Неврологический осмотр длился не более десяти минут. Как оказалось, этого времени не хватило, чтобы все последствия инсульта стали явными.

Возможность открыть последнюю завесу тайны предоставил сам пациент. После беседы он вышел в коридор по неизвестным делам.

— Ну-ка, Денис, смотри. По-моему, мы кое-что упустили из виду. Смотри как он ходит, — сказала доктор.

Я всмотрелся в далеко отошедший профиль мужчи-

ны. Как и у пациента из прошлой истории, у нынешнего при ходьбе левая нога «косила», а левая рука «просила». Но далеко не это притягивало взгляд.

Пациент шёл не по прямой траектории, а с уклоном вправо. Шёл медленно, прокладывал путь на ощупь подобно тому, как это делает слепой человек с тростью. Несмотря на осторожность, мужчина всё же случайно зацепил ногой диван.

Через некоторое время доктор добавила:

— Денис, видел? Он избегает левую сторону. Скорее всего у него гомонимная гемианопсия<sup>1</sup>. Как вернётся в палату проведи пробу с полотенцем. Я потом перепроверю.

Вскоре пациент вернулся. Вместе мы прошли в палату. Там я одолжил пока ещё не надетую на подушку свежую наволочку, скрутил и вытянул её в длину, как заготовку для теста.

Наконец-то выпала возможность провести «пробу с полотенцем», которой пестрят все учебники по неврологии.

— Антон Степанович, перед вами наволочка. Разделите её рукой на равные части. Только смотрите прямо перед собой, за наволочкой не подглядывайте.

Предположения врача о наличии у пациента гемианопсии подтвердились. Ребро его ладони упало далеко от середины импровизированного полотенца, ближе к правому краю.

В результате инсульта пострадал зрительный путь внутри головного мозга. Сбилась правильная «калибровка», оттого пациент неосознанно избегал левой стороны.

<sup>1</sup> \* *Гомонимная гемианопсия* — выпадение одной половины зрения, которая связана с неправильной обработкой информации в головном мозге.

## ТИХОЙ ПОСТУПЬЮ К МЕЧТЕ

Придут ли когда-нибудь в норму зрительные функции — этого я не знал.

## Улыбка без причины

С периодичностью два раза в неделю в отделении проходил врачебный обход пациентов. Помимо косвенного участия в нём пациентов, активное участие брали заведующий отделением, лечащие врачи и ординаторы. Требовалось пройти по всем палатам и уделить внимание каждому больному.

В такие моменты было не продохнуть. Люди в белых халатах заполняли не только палаты, но и прилегающие коридоры. Порой понять, что происходило у койки можно было только по обрывкам фраз изнутри палат.

Палата пациента — единственное место наравне с ординаторской, где упрощалось понятие врачебной тайны. Помимо медицинского сообщества палату с пациентом, диагноз которого оглашался при всех, делили и его соседи. А иногда и здоровые родственники больных.

Их присутствие на врачебном обходе было случайным и нет. В одних случаях они не вовремя приходили в гости с продуктами. В других — круглосуточно ухаживали за больными родственниками.

\*\*\*

Во время обхода с заведующим и докторами отделения мы зашли в двухместную палату.

На койке с носовым платком в руках и улыбкой на лице сидел молодой человек, рядом — женщина постарше. Большая часть её руки обхватывала верхнюю часть спины парня, а кисть заботливо лежала на плече.

— Здравствуйте, вот мы пришли и вас навестить с делегацией, — сказал лечащий врач.

Ответное приветствие последовало только от женщины.

Следом за врачом в палату зашли остальные доктора и заведующий отделением. Не дожидаясь ответа на слова приветствия, заведующий повернулся к докладчику:

— Начинайте, Ольга Анатольевна.

— Петренко Алексей Павлович, 27 лет. На повторной госпитализации в сопровождении матери. С её слов, жизнь сыну затрудняет слабость преимущественно в правых конечностях, сложности при ходьбе, нарушение речи, скованность в теле, обильное слюнотечение.

С каждой новой жалобой заведующий подходил на шаг ближе к койке с пациентом через толпу ординаторов, которые любезно теснились. Такие проблемы как у пациента, в молодом возрасте были не то что редкостью, а нонсенсом.

— Мама добавляла, что развитию текущих жалоб три года назад предшествовала внезапная асимметрия правой носогубной складки и умеренная слабость в левых конечностях. Обращение к неврологу по месту жительства и терапия в домашних условиях в течение месяца дали положительные результаты. С запозданием в полтора месяца была выполнена МРТ головного мозга. Она указывала на сосудистую мальформацию<sup>1</sup> в стволе головного мозга и, в то же время, не исключала опухоль. Через 2 недели исследование повторили с контрастным усилением<sup>2\*</sup> — опухоль не подтвердилась. Где-то через полгода от последних событий родители нашли сына дома без сознания. Вызвали скорую помощь, доставили в больницу. Сделали КТ головного мозга: следов прошлой находки с прошлого МРТ не обнаружили, но выявили инсульт.

<sup>1</sup> \* *Сосудистая мальформация* — врождённая аномалия или нарушение в строении кровеносного сосуда.

<sup>2</sup> \*\* Накопление контрастного вещества могло указывать на злокачественную природу образования.

Лечащий врач ещё долго зачитывала доклад. Из него можно было понять, что молодой человек — частый гость неврологического отделения по месту жительства. А инсульты — частая проблема, с которой он столкнулся в 27 лет. Один инсульт, когда перекосило лицо и ослабли рука и нога, доктора проглядели, а второй выявили на КТ после потери сознания. Последняя КТ головного мозга едва ли давала шансы на выздоровление. Поверхность полушарий мозга была «изъедена», наиболее сильно пострадал ствол.

Поражённый ствол головного мозга накладывал насильственную улыбку на пациента. Она не спадала с лица ни на минуту. По этой же причине пациент держал носовой платок. Во рту вырабатывалось много слюны, сглатывать не позволяли последствия инсульта, оттого она вытекала наружу.

— Алексей, любезный, — обратился к пациенту заведующий отделением после завершения доклада врачом, — поведай нам, сколько тебе лет?

Вопрос оказался сложным, чтобы пациент смог дать на него ответ. Он с трудом понимал чужую речь, а его собственная состояла из нечленораздельных слов. Попросить его составить предложение было той ещё проблемой.

Заведующий перешёл к другой просьбе:

— Давайте попросим Алексея пройтись вдоль палаты.

Пациент не понял и этой просьбы.

На помощь подоспела мама. Она опустила свою руку, до этих пор лежавшую на плече сына, встала с койки и сквозь толпу пробралась до угла палаты. Там стояли ходунки. Сын мог передвигаться только с их помощью. Она бережно положила обе его руки на поручни ходунков, и сделала подталкивающий жест в спину. Только тогда пациент понял, что от него хотели.

Заведующий сделал от койки несколько шагов назад и посмотрел на обложку истории болезни пациента в руках докладчика. Брови сошлись на переносице. Последовал вопрос не без доли смущения:

— *Звиняюсь* за вопрос личного характера, но... Ваш сын вёл здоровый образ жизни?

