

Н. В. Эльштейн

**МЕДИЦИНА
И ВРЕМЯ**

Таллинн «Валгус» 1990

Художник-оформитель Я. Сонь

Эльштейн Н. В.

Э53 Медицина и время. — Таллинн: Валгус, 1990.
352 с., 8 л. илл.

ISBN 5-440-00226-9

Книга посвящена взаимоотношениям больных и врачей в условиях научно-технической революции, а также тем проблемам медицины, которые больше всего привлекают внимание населения в настоящее время. Рассматривается влияние роста числа врачей и так называемой феминизации медицины, бесплатности медицинской помощи и средств массовой информации, увеличения удельного веса лиц старших возрастов. Специальные главы посвящены спорным вопросам рационального образа жизни, неврозам, сексуальной культуре, врачебным ошибкам, психологии врача, когда он сам болен.

Э 4101000000—048
902(15)—90 97—89

5

От автора

В основу данной публикации легла книга «Диалог о медицине», которая начиная с 1975 года выдержала пять изданий, а также была выпущена на эстонском, литовском, грузинском, латышском (в журнальном варианте), английском и немецком языках. Ряд глав и их фрагменты опубликованы в различных центральных журналах.

Со времени подготовки к печати последнего издания «Диалога о медицине» прошло около трех лет. Мало и много. Мало в масштабе времени. Много — для быстро текущих дней. Когда же речь идет о книге, то любой отсчет времени становится условным. Если не думать и не всматриваться в окружающее, не научить ничему могут и десятилетия. В то же время перевернуть сложившиеся представления способен даже один час. Все проблемы взаимоотношений врачей и пациентов, о чем в первую очередь и пойдет речь, являются отражением жизни, ее динамичности, сложности и неожиданностей.

Особенно это относится к последним годам.

Мы настолько привыкли к тому, что думаем одно, говорим другое, а делаем третье, что на смену неправде и неяскавшему оптимизму пришел скептицизм. Неудивительно: сколько лозунгов и решений, призывов и заклананий ушло в пену!

Характерно, что корреспондент «Правды» в интервью об ожидаемых перспективах перестройки здравоохранения (1987) счел нужным спросить: «Обещаний мы много слушали. Не будет ли и ныне, как прежде?»

Конечно, на вопрос этот ответит время.

Публикации и выступления последних лет, переход от констатаций промахов здравоохранения к анализу их причин, предание гласности десятилетиями скрывааемых статистических закономерностей, программа коренного улучшения дел в медицине, рассматриваемая во взаимосвязи с оздоровлением всего общества, естественно, привели к переосмыслению ранее написанного.

Должен, тем не менее, сказать, что прегрешений против правды и в предыдущих изданиях книги не было.

Однако сегодня можно обо всем говорить еще более откровенно, а главное, на основе новых сведений, более аргументированно. В силу этого дополнения и изменения, подчас значительные, коснулись всей книги, было включено также несколько новых глав.

Как и раньше, в данной работе затрагиваются и медицинские проблемы в контексте их влияния, большего или меньшего, на здоровье и болезни, успех или неудачи врачевания.

Последнее во все времена способствовало видению людей «без одеяний». Как заметил Гейне, «все мы под своим платьем голые». Мне довелось лечить рабочих и государственных деятелей, доярок и мировых знаменитостей, консультировать героев и преступников. Взгляд на крайности в человековедческом плане всегда поучителен. Что порождает, что питает добро и зло, великодушные и мелочность, любовь и ненависть, ничтожество и величие? Как сосуществовали Нерон и Сенека? Как могла одна и та же эпоха породить «врача»-садиста Менгеле и Врача-подвижника Альберта Швейцера? Как возможно, что в последней четверти XX века, когда Шаварш Карапетян, рискуя жизнью, спасал в Армении людей из ледяной воды, Иди Амин в Уганде складывал отрезанные головы своих врагов в холодильник?

А ведь все улыбались, все видели звездное небо, все говорили на языке рода человеческого. Но одни были людьми, другие рядились в их одежды. Можно ли над этим не задуматься? Ведь врач должен не только смотреть, но и видеть, не только слушать, но и слышать, не только раздумывать, но и мыслить.

Когда-то я воспринимал преимущественно красоты мира, экзотику, необычные краски. Сейчас видение иное.

Трудно забыть ощущение, испытанное перед вечными камнями Мачу-Пикчу. Возникла ирреальная двойственность чувств: как мал человек на фоне этих огромных глыб и как огромен он, создавший их. Появилось ощущение бренности существования и в то же время вечности человека, какое довелось испытать перед Никой Самофракийской и в комнатах, где закончили свою жизнь Пушкин и Гете.

Вероятно, размышления эти связаны с тем, что в молодости полярности, контрасты лишь чувствуешь, — стремление постичь их суть и причины приходят позже.

Ронсару принадлежит высказывание, что «не время проходит, проходим мы». Но время не только уходит, оно меняется и меняет восприятие.

Все это побудило изменить название книги: именно время больше всего сказывается на медицине и на всем, что на нее влияет сегодня и, будем надеяться, еще больше будет влиять завтра.

Люди устали от недостатков медицины, медики — от ее непрекращающейся критики и возникшего у них комплекса неполноценности. Перемены неизбежны. Существуют, правда, две опасности. Первая — слишком рано начать подводить итоги успехов и достижениям. Желание понятное, но за него уже не раз приходилось расплачиваться, и не только в здравоохранении. Вторая — думать, что удастся сразу решить все проблемы: избавиться от плохих врачей, революционизировать диагностику и лечение, вступить в период всеобщего здоровья и благополучия.

Еще труднее изменить отношение людей к здоровью — собственному и окружающих. Несколько лет назад Московский НИИ микрохирургии глаза решил обследовать Всесоюзное общество слепых. Новые возможности лечения позволяли вернуть зрение многим. Однако человек тридцать от помощи отказалось. Объяснили они это тем, что всю жизнь были слепыми и привыкли к своему состоянию. Как жить зрячими, не знают, не умеют и не хотят. Мне часто кажется, что и среди нас, зрячих, не все хотят видеть и уразуметь, что здоровье начинается с нас самих.

Ряд исследований, проведенных как в СССР, так и в рамках Всемирной организации здравоохранения, показал, что зависит оно на 40 процентов от внешней среды и наследственных факторов, на 10 — от медицины и на 50 процентов — от образа и условий жизни. Последнее пора, наконец, постичь. Мы сами вредим себе и окружающим больше, чем жара, холод и микробы. Мы уничтожаем природу, не способны жить в мире сами с собой, не можем отказаться от того, что сокращает дни. Именно дни. В жизни, равной семидесяти годам, их немногим более 25 тысяч. Как много и... как мало.

Десятилетиями нас убеждали, что, в отличие от Запада, где люди работают, чтобы жить, мы живем, чтобы работать. Мы приучились даже гордиться этим. А может

быть, все-таки во главу угла надо ставить красоту жизни и осознание ее быстротечности? Может быть, тогда и здоровье обретет иной смысл?

«Вся правда — в литературе вещь немислямая, но все сказанное должно быть правдой», — писал Фридеберт Туглас.

Так посмотрим правде в глаза. Медицина сопровождает нас от рождения до смерти. Но какими бы ни были ее достижения, она всегда будет оставлять место для недовольства. Это тоже надо по-человечески понять, ибо никогда она не решит проблемы бессмертия и полностью от болезней людей не избавит.

Я вижу неудовлетворяющую материальную базу здравоохранения; знаю врачей, которым не место в медицине; понимаю ее несовершенство. И сознаю все это не только как врач, но и как любой человек, который ценит жизнь и не любит болезни и страдания. Поэтому и необходимо осознание того, что здоровье зависит от совместных усилий самого человека, медицины и общества. Подчеркиваю — совместных усилий! Недооценка любого звена мстит нашему благополучию.

К триединству этому и хочется призвать.

... Известно, что предисловия к книгам читать не любят. Это заметил еще Сервантес. И тем не менее хотелось бы, чтобы следующее за данным авторским вступлением предисловие к «Диалогу о медицине» было прочитано.

Оно не только сделает более понятными обсуждаемые в книге проблемы, но, может быть, и объяснит, почему медицина и человековедение неотделимы.

Из предисловия к 5-му изданию книги «Диалог о медицине»

Начало этой публикации положила брошюра «Врач, больной и время» (1970). Во многом дополненная, а по существу заново написанная, она легла в основу данной книги.

После выхода этих работ в свет мною получено большое количество писем от читателей — людей разных профессий и возрастов, пациентов, врачей и научных

работников. Не обошла молчанием эти издания и пресса.

Представляется естественным, что авторы писем и рецензий не во всем разделяли мои мысли и взгляды. Тем не менее в целом упомянутые публикации встретили доброжелательное отношение. Многие читатели предложили развить отдельные разделы, глубже коснуться ряда вопросов. За все замечания и советы приношу свою благодарность.

Считаю своим долгом принести здесь дань глубокого уважения тем, личный пример которых во многом способствовал моей работе над затрагиваемыми в данной книге проблемами.

Я имею в виду ныне покойных академиков Академии медицинских наук СССР Н. С. Молчанова, Б. Е. Вотчала и профессора М. И. Мастбаума.

Автор предисловия к брошюре «Врач, больной и время» Н. С. Молчанов был не только подлинным врачом и ученым, но и человеком удивительного обаяния, большой принципиальности и редкостной душевной щедрости. Трудно переоценить влияние, которое оказал на умы врачей моего поколения выдающийся терапевт, человек тонкого ума и энциклопедической образованности Б. Е. Вотчал. Мне посчастливилось многие годы близко знать Николая Семеновича и Бориса Евгеньевича. Им, как и моему первому послеинститутскому учителю заслуженному врачу Эстонской ССР Михаилу Ильичу Мастбауму, яркому представителю казанской школы терапевтов, во многом я обязан глубокой верой в то, что изучение этических и психологических вопросов медицины не менее важно, чем предупреждение болезней, умение ставить диагноз и лечить больных. Более того, с годами пришло убеждение, что все это взаимосвязано.

Проблема взаимоотношений пациента и врача столь же стара, как и болезни. Волнует она одинаково и медиков, и тех, кто обращается за медицинской помощью. Оно и естественно: от этого во многом зависит эффект лечения.

Меняются эпохи, люди, болезни, меняются и отношения между доктором и пациентом. Поэтому живет проблема. Только на русском языке ей посвящено за последние десятилетия более двух тысяч работ.

В 1967 году в Париже состоялся II Международный

конгресс по медицинской этике. В 1970 году эти же вопросы обсуждали симпозиум X Международного конгресса терапевтов в Варшаве и Международный конгресс историков медицины в Бухаресте. В 1973 году этико-деонтологические вопросы медицины в условиях научно-технической революции стали предметом обсуждения специального симпозиума XV Международного философского конгресса в Варне, в 1974 году — XVIII Международного конгресса по прикладной психологии в Монреале, в 1976 году — IV съезда терапевтов РСФСР в Ленинграде. В 1977 году в Москве состоялась Вторая всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. Наконец, в 1983 году Академией медицинских наук СССР проведена научно-методологическая конференция, посвященная этико-деонтологическим вопросам современной медицины.

Различные аспекты отношений врача и больного затрагиваются во многих вышедших за последние годы работах, разных как по фактическому материалу, так и по подходу к нему.

В настоящей книге медицинские проблемы рассматриваются сквозь призму взаимосвязей здоровья, болезни и социальных условий жизни, здравоохранения вчера, сегодня и завтра, в нашей стране и за рубежом, общества и медицины. Особое внимание уделено этико-психологическим аспектам последней.

Быть врачом — это значит обладать огромной надлюдьми властью. Поэтому пользоваться ею надо мудро, ответственно и человечно.

Обязанности врача суть права больного. Взаимоотношения их — понятие двустороннее. Нельзя рассматривать отношение врачей к больным в отрыве от отношения общества и больных к врачам. Нет отношения без взаимоотношений.

Не об этом ли, в частности, свидетельствуют изданная в Германской Демократической Республике книга М. Meischke с примечательным названием «Как я отношусь к своему врачу», раздел из румынской монографии V. Săhleanu, A. Athanasiu, посвященный... воспитанию больных, и подзаголовок в статье М. G. Secundu и V. Katz, касающейся врачей и больных, — «Курс по мастерству общения»?!

«Медицина есть энциклопедия жизни... — говорил

известный хирург профессор В. Л. Боголюбов. — Кто же, как не врач, видит... рождение, жизнь и смерть, здоровье и болезнь, боль страдания и радости, и все это — все в новых формах и проявлениях?!»

Да, врачебные наблюдения дают основания для многих раздумий.

Что определяет отношения врача и больного в настоящее время? От чего зависит авторитет доктора? Что представляет собой врач как пациент, когда он сам болен? Как уживаются культура и интеллигентность, с одной стороны, с верой в хилеров и знахарей — с другой? Что питает самоуверенность тех, кто, не разбираясь в медицине, пытается безапелляционно судить о том, что для нее хорошо, а что плохо? Эти и ряд других вопросов вставали передо мной на протяжении всей моей врачебной деятельности.

На некоторые из них ответила жизнь. Немало было почерпнуто из бесед с коллегами и пациентами. Все это, а быть может, и время заставили многое увидеть по-новому, хотя в целом укрепили в прежних суждениях. Есть среди них, вероятно, и спорные.

Однако следует ли защищать только устоявшиеся точки зрения в связи с тем, что они уже победили? Надо ли оперировать лишь аксиомами только потому, что их не надо отстаивать?

Отношения между людьми можно регламентировать лишь в главном, основном. Жизнь противоречива, нестандартна, многогранна, как и люди, сидящие по разные стороны стола врачебного кабинета.

Я просмотрел книги по деонтологии и врачебной этике, изданные в начале века. Наравне с вечными вопросами (требования к личности врача, врачебная тайна и пр.), в них много и таких, которые для советских врачей звучат более чем необычно: «сословные вопросы» врачебной практики, «обман и лихоимство при требовании гонорара», обязанности лейб-медиков по отношению к «высочайшим особам», правомочность требования врача об уплате денег вперед и т. п.

Какая пропасть лежит между нашим сегодняшним днем и этими проблемами, часть которых, как, например, использование медицины в качестве средства наживы и обогащения, до сих пор актуальна для большинства зарубежных стран.

Главное в советском здравоохранении — это его государственный характер. Естественно, этим во многом детерминированы взаимоотношения врача и больного. Рассматривая последние, нельзя, однако, пройти мимо ряда других факторов, присущих нашему времени и также влияющих на эти отношения.

Речь идет о резко возросшем числе врачей, о так называемой феминизации медицины, бесплатности медицинской помощи, росте культуры и образованности населения, увеличении числа старых и пожилых людей и, наконец, о том, что пронизывает всю сегодняшнюю жизнь, — влиянии научно-технической революции.

Менее полувека назад диагноз «злокачественное малокровие» звучал как диагноз «рак» сегодня. Слово «злокачественное» применительно к малокровию сейчас не употребляют — заболевшие им выздоравливают. На Земле растет более тысячи детей, «созданных» в пробирках. С пересаженным сердцем уже в наше время живут годами. Появился термин «реанимация» — выведение из состояния клинической смерти, «воскрешение из мертвых».

Все это похоже на сказку. Все это — плоды научно-технического прогресса.

Человек расщепляет атом, покоряет космос, собирается на Марс. Но тот же человек делает далеко не все, чтобы щадить других людей, чтобы прекрасные слова о должном в человеческих отношениях воплотить в жизнь, чтобы по крайней мере лучше понимать друг друга. Становятся синонимами утонченность и ханжество, рационализм и расчетливость, улыбочность и жестокость, сдержанность и безразличие. Академик АМН СССР А. Ф. Билибин в одной из своих статей (1981) с тревогой констатировал, что трещина между научно-технической революцией и душевностью, между разумом и сердцем не только стала рельефной, но и расширяется. Поражаешься, узнав, что первые участники полета на Луну — Н. Армстронг, Э. Олдрин и М. Коллинз — в дальнейшем на Земле ни разу не встречались. Почему-то именно во второй половине XX столетия один жалуются на «дефицит общения», другие — на «отравление людьми»...

Без настоящего взаимопонимания отношения больного и врача немислимы. В борьбе за здоровье, а это первое условие счастья, мы должны быть вместе. Вот почему

в этой книге сделана попытка отойти от установившихся за последние десятилетия традиционных форм обращения лишь к одной стороне.

Необходимо отметить, что такой подход к проблеме не является новым. Так, уже книги А. Молля и G. Mogahe (изданные соответственно в 1903 и 1904 гг.) были адресованы врачам и «публике» (у последнего автора — «интеллигентной публике»). В том же ключе написаны «Записки врача» В. В. Вересаева.

Было бы нескромно пытаться проводить аналогию с замечательной книгой В. В. Вересаева. Хочется просто подчеркнуть, что разговор «на равных» врачей и пациентов имеет и прецеденты, и глубокий смысл.

Конечно, рассматривать какой-либо вопрос только с одной точки зрения, то есть только врача или только пациента, проще. Но монологи не приводят к истине. Мне довелось слышать упреки, что все же в книге голос врача звучит отчетливее, чем пациента. Но разве жизнь, особенно врачебная, когда ее пытаются осмыслить, не постоянный диалог с самим собой?

Я не боюсь открыть дверь врачебного кабинета, чтобы поговорить о том, что волнует, о чем мы думаем и не всегда говорим, о чем говорим, но не всегда — друг другу. Японцы считают, что истина заключается не в том, что говорят, а в том, что подразумевают. Мои усилия были направлены на то, чтобы между этими двумя понятиями было по возможности меньше расхождений.

Почему мы недовольны медициной

... Никогда не бывает больших дел без больших трудностей.

Вольтер

Одна из самых высоких в мире обеспеченность врачами и больничными койками; постоянно растущая численность лечебно-профилактических учреждений; возможность бесплатно обратиться за медицинской помощью днем и ночью ... Перечень хорошо известных достижений нашего здравоохранения нетрудно продолжить. Достижений действительных и не всегда должным образом оцениваемых.

И тем не менее все это — лишь одна сторона рассматриваемой проблемы, быть может, скорее количественная.

Отвечая на вопрос, вынесенный в название главы, прежде всего хочется подчеркнуть мысль, что нет медицины вне общества, ее достоинства и недостатки являются его отражением. Не надо удивляться слабостям здравоохранения, обеспечивая жилплощадь вначале рыбака и токаря, а затем врача и медсестру, или относя работников табачных фабрик к производителям материальных благ, а тех, кто борется с курением, — к производственной сфере. Нельзя выделять здравоохранению средства по «остаточному принципу» и возмущаться тем, что больные лежат в больничных коридорах, что у нас плохая аппаратура и не хватает нужных лекарств.

Один из литераторов недавно написал, что «наша долготерпеливая медицина» молча прощает себе и обществу свою неустроенность. С этой оценкой положения можно согласиться лишь частично.

Мне приходилось посещать больницы настолько амортизированные и устаревшие, что в них стыдно было помещать больных. Не раз бывали там и работники исполкомов, и народные депутаты, и крупные хозяйственные работники. Смысл реакции был таков: «Молодцы! Тяжело, а работаете!» И ничего не менялось. Это — маленькое отражение дел в медицине в целом.

Вероятно, многие знают, что председателем Президиума Верховного Совета Киргизской ССР избран бригадир чабанов Т. Акматов. Слушая доклад председателя одного из райисполкомов, он поинтересовался падежом скота и сразу же получил исчерпывающую информацию. Затем был задан вопрос о том, сколько в районе умирает в течение года детей. Ответа не было.

В этом, казалось бы, частном эпизоде ярко отражается отношение к здравоохранению, причем не только в одном из районов Киргизии. Вот где корни «остаточного принципа» выделения средств на здоровье людей.

Если исходить из того, что бытие определяет сознание, то любым суждениям должна предшествовать оценка этого «медицинского бытия». Оценка без розовых очков.

Как стало недавно известно, горячее водоснабжение есть только в 35 процентах районных больниц страны, в 27 процентах из них отсутствует канализация, в 17 —

водопровод. Стоимость больничной койки, запланированная на эту пятилетку, в 2,2—4,4 раза ниже, чем в ряде социалистических стран. В одной из республик она соответствует месту в животноводческом комплексе. Не удивительно, что в другой республике больницу разместили в бывшей конюшне.