— Да, — отвечала мать в то время, пока шла позади сына.

Алексей шагал медленно, скованными движениями, будто внутри туловища до предела сжалась пружина, да так и не разжалась. Корпус при ходьбе наклонялся вперёд. Со стороны парень напоминал согнутое под тяжестью плодов дерево.

— Хорошо, с Алексея довольно на сегодня. Можете сопроводить его обратно к койке, — сказал заведующий маме пациента.

Мама подчинилась просьбе, а врачебная делегация устремилась к выходу из палаты. Ординаторы, которые ближе остальных находились к койке молодого пациента, в палате у следующего больного рисковали занять невыгодные места, потому что из текущей выходили последними.

Нахмуренным бровям заведующего при взгляде на титульный лист истории болезни было объяснение.

Постовая медсестра при поступлении пациента в отделение сделала пометку красным маркером. Значение понимали только сотрудники: у Алексея был гепатит С. Его наличие подталкивало на мысли о нездоровом образе жизни. Как итог — множественные инсульты.

Нейрохирург впоследствии убрал напряжение в мышцах с помощью ботулинотерапии, но инъекции точно не могли вернуть Алексея к былой жизни.

Кровоизлияния в мозг навсегда сделали 27-летнего парня глубоким инвалидом.

## Заключение

Довольно много пациентов лечилось в нашем отделении.

Несмотря на схожесть жалоб, каждый больной по-своему был уникален и требовал к себе и к лечению болезни индивидуального подхода.

В первый день нашего знакомства с отделением, заведующий говорил, что ординаторам иногда придётся брать на себя функции не только помощников врача, но и стать помощником для самих пациентов. Всё было в действительности так — не хватало санитарок.

Если больной с болезнью Паркинсона или рассеянным склерозом не мог правильно мочиться: делал это часто или с задержкой, то ординатор в прямом смысле вёл его за руку в урологическое отделение в соседний корпус. К слову, консультировать по этим вопросам мог вполне такой же ординатор, каковыми были и мы.

Видя заботу молодого врача и сопровождение на всех этапах лечения, некоторые больные или их родственники при выписке тайно выражали материальную благодарность. О вымогательстве и речи не было, каждый давал что-то от чистого сердца, даже если это были символические пятьдесят рублей. Редкая, но неплохая прибавка к стипендии ординатора в семь тысяч рублей.

Но деньги были не главным.

Важнее была помощь пациентам и взаимопомощь внутри коллектива ординаторов, привязанных к конкретному врачу. В моём случае — Ольге Анатольевне.

А имена её помощников<sup>1</sup> остались навсегда высечены в моей памяти:

*Николай* — молодой человек с энциклопедическими знаниями, которые могли переплюнуть знания врача с опытом;

*Ангелина* — самая улыбчивая и весёлая из всех ординаторов девушка;

*Даша* — вдумчивая, рассудительная по отношению к поставленным задачам;

*Дима* — дотошный, в хорошем смысле слова, специалист, который мог пробыть в палате у больного в течение часа и не устать;

*Катя* — спокойная девушка-осетинка с длинными кудрявыми волосами.

Каждый из нас не только знаниями, но и индивидуальными чертами характера приносил вклад в общее дело — помогать людям.

<sup>1</sup> Имена реальные и, во избежание возможных обид, указаны в алфавитной последовательности.



## **ЧАСТЬ IV. Мне только спросить**



*«Чтобы быть врачом,  
недостаточно научиться заимствовать  
мысли из чужих сочинений.  
Нужно самому понимать и  
уметь рассуждать».*

*Парацельс*

## Вступление

По всей видимости, в первый день осени, сидя в кабинете интеллигентного куратора на первом этаже, я всё-таки вытянул счастливый билет. Вернее, судьба распорядилась назначить моими коллегами Ангелину, Дашу, Диму, Николая и Катю, а наставником — Ольгу Анатольевну.

Молодого доктора складного телосложения, умеренного роста со вьющимися тёмными волосами и отличительной чертой в виде ямочек на щеках. Человека с энциклопедическими знаниями, чутким отношением к больным и преданному делу.

Пронесённое с момента первой встречи приятное впечатление о докторе множилось. Отзывы пациентов копировали один другой: «Такая молодая, а так много знает».

Нашей команде ординаторов повезло больше, чем другим, ещё хотя бы потому, что Ольга Анатольевна помимо стационарной работы вела приём в поликлинике.

Поликлиника при университете имела высший статус — Федеральная. Помпезность слова гарантировала приток пациентов со всей области. Некоторые шли самотёком, некоторых направляли коллеги-неврологи для уточнения диагноза. Моё воображение рисовало нескучные приёмы в роли ассистента врача.

Ничем особенным здание поликлиники не отличалось, оно было трёхэтажным, как и здание клиники нервных болезней. Гораздо важнее была не обстановка, а тот факт, кто окажется на приёме и с какой жалобой.

Пациенты часто жаловались на головные боли, головокружение, боли в шее, пояснице. Попадались как диковинные, так и забавные случаи.



## Маменькин сынок

На приём пришёл мужчина 30 лет.

Мама, с которой он жил в одной квартире, была все-рвёз обеспокоена здоровьем сына. Чуть выше поясницы она заметила красные высыпания по типу маленьких пузырей, которые болели и чесались.

Мужчина по назиданию мамы хотел узнать у врача, что это за образования.

Свои жалобы пациент начал с фразы:

— Не могу понять, что это за болючие пузыри у меня вскочили. Мама мазала мне поясницу, прикладывала к ним остывший утюг через ткань, но всё без толку. Её мнения касательно решения этой проблемы себя исчерпали, поэтому я сижу с вопросом перед вами. Клопы и блохи меня не кусали. Мама хочет, чтобы я получил от вас консультацию. Точнее... кхм... я хочу!

Произнося текст жалоб, пациент активно жестикулировал, подкашливал, а ладонью правой руки постоянно касался боковой поверхности шеи, медленно потирал её и тупил взгляд в пол.

Доктор раздела мужчину до пояса.

Врачебный взор, также как и взор мамы больного до этого, был устремлён на скопление пузырьков на пояснице, часть из которых лопнула и покрылась белесоватой корочкой.

Была настолько характерная картина, что диагноз «опоясывающий герпес» не вызывал сомнений.

Пациент наконец-то стал получать правильное лечение. Хотелось верить, что мама забросила утюг на антресоль.

## Алкоголь разрушил мозг

Широко известно и доказано негативное влияние чрезмерного потребления алкоголя на внутренние органы и нервную систему.

\*\*\*

На приём пришла женщина, отец которой несколько лет подряд прикладывался к бутылке. Беспробудная тяга длилась месяцами с примерно таким же промежутком времени на передышку.

По неясной причине самого пациента на приеме не было. Интересы представляла его дочь, которая не раз слышала от отца жалобы на головокружение, наблюдала шаткую походку, дрожание рук при приближении к предмету и его захвату.