В 1987 году в Москве сносили старый квартал. Жителям дали новые квартиры, учреждениям — новые здания. Станции «Скорой помощи» было сказано односложно: «Выселяйтесь!» Куда — никого не интересовало. В одной из московских больниц рухнувший потолок привел к гибели больных.

Министр гражданской авиации СССР недавно выступил со статьей, в которой говорится: «Почему командир корабля, отвечающий за жизнь сотен людей, стоит в общей очереди на получение жилья?» Что ж, вопрос обоснованный.

А как быть врачам, которые отвечают за жизнь тысяч людей? Как мы дошли до того, что 40 процентов сельских врачей в стране не имеют вообще своего жилья?

Не стыдно ли, что до сих пор врачи и медсестры, руки которых надо беречь не меньше, чем у скрипачей и пианистов, заставляют копать картошку, полоть капусту, сортировать овощи, убирать сено и т. п. Пишем об этом, возмущаемся, но все остается по-прежнему. Неужели конец этому наступит лишь с завершением перестройки?

Цитата из «Известий»: «Хороший хозяин отличается от плохого не меньшим числом забот, а тем, что не путает первоочередного с прочим. Мы путаем. Дело не только в том, что медицине положено всего 4 процента национального дохода, это, несомненно, мало. Дело в том, что бедность медицины порождает и определенное отношение к ней, как к отрасли третьестепенной. Между тем медицина — не просто отрасль, ее в равное с другими положение ставить нельзя»*.

Вернемся к ассигнованиям. Министерство здравоохранения СССР выдвигает задачу их значительного увеличения. Однако ни сейчас, ни в ближайшие годы они не смогут идти ни в какое сравнение с аналогичными затратами в США, Великобритании и других развитых странах. В то же время следует соблюсти объективность

* Известия. 1987. 8 мая. № 128.

при всех подобных сопоставлениях. Так, суммы на государственное социальное страхование и социальное обеспечение у нас более чем в 3 раза превосходят ассигнования на здравоохранение.

В американских публикациях указывается, что расходы на здравоохранение составляют в среднем 2000 долларов на одного человека в год. Но цифра эта явно не отражает уровня всеобщей медицинской помощи. В среднем — это не каждый.

Верно, за счет широко развитой системы страхования американец из своего кармана покрывает лишь 28% расходов на медицинские услуги, однако, с учетом их стоимости, и эти проценты в абсолютных цифрах выражаются в больших суммах. Оплата при этом дифференцирована: пребывание в больнице пациент оплачивает в размере 12%, визит к терапевту — 37, к стоматологу — 70, к другим специалистам — 50, пребывание в домах сестринского ухода — 44, лекарства — 77%*.

В этом отношении наша медицина мало удовлетворяет в целом (на нее выделяют около 60—70 рублей на 1 жителя в год), зато качество помощи не определяется материальными возможностями человека (я не касаюсь тех небольших исключений, когда пациент оплачивает услуги врача или медицинской сестры в частном порядке).

Известный драматург Михаил Рошин, касаясь своих впечатлений о США, недавно писал: «Мне кажется, что журналисты совершают ошибку, без конца показывая нищего негра, сидящего на решетке метро. Америка — страна благополучных и богатых ...» Американцы сумели в 1987 году выделить на здравоохранение из разных источников 450 миллиардов долларов, то есть примерно в 20 раз больше, чем мы. Так давайте смотреть на вещи реально: нам сейчас такие расходы не под силу. За последние 70 лет, сколько существует Советский Союз, американцы не знали разрухи и не слышали (кроме как на Гавайских островах) свиста бомб.

Советский Союз познал голод и репрессии, кровопролитную войну и то, что именуют периодом застоя. И тем не менее создана система здравоохранения, принципы

* Statistical Abstract of the United States. 1986. P. 100—101. Цит. по: США-ЭПИ. 1987. № 12. С. 40—41.

которой — бесплатно, квалифицированность и доступность — безусловно, демократичны и прогрессивны. Медицина США далека от идеала, у нее свои проблемы. Но суть наших размышлений в ином: трудно ставить задачу догнать США по материальным вложениям в здравоохранение. В настоящее время говорить об этом бессмысленно. Но надо использовать идеи нашей системы, помноженные на полученные дополнительные ассигнования (прямо скажем, не очень большие), и американский рационализм, по крайней мере в отношении человека к собственному здоровью.

Ведь были в стране куда более трудные времена, и, тем не менее, были ликвидированы сыпный тиф и дифтерия, полиомиелит и малярия. И срабатывали не только деньги, но и система здравоохранения.

Необходимо искать. Искать новые пути решения болезненных вопросов, не ссылаясь на то, что когда-то было задумано так, и так должно быть всегда. Много лет назад довелось прочесть интересные размышления Н. Н. Смелякова «С чего начинается Родина». В книге есть такой эпизод. Одна из стран, производящих обувь, направила в Африку двух представителей для изучения возможного рынка сбыта. По прошествии определенного времени первый посланец сообщил, что для этого условия нет, так как все ходят босыми. Второй же доложил, что условия для продажи обуви отличные, так как все ходят босыми.

К сожалению, в подходах к поискам и экспериментам в здравоохранении мы слишком долго исходили из того, что было.

В 1966 году, в бытность главным терапевтом Таллинна, я закончил докторскую диссертацию, некоторые положения которой мне посоветовали проконсультировать у главного терапевта Министерства здравоохранения СССР.

Собственно, беспокоило меня одно: ряд положений диссертации расходился с установками Минздрава. Я спросил, каково к этому отношение главного терапевта. Реакция была быстрой: «Если диссертация повторяла бы имеющиеся установки, ее не стоило бы защищать».

Главным терапевтом был Е. И. Чазов. Было это более двадцати лет назад.

Думается, что в настоящее время поиск новых реше-

ний, новых подходов должен стать нормой нашего развития.

Возвращаясь к опыту США, не следует забывать, что государственные ассигнования в структуре расходов на здравоохранение составляют там 43—44 процента. На личные средства жителей и страховых компаний приходится около 55 процентов, благотворительные фонды и выплаты предприятий составляют 3—4 процента.

Думается, и мы смогли бы значительно улучшить материальное положение нашей медицины, если бы не ограничивались только статьей бюджета.

С учетом известного отставания и связанных с этим повышенных потребностей здравоохранения не думаю, что пожертвования и благотворительный фонд скажутся существенно. Но возможны и другие источники.

Так, в некоторых странах часть средств от продажи сигарет и алкогольных напитков идет на медицинские цели. Давайте задумаемся: ведь, действительно, рано или поздно, курильщику или пьянице понадобится медицинская помощь. Почему же за добровольное самоотравление должно платить все общество?

У нас ежегодно продают около 430 миллиардов сигарет и папирос. Если с каждой сигареты брать на медицинские цели дополнительно лишь по 1 копейке, это составит ежегодно 4,3 миллиарда рублей. И не надо страшиться в этом случае повышения цен. Не побоялись же в Венгрии с 1953 года восемь раз поднимать цены на табачные изделия.

Любопытен прецедент, имевший место в 1986 году в Швейцарии. Суд снизил больному размер пенсии по инвалидности вследствие перенесенного инфаркта миокарда. Причины: по мнению экспертов, длительное курение способствовало развитию заболевания.

Социолог И. В. Бестужев-Лада отметил, что в 80-х годах доходы от «других продовольственных товаров», среди которых основное место занимали алкогольные напитки, достигли в стране цифры в 56 миллиардов рублей в год. Известно, что спиртное принадлежит к немногим товарам, где прибыль может в сотню раз превысить себестоимость. Так не справедливо ли было бы часть вырученных средств отчислять медицине на последующее неизбежное лечение тех, кто стоит в очередях у винных магазинов? Пора научиться лучше и требова-

тельнее считать деньги и нам, медикам, и всем тем, кто **хочет** помочь медицине не на словах, а на деле.

Бывший министр здравоохранения США Джозеф Калифано считает, что здравоохранение является самым инфляционным сектором экономики. Заметьте: экономики! По его мнению, 25 процентов всех затрат — результат расточительности и неэффективности! И это в США!

А у нас?!

Но если мы хотим стать рачительными хозяевами медицинской помощи, то необходимы не только новые организационные и экономические подходы, но, я бы сказал, коренная перестройка мышления тех, от кого зависит оснащение медицины современной техникой и аппаратурой.

Исписано бесчисленное количество бумаг, проводятся бесконечные совещания о внедрении новых достижений науки в практику здравоохранения. Сколько раз после зарубежных командировок приходилось задумываться: как же составить отчет о виденном, что следует внедрить в нашу медицинскую жизнь? Ведь рекомендации купить такой-то аппарат или приобрести такие-то реактивы понимания не встретят. Нет валюты. Но разве можно сегодня отрывать организацию работы от вооруженности медицины современными возможностями науки и практики?

Складывается впечатление, что, много говоря о планировании — долгосрочном, системном, пятилетнем, до 2000 года и пр. — и вкладывая во что-то 1 рубль сегодня, мы хотим получить его обратно завтра.

И еще: кто осуществляет в стране планирование, при котором мы закупаем импортные алкогольные напитки, парфюмерию и оставляем больных без жизненно необходимых лекарств? Нравственно ли в таком случае приобретать вино и духи?!

Как-то я оказался в купе вагона с польским инженером, длительно жившим в СССР. Между прочим, он бросил такую реплику: у вас некоторые люди дают три рубля чаевых в ресторане и норовят проехать без билета в автобусе. Может быть, экономия на импортных лекарствах — из того же ряда фактов?

Компьютерные томографы, которые по своей значимости не уступают открытию рентгеновских лучей, стоят

дорого. Это так. Но сколько они экономят пресловутых койко-дней в больницах и насколько они ускоряют путь к правильному диагнозу. А как уменьшаются страдания больных, избавляемых от ненужных, травмирующих исследований, в том числе и так называемых пробных операций и различных пункций! Когда поликлиники будут иметь аппараты, с помощью которых по одной капле крови из пальца можно будет за считанные минуты получить ответ на десятки вопросов о ее компонентах и показателях? Да, и это стоит дорого. Но сколько экономится труда и времени медиков, нервов больных и как это ускоряет процесс распознавания болезни.

По инициативе Министерства здравоохранения СССР в 1987 году в Москве была организована выставка отечественного и зарубежного медицинского оборудования. Как заметил один корреспондент, «впервые мы... увидели свое убожество». Например, наши весы, дореволюционные, с точностью до килограмма, и американские, электронные, с точностью до миллиграмма. В этой же публикации говорится, что опять-таки «впервые мы заглянули правде в глаза». Да нет же! Мы, медики, ее давно знали и чувствовали, но изменить ничего не могли.

Директор Всесоюзного (!) научно-исследовательского центра по охране здоровья матери и ребенка проф. В. И. Кулаков в интервью газете «Правда» заявил: «За мою практику не получили ни одного толкового отечественного аппарата. Ни одного за тридцать лет! За всю космическую эру»*.

Не помню, сколько уже лет идет разговор о шприцах, иголках, системах переливания крови одноразового использования. А пока что мы продолжаем их кипятить, заражая некоторых больных вирусным гепатитом. Может быть, опасность СПИДа заставит, наконец, встряхнуться. К стати, не нас, медиков, а тех, кто стоит у руля производства, кто олицетворяет нашу власть и кто продолжает считать, что здравоохранение — не их дело. В конце 1987 года довелось увидеть по финской программе документальный телефильм «СПИД в Африке». Показывали отнюдь не столичные африканские больницы. Использовались там тем не менее только шприцы одно-

* Правда. 1987. 10 авг. № 222.

кратного применения. У нас же, как известно, умудрились, наконец, выпустить 30 миллионов таких шприцов, но... без игл.

Нет, вероятно, человека, которого бы не потрясла трагедия, случившаяся 3 июня 1989 года в Башкирии. Вследствие утечки газа и последовавшего взрыва в двух поездах пострадало или погибло более тысячи человек. Правление Советского детского фонда им. В. И. Ленина через Министерство иностранных дел СССР обратилось к благотворительным организациям ряда стран с просьбой срочно выслать для пострадавших от ожогов 20 кроватей на подушках и 60 специальных ингаляционных устройств. Хорошо, что ложная гордыня не затмила разум и человечность. Еще лет пять назад могло бы быть и иначе. Но почему этих кроватей и нужных аппаратов не оказалось в нашей стране? Ведь речь идет не о тысячах их и даже не о сотнях. Наверное, они недешевы. И кто-то, видимо, не считал их первостепенно необходимыми. Приоритетность — тоже деньги. Но что бесценнее жизни и что непоправимее смерти?

В упомянутой выше статье в «Известиях» журналисты И. Дементьева и С. Туровская спрашивают: «Где же та «нижняя отметка» милосердия общества, заходить за которую значит дискредитировать саму идею здравоохранения?» Вопрос, как видите, адресован обществу.

Автор одной из публикаций* рекомендовал руководителям министерств и ведомств, связанных с охраной здоровья, ложиться изредка в больницу. В обычную городскую. Желательно инкогнито. Для раздумий...

Итак, оснащенность здравоохранения необходимо менять коренным образом.

Надо быть, однако, честным. Неудовлетворенность медициной определяется и тем, что есть плохие врачи. Их не должно быть. Но они есть. И немало.

Есть потому, что нет профессиональных критериев для поступления в высшие медицинские учебные заведения. Есть потому, что врачей плохо готовят, потому, что они плохо учатся и их плохо проверяют. Есть потому, что в процессе учебы нет отбора — из кого получится реаниматолог, который борется со смертью, а кто должен

* Труд. 1983. 4 дек. № 278.

вскрывать умерших. А ведь скорость мышления и быстрота реакции у них должны быть разные.

Много лет назад мною было проведено анонимное анкетирование 366 терапевтов городов Эстонии, Риги и Воронежа. На вопрос «Удовлетворит ли Вас применительно к себе такое качество медицинской помощи, какую Вы оказываете другим больным?» 39 процентов опрошенных ответили отрицательно.

Данные эти были напечатаны. В числе откликов я получил письмо от одного кандидата медицинских наук. Он обвинил меня в дискредитации врачей. Ему не хотелось видеть и знать правду. Она, конечно, была грустной. И все же в этих самокритичных ответах можно было увидеть оценку того, что есть и чего не должно быть.

Но много ли изменилось за последние годы? По данным, приведенным в 1987 году министром здравоохранения СССР Е. И. Чазовым, 40 процентов выпускников медицинских вузов полностью лишены практических навыков. Среди 350 тысяч недавно аттестованных врачей почти 10 процентов аттестовано условно, а тысяча отстранена от работы из-за профессиональной непригодности.

Что касается близкой мне терапии, то в нее идут часто те, кто не находит себя в другом. А нас, терапевтов, называют первой линией медицины, самой нужной, самой важной, самой ответственной... Кстати, тоже пример того, как говорим одно, а делаем другое.

Нельзя также не признать, что конвейерно-поточная система формирования врачей приводит к тому, что среди них встречаются (как и среди всего населения) безответственные, поверхностные, нелюбопытные к новому и просто неумные люди.

Самокритично оценивая уровень многих врачей, нельзя рассматривать этот вопрос в отрыве от оплаты врачебного труда. Да, она должна быть дифференцированной — уравниловка порождает апатию и безответственность. Но оплата эта должна быть минимально приличной. Ведь обеспечен наш врач хуже, чем в большинстве стран мира. И проходить мимо этого негоже.

Существует еще один фактор неудовлетворенности медициной — ее несовершенство. Бывало, выдающиеся врачи, осознав и не сумев перенести его, бросали меди-

ливскую деятельность, а некоторые кончали жизнь самоубийством. Верно, это крайние и, к счастью, не столь уж частые случаи. А многим из нас приходится мириться с ошибками из-за того, что диагноз трудно или невозможно поставить, и с тем, что болезнь не поддается лечению.

За несовершенство медицины спрашивают с врача. Разве может стать легче от понимания того, что она не всесильна? Да и кто хочет это понять? Особенно если лишаешься близкого человека. А быть в ответе трудно. Но ведь так уж устроен каждый из нас, что кто-то должен ответить.

В 1950 году в Ленинграде была защищена диссертация, в которой было проанализировано 1854 акта судебно-медицинских экспертиз по обвинению врачей на протяжении 25 лет. Напомню, что речь идет о времени, когда либерализмом отнюдь не злоупотребляли. Оказалось, что в 80 процентах случаев обвинения были либо вообще не обоснованы, либо неблагоприятный исход зависел от несовершенства медицины.

Зарубежные исследования показывают, что и в настоящее время, несмотря на все достижения науки, в 5 процентах случаев, то есть у каждого двадцатого пациента, диагноз оказывается вне возможностей даже лучших врачей. Есть болезни, которые диагностировать можно, а излечить нельзя.

Всегда ли в свете этого отрицательные суждения о врачах справедливы? Нет. И утверждаю это я не из чувства корпоративности. Убежден: некоторых врачей критиковать мало — от них надо избавляться. От этого выиграют все: и здоровые, и больные. И медицина.

Надо, однако, решительно противостоять некомпетентным суждениям, особенно о врачебном профессионализме, в которых личное впечатление публично выдается за истину в последней инстанции.

Ведь большинство врачей все же, в большей или меньшей степени, но профессионалы, нормальные люди, которые стремятся в своем деле к хорошему, а не к плохому.

Нет ли перекоса в том, что, по данным Министерства здравоохранения СССР, в 1987 году из публикаций о медицине в широкой прессе 93 процента носили отрицательный характер?

А. П. Чехов познал медицину как писатель, врач и больной. Известно, как он умирал. Не просто умер, а именно умирал. Но необоснованные нападки на врачей не прощал даже человеку, перед которым преклонялся, — Л. Н. Толстому. «Толстой трактует о том, чего он не знает и чего из упрямства не хочет понять, — писал А. П. Чехов, — ... его суждения (о медицине — Н. Э.) ... прямо изобличают человека невежественного...» И это — о Л. Н. Толстом!

Здравоохранение не может развиваться без и вне критики. Важно лишь, чтобы она была честной и компетентной, проблемной и перспективной.

К сожалению, до недавнего прошлого мы придерживались в организации здравоохранения многих концепций, которые восходили к 30-м годам. Сыпной тиф был, по существу, побежден в стране после гражданской войны, а посетителей больниц еще 40 лет заставляли надевать белые халаты. Вот так и со многими нашими канонами. Кругом научно-техническая революция, а теории планирования и развития специализированной помощи в медицине не существует. Что касается необходимых организационных экспериментов, то большинство их умерщвлялось уже в утробе инициаторов, а меньшую часть высушивали финансовые рогадки. Кстати, сделаны они из крепких материалов...

В стратегии здравоохранения, в системе поисков и необходимы изменения.

Промахи прошлого следует не просто констатировать, а анализировать в сопоставлении с реалиями завтрашнего дня.

Сверять свои позиции нужно, конечно, и с мнением населения. При опросе, совместно проведенном в 1987 году Институтом социологических исследований Академии наук СССР и французским Институтом общественного мнения, среди 718 москвичей, ту или иную степень неудовлетворенности здравоохранением высказывали 56 процентов опрошенных.

Что ж, цифры есть цифры. И все же мнения должны быть аргументированными. Одна из центральных газет опубликовала письмо читательницы, в котором утверждается, что в московских больницах деньги берут всюду, а в Чите — нигде. Вывод тем не менее сделан всеобщий: «Ну что же мы лицемерим-то?! Она уже платная, давно

платная, наша медицина!» Я же не верю обоим утверждениям: и люди разные, и врачи тоже. В медицине есть и вымогатели, и случайные люди, но есть и те, которые часами стоят (а иногда умирают) у операционных столов и ночами дежурят в реанимационных, которые самоотверженно спасали чернобыльцев, воинов в Афганистане и пострадавших от землетрясения в Армении.

Внимательно следя за обсуждением проекта перестройки здравоохранения, я пришел к выводу, что никто так остро и нелюбезно не высказывался о недостатках и промахах последнего, как мы сами, врачи.

Многие на фоне имевшего места у нас застоя и безсловесного отставания охраны здоровья населения полагают, что за рубежом никаких проблем в этой области не существует. Это не так. И там имеют место и недовольство больных врачами, и неудовлетворенность медициной. Свидетельств тому множество. Ограничусь ссылками на две публикации последнего времени (1986 год). Статьи относятся к странам далеких друг от друга регионов.

В журнале «Всемирный форум здравоохранения» канадский профессор J. M. Last пишет: «Слишком часто падающие на сенсации журналисты, представляющие широкую прессу, предпочитают во всем винить работников коммунального здравоохранения. Ведь критиковать проще всего. . .»

Другое высказывание принадлежит А. Cohen, врачу Королевской больницы в Австралии: «Работников здравоохранения критикуют буквально со всех сторон. . . Они находятся как бы под увеличительным стеклом у журналистов, которые безжалостно подмечают все их промахи. . . Не удивительно поэтому, что люди, первоначально относившиеся к своему делу с подлинным энтузиазмом, постепенно падают духом, не видя ни радости от своей работы, ни благодарности за нее».

Должен при этом заметить, что в обеих странах и уровень здравоохранения, и возможности медицины достаточно высоки даже на фоне развитых государств.

В условиях социалистического здравоохранения вопрос об удовлетворенности или неудовлетворенности медициной не следует сводить лишь к уровню диагностики и лечения, к чему чаще всего сводятся все рассуждения и публикации. Разговор должен вестись, и, может быть,

даже в первую очередь, о профилактике — о сохранении здоровья и предупреждении болезней. Эта проблема требует сегодня коренного изменения к ней всего общества: медицинских работников, населения, общественных организаций, средств массовой информации.

На заре становления Советского государства было провозглашено, что именно профилактика должна служить основой действенности нашего здравоохранения. Положение, не вызывающее сомнения. А на деле?

При проведенном анонимном анкетировании большой группы терапевтов Таллина выяснилось, что половина из них считает лечебные мероприятия важнее профилактических и большинство к эффективности последних относится скептически. Что касается отношения населения, то, несмотря на четырехкратное приглашение, треть приглашенных к врачам не явилась, причем 22 процента из них ответило, что обследование их не интересует.

Причины игнорирования населением профилактики надо оценивать реалистично: мы сами, врачи, относимся к профилактике и диспансеризации подчас формально и пациент уходит из поликлиники, так и не поняв, кому нужен был визит — ему или врачу. И все же среди тех, кто игнорирует диспансеризацию, большинство не посещает врача прежде всего из-за пренебрежительного отношения к себе и своему здоровью.

В одной из публикаций журналист В. Надеин привел читательское письмо, в котором весьма точно схвачено отношение пациентов к своему здоровью и медицине: «Есть высокое и древнее искусство врачевания. Искусство, которым владеют чародеи. А тут является дядя, который еще вчера курил, как паровоз, пил, как конь, а уж при словах «утренняя физзарядка» смеялся во все горло. Теперь он приносит себя в поликлинику и говорит: вынь да положь мне мой заново здоровый организм. А то я на тебя жалобу напишу».

Более значительной могла бы быть роль профсоюзных организаций, которые видят подчас свои задачи лишь в контролирующих функциях в части нетрудоспособности. А ведь в центре внимания должны были бы находиться укрепление здоровья и совместные с медиками действия по предупреждению заболевания, активная заинтересованность в профилактических обследованиях.

Не является ли анахронизмом наличие в министерст-

гах и ведомствах управлений и отделов по охране труда, а не по охране здоровья? В 1986 году ежедневно 4 миллиона человек, или свыше 3 процентов занятых в народном хозяйстве, отсутствовали на работе по болезни. А если бы не «охраняли» наш труд, больных стало бы больше?

Предупреждение болезней, их раннее выявление требуют средств. И больших. Они нужны, например, для борьбы с курением и избытком веса. Так, в том, что касается сбалансированного питания, призывы недостаточны. Необходим кардинальный поворот к нему государства. Поставлена же в Великобритании задача снизить с помощью генной инженерии содержание жира в мясе за 3 года на 30 процентов. И это уже делается. В свете этого надо приветствовать государственные программы физического воспитания населения и по борьбе с курением. Пока что, видимо, нам сложно принять столь же конкретные меры по перестройке пищевой промышленности и рациональному питанию. Нужны средства и для оснащения поликлиник (в первую очередь, по сравнению с больницами) современной и информационной аппаратурой.

И чем все это будет быстрее, тем меньше потребуются больничных коек и операционных столов. Вероятно, такая перестройка мышления более революционна, чем отказ от уже апробированного проекта переброски стока рек с севера на юг страны. Но не пора ли, наконец, разорвать замкнутый круг, не пора ли всем над этим задуматься?

Французскому писателю Анри Маре принадлежит такое высказывание: «Существуют истины настолько очевидные, что вбить их в головы невозможно». Неужели с профилактикой происходит то же самое?

Кого-то может покоробить упоминание в контексте с медициной и здоровьем слова «средства». Закрывать стыдливо глаза на эту сторону здравоохранения не надо. Да, здоровье цены не имеет. Но стоит оно дорого, а болезни — еще дороже. За счет новых лекарств, новой аппаратуры, технического персонала. Стоит дорого всюду, в том числе и при социализме. Ассигнования на здравоохранение не безграничны. Обо всем этом надо напоминать и населению, привыкшему считать, что «бес-

платно — значит ничего не стоит», и кое-кому из нас, умеющих считать только собственные деньги.

Недавно мы узнали: по средней продолжительности жизни наша страна находится на 35-м месте в мире, а по детской смертности не без труда удалось подняться за последние годы с 50-го до 37-го места.

Есть, правда, и другие цифры: сегодня 80 процентов людей после инфаркта миокарда возвращаются к жизни, когда-то их было 20 процентов. От воспаления легких большинство заболевших выздоравливает, еще в 30-х годах оно уносило столько же жизней, сколько в наше время — рак. До 1922 года диагноз «сахарный диабет» звучал как смертный приговор, в настоящее время больные им живут столько же, сколько здоровые.

Достижения и недостатки медицины и здравоохранения надо видеть, не прибегая ни к преувеличению, ни к преуменьшению истинного положения дел.

В. И. Ленин призывал к тому, чтобы «не морочить себя, иметь смелость признать откровенно то, что есть»*. Если за трезвой оценкой последуют реальные дела, то, безусловно, можно будет решить нелегкие и ответственные проблемы, которые ставит перед нами жизнь.

Сегодняшний врач

Если суммировать все требования, предъявляемые к врачу, то положение его можно оценить как труднейшее среди существующих профессий.

А. Д. Очкин

Врач должен знать медицину. Это аксиома.

Что касается взаимоотношений с больным, то желаемое можно было бы кратко сформулировать так: к пациенту надо относиться сердечно, к врачу — уважительно.

Казалось бы, все это не очень оригинально, а главное — давно известно. Так стоит ли возвращаться к тому, что выглядит столь элементарным? Полагаю, что стоит, и вот почему.

Врачебная этика восходит своими корнями к Гиппократу. Выдающиеся врачи разных времен и народов оставили нам неувядающие примеры служения своему

* В. И. Ленин. Полное собр. соч. 5-е изд. Т. 1. С. 407.

долгу. Но даже самым лучшим идеям угрожают две опасности: вульгаризация и канонизация.

Так, этические нормы врача средневековья отличаются от требований, предъявляемых врачу двадцатого столетия. Перед анатомами эпохи Возрождения вставляли серьезные моральные и религиозные проблемы, когда для изучения органов и болезней они должны были вскрывать трупы.

В наших больницах вскрытие для выяснения причины смерти обязательно. В США — нет, там за это родственники должны платить, а такая возможность или желание бывают не у всех, поэтому пресса вынуждена убеждать население в необходимости этого акта. Вот проблема, меняющаяся как во времени, так и в зависимости от социальных условий.

Сто лет назад разговор о пересадке органов показался бы по меньшей мере странным. Сегодня трансплантация стала довольно распространенным явлением. Но вместе с тем появились и новые этические, юридические проблемы — кому можно пересаживать органы, когда, от кого...

Клятва Гиппократа запрещает врачу производить аборты, современные законы многих стран их разрешают.

Хотя в 1949 году в Женеве был утвержден «Международный кодекс врачебной деонтологии», представления о должном у советского и частнопрактикующего врача в зарубежных странах различны.

Примечательны в этом отношении результаты опроса, проведенного Американской ассоциацией студентов-медиков, о которых сообщает в своей книге «Доктора» Мартин Л. Гросс. На вопрос: «Что явилось основной причиной вашего выбора медицины как профессии?» 56 процентов из 694 опрошенных будущих врачей ответили: «деньги» или «положение».

Французский журнал опубликовал статью, название которой привожу дословно: «Какой объем работы должен проделать врач, чтобы обеспечить себе чистый доход в 6000 франков ежемесячно»*. Как мы видим, целью деятельности являются деньги.

При анкетировании 350 студентов Оренбургского ме-

* Med. prat. 1976. N 619. P. 115—119.

дицинского института лишь 1,4 процента из них указали как на причину выбора профессии «материальную обеспеченность врача». Ясно, что в СССР не меркантильные мотивы определяют причины конкурса на медицинские факультеты.

Вызывают скептическое отношение утверждения, в которых студенты объясняют желание стать врачами призванием. Так, студенты Милана дали такую мотивировку в 52 процентах случаев. Как было определено призвание, каковы его критерии? Разработаны ли они вообще?

Поэтому больше убеждают ответы, в которых молодежь объясняет свой выбор интересом к врачеванию и медицинской науке, семейными традициями, гуманизмом специальности.

Во врачебной этике, наравне с меняющимися нормами и требованиями эпохи и конкретных социально-политических условий, существуют непреходящие принципы, обусловленные спецификой медицинской профессии. «Спешите делать добро!» — такова лапидарная надпись, высеченная на могиле московского врача Ф. П. Гааза. Эти слова, вероятно, должны лежать в основе всего, что касается медицинской деонтологии.

Еще каких-нибудь сорок лет назад больной имел дело с одним врачом. Единственным. Он лечил от всех болезней. Олицетворял собой медицину в целом, а следовательно, и то, что было связано с проблемой «врач и больной».

Сейчас в наших условиях пациент встречается со всей системой здравоохранения: медицинским учреждением, коллективом врачей — терапевтом, рентгенологом, лаборантом, специалистом по электрокардиографии, офтальмологом, стоматологом, кардиологом и другими представителями современной медицины. Врачей много. В поликлинике. В больнице. Много вообще.

Кто-то заметил, что авторитет врачей неизбежно падает с увеличением их числа. Если бы это положение можно было принять за абсолютную истину, то обесценивалась бы врачебная специальность в целом. Этого, однако, не происходит.

И. И. Косарев и Т. Л. Бухарина отмечают, что в настоящее время в мире насчитывается примерно 40 тысяч специальностей. По данным этих авторов, уже на

протяжении нескольких десятков лет в СССР профессия врача по шкале престижности прочно удерживает пятое место, а ученые-медики — третье. В 1987 году медицинские и физкультурные институты по наплыву желающих в них поступить оказались уже на третьем месте (250 человек на 100 вакансий) после юридических вузов, факультетов университетов (270) и институтов искусства (350). В США, Польше и ФРГ врачи занимают первое место. В Японии их опережают по популярности лишь кинозвезды и летчики международных авиалиний. Не случайно там плата за обучение в высших медицинских учебных заведениях в 2,5 раза выше, чем в технических, и в 3,5 раза выше, чем в гуманитарных.

Если попытаться суммировать высказывания писателей, философов, самих медиков о требованиях, предъявляемых к врачу, то среднеарифметическая выглядела бы примерно так: в первую очередь, ему необходимы знание медицины и доброжелательность к людям.

Отмечу, что успехи медицины и смежных наук не облегчили стоящих перед сегодняшним врачом задач. Так, например, в начале нашего века эпилепсия рассматривалась как единое заболевание, а сейчас специалисты различают около 100 ее форм, ежегодно появляется около 300 новых генетических (врожденных) болезней. Современная медицинская номенклатура насчитывает до 30 тысяч заболеваний. Появились новые (например, «джинсовый дерматит», «диско-пальцы», СПИД и т. д.), изменили свое течение старые болезни. Это связано, в частности, с внедрением в быт химии, с воздействием шума, вибрации, появлением новых лекарственных препаратов, изменением возбудителей заболеваний и сопротивляемости организма и др. Все это, вместе с бурным ростом потока информации, не может облегчить врачебную деятельность.

Вернемся, однако, к деонтологическим вопросам.

Мною получено свыше 2200 анкет, розданных посетителям поликлиник городов Эстонской ССР, Тамбова и Актюбинска и заполнявшихся анонимно. 93 процента опрошенных оценивает деятельность участкового терапевта положительно, причем в 60 процентах анкет в основе этой оценки — внимательность и сердечность врачей. В то же время из небольшого числа больных,

давших отрицательную оценку участковому терапевту. 59 процентов мотивируют свое мнение некорректностью, спешкой врача и т. д. Небезынтересно отметить, что в США, при проведенном в эти же годы анкетировании, больные, отрицательно отзывавшиеся о лечащих врачах, среди причин этого указали на отсутствие доверия к ним, их заносчивость, а также на то, что они уделяют пациенту мало времени.

Если спешка является иногда результатом объективных (хотя и устранимых) факторов, то некорректность чаще всего — проявление особенностей характера, культуры человека. В этой связи следует отметить, что при наличии образования отсутствие воспитания особенно заметно.

Каковы же те тесты, которые позволили бы узреть в абитуриенте пригодность к врачебной деятельности? К сожалению, их нет.

Нельзя сказать, что этот вопрос выпал вообще из поля зрения тех, кто ответственен за подготовку врачей. Так, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения созвало в Швейцарии специальное совещание, рассмотревшее возможность отбора студентов, желающих получить медицинское образование. Однако выводы, сделанные рабочей группой, в которой, кстати, участвовал и представитель СССР, свелись к тому, что ни одна страна не может в настоящее время быть удовлетворена существующими принципами и системой оценки абитуриентов.

Отбор в медицинские, железнодорожные, сельскохозяйственные, полиграфические и другие вузы в общем-то проходит по единым принципам. Но коль скоро общество признает особую важность врачебной профессии, то и прием на медицинские факультеты не может находиться в зависимости только от того, насколько хорошо сдал кандидат приемные экзамены. Нет необходимости доказывать, что чувства гуманности или сострадания должны быть присущи врачу больше, чем инженеру или агроному в их профессиональной деятельности. На практике же получается так, как писал как-то А. Аграновский: говорим-то мы вдоль, а живем поперек... При этом складывается впечатление, что у нас (как, впрочем, и за рубежом) больше уделяется внимания системе подготовки врача, чем системе отбора тех, кто хочет стать врачом.

Так, например, анкетный опрос 724 студентов Новосибирского медицинского института показал, что целенаправленная профессиональная ориентация оказывает незначительное влияние на выбор медицинской профессии. Мотивы в большой мере оказались случайными. Аналогичные данные получены в Харькове. При собеседовании с абитуриентами, поступающими в медицинский институт, оказалось, что свыше 50 процентов из них не имеют четкого представления о врачебном труде.

Среди студентов (даже среди них!) трех медицинских институтов четкое представление о профессии врача имели 17,5—27,0 процентов, частично представляли себе ее 38,5—51,0, не имели вообще представления 8,0—11,5 и не смогли ответить на вопрос 20—30 процентов заполнивших анкеты (В. В. Ермаков, И. И. Косарев).

Но всегда ли за мотивами присутствуют необходимые человеческие и интеллектуальные качества?

Можно усвоить минимум технических приемов, но трудно преодолеть черствость и безразличие к другим людям, что будущему врачу абсолютно противопоказано. Мало убеждает статья (R. W. Sanson-Fisher, A. D. Poole), в которой рассказывается о воспитании (разрядка наша — Н. Э.) у студентов-медиков сочувствия к больным. Исследования шведских специалистов показали, что попытки обучения врачей достижению взаимопонимания с больными не достигли ожидаемого эффекта*.

Известный советский хирург С. С. Юдин считал, что нехватка знаний — беда поправимая. Нехватка природных способностей более опасна, ибо даже большим прилежанием нельзя восполнить то, чем обделила природа. «... Выработать любовь к делу, к избранной специальности почти невозможно, как нельзя насильно полюбить человека!» — писал он. Способность реагировать на чужую боль, как и чувства вообще, нельзя заменить протезом.

Мой коллега рассказал мне о следующем случае. К медсестре Ш. в сад зачастил дрозд, который клевал с кустов ягоды. Медсестре удалось его поймать. В наказание она решила дрозда ощипать. Живьем. И ощипала.

* Läkartidningen. 1986. V. 83. N 34. P. 2705—2707.

Дикий случай. На первый взгляд не имеющий отношения к общению с больными. Но моментальная фотография схватила оскал садистки. Я не знаю, как эта сестра делает инъекции. Может быть, даже хорошо. Но можно ли такому медработнику доверить здоровье и жизнь людей?

За рубежом давно проявляют интерес к тестированию.

Но как не вспомнить, что А. П. Чехов никогда не получал за школьные сочинения больше тройки; М. Е. Салтыков-Щедрин, написав сочинение за дочь, получил двойку, да еще с припиской: «Не знаете русского языка»; при отборе в оперный хор был принят Максим Горький, а Ф. И. Шаляпин получил отказ; Карлу Линнею прочили карьеру сапожника, а Джеймс Уатт, Гельмгольц и Свифт считались в школе бездарными; Джузеппе Верди отказали в приеме в Миланскую консерваторию, а про Вальтера Скотта профессор университета сказал: «Он глуп и останется глупым...» В аттестате Гегеля было указано, что он имеет хорошие способности, но мало знаний, а в философии может быть назван идиотом. Более свежий пример: в 1987 году некая Мэрилин Мах подвергла себя так называемому «тесту на интеллект» и установила мировой рекорд, набрав 230 очков; Альберт Эйнштейн набрал их всего 173... Перечень можно было бы продолжить.

И все же какие-то дополнительные критерии или тесты к экзаменационным оценкам нужны (речь идет об абитуриентах, решивших заняться врачеванием). Подход, естественно, иной к тем, кто собирается посвятить себя теоретической, экспериментальной медицине, лабораторному делу и т. п.

Применение тестов не идентично тестированию, которое сводится к математическому фетишизму полученных данных, к абсолютизации метода. В Таджикском медицинском институте ежегодно более 200 человек, подавших заявления, после беседы с членами приемной комиссии меняют свой выбор. Высказываются мнения, что на собеседованиях до поступления в медицинский вуз надо давать психологические задачи, «сталкивая» абитуриентов с человеческой бедой, выяснять их реакцию. Правда, в этих случаях абитуриент может и «сыграть в добропорядочность», или учесть конъюнктуру. Если в

Былые годы поступающие на медицинские факультеты заявляли при собеседовании, что стремятся быть кардиохирургами, реаниматорами, офтальмологами и т. д., то теперь, сориентировавшись, все хотят стать участковыми врачами и никем более. Невольно вспоминается, как несколько лет назад при проведенном нами анонимном опросе выпускников двух медицинских вузов выяснилось, что на участке хочет работать лишь один человек...

Желательно, чтобы поступающие на медицинские факультеты писали сочинения, например, на такие темы, как «Почему я решил стать врачом», «Как я себе представляю труд врача» и т. п. В этом, безусловно, есть известный смысл.

Интересные мысли высказал мне в своем письме доктор медицинских наук Ю. Б. Он считает, что чувство сострадания и любовь к ближнему — качества, необходимые каждому нормальному человеку в цивилизованном обществе. А врачу, кроме того, совершенно необходимы профессиональная любознательность и способность мыслить. С этим нельзя не согласиться.

В настоящее время на медицинский факультет могут практически поступить в основном лишь те, кто поработал до этого в лечебно-профилактическом учреждении.