Как водится у нас в народе: если дрожат руки, значит много пьёшь — завязывай!

Но даже в «разгрузочные» месяцы пациента всё равно ежедневно сопровождали упомянутые жалобы.

Дочь мужчины принадлежала к медицинскому кругу. Читать отцу лекции о вреде алкоголя было бессмысленным занятием. Когда ситуация дошла до предела, она насильно отправила отца на выполнение МРТ головного мозга.

Сидя на приёме в поликлинике и общаясь с доктором, женщина ни на минуту не выпускала из рук тубус, внутри которого свёрнутым лежал чёрно-белая плёнка. Она то и дело доставала её за край, то снова прятала внутрь.

Врач взяла плёнку с изображениями головного мозга и посмотрела на затылочную область.

На месте, где располагается мозжечок, виднелось жалкое его подобие. Некогда, вероятно, пышная, но из-

начально небольшая по размерам структура головного мозга стала ещё меньше. Будто долго лежала под палящим солнцем в ожидании дождя, но так и не дождалась ни капли и усохла.

От хронического пристрастия к алкоголю пострадал мозжечок, который отвечает за координацию. Причина жалоб на головокружение, шаткую походку и дрожание рук была раскрыта. Доктор назначила инъекции витамина В1<sup>1</sup> в большом объёме, но вряд ли бы это спасло ситуацию.

<sup>1</sup> \* При плохом питании и чрезмерном потреблении алкоголя возникает недостаток витамина В1 (тиамин). В некоторых случаях помогает его искусственная компенсация в виде внутримышечных инъекций в больших дозировках.

## Интеллигентная семья

Дрожание рук — далеко не редкая жалоба во всех возрастах.

В таких случаях пациенты часто говорили с докторами на одном языке, называя избыточные движения тремором. Далекое не каждое дрожание связано с алкогольной зависимостью. С ней, к счастью, связан лишь малый процент жалоб. Но всё же общая черта у любого вида дрожания есть — оно усиливается при волнении.

\*\*\*

После скромного стука в кабинет врача вошли пожилая женщина и мужчина средних лет. Глядя на их тёплые отношения, предполагалось, что в тот день перед нами стояли мать и сын.

Заранее предполагался и характер жалоб. Женщина, на вид которой было около 80 лет, с порога совершала размашистые движения обеими руками.

Из опроса стало известно, что впервые жалобы появились с пятидесяти лет, лечения по ним не получала. К дискомфорту привыкла, поскольку в быту не мешал. И только последние несколько лет жалобы приняли иной, в прямом и переносном смысле, размах.

Доктор стала разбираться в причинах жалоб. Выказывалось две версии: наследственное дрожание<sup>1</sup>, либо дрожание в структуре болезни Паркинсона.

Первый вид тремора прогрессирует медленно, замечен чаще в вытянутых руках, иногда вовлекает шею. Влияет на качество жизни, но не на продолжительность. Как правило, есть аналогичные случаи в семье и уменьшение

<sup>1</sup> \* Имеется ввиду эссенциальный тремор

дрожания от приёма небольших доз алкоголя. Но женщина не припоминала, чтобы у родителей или близких родственников дрожали руки, а алкоголем она не увлекалась.

В составе болезни Паркинсона тремор имеется не всегда, но если он есть, то напоминает счёт монет большим и указательным пальцем руки в спокойном состоянии. Со временем, даже в случае лечения, прогрессирует.

Тремор пациентки взял «всё хорошее» от обоих заболеваний. Дрожание рук отмечалось в покое, не прекращалось и при вытягивании их вперёд. При исследовании пассивных движений в верхних конечностях ощущалась тугоподвижность. Неврологи называют это феноменом «зубчатого колеса». Достаточно представить трение несмазанных шестерёнок друг о друга, чтобы понять, о чём идёт речь.

В тот день доктор склонилась к наследственной версии дрожания (хотя учебники не отрицают сочетания сразу двух заболеваний), назначила пробное лечение и сказала прийти на повторный приём, чтобы женщина рассказала, в какую сторону поменялось её здоровье.

К сожалению, развязка истории осталась за кадром, но с приёма мать и сын ушли довольными внимательным отношением.

## Непослушные камушки

Головокружение было одним из частых поводов для обращения в поликлинику. Причин появления несколько: неврологические, психические, соматические.

Существует и доброкачественное головокружение, которое пациенты и непросвещённые врачи путают с инсультом.

\*\*\*

Шестидесятилетний мужчина за три дня до обращения в нашу поликлинику испытал неприятные чувства.

Утром после пробуждения он попытался встать с кровати. В полной мере сделать это помешало внезапное головокружение в течение минуты с приступом рвоты.

На приёме ощущения мужчина описывал так: «В тот момент я почувствовал себя Волком из „Ну погоди!“. Ну помните, там ещё серия была, как в парке развлечений Волк оказывается внутри вращающейся ракеты? Меня жутко штормило в кровати секунд тридцать, а потом стошнило. Лежал с минуту не шелохнувшись, смотрел в потолок, боялся перевернуться на бок. Жена вызвала скорую, пока доехали сотрудники, всё само прошло. Мы уж подумали на инсульт. Фельдшер измерила давление, сердце проверила кардиограммой. Успокоила глицином, сказала идти к терапевту и неврологу, если дискомфорт повторяться будет. Ну и что вы думаете, доктор, повторилось на следующий день, правда, паники не было как тогда. Но дело — дрянь, думаю. Плюнул я на эту толкучку бесплатную в нашей поликлинике, и попросил жену записать к вам платно. Бесплатно не протолкнуться. Всё-таки статусная же поликлиника! Решил с невролога начать, а там посмотрим, что скажете, может, к терапевту не надо будет идти».

Жалобы пациента сразу навели врача на возможную причину головокружения.

Доктор предложила пациенту пройти тестирование на кушетке, которое воспроизвело бы неприятные ощущения. Мужчина выслушивал условия, а глаза наливались страхом. Врагу он не пожелал бы такого испытания, но согласился на тест. Вскоре он сидел на кушетке в ожидании команд доктора.

— Пётр Аркадьевич, для начала попрошу вас разуться и лечь на кушетку, но не полностью, а полусидя. В полное горизонтальное положение я приведу вас сама.

Мужчина выполнил первую часть задания, и доктор продолжила:

— Да, вот так, правильно. Теперь давайте расскажу, что будем делать. Из положения полусидя я быстро потяну вас за плечи, туловище останется на кушетке, а голова окажется в воздухе, у изголовья. Там я резко поверну вашу голову в одну сторону и подожду около пятнадцати секунд. Потом верну ваше туловище в исходное положение и повторю то же самое, только голову поверну уже в другую сторону. Если вы ощутите на себе те же жалобы, что дома, то тогда моё предположение о диагнозе подтвердится. Скажите, я не сильно вас запугала?

— Есть маленько, ну а куда деваться без этого, если наука того требует?