Эти новые правила приема, конечно, уменьшают возможность ошибки при выборе профессии. Такие люди лучше подготовлены к запахам и язвам, гною и крови, страданиям и смерти. Наверное, читать об этом неприятно, но еще тяжелее столкнуться со всем этим неожиданно. Будущий врач не должен себя готовить только к розам.

По данным, приведенным профессором О. П. Щепиным при выступлении в Таллинне, в ГДР 40 процентов абитуриентов, поработав на медицинском поприще 2 года, оставляют желание стать врачами.

В связи с новыми правилами приема возникли и новые проблемы. Так как без медицинского стажа может быть принято примерно 20 процентов абитуриентов, многие, даже медалисты, и особенно юноши, предпочитают не рисковать и поступать в другие высшие учебные заведения, где не требуется предварительная профессиональная подготовка. Складывается парадоксальная ситуация: в медицину идут люди с соответствующим

стажем, но не во всем лучшие. Не случайно Министерство здравоохранения СССР уже поставило вопрос об устранении этого «перекося».

Во Франции (например, в Лионе) пригодность к врачебной деятельности проверяют уже после поступления на медицинский факультет. Применение тестов приводит после первого курса к отсеиванию чуть ли не половины студентов.

Примерные проценты отсева студентов с первого и второго курсов (без тестирования) у нас значительно ниже. Они известны. Не рационально ли набирать большее число абитуриентов с тем, чтобы отбор лиц, годных для медицины, осуществлялся уже в процессе учебы? Если медицина не дается, едва ли надо такого человека «тянуть» до седьмого курса с тем, чтобы затем выдать ему диплом фельдшера. Не слишком ли это расточительно: средний медицинский работник с семилетней подготовкой?! Такие вопросы следует решать не позже третьего курса. И, конечно, следует использовать также тесты. В США при профессиональном отборе широкое применение нашел «Миннесотский многофазный личностный тест», или сокращенно ММПИ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), который уже к 1960 году был переведен на 16 языков. В том числе и на русский...

Существует и другая, не менее актуальная проблема: требования, предъявляемые к психиатру и лаборанту, врачам отделений реанимации и реабилитации, различны. Поэтому должен бы существовать профотбор и в самих вузах с тестированием и привлечением психологов — вопрос, который, насколько известно, вообще не обсуждается.

Итак, число врачей. Их действительно много. Больше, чем в прошлые времена. Дореволюционная Россия была обеспечена врачами в 8 раз хуже, чем США. В СССР обеспеченность врачами на 10 тыс. населения более чем в 1½ раза выше, чем в США. Явление это само по себе положительное. Но важно, чтобы за внушительными цифрами не упустить то, что всегда делало нашу специальность самой человечной и нужной. Высшие учебные заведения дают в настоящее время достаточно широкое образование. Что же касается воспитания личности, то оно, как мне кажется, отстаёт.

В связи с материалами приведенной выше анкеты опроса посетителей поликлиник, за «круглым столом» «Литературной газеты» мне был поставлен интересный вопрос: «Согласно вашим данным, большинство ценит у врачей вежливость, а не профессиональные достоинства. К вежливости же сводятся подчас и требования к врачу, которые звучат в выступлениях прессы. Не ослабляет ли это у врачей стимула к подлинному профессионализму?..»

Замечу, что зарубежная деонтология пропагандирует иногда даже сознательную «сухость» отношения врачей к больным. Считают, что сокращение дистанции между врачом и больным ухудшает психологическое воздействие на последнего. Автор нашумевшей в двадцатых годах книги «Врач и его призвание» Эрвин Лик прямо призывал к тому, чтобы известная дистанция сохранялась при любых обстоятельствах. Осуществивший впервые успешную пересадку сердца известный хирург Кристиан Барнард тоже заявил, что не стремится делать больных своими друзьями.

На мой взгляд, проявление доброжелательного отношения к больному — важный элемент лечебного воздействия, поэтому без него немислим «профессионализм». В силу этого едва ли правильно ставить вопрос «или... или». Тем не менее, если бы передо мной возникла необходимость обязательного выбора, я бы предпочел неприветливого, но знающего свое дело врача тому, кто добр и часто улыбается, но лечить не может. Одна из моих пациенток рассказывала, что врач поглаживал ей ладонь, называл «голубушкой», но не мог разобраться в том, чем она болеет...

Вероятно, профессионализм, знание своего дела, любовь к нему — основа того, что будет сделано все, что возможно.

Известного фельетониста Сем. Нариньяни привезли в одну из московских больниц с переломом кости. Проходило время, он лежал в приемном покое, но подходить к нему никто не собирался. Боли были сильные. У проходившей санитарки он спросил, куда исчезли врачи.

— Все на партийном собрании, — ответила нянечка.

— В моем положении меня устроит и беспартийный доктор, — заметил больной.

Существует мнение, что в век компьютеров женщины «гуманизируют» врачебную профессию.

Вопрос о том, как влияет на сегодняшнюю медицину увеличение среди врачей удельного веса женщин, конечно, не однозначный.

По данным, опубликованным Всемирной организацией здравоохранения, и некоторым другим источникам, самый высокий процент женщин в здравоохранении Советского Союза — 72,5. В Испании женщины-врачи составляют 3,5 процента, в Италии — 6,3, в Японии — 10,5, во Франции и Швейцарии — 17, в Великобритании и ФРГ — более 25 процентов. В США процент женщин вырос с 5 в 1950 году до 12 в 1986 году и продолжает расти.

В социалистических странах этот показатель приближается к 40, будучи наиболее высоким в Польше (около 50 процентов).

В древности у многих народов талантами врачевания наделяли женщин: Полидамна у Еврипида, Медея у Диодора, Берегиня у восточных славян и т. д.

В наше время во многих капиталистических странах женщине-врачу часто не доверяют. В этом можно усмотреть проявление деформированных представлений не только об их способностях, но и о целях, которые они ставят перед собой, поступая в высшее учебное заведение. Считают, что в США женщины поступают в университеты, чтобы найти мужа. Именно поэтому они и... бросают учебу: либо с тем, чтобы выйти замуж, либо из боязни, что избыток культуры помешает найти мужа. Для женщин придумали даже новый диплом: вместо «Ph. D.» — доктор философии — там значится «Dh. T.» — искусство способствовать успехам своего мужа.

Некоторые американские авторы, отрицая за женщинами возможность полноценно заниматься медициной, позволяют себе делать такие же выводы и о советских женщинах-врачах.

Одного ученого спросили, нужны ли в науке женщины. Он ответил, что нужны: на них глаз отдыхает. Этой сентенции я не разделяю. Опыт нашего здравоохранения сама жизнь опровергают эти концепции. Среди женщин в СССР около 2 тысяч докторов и более 18 тысяч кандидатов медицинских наук.

Но будем откровенны: возможность женщин отдавать свое время и знания медицине все же меньше, чем у мужчин.

Поэтому юношей действительно принимают в медицинские институты охотнее, чем девушек, и, нечего грех таить, даже с более низким проходным баллом. Последние менее мобильны, а семейные интересы у них обычно выше профессиональных.

Как показали специальные исследования, проведенные в медицинском институте Ростова-на-Дону, студентки отличаются большим прилежанием и лучшей успеваемостью, чем студенты. Более того, при исследовании у студентов-медиков личностных «врачебных качеств» (жалость, сострадание, чуткость, отзывчивость и т. п.) все показатели, за исключением сдержанности, оказались у женщин лучше, чем у мужчин. Не может быть поэтому речи о непригодности женщин к врачебной деятельности.

Когда же мною были анонимно опрошены терапевты по вопросу о том, что делается ими для повышения своей профессиональной подготовки, мужчины в этом отношении выглядели лучше. При опросе терапевтов Эстонии (а среди них женщины составляют подавляющее большинство) выяснилось, что они предпочитают курсы повышения квалификации длительностью не в четыре месяца, а в один-два. Сказывается, конечно, семья... Из различных социологических исследований известно, что женщины имеют в два-три раза меньше свободного времени, чем мужчины. Противоречия между профессиональной и семейной ролями женщины пока что не устранены. Примечательно название монографии социологов А. Г. Харчева и С. И. Голода «Профессиональная работа женщин и семья». Никому не придет в голову заняться проблемой «профессиональная работа мужчин и семья». Нет проблемы.

На фоне неразработанности вопросов психологии труда, особенно женского, было бы крайне важно научно объективизировать целесообразность работы женщин по той или иной врачебной специальности. Сегодня в этом — самотек.

Можно предположить, что там, где особенно необходимы нежность, теплота, скажем, в педиатрии, женщины могут принести наибольшую пользу. Не ясно для меня

их место в хирургии, хотя тяга женщин к ней, например среди американских врачей, за последние годы растет.

К слову сказать, попытка изучения этого вопроса в США показала, что в настоящее время женщины в первую очередь отдают предпочтение анестезиологии, педиатрии, общей, профилактической и реабилитационной медицине. Они предпочитают жизнь в городе, пациентов своего пола и несовершеннолетних. Относительно больше времени, чем мужчины, они уделяют больному на приеме, избегают общественной работы, более равнодушны к престижности. Обращает внимание, что во всех врачебных профессиях их производительность труда ниже, чем у мужчин.

В советском здравоохранении женщины занимают и будут занимать в дальнейшем большое место. Удельный вес женщин, судя по всему, имеет отчетливую тенденцию роста и в медицине зарубежных стран.

Надо поэтому искать пути, при которых в меньшей мере возникали бы коллизии между семьей и медициной. Искать. А не ограничиваться констатацией того, что у мужчин и женщин равные права.

Права-то равные, а обязанности и реальные возможности разные. Это понимают здоровые. Когда же больной приходит к врачу, ему до этого дела нет. И не должно быть.

Техницизм и «ветеринаризация» врачевания

Все прогрессы реакционны,
если рушится человек.

Андрей Вознесенский

На взаимоотношениях врача и больного в настоящее время сказывается еще один фактор — достижения точных наук, успехи медицины, бурно развивающаяся специализация.

В художественной литературе не раз вспоминают доброго врача старых времен, который лечил всю семью от всех болезней. Вспоминают его и в научных публикациях. Одни усматривают его слабость в невозможности

объять ставшие необъятными знания, другие умиляются тому, что он даже предвидит заранее, какие его рекомендации будут выполнены, и посвящен в то, кто числится в друзьях дома.

За рубежом появились публикации, доказывающие, что существует «глубокая историческая связь» между научно-техническим прогрессом в медицине и общей деградацией врачебной репутации.

Что греха таить, умения говорить с больным, выслушать его, осмотреть, как это делали не обремененные техникой старые доктора, некоторым врачам моего поколения действительно не хватает. В этом отношении упреки в наш адрес, к сожалению, нередко оправданы. Понятно стремление сделать современного городского участкового терапевта семейным врачом (правда, менее «осведомленным», чем в некоторых зарубежных странах). Этот вопрос мы рассмотрим более подробно в следующей главе.

Прав академик АМН СССР Ф. И. Комаров, считающий, что от того, каков участковый врач, во многом зависит взгляд больного на медицину в целом.

Но, подчеркну, речь идет о терапевте, а не о враче по всем специальностям. И это, кстати, отличает советское здравоохранение от здравоохранения большинства зарубежных стран, в которых центральной фигурой внебольничной помощи даже в больших городах до настоящего времени остается врач общей практики.

Специализация — знамение времени, она прогрессивна и неудержима. Развитие высококвалифицированной специализированной помощи и существование медицины, обращенной в прошлое, несовместимы. Но специализация породила совершенно новые проблемы. Число специалистов приближается уже к количеству органов человека. Сейчас в медицине насчитывается 350 специальностей. А больной-то — один. Ведь почка или щитовидная железа может перед иным врачом заслонить человека! Как совместить высокий уровень подготовки по узкой специальности с широким медицинским кругозором? Мне кажется, что там, где нет последнего, уже создаются предпосылки к коллизиям: неизбежна недооценка личности больного и переоценка собственной.

У Александра Федоровича Билибина я видел небольшую картину: у края высокого обрыва стоит мальчик,

восхищенно смотрящий на прекрасное небо. Он пойдет за звездами или сорвется вниз? Картина называется «Камо грядеши»...

Специализация тесно связана с использованием достижений современных точных наук, кибернетики, техники. Нередко вспоминают при этом высказывание о том, что в каждой дисциплине столько науки, сколько в ней математики. Но медицина — и наука, и искусство. В науке можно найти элементы искусства, а в искусстве — элементы науки. А. Эйнштейн, не разделявший приведенного выше высказывания, считал, что ему как ученому Ф. М. Достоевский дал несоизмеримо больше, чем самые крупные математики мира.

На фоне чрезмерного увлечения некоторых врачей анализами и аппаратами привлечение внимания медиков к личности больного, ее интегральной оценке и целостному восприятию организма представляется более чем своевременным.

Не могу без некоторой горечи вспомнить о двух пациентах, поведение которых представляется не случайным. Один из них на вопрос «Что вас беспокоит?» ответил вопросом «С чего начать?», полагая, что на рассказ «с начала» у врача времени не хватит. Другой больной, войдя в кабинет, тут же начал молча раздеваться...

А вот два наблюдения из медицинской литературы. Вопрос к пациенту: «На что вы жалуетесь?» Ответ: «У меня много всевозможных жалоб». Не поинтересовавшись, о чем идет речь, что конкретно больного беспокоит, врач тут же записывает: «Высказывает много всевозможных жалоб».

В поликлинику явилась женщина, которая довольно долго и возбужденно рассказывала о своих переживаниях. Закончив рассказ и не проявляя даже намерения получить какие-либо рекомендации, она выпалила в заключение: «Спасибо, что выслушали!», встала и ушла.

Все эти примеры одного порядка. В их основе — отнюдь не дефицит времени у врачей, как некоторые думают и о чем пойдет разговор дальше.

Один из немецких авторов писал, что женщины часто приходят на прием к врачу не только для лечения, но и для исповеди. В то время можно было исповедоваться не только у врача. Сейчас не исповедуются ни у пас-

тора, ни у врача. Но чтобы последний внимательно выслушал, хотят все больные: и женщины, и мужчины. Есть латинская поговорка — *dixi et animam levavi* — сказал и облегчил тем душу. Древние греки подчеркивали, что сила Эскулапа была не столько в том, как он говорил, сколько в том, как он слушал. Оно и понятно, ведь это тоже лечение, если врач способен услышать.

В некоторых статьях появился новый, с тревогой применяемый термин: ветеринаризация медицины.

Что вкладывают в это понятие?

Речь-то и идет о заслонении личности больного анализами и кривыми вследствие того, что былой принцип отношений «врач — больной» все больше подменяется принципом «врач — аппарат — больной». Между людьми оказалась техника, которая, как говорят, «контузит» некоторых врачей своей ударной волной. Отношение врача с пациентом обезличивает, стандартизирует аппарат. В ветеринарии нет личности — есть бессловесная особь, человек же — всегда личность с присущими ей особенностями характера, воспитания, темперамента, с разной степенью эмоциональности и т. д. И если врач — настоящий врач, он не может всего этого не учитывать.

Поэтому я и сомневаюсь, чтобы робот, заменяющий врача, смог стать идеалом больного даже в будущем.

Кибернетика компрометации не заслуживает и в защите не нуждается. Одни называют кибернетические машины умными, другие — идиотами с феноменальной способностью считать и запоминать. Но никто не надеется машины сердцем, тем сердцем, без которого нет настоящего врача, нет врачевания, нет понимания чужого горя и страдания.

Мой учитель, Михаил Ильич Мастбаум, начинал консультацию больного с того, что молча и чуть улыбаясь всматривался в его глаза. Сколько раз приходилось наблюдать, как под влиянием этого умного и ободряющего взгляда пациент, который скованно и напряженно ожидал встречи с профессором, «оттаивал».

Во многих работах о сегодняшнем и завтрашнем дне деонтологии приводится следующее высказывание Антуана де Сент-Экзюпери: «Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут

У него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной-единственной пилюлей. И все же, если я заболел, то обращусь к какому-нибудь старому земскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскуривая трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль! Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

Когда к известному терапевту академику АМН СССР В. Х. Василенко обратились с вопросом, кого бы он при необходимости предпочел в настоящее время — масти-того корифея прошлого или современного молодого врача, ученый отдал предпочтение последнему, но с оговоркой: если только это хороший врач.

Заглядывая в будущее, хочется все же увидеть врача, не ставшего рабом техники. Но обогащенного ею! Представьте на минутку, что у близкого вам человека внезапно появились боли в левой половине грудной клетки. К вам пришел милый, добрый доктор, но он может только пощупать пульс и послушать сердце. Смогут ли вас удовлетворить лишь человеческие качества врача? Достаточны ли они для компенсации невозможности точно и быстро поставить диагноз?

Еще раз хочу подчеркнуть: будущее в гармонии, а не в противопоставлении личности технике. Сейчас многое делается для того, чтобы врач не превращался в приставку к аппарату. Но, видимо, существует и опасность появления культа аппаратов у больных, когда достоинства врача оцениваются по количеству выданных им направлений на анализы или другие исследования.

Т. — инженер, находящийся на руководящей работе. Диагноз ясен. Назначаю лечение. Прошу пациента прийти через две недели. Т. реагирует на это своеобразно:

— Зачем приходите? Разве так сейчас ставят диагнозы? Вы же ни одного анализа не назначили. А хотите лечить!

Речь идет о теневой стороне роста информации и неправильного просвещения населения, что стало также важным фактором, влияющим на отношения больного и врача в настоящее время. К этому мы еще вернемся дальше.

Семейный доктор: от реалий к будущему

Крупный успех составляется из множества предусмотренных и обдуманных мелочей.

В. О. Ключевский

Во всем мире уже давно понимают, что успех или неудачи здравоохранения во многом зависят от первой его линии. У нас это участковые терапевты, за рубежом — чаще врачи общей практики. Последние работают на основе, можно сказать, столетиями устоявшихся традиций.

Развитие медицины и прогрессирующая специализация породили, однако, ряд проблем, касающихся функций и будущего этих врачей. В поисках ответов на них организаторы здравоохранения столкнулись, особенно в последние десятилетия, с неразрешимыми трудностями.

В одном убежден: понятия «общепрактикующий врач» и «семейный врач» — не одно и то же. Говоря о первом, мы должны ответить на вопрос, что он должен знать; говоря о втором, имеется в виду, каким он должен быть.

Нет ни одного солидного зарубежного клинического журнала, в котором бы систематически не поднимались вопросы о неудовлетворенности этими врачами, их подготовкой, границах знаний, путях интеграции с другими специалистами и т. д. и т. п. Одни видят в них «венец творения» медицины, другие считают, что траурные рамки в вечерних газетах — прежде всего их «заслуга».

Видимо, многие вопросы проистекают от непонимания того, что нет модели общепрактикующего врача для всех стран и всех систем здравоохранения. Скажем, там, где на первой линии работают и педиатры, его задачи одни, где их нет — другие; в слаборазвитых государствах — одни, в развитых — иные; степень развитости специализации в добольничной сети, ее функции в той или иной стране также сказываются на объеме работы такого врача и т. д.

То, что он должен быть семейным доктором, — вопрос не обсуждаемый. Под этим разумеется, что он

годами работает на своем участке, знает различные поколения семьи, детей до их рождения, является для жителей своего участка — здоровых и больных — советчиком, если хотите, духовником, другом. Необходимость переориентации участкового врача в семейного давно стучалась в дверь. Это более чем своевременно и прогрессивно.

Сложность этой задачи не следует тем не менее недооценивать. В системе медицинского образования проблемы семьи были преданы у нас забвению. Проходили десятилетия, а врачей, как и в двадцатых годах, учили интересоваться душевными на заводах и профессиональными вредностями. Но муж-пьяница или жена-скандалистка уносили и уносят куда больше здоровья. А несовместимость с руководителем, несоразмерно повышенные личные амбиции, зависть или склочность — во что обходятся они!

Для того, чтобы в этом разобраться, чтобы врач заслужил право на доверительность, надо уметь всматриваться, думать и сострадать. Надо быть не только хорошим профессионалом, но и психотерапевтом, психологом, интеллигентом. И по-настоящему любить свое дело, свою профессию.

Все ли здесь благополучно?