Догадки врача о доброкачественном головокружении подтвердились. Пациент охал и ахал, а доктор нависающей сверху глыбой смотрела ему в глаза. Помимо страха, они слегка подёргивались при взгляде в сторону.

С приёма пациент ушёл вместе с брошюрой по вестибулярной гимнастике<sup>1</sup> для выполнения на дому.

Спустя неделю мужчина позвонил по оставленному номеру телефона и отчитался об успехе.

Причина снижения качества жизни у пациента крылась во внутреннем ухе — одном из органов равновесия. Здесь расположены полукружные каналы, которые омываются особой жидкостью. Эти структуры чутко реагируют на изменение положения тела в пространстве.

В соседних структурах уха, в норме, есть кристаллические камушки. Их смещение прямоком в жидкость полукружных каналов создаёт иллюзию движения. Человек ощущает головокружение, даже если спокойно лежит или слегка поворачивает голову.

Доктор на приёме частично вернула непослушные камушки на место как в детской игрушке «шар с лабиринтом», а пациент успешно завершил начатое в домашних условиях при помощи упражнений.

<sup>1</sup> \* Суть вестибулярной гимнастики заключается в специальных наклонах головы и туловища.

## Заключение

В перерывах между осмотрами пациентов, я глядел на наставника и вспоминал её любимые цитаты: «*Служил Гаврила хлебопёком...*», «*Ты начальник — я дурак, я начальник — ты дурак*», «*А был ли мальчик?*», «*Не может Бог награждать сразу двумя смертельными заболеваниями*».

В кабинете врача внимание приковывали сколько не высокий потолок и внутренняя теснота помещения, а распечатанные и повешенные на стену листы с колкостями. Особо запомнился плакат с изображением китайского мудреца, который произносит слова:

*«Хочешь помочь новичку — сделай вместе с ним.  
Хочешь помочь старику — сделай вместо него.  
Хочешь помочь мастеру — не мешай.  
Хочешь помочь дураку — сам дурак».*

В течение каждого приёма в поликлинике я засматривался на стену с плакатом.

Делал это в первый месяц обучения, через год, через полтора. А, между тем, подходил к концу второй год обучения в ординатуре. Дни шли как капли, падающие с неотвратимой размеренностью одна за другой. Кажалось, всё происходило со мной только вчера.

Вчера я с волнением сидел в кабинете куратора и ждал распределения...

Вчера я стал учеником Ольги Анатольевны...

Вчера я наблюдал за интересными пациентами в отделении и поликлинике...

Осознать, что это не сон и всё происходило не вчерашним днём, а сегодняшним, помогал накопленный опыт. Уже без учебников мы могли поставить предвари-

тельный диагноз и сказать, какие обследования нужны. Мы окрепли и возмужали в профессиональном плане.

Уроки этики и правила поведения при общении с пациентами также принесли плоды. Советы позволяли не принижать врачебное достоинство, быть достойным представителем профессии.

Мы твёрдо следовали словам наставников, свято веря, что они делают нас лучше.

Так оно и было.



## **ЧАСТЬ V. Новые горизонты**



*«Будь я писателем, я вёл бы журнал  
смертей разных людей: читая его, люди  
учились бы не только умирать,  
но и жить».*

*Мишель де Монтень*

## Вступление

Перенасыщенный чередой однотипных болезней в ставшем уже родным отделении и поликлинике при нём, я решил черпать новые случаи на стороне.

Заметные пробелы в знаниях оставались по инсультам.

На счастье, в неотложной помощи другой больницы дежурила врач нашего текущего отделения неврологии. На одну из смен к ней без проблем удалось napроситься.

Доктора звали Наталья Валерьевна. Она была ровесницей моего главного наставника — Ольги Анатольевны. Такого же невысокого роста, с волнистыми волосами тёмно-русого цвета, узким овальным лицом, большими глазами и носом с горбинкой.

У доктора имелся личный кабинет на первом этаже клиники, где проходили занятия со студентами, здесь же под её началом обучались ординаторы.

Краем глаза заглянуть в трудовые будни Натальи Валерьевны, чтобы внимательно изучить её пациентов и подход к их лечению, у меня не получалось из-за нехватки времени. По рабочим вопросам сталкиваться с доктором доводилось разве что на утреннем совещании, совместных обходах или консилиумах. Организованность, остроумие и дотошность в отношении пациентов отличали Наталью Валерьевну от других докторов отделения.

Работу на кафедре и в отделении доктор совмещала с дежурствами в отделении острых нарушений мозгового кровообращения другой больницы.

Проработав в инсультном отделении не менее пяти лет, Наталья Валерьевна знала его устройство как свои пять пальцев. Мне же только предстояло поближе узнать,

как проявляют себя инсульты и чем их лечить. Сделать это не по информации из учебников, а на примере пациентов, балансирующих на грани между жизнью и смертью.



### **Тётенька, вылечите маму!**

В жаркий полдень, после окончания работы в неврологическом отделении, я поехал в больницу на дежурство к доктору.

Прежде чем попасть на территорию больницы, пришлось пройти вдоль имитации небольшого рынка. По левую сторону располагались цветочные магазины, аптеки, мастерские, но всё же большую площадь занимали точки с едой быстрого приготовления.

Я миновал базар и вскоре оказался у главных ворот больницы, где, не сворачивая с пути, пошёл по прямой в сторону insultного отделения. На пути встретился памятник, у подножья которого сотрудники разбили клумбу. Чуть дальше памятника стояли щиты с фотографиями и надписью поверх них ярким шрифтом: «Ими гордится больница».

Позади стенда располагалось двухэтажное обшарпанное здание приёмного покоя insultного отделения, внутри которого меня уже ждала Наталья Валерьевна.

\*\*\*

Протяжный вой сирены скорой помощи сообщал о скором приближении первого пациента.

Через окно приёмного покоя виднелось, как сквозь распахнутые задние двери автомобиля вышла женщина средних лет. За первым её нащупывающим землю шагом, вскоре последовал уверенный второй. Следом спустилась маленькая девочка. Процессия из пациентки, ребёнка и медицинского персонала направилась в сторону приёмного отделения.

Фельдшер усадил женщину по ту сторону от стола Натальи Валерьевны, девочка стояла рядом.

На вид пациентке было не больше сорока лет. Ухоженная, одетая по летнему сезону. Левая рука женщины обхватывала находящийся на коленях и набитый чем-то доверху пакет. Вторая держала за кулачок девочку лет шести.

— Забрали с остановки рядом с базаром, — сообщил фельдшер. — Давление 130/80, пульс 80, сатурация<sup>1</sup> 98%.

Наталья Валерьевна поблагодарила фельдшера за сводку, после чего обратилась к пациентке.

— Здравствуйте, говорить можете? Расскажите подробно, что с вами произошло.

— Добрый день. Первым звоночком для меня стало необычное зрение. Я разглядывала товар в палатках и заметила, как зрение по краям начало сужаться. Я не могла сконцентрироваться, предметы расплывались. Потом появилось ощущение, будто посмотрела на солнце. Перед глазами нарисовались жёлтые пятна. Они не исчезали даже когда я пыталась закрыть глаза, чтобы избавиться от этого кошмара.

— Тётя доктор! Я очень люблю свою маму, — вмешалась в разговор девочка, сжимая кулак женщины сильнее прежнего, — назначьте ей хорошие таблетки. Я буду ей давать, мне не трудно!

Женщина поцеловала дочку в лоб, сжала кулак дочери ещё сильнее и продолжила:

— Извините, доктор. Честно сказать, тогда я подумала, что получила солнечный удар. Чёрт меня понёс на рынок по такой жаре. Решила закругиться и пойти домой. Пока шла, почувствовала дискомфорт в левом кулаке. Подумала — ручка пакета натирает. Переложила его в правую руку, но ощущения не прекратились. Плавное жжение вместе

<sup>1</sup> \* Сатурация определяет степень насыщения крови кислородом.

с онемением поползли вверх. Я испугалась, со мной такого раньше не было. Кое-как дошла до остановки и присела, чтобы передохнуть. Там рука вообще отвалилась. Я не могла ей пошевелить. Страх держал меня где-то минут двадцать. На остановку, как назло, подседа болтливая женщина: мне бы одной в таком состоянии побыть, а она вопросами донимает. Я с не охотой отвечала, а потом, к ужасу, ощутила, что жжение с онемением на левой руке перекинулось на губы, а потом до языка. Язык заплетался, я не могла подобрать слова при ответах. Не знаю, что подумала про меня та женщина, но она уехала как только дождалась автобуса. А я набралась решимости и позвонила в скорую. Её ждала десять минут, но для меня это была целая вечность! Пока ехала в ней столько же, всё прошло, только душевная слабость осталась.

— Спасибо за вдумчивый пересказ с подробностями, — сказала Наталья Валерьевна. — Позвольте уточнить: во время приступа или после него болела голова?

— Нет, не болела. Было только онемение и слабость левой руки, языка. Ещё невнятная речь, будто разговаривала с набитым кашей ртом.

— К врачу раньше обращались?

— Если по этому поводу, то нет. Такое в первый раз. А так у меня по-женски только проблемы, — ответила женщина и потупила взгляд в пол.

Наталья Валерьевна приступила к неврологическому осмотру, особо тщательно проверяя чувствительность и силу мышц левой руки.

Пациентка ощущала прикосновения иголки к коже при закрытых глазах. По команде доктора не давала согнутым в локтях рукам отдалиться от туловища, когда та пыталась оттянуть их через силу. Плохие рефлексы не вызывались, а обычные были на должном уровне.

В конечном счёте Наталья Валерьевна подстраховалась и отправила пациентку на компьютерную томогра-

фию. От силы исследование длилось три минуты, по результатам которого кровоизлияний в головном мозге не выявилось.

Подобным и нетипичным образом у пациентки повела себя мигрень. Вернее, та её составляющая, что именуется аурой. Предвестниками мигренозных нарушений и выступили неприятные ощущения, за которыми не последовала головная боль, которая бывает при классической мигрени. Оттого диагностика безобидного, но страшного для пациентки состояния была затруднительна. Случай имитировал инсульт, но таковым не являлся.

## Колбасный яд?

Не успели мы разобраться с первым случаем, как зазвонил дежурный телефон отделения. Невролога на консультацию вызывал дежурный терапевт. Регламент неотложной помощи позволял ненадолго отлучаться, чтобы оказывать помощь пациентам других отделений. На подстраховке оставалась пара врачей, средний и младший медицинский персонал.

\*\*\*

Пустой приёмный покой терапевтического отделения, в который нас привёл звонок дежурного врача, нарушала чья-то речь за одной из дверей.

Вместе с Натальей Валерьевной мы пошли на шум, и вскоре оказались в кабинете. Спорившими между собой на громких тонах оказались супруги средних лет. Безуспешно влезть в разговор пытался дежурный терапевт.

— Здравствуйте, что у вас? — сказала Наталья Валерьевна.

— Доктор, добрый вечер! Рада вас видеть. Женщину самотёком привёз обеспокоенный муж. Я думаю, тут может быть ваш случай. Сейчас женщина всё сама вам расскажет. Вам слово, — сказала терапевт, посмотрев на пациентку.

— Здравствуйте, — сухим, потерявшим звонкость голосом начала она свой диалог, — у меня двоится в глазах.

— Как долго?

— В течение пары часов, — ответил супруг пациентки вместо неё.

— Сопровождается ли это чем-то ещё?

— Ещё сухость во рту и тошнота, — ответила уже сама пациентка.

— А с пищеварением как? Отравлений в семье нет? Может, накануне вы ели какие-то консервы или копчёные продукты?

Наталья Валерьевна клонила в сторону дебюта ботулизма, которому соответствовала часть жалоб. Но на каждый вопрос следовал отрицательный ответ.

Подобно следователю, пытающемуся найти среди вещественных доказательств одно единственно важное, невролог занимался тем же самым — из жалоб пытался составить логически выверенную цепочку. Этого не получалось. Диагноз даже на уровне предварительного не складывался. Оставалось одно проверенное средство — неврологический осмотр. Он мог помочь в поиске зацепок.

Сознание пациентки было ясным, зрачки одинаковой формы, движения глаз плавными, асимметрии век не наблюдалось.

— Закройте левый глаз левой рукой, — Наталья Валерьевна попыталась прибегнуть к профессиональному трюку, ставящему под сомнение серьёзность жалоб на двоение. В норме при одном из закрытых глаз двоиться не должно.<sup>1</sup>

Плавные движения молоточка в горизонтальной и вертикальной плоскостях вслед за просьбой напоминали обряд крещения и гипноза одновременно.

— При одном закрытом глазе двоится?

Последовал отрицательный ответ. Это означало, что у пациентки не было истерического расстройства. Жалобы были не надуманы, но что с ними делать — оставалось не ясно.

<sup>1</sup> Как выяснилось в 2024 году, на момент редактирования этой книги, изображение может двоиться и при одном закрытом глазе. Не всегда это является истерическим расстройством.

Рефлексы с рук и ног вызывались как и у здорового человека, патологические рефлексы отсутствовали. В конце осмотра Наталья Валерьевна попросила у терапевта одноразовый деревянный шпатель. Глоточные рефлексы по результатам осмотра оставались в полном порядке.

Доктор вернулась к одной из начальных зацепок:

— Ваш голос всегда такой, кхм... хриплый? Не простудились?

Супруг пациентки продолжил игру на опережение:

— Сегодня таким только стал у неё!

— Ладно. Нам нужно обсудить ваш случай с терапевтом. Попрошу вас подождать решения за дверью.

Супружеская пара покорно подчинилась просьбе, вышла из кабинета, и закрыла за собой дверь.