Меня озадачила недавняя публикация, отражающая результаты опроса 152 участковых терапевтов. По мнению 76,9 процента из них, лабораторные анализы и функционально-диагностические обследования целесообразно проводить перед (1) врачебным осмотром. И пусть речь идет о профосмотрах, но где же примат жалоб, ощущений человека, оценка личности больного, чему десятилетиями всех нас учили?!

Раньше меньше знали, поэтому должны были больше думать. Сейчас некоторые знать не хотят, а думать не умеют. Эмиль Золя привязывал себя к креслу, чтобы написать нужное количество страниц. Некоторых из нас, врачей, надо привязывать, чтобы мы прочитали необходимую литературу по специальности.

Проведенное нами ряд лет назад анкетирование терапевтов (не только Эстонии и не только участковых врачей) показало, что 10 процентов из них не прочитывает в течение года ни одной медицинской книги, а примерно треть их них — одну-две. Писать об этом тяго-

ство, но таковы реалии. Незнание художественной литературы и искусства еще более удручающе.

После моей публикации в 1987 году в эстонской литературной газете «Sirp ja Vasar» один из знакомых **счел**, что зря я пишу о падении культуры и интеллигентности современного врача. Это, мол, нарушение принципов профессиональной этики.

С этим согласиться трудно.

Неужели делать вид, что все хорошо, лучше, чем отдавать себе отчет в неблагоприятии? Страусовое видение жизни обошлось дорого, и не только медицине. К тому же, что **король гол**, уже давно замечают многие.

Мы слишком много лет утверждали, что у нас все **самое лучшее** в мире: и медицина, и охрана здоровья, и врачи. Должен признаться: не только пациенты, но и мы, **медики**, при этом себя не обманывали. Однако сейчас, **кажется**, все поняли: так дальше жить нельзя.

В конечном счете можно понять тех, кто не любит, **скажем**, читать пьесы или слушать хоровое пение, не **восторгается** Марком Шагалом или не понимает Сальвадора Дали.

Но вот пример другого рода.

Во время обхода обращаю внимание на руки **большого**. Их характеристике посвящено множество исследований. Руки говорят не только о той или иной болезни, но и о характере, темпераменте, воспитании, профессии и многом другом. Осмотр ногтей, пальцев, их формы, движений могут рассказать опытному доктору многое. М. И. Мастбаум в свое время написал интереснейшее **эссе-исследование** «Рука больного» ... Так вот, анализируя особенности болезни пациента, задаю присутствующим молодым врачам вопрос, кто читал новеллу Стефана Цвейга «Двадцать четыре часа из жизни женщины»? В ней дано блистательное, психологически и художественно неповторимое, описание различных рук. Молчание. Спрашиваю после этого, кто такой Стефан Цвейг. Выясняется, никто не знает.

Доводилось знать врачей, у которых в домашней библиотеке были только журналы мод и книги по кулинарии. За рубежом тоже встречались доктора, знавшие, что **твист** изобрел Чабби Чеккер, а миниюбки — Мери Куант, но плохо помнившие, что дал человечеству Герхард Домагк и не слышавшие фамилии доктора Дю-

нана — создателя международного общества Красного Креста.

Может быть, такие врачи со временем и будут хорошо знать электрокардиографию или уметь делать различные процедуры, но как личности они неинтересны. Они малообразованные.

Есть у них диплом о высшем образовании, но нет вкуса к культуре, к самовоспитанию. В этом — явный отход от того, что когда-то вкладывалось в слова «доктор» и «интеллигент».

Трудно согласиться с мнением одного из наших известных кардиохирургов, заявившего: «У профессионала не должно быть побочных, кроме работы, увлечений. У него должно быть так: работа—хобби, хобби—работа».

Л. Ауэнбруггер, у которого был великолепный музыкальный слух, предложил метод выстукивания (перкуссии), врач К. И. Гибенталь, увлекавшийся лепкой, впервые в мире открыл гипс для хирургической практики. Конечно, можно сказать, что примеры эти уж очень необычны. Важнее то, что сентенции, сводящие жизнь врача только к работе, приводят к атрофии его личности. Как при таких посылках семейному врачу находить общий язык с больным и его семьей?

Ссылаясь на приведенные выше данные опроса терапевтов, хочется заметить, что ответы указывают на наши слабые звенья. И в этом уже заложена основа устранения того, что нам мешает и с чем нельзя мириться.

Особо надо остановиться на критике общепрактикующих врачей и участковых терапевтов, тем более, что причины неудовлетворенности ими в чем-то общие. Впрочем, они и сами собою недовольны. К врачу «первой линии» приходят со всевозможными жалобами и совершенно различными болезнями. Может ли такой врач в одинаковой мере хорошо и на современном уровне диагностировать и лечить болезни внутренние, нервные, кожные, глазные и т. д. и т. п.? А кстати, нужно ли больному, чтобы детские или ушные заболевания лечил терапевт? Против этого запротестуют сами пациенты.

В стремлении улучшить первую линию медицины путем превращения участковых терапевтов в семейных врачей следует критически оценивать не только положительный, но и отрицательный зарубежный опыт. На Всесоюзной конференции по современным проблемам

совершенствования поликлинической помощи (1988) отмечено, что, например, в Швеции, отличающейся высоким уровнем здравоохранения, престиж семейного врача низок и по существу он превратился в педиатра. Взрослое же населения предпочитает обращаться не к нему, а в медицинские центры.

При проведенном в Чехословакии опросе населения 60 процентов отдали предпочтение специалисту перед врачом общей практики. Даже в сельской местности мы стремимся в настоящее время иметь врачей как минимум четырех специальностей — терапевта, педиатра, акушера-гинеколога и стоматолога.

Что касается города, то доктор, лечащий от всех болезней, едва ли является тем идеалом, к которому надо стремиться. Главное, однако, в том, что участковые врачи не знают, чего от них хотят. Знать всю медицину невозможно. Либо много и поверхностно, либо мало, но глубже. Издержки неизбежны в обоих случаях. Они-то и приводят к ошибкам и врачебному браку.

Несколько лет назад в ФРГ была проведена конференция на тему «Терапия без диагноза». Было при этом отмечено, что общепрактикующий врач лечит обычно симптоматически и уже на экзаменах вопросы сводятся не к лечению болезней, а к принятию решений при тех или иных симптомах. Французские авторы говорят о девальвации профессии, а болгарские — о «комплексе малоценности» таких врачей. За рубежом считают, что они напоминают почтовых работников, рассылающих в разные направления больных вместо посылок, у нас участковых врачей сравнивают с диспетчерами.

Безусловно, если такой врач сводит свои функции только к распределению пациентов среди врачей других специальностей, то он явно не соответствует своему назначению. Но если он своевременно диагностирует и правильно лечит больных, которым он обязан помочь, и в то же время знает, в каких случаях это могут лучше сделать другие специалисты, то упрекнуть его не в чем. К слову сказать, это — требование к любому врачу.

Представляется, что в наших условиях участковый доктор — это прежде всего терапевт, но хорошо знающий смежные болезни, а также острые ситуации, требующие неотложного вмешательства. В этом он должен быть по-настоящему хорошим специалистом.

В то же время необходимо не менее четко определить, без чего участковый врач может обойтись.

Сошлюсь на пример, о котором не раз писалось в прессе — и медицинской, и общей.

Уже много лет ведутся разговоры о том, что участковые терапевты должны владеть электрокардиографией, при этом каждый из них будет снабжен соответствующим переносным аппаратом. Очевидно, предполагается использовать его тогда, когда речь идет о дифференциации стенокардии от инфаркта миокарда. При наличии на участке 1700 человек таких больных в течение года бывает не более 20—30. Оснастить портативными электрокардиографами поликлиники реально, научить врачей пользоваться ими еще проще.

Но какова будет правильность оценок у участкового врача, если он будет снимать одну ЭКГ в две недели? Не целесообразнее ли в условиях поликлиники, района, города решать эти вопросы централизованно, как это уже делается в Саратове или в рамках целой страны в Финляндии? К тому же передавать ЭКГ по телефону с помощью приставки выгоднее: не надо приобретать огромного количества электрокардиографов, от которых заведомо не будет отдачи.

Конечно, нельзя не принимать во внимание местные условия, материальные возможности здравоохранения. Но, с учетом создаваемых в стране диагностических центров, надо и на эту проблему взглянуть шире, имея в виду день завтрашний, а не вчерашний.

На селе, в отдаленном районе врач должен владеть электрокардиографией в большем объеме. Но и в городе и на селе любому врачу (не только терапевту) следует прежде всего привить понимание того, когда она необходима.

Это можно отнести и к другим методам диагностики.

Если мы хотим, чтобы участковые терапевты обрели уверенность в себе, если мы хотим поднять престиж поликлинической помощи, необходима определенность в требованиях к уровню знаний.

Важнейшая задача — четко очертить круг болезней, дифференциальную диагностику и лечение которых врач первой линии должен знать безусловно. Необходимо осознать, какая информация ему нужна, чтобы прино-

сить пользу, и от чего надо отказаться, чтобы полузна-
вия не вредили.

Почетный профессор Вашингтонского университета Р. В. Веесон опубликовал статью с весьма длинным, но поучительным названием: «Когда медицинское образование направлено на то, чтобы дать как можно больше званий, достичь удается немногого». Эсхил за 500 лет до н. э. выразил эту мысль лапидарнее: «Мудр — кто знает нужное, а не многое».

Минздрав СССР принимает сейчас решительные меры к коренному изменению подготовки и квалификации врачей.

Не грех посмотреть, как готовят «первую линию» в зарубежных развитых странах, как ее совершенствуют. Не все для нас приемлемо, но немало и полезного.

Крайне важно обеспечить участковых врачей необходимой медицинской литературой. Вероятно, следует разработать обязательный минимум книг, который должен быть у каждого участкового терапевта.

Известный терапевт В. Ослер уже в начале века считал нужным составить для медиков минимум нужной им литературы, включив в список Библию, Шекспира, Монтеня и др. Подобные рекомендации — дело вкуса, но, конечно, профессиональную подготовку врача нельзя отрывать от его общекультурного уровня. К этому мы еще вернемся.

Может быть, сегодня главная задача и вузов, и последипломного совершенствования — нагружать не память, а мышление врача, учить его учиться.

Сколько стоит бесплатность

Зачастую деньги слишком дорого стоят.

Р. Эмерсон

Бесплатность медицинской помощи. Это социальное завоевание трудно переоценить. Вспоминается, однако, разговор с одним французским врачом.

— У вас посещение врача совершенно бесплатное?

— Да.

— Хм... А у нас некоторые пациенты считают, что то, что не стоит денег, действительно этого не стоит...

Едва ли этот тезис заслуживает того, чтобы его оспаривать. Не случайно в Конституции СССР зафиксировано, что право на здоровье обеспечивается и бесплатной квалифицированной медицинской помощью.

Всю значимость этого можно прочувствовать, оказавшись в капиталистической стране и узнав, во что обходится там человеку болезнь.

Один из персонажей известного романа Синклера Льюиса «Эроусмит», профессор-отоларинголог, твердо верил, что гланды существуют в человеческом организме только для снабжения врачей-специалистов автомобилями. Кому-то может показаться, что это художественный вымысел. Нет. Как показало исследование Ф. Дж. Кука, некоторые врачи в США действительно удаляют по одной миндалине за операцию с тем, чтобы в счете их можно было показать две.

Подкомиссия конгресса США заявила, что в 1974 году 2,4 миллиона человек были оперированы без необходимости. Стоимость этих операций составила 4 миллиарда долларов, и в результате их умерло 11 900 человек. Американская медицинская ассоциация эти данные опротестовала, но повторное обследование показало, что в 1977 году было сделано 2 миллиона ненужных операций, обошлись они в 4 миллиарда долларов и скончалось из-за них 10 тысяч человек*.

Во время пребывания в США меня поразило какое-то двойственное отношение к врачебной профессии. С одной стороны, она вызывает зависть: не секрет, что частнопрактикующий врач зарабатывает много; с другой — к нему не скрывают неприязни из-за того, что он наживается на болезнях. Небезынтересно было наблюдать, сколь часто, узнав, что я врач, у меня пытались попутно получить медицинскую консультацию. Она ведь денег не стоила, людей можно было понять...

Еще одно наблюдение. Советская медицинская группа летит из Рио-де-Жанейро в Буэнос-Айрес. В самолете рядом со мной оказалась семейная пара среднего достатка. Он: седая шевелюра, ухоженные бакенбарды, подкрашенная полоска усов. Она: в два раза моложе, кокетлива, капризна, хорошо использует свои преимущества. Вначале разговор идет об аргентинских

* Science News, 1979, V. 115, N 1, P. 9.

танго, невиданных бифштексах, неповторимом Диего Марадоне. Узнав, что я врач, муж сообщил, что жена беременна, что ее замучила тошнота, особенно в полете. Вынимаю дорожный набор медикаментов, даю ей валидол. Помогает. Оба выясняют, нет ли у меня еще. Отдаю тюбик. Затем сосед поведал, что у него бессонница. Поскольку я уже успел разглядеть жену, даю ему седуксен. Выясняется, что с моими попутчиками летят их друзья. Почти каждый из них подходил ко мне, сообщая, что у него не в порядке, и просил лекарства. Во всем этом просматривалась известная бесцеремонность. Впрочем, она была объяснима: сказывались издержки платной медицины, когда неожиданно она оказывается бесплатной.

Замечу, что во многих капиталистических странах, и в США в первую очередь, оплата медицинской помощи не регламентирована. Врачи сами определяют цену за свои услуги, на чем и основано их бесконтрольное обогащение.

Весьма примечательно, что Медицинская ассоциация штата Иллинойс (США) сочла необходимым в разработанных ею принципах врачебной этики выделить параграф, в котором говорится: «Врач не должен клянуть гонорар у больного...»

Укладывается ли в нашем представлении стачка, организованная по финансовым соображениям бельгийскими врачами, отказавшимися оказывать медицинскую помощь больным?

А чего стоит один заголовок статьи W. Schweisheimer (1974): «Проблема «профессионального этикета». Должен ли врач бесплатно лечить другого врача и членов его семьи?»!

И все же трудно подчас отрешиться от мысли о том, что легко получаемое не всеми ценится.

Эпидемия гриппа. У каждого врача десятки вызовов на дом. Один из них — к пожилому человеку, оказавшемуся здоровым. Он решил жениться, а будущая супруга потребовала его врачебного освидетельствования. Смешно? Нет. Грустно. Даже с учетом того, что стремление к семейному счастью носит подчас неудержимый характер, не следует превращаться в чеховских Абигиных.

Другой вызов на дом. Больной, оказывается, ушел

в город. Врач возмутился. Супруга пациента пристыдила врача: «Вы же за это зарплату получаете...»

Мне могут возразить, что подобные случаи единичны. Согласен. Но, к сожалению, имеются и другие, уже более массовые проявления неумения пользоваться бесплатной медицинской помощью.

В Эстонии ежегодно регистрируется не одна тысяча ложных вызовов «скорой помощи», в Ленинграде и Киве их бывает по 6000 в каждом из городов. В Москве в 1982 году 7 процентов вызовов оказались ложными и необоснованными. Выезд обходится государству в среднем от 10 до 30 рублей. В итоге — это тысячи рублей! В одном случае «скорую помощь» вызывают к потерявшему голос попугаю, в другом — чтобы выяснить, не может ли съеденный после коньяка лимон обострить язву желудка.

В Варшаве «скорой помощи» было разрешено в таких случаях штрафовать. Такие же предложения делаются и в нашей печати.

Но дело не только в деньгах. Ведь из-за ложного вызова «скорая» может к кому-то не успеть и кто-то может ее не дожидаться.

Другой пример.

Известно, что перед медицинскими работниками поставлена задача поэтапного охвата диспансеризацией всего населения. Это принципиально новый уровень, новое качество работы системы здравоохранения. Конечно, в ответе за здоровье находится все наше общество, общественные организации, каждый человек. В то же время примерно каждый четвертый-пятый пациент на вызовы терапевтов не приходит. Врач ждет, время на каждого больного специально планируется, и каждый неявившийся человек обходится государству (за счет зарплаты медицинскому персоналу) около одного рубля. На первый взгляд — немного. Но число диспансерных больных, не являющихся в положенные сроки, исчисляется только по Эстонии тысячами! Явление это повсеместное. Академик Е. И. Чазов отмечает, что, несмотря на все усилия врачей, удается охватить диспансеризацией лишь 75 процентов кардиологических больных. И это те, у кого больное сердце! По данным, полученным в 1986 году в одной из таллинских поликлиник, среди населения, приглашаемого на профилактическое обследо-

дование, 23 процента направления на анализы попросту выкидывают.

Между тем пациент должен был бы прийти в поликлинику не сегодня, когда болезнь его уже мучит, а вчера, когда ему казалось, что он «почти здоров».

Невольно напрашивается параллель: в американской прессе обсуждается вопрос о том, как доходы пациента влияют на его возможность обращаться к врачу, у нас же больные в интересах своего же благополучия не используют подчас преимущества бесплатного здравоохранения.

Быть может, как это ни странно, отрицательную роль играет то, что в наших условиях некоторые считают болезнь явлением только биологическим. Между тем и в социалистическом обществе болезнь прежде всего — явление социальное. У нас нет классовых корней заболеваемости, но болезни всегда социально обусловлены и прямо или косвенно связаны с образом жизни людей.

Речь идет не о теоретических проблемах. Эти положения важны практически, ибо снижение заболеваемости зависит не только и не столько от уровня медицинской науки и усилий медицинских работников, как некоторые думают, а преимущественно от социальных условий жизни и борьбы за здоровье, проводимой всем обществом, от того, как человек сам относится к своему здоровью.

Успехи здравоохранения, впрочем, тоже социально обусловлены и тоже зависят от этого.

Поэтому, например, ликвидация многих инфекционных заболеваний в СССР является в первую очередь отражением общегосударственных мероприятий, направленных на укрепление здоровья человека.

Возвращаясь к проблемам бесплатности медицинской помощи, я был бы не прав, утверждая, что мы сами, медицинские работники, ее всегда правильно используем.

Среднее пребывание больного на больничной койке в США (по всем специальностям) более чем в два раза короче, чем в СССР. Ясно, что на показателе стационаров США сказывается платность.

Согласно имеющимся публикациям, стоимость медицинского обслуживания возрастает в США вдвое быстрее, чем общая стоимость жизни. За последнее десяти-

летие стоимость лечения в среднем увеличивалась на 8,3 процента, а в больницах — на 15—16 процентов ежегодно.

Неудивительно, что 30 процентов больничных коек в США пустует и около трети пациентов выписываются из больниц досрочно. Между тем у нас нередко обследование больных проводится замедленно, в результате чего их без достаточных оснований держат на больничной койке дольше, чем это требуется. Выборочная оценка экспертов показала, что врачи стационаров задерживают обследование на 4—9 дней в 15—20 процентах случаев, а у 17 процентов больных обследования в поликлинике и больнице напрасно дублируются.

Известно, что во многих странах любое лабораторное или инструментальное исследование является платным. В Копенгагене, например, общепрактикующий врач за год направляет на лабораторные исследования не более 200—300 больных (на участке всего около 3500 жителей), на каждого из которых приходится в среднем по 4 анализа. В целом это, конечно, мало.

У нас участковый терапевт направляет на исследования почти каждого посетителя поликлиники. Это в значительной мере оправдано, ибо главное направление нашего здравоохранения — профилактика, забота о «здоровье здоровых». На это денег жалеть нельзя. Но сколько делается повторных исследований, не всегда обоснованных или таких, без которых можно обойтись!

Нет ли во всем изложенном оборотной стороны того явления, когда ни больной, ни врач не считают «не свои» деньги? А может быть, речь идет все же о наших деньгах?!

Когда эта глава была уже написана, один из моих знакомых, прочитавший ее, спросил: «Так, выходит, бесплатность не так уж хороша?»

Нет. Бесспорно, хороша. Желание человека быть здоровым не должно стоить ему денег. Тут не может быть двух мнений. Но деньги, затрачиваемые на это государством, тоже нельзя не считать. Ибо их следует и можно использовать лучше в интересах больных и здоровых, чтобы еще больше приумножить то положительное, что заложено в наших социальных достижениях.

Население хорошо знает, сколько денег ассигнуется по бюджету на здравоохранение в целом, но мы, к со-

жалению, далеко не всегда представляем себе, во сколько обходится государству медицинская помощь, скажем, применительно к тому или иному конкретному случаю заболевания. А ведь, например, удаление аппендикса обходится в 150 рублей, роды — в 200, аборт — в 93 рубля и т. д.

Вот только один пример*.

Больной В. М. Сорокин подвергся операции по поводу ревматического порока сердца. Всего пациент провел в больнице 64 дня, из них до операции — 25 и после — 39 дней. Стоимость одного дооперационного дня составила 6 руб. 81 коп., а за 25 дней — 170 руб. 25 коп.

В стоимость операции вошли: зарплата медицинскому персоналу — 131 руб. 90 коп., начисления на зарплату в размере 5,9 процента, медикаменты на 400 руб. 21 коп., амортизация оборудования — 15 руб., амортизация белья — 38 руб.

Стоимость содержания больного после операции: 39 койко-дней \times 6 руб. 81 коп. = 265 руб. 59 коп. + донорская кровь 240 руб. 15 коп. + плазма 95 руб. 15 коп. = 601 руб. 99 коп.

Всего лечение В. М. Сорокина в стационаре обошлось в 1492 рубля 35 копеек. Кроме того, по листу нетрудоспособности ему было выплачено за три месяца 223 руб. 30 коп. Таким образом, общие затраты составили 1715 рублей 65 копеек.

К слову сказать, стоимость медицинской помощи за последние десятилетия возросла и у нас. Например, операция аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца стоит сегодня от 3500 до 5000 рублей.

Бесплатность — завоевание нашего общества, «конституциональный признак» (термин Н. А. Семашко) советского здравоохранения.

Это необходимо подчеркнуть, ибо на фоне коренных преобразований здравоохранения последних лет нет-нет да высказываются мнения о целесообразности сделать его преимущественно платным.

Но как же тогда мыслится сосуществование государственной бесплатной медицины с созданием хозрасчетных учреждений и индивидуальной платной врачебной и сестринской практикой?

* Советский Союз. 1966. № 9. С. 41.

Возможность выбора

Главное в этом мире не то, где мы стоим, а то, в каком направлении движемся.

Оливер Холмс

Зарубежные врачи при встречах нередко пытались уменьшить значимость бесплатности медицинской помощи в нашей стране тем, что у больных при этом якобы отсутствует возможность выбора врача. Увязывая эти два вопроса, они доказывали, что подобное положение лишает врача дополнительных стимулов.

Проблема эта, однако, не столь однозначна, как кажется на первый взгляд.

Возможность выбора пациентом врача имеется почти во всех государствах мира, включая социалистические. Однако возможность эта обычно территориально ограничена. Например, в Великобритании в почтовых отделениях висят списки врачей, которых можно выбрать для постоянного у них наблюдения и лечения. Записаться можно только проживающим на данной территории. Примечательны две детали: врач имеет узаконенное право отказаться от данного пациента (то есть он тоже имеет право выбора) и он не вправе оказывать последнему помощь за деньги. За такое нарушение налагается огромный штраф. В порядке частной практики к нему могут обращаться только те, кто не значится в списках государственной службы здравоохранения.

Пример Великобритании приведен потому, что основная (государственная) система оказания медицинской помощи там бесплатная. В службе здравоохранения этой страны много интересного, но есть и немало теневых сторон. Важно, что уже десятилетиями эта система сосуществует с частной практикой.

Что касается выбора врача в тех странах, где бесплатность отсутствует, то выбор этот своеобразен: у имущих он есть, у неимущих же его не только нет, но они нередко вообще лишены квалифицированной медицинской помощи.

На мой взгляд, между подходом к проблеме выбора врача у зарубежных и советских авторов существует разница, и принципиальная.

В капиталистических странах выбор врача — это за-

ведомо разные возможности выбора и сознательное разделение медицины на плохую и хорошую. У нас — это равные возможности и стремление повысить качество медицинской помощи.

Нет сомнений, что как тех, кто выступал против выбора врача в наших условиях, так и тех, кто поддерживал эту идею, в конечном счете объединяло одно: поиск путей совершенствования здравоохранения.

Право пациента на выбор врача отстаивалось мною давно, в частности, в вышедшей в 1970 году книге «Врач, больной и время». Взгляды эти вызвали довольно жесткую критику. Смысл ее сводился к тому, что, как выразился один из моих оппонентов, нельзя на нашу здоровую почву переносить «вредные принципы западной медицины».

Резко высказался в печати известный организатор здравоохранения профессор С. Я. Фрейдлин. «... Поддержка идеи так называемого свободного выбора — писал он, — просто вредна. Опыт показал, что она грубо нарушает участковый принцип медицинского обслуживания населения, вносит крайне нездоровые элементы в отношения врачей между собой и населением и подрывает важнейший принцип советского здравоохранения — его профилактическое направление».

Этот негативизм нельзя рассматривать вне времени. Просто в тот период развития нашего общества всякий отход от канонов, сформулированных в двадцатых годах, считался заведомо неприемлемым, если не враждебным.

Тем не менее в семидесятых годах в одной из поликлиник Таллинна эксперимент по выбору врача был все же проведен. Тогдашнее руководство Министерства здравоохранения СССР запретило дальнейшее изучение полученного опыта, был поставлен вопрос об освобождении меня, как «идеолога», от занимаемой должности. Отстоял Август Осипович Гольдберг, человек большой принципиальности, бывший в те годы министром здравоохранения Эстонии.

И все же полученные в процессе эксперимента данные заставили задуматься. Среди 49 тысяч населения желающих сменить врача оказалось около ста человек, то есть 0,2 процента. В 1988 году при полной возможности выбора врача среди 926 тысяч взрослого населения

Эстонии захотело сменить терапевта 0,07 процента пациентов. Эта цифра намного меньше, чем приводят другие исследователи.

Таким образом, массового перехода больных от одного врача к другому не наблюдалось. В тех странах, где возможность выбора врача существует давно, ею тоже пользуется не так уж много пациентов. Так, в Финляндии в первый год своим правом воспользовалось 4,5 процента, а в последующие годы — не более 1 процента населения. В одном из районных центров Чехословакии сменить врача захотели 9 процентов пациентов, однако недовольство в 2 раза чаще высказывалось в адрес стоматологов, по сравнению с терапевтами и гинекологами.

Итак, в рамках тех требований, которые предъявляются «первой линии» медицины, в Таллинне вотум недоверия участковым терапевтам выразило не так уж много больных. Врача сменили в основном пожилые люди, страдающие хроническими болезнями и, естественно, надеющиеся получить у другого доктора большую помощь. Иногда в основе смены врача находилась недостаточная его внимательность, а то и просто несовместимость характеров врача и пациента, что в отдельных случаях сбрасывать со счета тоже нельзя.

Необходимо все же учитывать, что каждый недовольный участковым врачом, как правило, говорит об этом не только близким и знакомым. Он нередко сеет сомнения и среди других пациентов этого врача. И хотя пациент не всегда и не во всем прав, а конфликтную ситуацию администрация ликвидирует, но следовая реакция в любом случае остается. И у врача, и у больного. И проходить мимо этого не стоит.

Известный терапевт Г. А. Захарьин еще в прошлом веке, когда врачей было очень мало, писал: «Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому не имеют доверия больные; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача, если последний единственный в данной местности и к нему нет доверия».

Десятые доли процента... Пусть даже в 10 раз больше. Убежден: если какой-то больной врачу не доверяет, их нужно освободить друг от друга.

Проведенный в Таллинне эксперимент уже тогда заставил переоценить проблему выбора врача: она оказа-

лась гипертрофированной. О ней больше говорили, чем воспользовались предоставленным правом. Если же больной и переходил к другому врачу, то участковая система не страдала, а профилактическая работа не прекращалась. Исчезли лишь недовольные пациенты, и отдельные врачи задумались над своим стилем работы и умением находить общий язык с больным.

К сожалению, полученный опыт был непродолжительным, да и не был подкреплен материально. Приток или отток больных на зарплате врачей не сказывался. Мною многократно поднимался вопрос о принципе дифференцированной оплаты в этих случаях, но как это можно было осуществить в условиях жесткой регламентации, прежде всего касающейся финансирования в здравоохранении?

В августе 1987 года Министерство здравоохранения СССР издало приказ о свободном выборе в пределах одного лечебно-профилактического учреждения участковых терапевтов и педиатров. Руководителям медицинских учреждений было предоставлено право прикреплять пациентов к тому или иному врачу этих двух специальностей. Нагрузка их в этих случаях не должна была превышать 15 процентов от допустимой нормы, ибо в противном случае могла отрицательно сказаться на качестве медицинской помощи, зарплата же возросла на 30 процентов.

Отмечу, что решению Минздрава СССР о возможности выбора врача предшествовал анализ опыта других стран, во многих из которых (ГДР, Польша, Чехословакия и др.) сложился свой подход к проблеме.

На мой взгляд, изданный приказ — только начало решения вопроса. Не затронуты другие специалисты; не определена судьба тех врачей, от которых будет наблюдаться «отток» больных, и др. Так или иначе, возможность выбора врача является знаменем времени, отражая демократический процесс, происходящий в нашем обществе.

Пациенту предоставлены сегодня и иные альтернативы. Речь идет о возможностях обратиться в хозрасчетные учреждения и к медикам, занимающимся индивидуальной практикой. К концу 2000 года предполагается увеличить объем оказываемых населению платных медицинских услуг в 5 раз.

Вопрос о платности медицинской помощи и ее объеме в наших условиях поднимался давно, хотя и не однозначно.

После того как «Медицинская газета» в 1984 году опубликовала мою статью об авторитете современного врача, мною было получено особенно много откликов.

Автор одного из них, киевлянин А. Г., в довольно конструктивном и спокойном для пациента тоне размышляет о путях совершенствования качества медицинской помощи. В письме ряд предложений: врач больницы должен представиться больному и дать короткую информацию о том, сколько лет он работает, какая у него квалификационная категория; более праздничной должна быть процедура выписки пациента из больницы; больным, в зависимости от характера болезни, должны вручаться памятки о том, как себя вести, и т. д. Что же, много разумного. Затрагивается и вопрос о частной практике, и ей, по сравнению с бесплатной медицинской помощью, А. Г. отдает полное предпочтение.

С такой точкой зрения согласиться нельзя. Этот вопрос уже обсуждался нами в главе «Сколько стоит бесплатность». Хочется поэтому вновь оттенить положение, которое, на мой взгляд, является принципиальным в понимании проблемы.

Кто видел за рубежом страх перед болезнью у тех, кто не может платить за здоровье, никогда не может ратовать за «всеобщую» платность медицины. Поэтому у нас максимально будет совершенствоваться и развиваться бесплатное здравоохранение. Постановка вопроса в плане «или—или» неправильна.

Как явствует из итогов обсуждения проекта по перестройке здравоохранения, идея о создании возможностей для преимущественного развития платной медицины практически поддержки не получила. Судя по многим публикациям, большинство населения отнеслось к этому предложению отрицательно. Весьма любопытно, что созданная в Москве первая платная (гомеопатическая) больница не смогла себя окупить: не оказалось достаточного числа желающих лечиться. Пришлось брать иногородних больных, что, однако, тоже существенно положение не улучшило. Оказалось, что мы не подготовлены ни в части знания психологии больных, ни в организации платной медицинской помощи.

Создалось при этом впечатление, что во многих случаях негативизм населения к платной медицине тоже не все учитывал. Так, были высказаны мнения, что услугами платных медицинских учреждений сможет воспользоваться лишь наиболее обеспеченная часть населения, остальные же не только ничего не выиграют, но и могут пострадать от того, что лучшие силы медиков сосредоточатся в хозрасчетных поликлиниках и больницах.

Было бы, конечно, нелепо, если бы в них или в рамках индивидуальной практики работали малоквалифицированные медики. Однако повторю: ни о каком ослаблении основной — бесплатной — системы здравоохранения речи быть не может. Ведь контроль и руководство им осуществляет государство.

В то же время не будет ли отказ от возможностей платной медицины ущемлением прав каждого гражданина иметь широкий выбор при получении медицинской помощи?

Судя по некоторым публикациям, кое-кто видит в создании платных медицинских учреждений нарушение прав трудящихся, предусмотренных Конституцией, и даже подрыв социалистического строя*. Думается, что такое остекленевшее восприятие действительности и питает чиновников в различных сферах нашей жизни. В чем только не видят угрозу нашему строю! А он ведь уже прошел испытание временем.

Мне представляются куда больше заслуживающими внимания решения и о платных больницах, и о частичной оплате питания в них, и об узаконенной дополнительной оплате дежурных санитарок. В конечном счете, дело это добровольное и основной остается гарантированная законом бесплатная медицинская помощь.

В 1987 году в Таллине довелось давать интервью известному французскому журналисту Жану Санитасу. Прогрессивный публицист, он решил написать книгу о медицине и здравоохранении в СССР.

В основном разговор касался этических аспектов отношений врача и пациента в нашей стране. Жан Санитас между тем отметил, что, при всей прогрессивности нашего здравоохранения, за рубежом многие считают

* Известия, 1985, 11 июля. № 192.

его застывшим и бюрократическим, в частности когда речь заходит о праве распоряжаться своим здоровьем, выбирать ту медицинскую помощь, которую больной предпочитает, если у него имеются для этого дополнительные возможности.

В Англии мне рассказывали, что любой больной, находящийся в тяжелом состоянии и требующий пребывания в отдельной палате, помещается в нее бесплатно. Но если такая необходимость состоянием пациента не диктуется, то он должен за это платить. Мне этот принцип кажется справедливым.

Известно, что в рамках закона «Об индивидуальной трудовой деятельности» последней с 1 мая 1987 года могут заниматься и врачи, и средние медицинские работники. Утверждено соответствующее положение. Замечу, что индивидуальная врачебная деятельность и ранее не была запрещена, однако в силу отрицательного к ней отношения сошла на нет. В настоящее время возможности получения медицинской помощи без «привязки» к врачам территориальной поликлиники, таким образом, расширяются. Система индивидуальной медицинской практики в наших условиях принципиально отличается от той, которая действует в большинстве капиталистических стран.

Вопрос о диапазоне индивидуальной (частной) медицинской практики в наших условиях четко регламентирован. Так, запрещены любые хирургические операции, лечение инфекционных и венерических болезней, наркоманов, наблюдение беременных. Четко определены и права средних медицинских работников.

Пока что, однако, в Эстонии, как, впрочем, и во всей стране, желающих заняться индивидуальной практикой мало. Нет условий, нет оснащения. Но, может быть, сказывается и боязнь: а чем это обернется? Многие вспоминают и нэпманов, и раскулачивание, и приусадебные участки, и личный скот, вначале поощряемый, а затем запрещенный. Чего только на нашей памяти не было! Зарегистрируешься, а потом тебе анкету испортят. Как сказал мне один мой коллега, «всё может быть, ибо всё было». И тут же процитировал недавнее стихотворение Давида Самойлова:

«Поверить нашим временам
Не так легко при ста обманах».

Думаю, что индивидуальная практика будет прививаться медленно. И, как это ни парадоксально, не столько среди пациентов, сколько среди врачей.

Что касается расширения сети хозрасчетных (платных) лечебно-профилактических учреждений, то при их создании будут максимально учитываться запросы населения. В настоящее время в стране уже функционирует 570 самостоятельных учреждений и более 10 тысяч отделений и кабинетов в бюджетных поликлиниках и больницах.

Вопрос о развитии в стране хозрасчетных учреждений обсуждался в конце 1987 года коллегией Министерства здравоохранения СССР. Рекомендовано решить вопрос о создании надлежащей материально-технической базы платных поликлиник, улучшить их оснащение современным диагностическим и лечебным оборудованием, инструментами и материалами.

В каждом республиканском и областном центре, в курортных зонах и центрах массового туризма будут организованы консультативно-диагностические и стоматологические поликлиники, косметологические лечебницы, а также платные пансионаты для проживания больных, прибывших на консультацию в лечение.

Платная медицинская помощь будет внедрена в области сексопатологии, психотерапии, мануальной терапии, иглорефлексотерапии, анонимного лечения больных алкоголизмом, искусственного прерывания нежелательной беременности и в других сферах медицинской деятельности.

Рекомендовано расширять платную медицинскую помощь на базе бюджетных учреждений здравоохранения, клиник высших учебных заведений и научно-исследовательских институтов, в первую очередь по профилям, требующим высокого уровня квалификации специалистов, применения эффективного диагностического и лечебного оборудования.

Получат развитие платные медицинские услуги на дому — лабораторные, электрокардиографические и рентгенологические исследования, инъекции, массаж и т. д. Намечено расширить службу сестринского ухода за лицами старших возрастов, инвалидами и хроническими больными. Жаль, что этим мало интересуются кооперативы.

При крупных больницах предполагается создать бюро по платному уходу за находящимися там больными, требующими специальной или постоянной помощи, выходящей за рамки той, которую обычно осуществляет младший или средний персонал бесплатно. Не может быть и речи о взимании в стационарах платы за диагностические или лечебные процедуры. Перед болезнью все люди должны быть равны. Иначе может получиться нечто вроде «аукциона здоровья»: заплачу больше и получу лекарство получше. Это бы противоречило социальной справедливости.

А вот внести изменения в оплату больничного питания не грех. Как мы знаем, ассигнования на лекарства и питание в лечебных учреждениях существенно увеличены. Но не следует ли для улучшения питания использовать частично и средства больных? Почему пациенту, находящемуся в больнице на полном обеспечении государства, надо еще оплачивать листок нетрудоспособности в стопроцентном размере? Разве вне стационара он бы не тратил деньги на еду?

Подготавливается изменение цен на платную медицинскую услугу, учитывающее фактические затраты, с целью обеспечения условий для самокупаемости и самофинансирования хозрасчетных учреждений. Складывается тем не менее впечатление, что в ряде случаев либо у нас не понимают сущности хозрасчета, либо применяют его принцип бездумно. Что это за самокупаемость, если операция по устранению возрастных изменений лица обходится учреждению не менее чем в 20 рублей, а пациент платит 3?! Этот пример не единичный.

Впрочем, скажем прямо: экономика хозрасчетных учреждений у нас не разработана. Необходимость в подобных разработках не должна, однако, вызывать сомнений, ибо «... даже хромым, идущий по дороге, опережает того, кто бежит без дороги» (Ф. Бэкон).

Нередко высказывается мнение, что само по себе оплачивание медицинской помощи, пусть даже символическое, повышает ее значимость в глазах населения. В данном случае, полагаю, дело в другом: возможность посетить платное медицинское учреждение снимет имеющееся подчас недовольство, вызванное прикреплением больного только к одному доктору. Для некоторых пациентов такое расширение выбора окажется и своеобраз-

разной психологической проверкой установленного ранее диагноза и лечения, когда возникает недоверие к «своему» врачу.

Сравнительно недавно американский профессор М. И. Роегер выступил со статьей «Частная медицинская практика — препятствие на пути к достижению здоровья для всех». Автор пишет: «Взимание платы за каждую услугу — обычное явление в частной практике ... Поэтому сознательно или бессознательно врачи стремятся максимально увеличить число оказываемых ими услуг и даже назначают ненужные процедуры». Эта публикация примечательна, тем более что напечатана она в журнале «Всемирный форум здравоохранения».

Привлекло, однако, к себе внимание и другое. По мнению М. И. Роегер, во взаимосвязи с рассматриваемыми вопросами в социалистических странах существует проблема, вызванная практикой дарить врачам подарки, особенно в больницах. Думается, здесь нет проблемы, а тем более нет никакой связи с системой частной практики.

Впрочем, вопрос о формах выражения благодарности врачам обсуждается у нас давно. Мнения высказываются диаметрально противоположные. Знак внимания к врачу — проявление уважения к нему или дань зависимости от него?

В одной из таллиннских больниц умирающий больной попросил близких поклониться к нему. «Подарите цветы сестре Ирэн», — прошептал он и скончался.