Не зная что делать с пациенткой, но не исключая у неё болезни нервной системы, Наталья Валерьевна высказала предположение:

— Несмотря на все отрицательные ответы, я не могу не исключать у пациентки ботулизм. По возможности нужно привлечь к разбору клинического случая инфекциониста. Если лабораторные исследования на ботулизм будут отрицательны, то я заберу пациентку к себе в неотложное отделение в поисках проблемы и пути её решения. Мне кажется, Вам нужно поддержать женщину хотя бы пару дней под наблюдением до выяснения причины жалоб, может, появятся какие-то новые симптомы.

— Случай действительно запутанный. Посмотрю, что можно сделать. Если анализы подтвердят ваше предположение — дам знать, если опровергнут — всё равно дам знать, — ответила терапевт.

Совсем не вовремя в кармане Натальи Валерьевны зазвонил телефон.

— Травматология на проводе, сможете почтить нас своим визитом? — отчётливо доносилось каждое слово из динамика, произнесённое грубым мужским голосом.

— Ожидайте, скоро буду.

Доктор первой сбросила вызов и на мгновение задумалась.

— Извиняюсь, на чём мы там остановились?

— На том, что я не сказала вам спасибо, Наталья Валерьевна. Спасибо и до свидания. Хорошего дежурства желать не буду, сами знаете — плохая примета.

Вместе с Натальей Валерьевной мы вышли из кабинета. Пациентов пригласили обратно. Терапевт пересказывала рекомендации невролога с открытой дверью, в то время как мы плавно следовали к выходу из отделения.

Несмотря на произносимые терапевтом с уверенным тембром и со знанием дела устрашающие слова, до нас долетали ответные реплики женщины:

— Ни о какой госпитализации не может идти речи! Это временное явление, вскоре оно пройдёт само!

Опустевший от нашего с врачом ухода терапевтический приёмный покой, как и прежде, разразился спорами супругов.

Муж настаивал на госпитализации, жена категорически отказывалась. Обессиленный от череды безуспешных попыток дежурный терапевт просила подкрепить устные словами письменным отказом от госпитализации.

## Инсульт коснулся вскользь

Мы покинули приёмный покой терапии и пошли на вызов в травматологию под дремотный жар полуденного солнца.

Одно время нас сопровождала центральная аллея, усаженная деревьями, вдоль которых стояли лавочки, но потом приятная глазу картина сменялась пустырями и обшарпанными постройками.

Наталья Валерьевна перехватила мой взгляд на здании с просевшей крышей и с обидой в голосе сказала:

— Да, Денис, ты посмотри в каких условиях лечатся больные! Нет в нашей стране медицины. Оптимизация во всей красе...

Внешне спокойная, в тот момент Наталья Валерьевна не на шутку разозлилась.

Не прошло и пяти минут, как мы оказались у фасада отделения травматологии в четыре этажа.

Пришлось обойти здание вокруг, чтобы попасть к главному входу. Сидевшая внутри гардеробщица, видимо, заранее была предупреждена врачом о нашем визите. Плавным движением полуоткрытой кисти женщина указала направление, в котором следовало идти, после чего добавила:

— Ординаторская на третьем этаже, мои хорошие.

Лестничные проёмы сменялись один за другим. На третьем этаже мы повернули направо и шли прямо, пока не упёрлись в ординаторскую.

Сквозь наполовину открытые двери до носа доносился крепкий запах табачного дыма. Чтобы обозначить своё присутствие, а также из культурных соображений, мы постучали в двери.

— Да-да, заходите! — раздался мужской голос с хрипотцой по ту сторону.

Ординаторская, в которую мы вошли, представляла собой комнату небольших размеров. Вдоль задней стены у окна в ряд стояли заваленные доверху бумагами столы, и только один был занят человеком.

За ним вальяжно сидел доктор в самом расцвете сил крепкого телосложения с почти седой бородой и усами с медно-рыжим оттенком. Вероятно, в странном цвете усов было замешано хроническое наслоение на щетину клубов табачного дыма: прямо сейчас мужчина сидел и курил.

Травматолог был облачён в хирургический костюм тёмно-синего цвета с коротким рукавом. Голову покрывал колпак, как у повара, а на ноги были надеты белые медицинские тапочки в дырочку.

— Здравия желаю! — приветствовал он нас отстранённо, после чего пустил клубы табачного дыма в потолок, — случай у нашего пациента кажется мне вашим случаем. Поэтому я позвал вас. Извиняйте, если потревожил ваш покой, хотя покой нам только снится. Пойдёмте, я провожу вас к нему в палату, он сам всё расскажет.

Травматолог сделал последнюю затяжку и несколько раз надавил сигаретой на блюдце с окурками, которое выступало в роли пепельницы, после чего неохотно встал со стула, чтобы отвести нас к пациенту. Мы последовали за ним.

В палате на двух человек находился всего один пациент. Место на койке занимал мужчина с подвешенной левой ногой в гипсе, обе руки держали по краям электронный планшет. По суете на экране и громким звукам из динамика стало ясно, что он смотрел футбольную трансляцию.

Заметив наше присутствие, пациент убавил громкость звука и отложил планшет на тумбочку. Не дожидаясь вопросов, он начал повествование.

— Доброго дня. За три часа до вашего прихода я почувствовал слабость в левой руке, через час появилась слабость левой ноги и неприятные ощущения там, и там. Знаете, будто руку отлежал или ногу отсидел, мышцы словно пронзили сотни иголок.

— Может быть ещё что-то? — сказала Наталья Валерьевна. — С вами такое раньше бывало?

— Нет, не бывало! Да откуда бывать, я у докторов нечастый гость. Иду каяться, когда совсем уж прижмёт. А тут здоровье на днях подкосило, упал со стремянки. Боль в ноге сама точно не пройдёт, а мне ещё семью кормить. У меня младший ребёнок такой смышлёный — мама не горюй. Представляете, на днях ре...

— Понятно, понятно, — сказала доктор, оборвав речь пациента, — давайте, всё же, вернёмся ближе к теме.

— Да, да, конечно, на чём я там остановился?

— Вы сказали, что у вас с интервалом в час ослабла и онемела половина туловища. Всё верно? Сейчас по-прежнему такие же ощущения?

— Вернее не бывает, всё так и было! Ощущений сейчас таких уже нет, иначе как бы я смотрел выступление любимой футбольной команды? Минут восемь длилась эта катавасия — не больше, ну, левая половина туловища. Побаивался, конечно, но за процедурами не особо акцентировал на этом внимание. Да и не хотелось лишний раз врача обременять, у него и без меня забот полно. Решил правду рассказать, когда всё уже отлегло.

— Как у вас обстоят дела с артериальным давлением, глюкозой, холестерином?

— Давление скачет в сторону повышения, одно время пил какие-то таблетки кисло-горькие по этому случаю, недельку попил — вроде полегчало. Про холестерин и сахар не знаю. Мне всего 55 лет, откуда этим гадостям взяться?

Неврологический осмотр не выявил отклонений у пациента. Нарушений чувствительности не было, мышечная сила была в полном объёме, пробы на координацию пациент выполнял уверенно, несмотря на то, что лежал на койке.