А ведь кое-кто дал указание медикам и цветы не брать.

Один из корреспондентов спросил, каково мое отношение к тем случаям, когда искренне хочется выразить доктору свою признательность, когда испытываешь к нему светлое, доброе чувство.

Криминала в этом не вижу. Признаюсь: у меня висит картина, написанная художником, которому я когда-то помог. Есть и полка авторских книг.

Вызывает отвращение, когда слышишь или читаешь, что больного человека поместили в больницу или оперировали за деньги. И в то же время нельзя не задуматься над письмом, в котором рассказывается о том, как участница Великой Отечественной войны решила сделать недорогой подарок хирургу, спасшему ей

жизнь. «Взятки не беру!» — отрезал он. В редакционном примечании говорится, что таким ситуациям трудно дать однозначную оценку. Эта публикация в «Правде»* озаглавлена «Если смотреть не формально».

Вопрос этот очень не прост. Есть больницы, в которых существуют и поборы, и взяточничество. Эти явления требуют непримиримого отношения. И в то же время ни законы, ни приказы не могут запретить подарить авторучку или книгу. Впрочем, какую авторучку — сувенирную или серебряный «Паркер»? Какую книгу — авторскую или дорогую антикварную?

Недавно в одной из центральных газет довелось прочесть статью двух экономистов, по данным которых 44 процента опрошенных, а среди женщин 60 процентов — признались, что им приходится нелегально оплачивать медицинские услуги. Меня при этом поразило, что в это понятие включена и покупка для медиков ... цветов на праздники?! Никогда не думал, что цветы врачу или медсестре — это оплачивание услуг. Но если это так, то не знаю, кто хуже: медик или дарящий цветы? Не оскорбительно ли это для нормального человека? Мне, как и моим коллегам, их дарили немало. Да я и сам дарил их, когда болел. После такой «экономической» оценки, как мне кажется, обычной человеческой признательности цветы уже видеть не захочется.

С. Степунина справедливо ставит вопрос о культуре дарения**»: «Скажи мне, что ты даришь, и я скажу, кто ты». Речь может идти даже не о подарке, а о знаке внимания. Важно, чтобы за этим находилась чистота помыслов, а не зависимость дарящего и прямое или косвенное вымогательство того, кому дарят.

Увидеть разницу между взяткой и знаком внимания не так уж трудно. Не надо обесчеловечивать сердечность, душевность, благородные порывы, которые должны быть присущи человеку. Впрочем, надо ли все это разумным и честным людям объяснять?

... Самое страшное, если в одном случае система здравоохранения, а в другом врач не оставляют больному выбора. Когда же он есть, то это уже само по себе делает жизнь спокойнее, увереннее, свободнее. Разве смысл демократии не в возможности выбора?

* Правда. 1983. 24 янв. № 24.

** Советская Россия. 1984. 21 окт. № 244.

Эффектность и эффективность

Когда мы пристально смотрим на то место, где ожидаются изменения, мы легко можем не увидеть ... общих контуров или даже очень важных вещей, происходящих вне нашего поля зрения.

Г. Селье

Один из известных зарубежных медицинских журналов некоторое время назад опубликовал статью двух профессоров — руководителей клиник, посвященную возможностям и перспективам диагностики. Адресованная специалистам, эта сугубо практическая статья неожиданно начинается с раздела «Экономика».

Темп повышения стоимости медицинской помощи прогрессивно растет за счет новой аппаратуры и обслуживающего ее персонала, а также средств лечения. Немаловажное значение имеет постарение населения. Так, согласно имеющимся за рубежом исследованиям, медицинское обслуживание лиц в возрасте 70 лет обходится в среднем в 5 раз дороже, чем двадцатилетних. Считают поэтому, что, например, на создание полноценной системы медицинской помощи Швейцария должна была бы затрачивать к 1990 году весь свой национальный доход, а для спасения почечных больных Франции не хватило бы всего ее бюджета.

В Советском Союзе при бесплатной медицинской помощи ассигнования на здравоохранение ограничены рамками бюджета.

Разумеется, с учетом местных условий и структуры заболеваемости населения те или иные направления в медицине могут получить большее или меньшее развитие. Процесс этот отражает общесоюзные установки и в целом управляется органами здравоохранения.

К сожалению, однако, не всегда.

В современной медицине, как уже отмечалось, насчитывается множество врачебных специальностей. Вероятно, появление их в таком количестве отражает потребности общества. Известны тем не менее и теневые стороны этой тенденции, о которой говорилось выше: врач подчас утрачивает целостное восприятие человека

и видит лишь тот орган, в котором он специализировался. За это нас, врачей, справедливо критикуют. Об этом, впрочем, написано много.

Почему-то, однако, все проходят мимо другого опасного явления: специалист, устремленный на определенный орган, не только не видит пациента в целом, он не видит и медицины в целом, он не хочет знать и ее проблем в целом. У него офсетное зрение, как у мухи: он видит детали, не видя всего. При этом детали, нужные ему.

Подобные примеры в Эстонии имеются, но явление это не только местное. Оно носит куда более распространенный характер. Поэтому модель действий такого врача или ученого проанализируем на примере гипотетически появившегося специалиста по болезням селезенки.

Отмечу сразу хорошо известное медикам положение: там, где объявляется знаток определенной болезни, появляются и соответствующие больные. Возможности здравоохранения пока что не позволяют организовать ему соответствующее отделение, а создать его специалисту хочется. Если он обратится в органы здравоохранения, с ним будут говорить на профессиональном языке: ему объяснят, что болезни селезенки действительно представляют интерес, но для этого пока нет ни достаточных средств, ни кадров, ни помещений. В первую очередь надо строить поликлиники, по-современному лечить детей, квалифицированно помогать получившим травмы, не допускать смерти от воспаления легких или аппендицита.

Специалист все это слушает, но не слышит. И тогда он пускает в ход следующий механизм из апробированных четырех компонентов общественного воздействия.

Первый — использование средств массовой информации с доказательствами того, что селезенка играет важную роль в иммунитете, сопротивляемости болезням и что она влияет на нормальное кроветворение. Слова «иммунитет» и «кроветворение» уже сами по себе производят ударное впечатление и действуют на психику безотказно. Иногда при этом вспоминают тернистый путь, пройденный когда-то кибернетикой и генетикой, но старательно умалчивают о том, что пришлось

пережить также содовые ванны, эбонитовые диски и их апостолов.

Большинство истинных открытий в медицине рекламы не требовали: ни рентгенодиагностика, ни электрокардиография, ни компьютерная томография. Их значение было очевидным для каждого медика. Именно в силу этого для врачей оповещение о достижениях через газету менее убедительно, чем сухой язык научной публикации, — путь, через который прошли все настоящие ученые. Не нуждались они и в меценатстве. Вспомним Павлова и Орбели, Бурденко и Мясникова. Пенициллин, открытый Флемингом, во «внедрении в практику» не нуждался. Hensch и Kendall 20 лет шли к открытию кортикостероидных гормонов, сделавших революцию в медицине, — «пробивать» их не надо было. Вишневецкий счел бы ниже своего достоинства рекламировать знаменитое местное обезболивание через немедицинские издания.

Хотелось бы поэтому предостеречь от встречающихся дилетантских, необъективных похвал в адрес медиков, от излишне восторженных оценок наших профессиональных качеств. Помню статью, рассказывающую об одном хирурге. Автор ее позволил себе такое заявление: если бы Джон Кеннеди попал в руки описываемого врача, то неизвестно еще, чем бы закончилось ранение президента. Нужны ли комментарии? Кстати, в этом случае также создавалось паблисити...

Второй — министерство здравоохранения (облздравотдел, горздравотдел и т. д.) не может и не хочет понимать прогрессивности этого нового направления, так как каждому здравомыслящему человеку известно, что работники подобного учреждения руководствуются заведомо мертвыми инструкциями, а не живым делом и мыслят формально-бюрократическими категориями. Об этом тоже информируют население. Если появляется соответствующая публикация, то выдержана она только в черно-белых тонах. По одну сторону — зло, по другую — добро, по одну сторону — мешающие прогрессу невежды, по другую — недооцениваемые умельцы.

Третий — отыскание среди пациентов с больной (а лучше с удаленной) селезенкой влиятельных лиц, способных создать рекламу новой специальности либо способствовать выделению средств в обход общепринятым путям (технология этого — тема для особого раз-

говора). Это могут быть, например, работники планирующих органов или печати. Покровители лишены каких-либо сомнений, хотя еще Гете предупреждал: «Точно знают только когда мало знают».

Четвертый — созыв научного форума специалистов по болезням селезенки, желательное с участием титулованных ученых. При этом даются интервью и посещаются доступные руководящие учреждения, где опять-таки разъясняется смысл «иммунитета» и «кроветворения».

Пример, доказывающий значимость болезней селезенки, повторяю, условен, но демонстративен, так как частота их столь незначительна, что они не значатся ни в одной статистике.

К сожалению, описанное не столь смешно, как грустно.

При общении с медиками выясняется, что подобные коллизии в той или иной форме возникают нередко. В одном случае вместо болезней органов пищеварения специалист хочет изучать только поджелудочную железу, добиваясь создания соответствующего центра, в другом узнаешь, что бронхиальную астму должны лечить уже не терапевты и соответственно надо перераспределять штаты, аппаратуру и т. д. и т. п.

Но вправе ли человек, не знающий всех потребностей медицины, не знакомый с социальной значимостью тех или иных болезней, давать рекомендации, как развивать врачебное дело, видя его только сквозь призму собственного страдания? Да, медицине нужны разные специалисты. В том числе и занимающиеся болезнями селезенки. Не надо лишь искусственно фокусировать внимание только на них.

Обследования, проведенные в Эстонии, показали, что половина больных, страдающих болезнями сердца, об этом не знает и к врачам не обращается. Аналогичны данные и по другим республикам. Болезнями органов пищеварения страдает примерно третья часть населения. Можно статистически, экономически и научно доказать необходимость для каждой республики (и даже крупной области) института гастроэнтерологии, института пульмонологии, института ревматологии, института нервных болезней... С учетом того, что установлена пораженность 70 процентов взрослого населения болезнями ко-

вечного отрезка толстой кишки, можно обосновать необходимость организации и таких институтов (проктологии). Удельный вес лиц старших возрастов прогрессивно растет. Эта проблема властно стучится в двери общества. Не следует ли создавать и широкую сеть институтов геронтологии и гериатрии?

Разве перечисленные разделы медицины не достойны внимания?

Надо прямо сказать: на одновременное решение всех проблем денег не хватает. В этих условиях тот, кто привлекает к себе внимание, добывается большего. Как это делается — об этом говорилось выше. К сожалению, такое становление специальности локтями нередко идет в ущерб общему делу, каждому из нас.

Ученый-медик не только врач, он должен быть и гражданином. Если бы, например, где-то выяснилось, что нужны дополнительные больничные койки для улучшения медицинской помощи детям, ни у кого бы не нашлось смелости по этому вопросу спорить. Но когда речь идет об удовлетворении повышенных амбиций за счет ухудшения общего дела охраны здоровья, таким тенденциям надо противостоять бескомпромиссно.

Открытие новой лаборатории выдается подчас за жизненную потребность трудящихся, а видение вопросов медицины через какой-нибудь новый зонд или трубку — за ее светлую перспективу. Мне довелось участвовать в совещаниях, на которых тот или иной специалист, при условии создания соответствующего отделения или выделения дорогостоящей аппаратуры, обещал снизить заболеваемость и улучшить показатели здоровья населения. Задумываешься: такое обещание — проявление некомпетентности или злоупотребление наивностью слушателей?

Истинные потребности той или иной отрасли медицины знают только специалисты, четко ориентирующиеся в структуре заболеваемости и смертности, знающие реальные возможности здравоохранения.

Даже оперируя в медицине цифрами, надо хорошо понимать, от чего они зависят, что на них влияет, или, по крайней мере, пытаться в этом разобраться.

Так, современные антидиабетические средства обеспечивают большинству больных сахарным диабетом такую же длительность жизни, как и здоровым. В то

же время создаются предпосылки для наследственной предрасположенности, а следовательно, появления новых больных. Получается парадоксальная картина: чем ниже смертность, тем выше заболеваемость. Как же ее снизить? Оказалось, что ожирение умеренной степени увеличивает вероятность заболевания сахарным диабетом в 4 раза, резко выраженной степени — в 30 раз. Борьба с избытком веса и есть один из реальных путей к предупреждению болезни.

Нет также прямой пропорции между средствами, затрачиваемыми на здравоохранение, и получаемыми результатами. Зарубежные исследователи установили, что увеличение соответствующих ассигнований на 10 процентов улучшает состояние здоровья населения (снижение заболеваемости и смертности) не более чем на 1,6 процента. Сказывается влияние в противоположном направлении неразумного отношения людей к здоровью своему и окружающих.

Где уж требовать понимания проблем здравоохранения, если периодически появляются некомпетентные публикации самих медиков. Стало чуть ли не модой удивляться тому, что растет число врачей и параллельно — количество болезней. Выходит, что врачи «создают» болезни. Не понимают авторы таких опусов, что растет не заболеваемость, а выявляемость болезней.

В одном из еженедельников выступил доктор наук.

Как критерий качества работы участкового врача он рекомендует использовать уровень заболеваемости населения. Налицо опять-таки непонимание того, что инфаркт миокарда, язва желудка или грипп — не плоды врачебной деятельности. Болезнь — категория социально-биологическая. Заболеет человек или нет, зависит от предупреждения заболевания, в основе которого находятся прежде всего профилактические меры науки, общества, самого человека. И снимать с него эту ответственность не только нельзя, но и вредно. Автор же считает, что рост хронических болезней — результат только плохого врачевания. Верно, и так бывает, но винить в этом лишь врачей — ошибка.

Как мы видим, в теории и практике охраны здоровья, как и в любой другой науке, не все лежит на поверхности.

Слушая, как некоторые люди уверенно судят о том,

куда и как развиваться медицине, какая аппаратура нужна, а какая — нет и т. д., невольно вспоминаешь, что в средние века в Англии лорд мог что-либо утверждать, не понимая и не зная сути. Предполагалось, что знания у него — от рождения. Вот и думаешь подчас: а может быть, и перед тобой — лорд?

Не надо путать эффектность и эффективность здравоохранения. Эффективность же прежде всего предполагает его профилактическую направленность. Речь идет о долгосрочном стратегическом направлении, на чем и следует концентрировать наши усилия и средства.

И так понимать эти проблемы должны не только медики, но и все, кто имеет отношение к тому, по какому пути идти медицине. Не только сегодня, но и завтра.

Сегодняшний пациент

Каждый пациент — своеобразная книга, каждая страница которой содержит что-то новое и важное.

П. Б. Ганнушкин

Так же, как нельзя говорить вне времени о медицине и враче, нет вне его и больного. Больной изменился. Но в чем же состоят его сегодняшние особенности? Вопрос не праздный, хотя ответы на него носят подчас констатационный характер, не раскрывая сущности этих изменений.

Тут есть два аспекта. Во-первых, изменение характера болезней, по поводу которых человек обращается (а часто и не обращается) к врачу, о чем вскользь упоминалось, и, во-вторых, изменение психологии больного.

Итак, прежде всего, о чисто медицинском портрете сегодняшнего «среднего» пациента. Речь идет о его общих особенностях, выходящих за рамки какой-то одной определенной болезни.

Первой чертой является множественность болезней. Как считают геронтологи, обычно у лиц старше 60 лет выявляется не менее трех заболеваний, и то эти цифры отражают лишь видимую часть айсберга. Постарение населения, возрастной сдвиг вправо, действительно, сопровождается прогрессирующим ростом количества хро-

нических болезней. Но их множественность присуща и больным более молодого возраста. Это тоже объяснимо. Мы научились предупреждать смерти от острых болезней (например, воспаления легких), но не всегда способны предотвратить их переход в хронические. Не косят своих жертв такие некогда страшные заболевания, как, скажем, сахарный диабет, но избавиться от него мы пока тоже не можем. Каких-нибудь 100 лет назад при наличии тяжелой болезни человек не выживал, — он просто не доходил до этапа, когда развивались вяло текущие хронические заболевания. Он умирал без них, сегодня он живет с ними.

Множественность болезней, естественно, имеет свою прагматическую сторону. Как ни странно, врачи к ней мало подготовлены. И у нас, и, судя по медицинским руководствам, за рубежом. Классическая подготовка медиков предусматривает изучение болезней большей частью в отрыве одной от другой. В силу того, что, скажем, в XIX веке люди в среднем жили значительно меньше, чем сейчас, одно заболевание не наслаивалось на другое или не осложняло его. В наше время диагностика стала куда сложнее. Мы хорошо знаем более или менее часто встречающиеся сочетания: болезни носоглотки и бронхиальная астма, воспаление яичников и нарушение функции желчевыводящих путей, сахарный диабет и поражение почек и т. д. Отмечу для мнительных читателей: такие сочетания нередки, но не обязательны. Распознать их не так трудно. Бывает, однако, что инфаркт миокарда проявляется болями в животе, а желчнокаменная болезнь — болями в области сердца. В этих случаях своевременно поставить правильный диагноз очень и очень непросто. Впрочем, эти примеры показывают, насколько «перспективна» диагностика, когда ею начинают заниматься сами больные или непрофессионалы.

Среди пациентов бытует расхожее выражение: современные врачи «одно лечат, другое калечат». В силу множественности болезней у одного и того же человека, в силу того, что не все врачи хорошо знают свойства тех или иных лекарств и их побочное действие, действительно, бывает, что, не желая того, вредим. Но тут, полагаю, должны задуматься и те, кто занимается самолечением. Замечательный врач А. Ф. Билибин любил

повторять, что плохой врач от хорошего отличается тем, что первый знает, как надо лечить, хороший — как не надо.

Второй особенностью современного пациента является наличие у него более или менее выраженных расстройств центральной нервной системы. В обзоре «Психическое здоровье народов мира в XX веке» (1984) показано, что за период с 1900 г. по 1983 г. число различных форм психических заболеваний возросло в мире в 6,7, а неврозов в 40,6 раза. По данным «Шестого обзора о здравоохранении» Всемирной организации здравоохранения (1980), в большинстве стран теми или иными отклонениями в психическом здоровье (от легких до тяжелых форм) страдает каждый пятый человек.

Одни зарубежные психиатры утверждают, что современного пациента не следует спрашивать, страдает ли он неврозом. Правильнее интересоваться тем, какие проявления невроза у него имеются. Другие специалисты считают, что невроз вообще не болезнь. Это нормальная реакция на ненормальный мир.

Хорошо известно, что невроз иногда играет для врача роль спасательного круга, если не ясно, чем болен пациент. Это, конечно, опасный путь — можно недооценить другие болезни. И все же различные расстройства нервной системы стали серьезной медико-социальной проблемой века. Не случайно в Японии большинство лечение начинается с рекомендаций медицинского психолога, а в США психиатрию преподают будущим врачам уже на первом курсе.

В Москве на базе 8-й городской специализированной больницы им. Соловьева развернута клиника неврозов более чем на тысячу коек. В одном из кабинетов вывешена необычная благодарность больных: «Три рода деятельности считаются самыми трудными: лечить, учить и судить. Спасибо за то, что вы лечите, учите владеть собой и не очень строго судите. Ваши пациенты». В этой благодарности — суть того, что приводит этих пациентов к врачу и в чем они нуждаются. Проблема эта столь значима, что ей будет посвящена отдельная глава.

Третьей особенностью современного больного стала его склонность к полноте и ожирению. Считают, что последнее, через вызываемые им последствия, сокращает в настоящее время жизнь в 2 раза чаще, чем зло-

качественные опухоли. Так, имеются данные, что сочетание ожирения с повышенным артериальным давлением и сахарным диабетом увеличивает риск развития инфаркта миокарда в 11 раз. Так что проблема эта менее всего эстетическая.

В экономически развитых государствах превышение веса против нормы на 20 процентов выявляют примерно у одной трети взрослого населения, а в старших возрастных группах — у 50 процентов лиц. У женщин ожирение встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин, растет число тучных детей. Как свидетельствуют многие специальные исследования, население нашей страны в этом отношении не является исключением.