— Как разберётесь со своим переломом ноги, не забудьте посетить терапевта для проведения обследований. Лишним не будет сделать УЗИ сосудов шеи на предмет возможного закрытия их просвета атеросклеротической бляшкой. В следующий раз всё может закончиться хуже, гораздо хуже. Вероятно, вы отделались «малой формой инсульта». Болезнь легче предотвратить, чем лечить. Помните об этом.

Некоторое время пациент обдумывал сказанное, с каждой секундой к нему возвращалась былая бодрость духа. Сложно сказать, долетели ли до него сказанные всерьёз слова напутствия.

— Я вам благодарен доктор, возьму ваши слова на вооружение, сохранить здоровье в наше непростое время очень важно и сложно. А у меня два наследника растут, кто их обеспечивать будет в случае чего? Ой, не хочу даже об этом думать, спасибо ещё раз вам, доктор!

Едва пациент закончил последнюю фразу, как руки его потянулись к тумбочке за планшетом.

— Да чтоб вас! Когда вы успели гол пропустить? Я ведь отвлёкся только на 10 минут!

Слабость и онемение левой половины туловища указывали на заинтересованность правого полушария головного мозга. Наталья Валерьевна расценивала причину жалоб как сосудистый сбой в работе головного мозга. Назвать состояние мужчины инсультом не получалось, поскольку жалобы отступили менее чем за сутки. А так себя ведёт транзиторное нарушение мозгового кровообращения.

Всё могло закончиться гораздо печальнее и привести к истинному инсульту, оттого по выходу из палаты доктор советовала пациенту вплотную заняться контролем за факторами риска.

Диагноз мужчины Наталья Валерьевна расценила как транзиторную ишемическую атаку, хотя, со слов куратора ординаторов, существование подобного диагноза в развитых странах давно ставится под сомнение.

Экстренных консультаций в больнице больше не ожидалось. Слегка устав от болтливости пациента, мы быстрым шагом пошли обратно в инсультное отделение, чтобы утомиться там ещё больше.

## Луч света в тёмном царстве

— Ах, вот и вы, — сказала с порога запыхавшаяся медсестра. — Только что по скорой помощи привезли мужчину. Врачи осмотрели его и нашли все основания для госпитализации, теперь он у нас, лежит в палате и дожидается вашего осмотра, сознание при нём.

— Спасибо, но почему меня никто не поставил в известность по телефону?

— Наталья Валерьевна, не сердчайте, чисто по-человечески времени не хватило. Пациенты требуют внимания, за всеми не уследишь, а тут ещё фельдшеров с новым пациентом надо было встретить. Поэтому и не успели вам сообщить. Назначений не делали, вот только что укатали мужчину в двенадцатую палату.

Всплыви подобный случай неорганизованной работы где-нибудь на утреннем совещании в присутствии главного врача, чем-то хорошим он бы не закончился. Но в консультном отделении, по рассказам Натальи Валерьевны, трудилась сплочённая команда, работа в которой строилась на доверительных отношениях. Потому доктор, заступившая на ночное дежурство, зла на коллег не держала.

— Что ж, спасибо Софья Александровна, что сообщили об этом, хоть и поздно. Пошли, Денис, нам туда, — указала Наталья Валерьевна в направлении длинного коридора, напоминающего коридор общежития.

Мы оказались в самом сердце отделения, работающего в режиме нон-стоп. Сменялись пациенты, сменялись врачи, но рабочий процесс не останавливался здесь ни на минуту.

Несмотря на это, не было того привычного гула, который бывает в учреждениях, работающих подобно консультному отделению в непрерывном режиме — заводах, фабриках.

Невооружённому взгляду и неподготовленному слуху казалось, что отделение пронизано мёртвой тишиной. За всё то время, которое мы шли в направлении палаты, не раздалось ни одного звука. Тишину в длинном коридоре нарушали разве что звуки поскрипывающих половиц под ногами, отдающие гулким эхом вдали, и трепетание занавески у открытого настежь окна.

— Здесь налево, — сказала Наталья Валерьевна.

Вскоре мы зашли в палату. Далёкого от медицины человека увиденное наверняка повергло бы в шок. Необычайно большое скопление коек с парализованными больными стояло на относительно маленькой площади палаты. Сравнить это можно было с коммунальной квартирой, пчелиным ульём или до краёв заполненной банкой с рыбой.

В большинстве случаев койки занимали бессознательные пациенты. Едва ли кому-то удавалось лежать с полностью открытыми глазами и смотреть на мир трезво. Тут и там царила атмосфера удручённости, пациенты висели на волосок от смерти. Единственно возможное сравнение напрашивалось с моргом, за тем исключением, что эти люди имели шансы выжить.

Среди большого количества пациентов в палате не сложно было догадаться, кто только что поступил и ожидал назначений. Возле нужной койки стояли двое родственников с накинутыми поверх плеч халатами.

Пациентом оказался мужчина шестидесяти лет. На вид — один из представителей интеллигенции. Макушка его была лишена растительности, а оставшийся периметр головы украшали седые волосы. На округлом лице застывала гримаса боли и отчаяния, зрачки маленьких глаз расширились от страха.

На койке мужчина находился в той же одежде, в которой его и застало острое состояние: в синей рубашке и чёрных брюках на подтяжках. Исключение составляли

скинутые с ног туфли, аккуратно расставленные родственниками рядом на полу.

Мужчина лежал на левом боку, боявшись пошелохнуться иной раз. Максимально подтянутые к животу ноги приносили известное только ему облегчение. Каждое движение головой или туловищем по сторонам, напротив, вызывало у него неукротимую рвоту. На этот случай у изголовья койки стоял тазик.

— Добрый день, я дежурный врач, зовут меня Наталья Валерьевна. Рядом со мной Денис Вячеславович, — представилась доктор, — расскажите, что случилось.

— Здравствуйте, я жена, — представилась в ответ женщина, а это брат мужа, сказала она и направила взгляд в сторону стоящего рядом мужчины. — Спустя час после обеденного сна мой муж пожаловался на головокружение. Он гипертоник, поэтому я померяла ему давление, оказалось нормальным. Меня саму периодически мучает головокружение, потому я дала ему быструю таблетку от этого, мне когда-то мой невролог прописывала. Но лучше от этого мужу не стало. А когда он решил сходить в туалет, всё стало ещё хуже. Он будто в тайне от меня выпил алкоголь и слишком быстро опьянел. Качался по сторонам, а язык не мог двух слов связать. Мужа даже один раз вырвало. Но он капли в рот не берёт, поэтому я не на шутку перепугалась, вызвала скорую помощь. И... и теперь мы тут.

На последней фразе губы женщины запрыгали от рыданий.

— Хорошо, не волнуйтесь. Денис Вячеславович, проведите неврологический осмотр. Проведём его дважды: сначала вы, затем я. Так ничего не упустим.

Я наклонился к койке пациента и принялся за неврологический осмотр. Начал проводить его сверху вниз — как на своём примере учили наставники, как писали об этом в книгах деятели науки.

Мужчина тем временем не изменил положения тела в койке ни на сантиметр. Он смотрел на молоточек с осторожностью, по-прежнему опасаясь, что любое движение приведёт к рвоте. Приходилось подстраиваться под пациента, но не в ущерб достоверности осмотра.

— Как вас зовут? — обратился я к больному сколько не с целью узнать его имя, а с профессиональной точки зрения. Это помогло бы выявить нарушения речи.

— Вв... Ввва.. — прерывисто, монотонно отвечал Василий Петрович — такое имя значилось на обложке истории болезни.

Голосовые связки пациента при разговоре сильно дрожали.

Помимо нечёткой речи удалось обнаружить у Василия Петровича ещё и неправильное выполнение проб на координацию. Поднесённый по моей команде к носу указательный палец левой руки совершал колебательные движения у самого его кончика, так и не решаясь до него дотронуться. Будто чего-то боялся: как ходит в нерешительности кругами возле дома девушки кавалер, боящийся быть отвергнутым.

Повторный осмотр пациента Натальей Валерьевной не нашёл ничего нового.

— Доктор, ну что, доктор? Вы ему поможете? — долго дожидавшаяся момента сказала супруга, аккуратно подёргивая кромку рукава доктора, сама того не замечая.

Подобные вопросы и невольные тактильные контакты со стороны пациентов были не редкостью. Но спрашивать доктора о вероятном исходе болезни в экстренной ситуации — всё равно, что узнавать у продавца свежий ли на прилавке хлеб. В лучшем случае он ответит правду, в худшем — соврёт.

На этот счёт из уст Натальи Валерьевны прозвучала фраза:

— Сделаем всё, что в наших силах...

Последовав дурному примеру женщины, теперь уже сама доктор плавно взяла её за руку и отвела в сторону.

— ... Но мы не можем прогнозировать какой-либо исход в ближайшей перспективе. Последнее слово, увы, не за нами, — продолжила она..

— А за кем, извините? — с недоумением спросила женщина.

Наталья Валерьевна подняла глаза кверху.

— За ним.

Вместе с ней мы вышли в коридор. Поток свежего воздуха из распахнутого настежь окна обдал лицо тёплым дуновением. Он казался осязаемым лучом света в тёмном царстве. Его так не хватало в затхлой палате, воздух которой был изрешечён запахом пота и человеческих страданий.

Тем временем в соседней палате произошёл типичный для этих стен случай: кто-то завершил свой земной путь. Об этом сообщила идущая навстречу санитарка.

## Заключение

День близился к закату. Вместе с тем близился к завершению рабочий день в инсультном отделении. Лишь проигранный спор или острая необходимость заставили бы меня пробыть здесь до утра.

Хоть и нужного объёма знаний за один присест я не получил, но для себя наконец почерпнул, что нет разницы между словами «инфаркт головного мозга» и «инсульт». Это такие же равнозначные понятия, как невролог и невропатолог, офтальмолог и окулист.

Немудрено, что именно на долю инсультов отводится большой процент смертности среди болезней нервной системы. Факторы риска, начертанные судьбой, предугадать не дано, но некоторые находятся в прямой зависимости от образа жизни.

При печальном развитии событий, когда инсульт всё же произошёл, многое зависит от зоны и обширности повреждения головного мозга. У кого-то со временем всё наладится, забудется как кошмарный сон, у кого-то останется неврологический дефицит, кто-то скоропостижно погибнет и окажется на цинковом столе в ближайшем прозектории.

Все мы люди разные, но объединять нас должно стремление к жизни. Жизнь — это школа, в которой нет каникул. Тем она интересна.



**Прощай, ординатура!**



## Эпилог

С момента событий книги прошло три года.

Перебирая в памяти описанные случаи: весёлые, грустные, добрые или злые, невольно задаёшься вопросом: «Что сейчас с моими пациентами? Где они вообще? Всё ли у них хорошо?». И тем более осознавать, что многих из них уже нет в живых.

Среди обилия болезней, ни в условиях стационара, ни на поликлиническом приёме, я так и не встретил необычных с обывательской точки зрения случаев. Тех самых, о которых я так долго читал дома или в ночи бессонных дежурств.

Никто из наших пациентов не засыпал на ходу в результате нарколепсии, никто не получал безболезненных ожогов в результате синингомиелии. Но в качестве практикующего ординатора-невролога я нашёл запоминающихся пациентов и невольно познакомился с ними. И память о мимолётном знакомстве я пронесу сквозь года.

Как же безгранично была права окончившая ординатуру и оставшаяся работать преподавателем на кафедре нервных болезней молодая женщина! Её слова были адресованы нам, тогдашним ординаторам первого года обучения, и звучали они так: «Сейчас перед вами открывается время больших возможностей, дорожите им! Берите максимум, не упускайте открывающиеся шансы. Кому-то что-то не сделали, недосказали — этого нельзя будет исправить потом. Живите здесь и сейчас. Спустя годы с грустью на душе вы будете вспоминать своих друзей, пациентов, руководителей».

Слова оказались пророческими. На память о своём обучении в ординатуре я взял немало знаний, интерес-

ных знакомств и случаев из практики. Взял множество приятных событий, так сильно подогреваемых ностальгическим огнём в недрах души и оттого вызывающих ни с чем не сравнимую грусть.

Периодические встречи с друзьями по учёбе и врачами помогают вернуться душой, но не телом туда, где было так хорошо. А свет в окне ординаторской, видимый по вечерам с улицы, лишний раз ворошит прошлое и возвращает меня к двум лучшим годам врачебной жизни.

*Написано 07.02.2020 — 13.06.2020*

*г. Ростов-на-Дону*

*Окончательная работа завершена*

*27.05.2024*

*г. Москва*





**Денис Благодарев**

Тихой поступью к мечте  
Как я стал неврологом

*Иллюстратор* Шедеврум

От момента написания книги до её выхода в свет прошло долгих 4 года. Когда самое сложное осталось позади, я с волнительной радостью представляю свой труд широкой общественности.

Главные герои книги — это самые что ни на есть обыкновенные люди, которые по воле судьбы оказались узниками неврологических болезней и при помощи врачей ищут выход из них.

Через страницы книги я поделюсь с Вами этапами становления меня, как врача-невролога, и расскажу об интересных случаях из личной практики на примере реальных пациентов.

Расскажу про мужчину, который с супругой отправился к целебному источнику, но вместо новой жизненной энергии заболел чем-то коварным.

Расскажу про случай молодого человека, который постоянно улыбался без причины.

Расскажу случаи, когда приходилось действовать экстренно или, наоборот, никуда не нужно было спешить, а мирно ощущать себя героем рассказа пациента-лётчика.

Словом, расскажу всё то, что так долго будоражило волны памяти после окончания ординатуры...

Лучших двух лет моей врачебной жизни.



[blagodarev.ru](http://blagodarev.ru)



ISBN 978-5-0064-1543-0



9 785006 415430 >