Несмотря на то, что ожирение имеет в своей основе ряд причин, в том числе генетические, дисгормональные, центральные и пр., большинство авторов связывает его у 80—90 процентов больных с алиментарным фактором, то есть с перееданием. Несомненно, в каждом конкретном случае важно четко дифференцировать характер и причину болезни для назначения соответствующей терапии.

Многим больным трудно постичь связь избытка веса с хроническими запорами, плоскостопием, заболеваниями суставов ног, сахарным диабетом, одышкой, рядом других болезней и возникающими при этом трудностями лечения.

Вспоминается больной, страдавший плоскостопием, которому, наравне с ношением специальных стелек, я порекомендовал добиться уменьшения веса с помощью диеты. В ответ я услышал: «Помимо того, что у меня болят ноги, вы еще хотите лишить меня радости поесть».

Задачей этой главы является описание общих черт сегодняшнего пациента, поэтому о борьбе с ожирением также пойдет речь дальше.

Четвертой особенностью является аллергизация людей. Повинны в этом прежде всего химические вещества, применяемые в быту, лекарства, особенно когда их используют бесконтрольно, косметика и парфюмерия. В ряде случаев сказывается склонность к аллергии, передающаяся по наследству.

Большинство авторов сходится на том, что в настоящее время в среднем 10—15 процентов населения страдает различными проявлениями аллергии. Среди обра-

щающихся к врачам этот показатель выше. Так, все чаще выявляемая пищевая непереносимость в $\frac{1}{4}$ случаев имеет в своей основе аллергические механизмы, $\frac{2}{3}$ случаев бронхиальной астмы — аллергического происхождения, растет роль аллергии среди причин заболеваний печени, почек, сердца, суставов, кишечника. По данным Всесоюзного центра по изучению побочного действия лекарственных средств, в 70 процентах в этих случаях сказывается аллергический механизм реакций.

При обследовании около 3 тысяч детей в Эстонской ССР различные аллергические заболевания выявлены у 10—20 процентов из них. Отсюда следует, что аллергия, как, впрочем, и другие особенности взрослого пациента, своим началом восходит к детству.

Изменившаяся сопротивляемость организма и опять-таки различные медикаменты привели к тому, что сегодняшний больной отличается еще одной особенностью — наличием хронических очагов инфекции, чаще в зубах, миндалинах, околоносовых пазухах, реже в других органах. Эти очаги выявляются у 60—80 процентов терапевтических больных и у 30—40 процентов лиц, считающих себя здоровыми. Большую озабоченность вызывает высокая степень болезненного поражения зубов. Это обусловлено не только недостаточным количеством фтора в организме и злоупотреблением сладостями, но и элементарным неумением чистить зубы.

Проблема хронических очагов инфекции очень важна: они могут вызывать недомогание и раздражительность, потерю трудоспособности и неприятные ощущения в области сердца (перебои, сердцебиения), боли в суставах и повышение температуры тела. Маской очаговой инфекции могут являться и функциональные нарушения со стороны нервной системы, хотя они могут и сочетаться. Немецкие авторы выделяют все эти проявления хронической очаговой инфекции в самостоятельную болезнь.

Все изложенное выше создает предпосылки для еще одной особенности современного пациента: нередкое сочетание всех этих факторов, переплетение жалоб, ощущений, симптомов обуславливают утрату болезнями своего классического лица (это известно сегодня врачам), серьезно увеличивая трудности в распознавании и диагностике заболеваний.

Итак, шесть особенностей. Нами не приведен детальный анализ причин, их породивших, что потребовало бы специального разговора. Отмечу лишь, что такие «модные» болезни, как невроз и ожирение, не без оснований относят к «неврачебным» — *nonphysical illness*: их профилактика мало зависит от врача.

Теперь о некоторых психологических особенностях сегодняшнего пациента.

Подробно о них пойдет речь в последующих главах книги. Если же попытаться их только перечислить, то отнести к ним можно: неизмеримо возросшую образованность населения, сопровождающуюся широким доступом к медицинской литературе; переоценку своего разума проблем медицины; понимание важности профилактики на словах при частом игнорировании ее на деле; склонность к самолечению; обостренный интерес к парамедицине.

... В основу данной главы легла моя публикация в журнале «Наука и жизнь», переведенная в дальнейшем на ряд языков. Пишу об этом потому, что в числе многих полученных писем одно было из Института социальной гигиены и организации здравоохранения им. Максима Цеткина из Берлина. Автор письма, доцент Кай Блюменталь-Барби, считает, что привлечение внимания к общим чертам сегодняшнего пациента оттеняет несовершенство современной медицины и показывает относительную ценность «аппаратных» подходов к больному. С этим, конечно, надо согласиться. Действительно, способность врача наблюдать и думать не утрачивает своего значения. К сожалению, сколько ни говорят и ни пишут, пациент как личность, как человек, страдающий своей болезнью по-своему, а не как представитель массы населения, на фоне «гонки медицинских вооружений» (зарубежное выражение) находит все меньшее понимание.

Это и побуждает привлечь внимание к общим особенностям наших больных. Не вообще. А сегодняшних.

Медицина и моды

Не подлежит никакому сомнению, что в покрое платья Эскулапа существуют такие же моды, как и в более светских платьях.

Дж. Гетчинсон

Пациентка К. покинула кабинет разочарованной. Мы беседовали долго — минут тридцать, что явно превышало обычные лимиты времени, предусмотренные для одного больного в поликлинике. И все же можно было не сомневаться, я не последний врач, к которому обращается К.

Будем, однако, последовательны.

Передо мною тридцатилетняя женщина. Говорят, глаза отражают врожденные качества, губы — то, каким человек стал. Я бы не сказал, что глаза, которые меня изучали, светились интеллектом. Зато губы выражали нетерпеливость, мне даже показалось, избалованность. К. — домохозяйка, материально хорошо обеспечена. Двенадцать лет назад окончила среднюю школу, вышла замуж, имеет двоих детей.

Жалуется на то, что у нее больны сердце, печень, нервы. Принимает порошки, микстуры, таблетки. Лечилась в Сочи, Майори, Кисловодске. Знает, что сердце у нее увеличено на полтора сантиметра, а обмен веществ повышен на тринадцать процентов. Купила себе медицинский справочник. Одни врачи находили у нее расширение сердца, другие — нет, одни обнаружили увеличение щитовидной железы, другие — неврастению.

— А что вы сами думаете о своей болезни? — поинтересовался я.

В ответ К. сквозь слезы сказала:

— Может быть, это и нервы, доктор, но мне кажется, у меня есть что-то еще...

Обследование подтвердило, что у больной действительно невроз.

Не обо всем, что приводит к расстройствам нервной системы, пациенты рассказывают врачам, не очень легко и лечить таких больных. Практика, однако, показывает, что в подобных случаях соответствующий режим труда, сна и т. п. более эффективен, чем седуксен, тазепам

либо микстуры с большим или меньшим содержанием брома и валерьяны. Пациентке поэтому были рекомендованы гимнастика, влажные обтирания по утрам, прогулки перед сном и при возможности приступить к работе.

Все эти рекомендации были восприняты равнодушно и снисходительно.

Холодок в беседе пробежал тогда, когда я отказался назначить внутривенные инъекции глюкозы. Когда же в ответ на просьбу К. я признал нецелесообразным и назначение модного в то время витамина В₁₂, на лице посетительницы появилось презрительное выражение и она поспешила со мной проститься.

Единичны ли такие пациенты? К сожалению, нет. Социологические исследования, проведенные в ГДР, показали, что требование выписать определенное лекарство — одна из наиболее частых причин конфликтных ситуаций между больным и врачом.

Речь идет не столько о страдающих неврозом, сколько об определенном отношении к врачебным советам.

Многие пациенты недовольны, когда назначения врача начинаются с рекомендаций, сформулированных в афоризме Сенеки: искусство продлить жизнь — это искусство не сокращать ее.

Редко встречается поликлинический прием, чтобы кто-либо из посетителей не попросил врача назначить кокарбоксилазу, эссенциале или ЛИВ-52.

В то же время не могу вспомнить больных, которые бы поинтересовались тем, как заниматься гимнастикой. Те же «моды» заметны и применительно к антибиотикам. Кто-то шутя заметил, что пенициллин и стрептомицин стали меньше помогать и потому, что подешевели. Это шутка. А если посмотреть на все это всерьез?

Во-первых, надо подчеркнуть, что в основе эффективного лечения лежит лечение не болезни, а больного, страдающего данным заболеванием, во-вторых, универсальных методов лечения нет и быть не может, в-третьих, одно и то же лекарство для одного человека полезно, а для другого — вредно, наконец, медикаменты, помимо показаний к применению, имеют и противопоказания. Причем последние, как это ни разочаровывает, существуют даже для упомянутой глюкозы, вводимой внутривенно. Доказано, например, что в от-

дельных случаях (не во всех) она может вызвать боли в области сердца.

Английская газета «Таймс» сообщила о смерти ученого Б. Брауна, 48 лет. В статье под заголовком «Морковная диета убила ученого» говорилось: «Как установило расследование в Кройдоне, сторонник здоровой пищи, выпивавший по восемь пинт (пинта — 0,56 литра) морковного сока в день, был совершенно желтого цвета, когда умер. Врач заявил, что Б. Браун умер от отравления витамином А».

Нельзя не вспомнить книгу известного конструктора авиадвигателей А. А. Микулина «Активное долголетие. (Моя система борьбы со старостью)». Книга вызвала большой ажиотаж и, на мой взгляд, столь же оправданную критику. Несмотря на отдельные правильные положения (например, по применению ионизаторов), рекомендации автора в основном более чем удивительны: сахар и соль — «белые враги человека», ежегодно полезно проводить один или два семидневных цикла голодания, при этом ежедневно надо выпивать 10—12 стаканов воды, а утром и вечером очищать кишечник и т. д. и т. п. Академик А. А. Микулин был заслуженным и уважаемым человеком, поэтому его медицинские советы, большинство которых не выдерживает критики, особенно опасны для доверчивого читателя.

Следует учитывать, что некоторые рекомендации, содержащиеся в научно-популярных медицинских публикациях и широкой печати, не являясь общепринятыми, отражают точку зрения того или иного автора или требуют проверки временем. Кроме того, ни одна медицинская статья или брошюра не может претендовать на то, что она способна учесть все многообразие и индивидуальные особенности каждого отдельного человека.

К сожалению, к «модным увлечениям» приложили руку и сами врачи.

Еще Плиний Старший возмущался древнеримскими врачами, прописывающими больным модные зарубежные дорогостоящие лекарства. Увы, ничто под луной не ново.

В древности одни медики запрещали есть, другие — пить, одни рекомендовали рвотные средства, другие — клистиры, позднее одни врачи сажали в горячие ванны, другие обертывали в холодные мокрые простыни, одни

пропагандировали объедание, другие — кровопускание. Все учения, как правило, носили абсолютный характер. Испанский сатирик Ф. Кеведо, наставляя такого лекаря, рекомендовал при лечении больного «пустить ему кровь и поставить банки, повторить то же самое и, если болезнь все еще будет продолжаться, повторять эти процедуры до тех пор, пока не покончишь с болезнью или с больным. Если он будет жить и тебе будут платить, считай, что наступил твой час, а если умрет, считай, что пробил его час».

Как ни странно, в этих словах не все преувеличено. Так, например, считают, что, опираясь на взгляды французского врача Бруссе, его единомышленники оказались повинными в том, что населению Франции было выпущено больше крови, чем это сделали войны Наполеона. Лечебная деятельность Бруссе приходится на первую треть XIX столетия. А в XX веке? Сошлюсь на небезынтересную редакционную заметку в «Литературной газете»*:

«Вдруг оказывается: мы даже не умеем дышать! Надо дышать глубже. Но через некоторое время «выясняется», что не надо дышать глубже, а напротив, следует дышать «поверхностнее». В один прекрасный день появляется сообщение, что надо по утрам пить насыщенный раствор сахара. Потом оказывается, что потреблять много сахара нельзя, вредно. Сообщения мелькают... Вредно есть мясо. Животные жиры. Много спать. Пить кофе. Сидеть у телевизора. Волноваться. Бегать. Не бегать. Употреблять косметику. Принимать ванну по вечерам...»

Следует заметить, что эти тенденции носят, так сказать, международный характер. В 1976 году мне попала в Великобританию статья «Краткий курс хороших новостей в медицине». Хотя в публикации использованы другие «известные вредные для здоровья продукты» (копченая рыба, мясо косули, поджаренная булка и т. п.), невольно начинаешь понимать, что в этом отношении невидимые нити связывают «врачебное братство» многих стран.

Известно, что во время французского абсолютизма мытье тела (исключая руки и изредка лицо) было при-

* Литературная газета. 1974. 19 июня. № 25.

знаю вредным для здоровья. Обернулись эти сентенции появлением палочек в виде тонкой руки для успокоения жуда от насекомых и (при активной поддержке Людовика XIV) созданием дорогостоящих духов, призванных нейтрализовать «ароматы» тела...

Так зародилась французская парфюмерия. А что остались содовые ванны и инъекции новокаина, скипидарные ванны и яблочный уксус?..

Не удивительно появление людей, использующих крайности некоторых медиков для дискредитации медицины вообще. Ход рассуждений таких обывателей хорошо подметил один фельетонист: «... Что он понимает, врач? У него одна песня: табак — яд, мясо — яд, водка — яд, бабы — яд. Все яд, яд, а бальзам-то где? Я теперь к врачам ни ногой...» Отсюда — шаг к очередным модным средствам, которые можно использовать без врача и от которых срстаются кости, исчезают морщины, улучшается кровообращение и отдалается старость: масло облепихи, прополис, «золотой корень»...

Совершенно очевидно, что длительная и здоровая жизнь зависит от социальных условий и от продуманного отношения к своему здоровью на всем ее протяжении, а не только тогда, когда женщина начинает замечать у глаз «гусиные лапки», а мужчине становится трудно надевать туфли.

Можно ли какими-то модными лекарствами, бальзамами или эликсирами решить проблему продления молодости и долголетия? Конечно, нет.

Там, где человек разумно сочетает труд и отдых, рационально питается, занимается физкультурой и спортом, не курит, — там новокаин не нужен. Там, где всего этого нет, ни содовые ванны, ни теплая снеговая вода не помогут.

Английские статистики с помощью электронно-вычислительных машин подсчитали, что «средний» англичанин, достигший 60 лет, 6 лет из них ест, 5 лет ходит, 4 года мужчины и 5 лет женщины разговаривают, 8 лет развлекается с помощью игр, кино и телевизора, 1 год говорит по телефону, 3 года болеет.

Быть может, если бы человек больше двигался и меньше тратил времени на ненужные подчас разговоры, болезни не занимали бы трех лет, или более тысячи дней, его жизни и исчезла бы необходимость поиска

модных средств для долголетия. Относится это не только к «среднему» англичанину...

Журнал «Здоровье» опубликовал письмо одного ленинградского инженера, который спрашивает: «Разве просьба больного выписать лекарства, которое ему помогает, — вторжение в дело врача?» Действительно, можно ли пренебрегать взглядом пациента на болезнь, на применяемые лекарства, на эффект лечения? Конечно, нет.

Больной может врачу очень многим помочь. Особенно в настоящее время, когда растет количество аллергических заболеваний, нередко связанных с индивидуальной непереносимостью многих медикаментов.

Но отсюда не следует, что врач должен идти на поводу у больного и семенить за модой, в основе которой — статья в популярном журнале или «ценность» лечебного средства, обусловленная его стоимостью.

Угетти еще в конце прошлого века в книге «Врачи и пациенты», говоря о моде, заметил: «И в храме Эскулапа это капризное божество устроило себе алтарь». Именно алтарь, потому что в медицине мода незримыми нитями связана с верой, последняя же не дружит с логикой и исключает сомнения.

И молчание не бессловесно

Кто заражен страхом болезни,
тот уже заражен болезнью
страха.

М. Монтень

...Взгляд больного В. был изучающим, недоверчивым и немного грустным. На вид ему можно было дать лет 38—40. Работал пациент бухгалтером.

История заболевания такова: будучи на курорте, он слушал лекцию о предупреждении рака. Случилось так, что спустя некоторое время у В. появилось небольшое расстройство желудка. Болезнь была быстро ликвидирована, но врач все же посоветовал в течение месяца соблюдать диету. В. начал питаться только белым хлебом, отварами, кашами и молочными продуктами. Вследствие такой диеты (неправильно понятой и к тому же сверхстрогой) появились снижение аппетита, тяжесть

В подложечной области, подавленное настроение. Второе обращение к врачу закончилось направлением на рентгеновское исследование. В выданном на руки В. заключении было указано, что желудок имеет крючкообразную форму (замечу, что это не свидетельствует о болезни).

В. вспомнил лекцию, перечел купленную брошюру «Рак излечим», где попутно были изложены признаки его, .. и «понял все». Вспомнился шепот рентгенологов и взгляд врача. Так и есть, доктор, чтобы успокоить его, говорил неправду. Болезнь уже, видимо, запущена. Начались хождения от одного врача к другому, посещения специальных клиник, гомеопатов. Свой рассказ В. закончил словами:

— О том, что у меня рак, я знаю, хочу только окончательно узнать, сколько мне осталось жить, и прошу поэтому положить меня в больницу. Знаю, что врачи больным правду не говорят. Но я ничего не боюсь (тут он сделал попытку улыбнуться), мне можете сказать все. Я хочу правду, доктор. Только правду.

У В. никакой опухоли не оказалось — он страдал боязнью рака. Пришлось, однако, потратить немало сил и времени, чтобы убедить его в этом.

Почему же В. заболел? Конечно, он впечатлительный, легко поддающийся внушению человек, но немалую роль в его заболевании сыграли лекция о раке, неосторожно выданное на руки заключение рентгенолога, чрезмерно строгая диета. Все это привело к самовнушению и к действительно плохому самочувствию.

Среди посетителей лечебных учреждений нередко можно встретить таких пациентов, которые ищут у себя различные болезни, особенно рак, «обнаруживают» его признаки, сверяют с описанием в медицинских книгах, без конца обследуются, требуют лечения.

Они посещают многих врачей, стараясь не пропустить ни одного известного или «труднодоступного». Одни больные объясняют это тем, что «мой сосед тоже ходил, ходил, ему говорили, что ничего страшного у него нет, а на той неделе помер». Другие исходят из того, что одна голова хороша, две — лучше, а три — совсем хорошо. Наконец, третьи «проверяют» диагностику и лечение, сопоставляя заключения и рекомендации разных медиков...

Одна из надгробных надписей в Древнем Риме гласила: «Погиб, сраженный толпою врачей». В случаях, о которых здесь идет речь, многие и разные доктора могут если не погубить, то навредить. А вот квалифицированный врачебный консилиум способен действительно помочь.

Надо понимать, что все мысли и интересы этих несчастных пациентов сосредоточены только на той болезни, в существовании которой они убеждены. Эти люди не имеют сами покоя, нет покоя и у их родных. Они обижаются, когда врач говорит о необходимости лечить нервную систему, и ищут «более знающих и более чутких» докторов.

Нечего греха таить, нередко и мы допускаем здесь ошибку, говоря такому пациенту: «У вас ничего нет». Больного это обижает, ибо воспринимается как: «Зря отнимаете у врачей время». А на самом деле речь идет о действительно больном человеке, который потерял веру и в медицину, и в докторов. Да и лечить такого пациента порой гораздо труднее, чем больного с органическим заболеванием сердца или легких.

В происхождении всего этого имеют определенное значение тип нервной системы человека и совокупность факторов, ослабляющих ее: перенесенные болезни, переутомление, неприятности, курение и пр. Но немало и таких людей, у которых болезнь возникла или усугубилась под влиянием внушения или самовнушения.

Еще за две тысячи лет до нашей эры говорили, что врач лечит словом, растением и ножом. Слово стояло на первом месте.

Примечательно, что слово «врач», известное в русском языке уже с XI века, как считают филологи, происходит от слова «врать», которое в старину означало не «лгать», а просто — «говорить». Иначе говоря, врач считался человеком, умеющим заговаривать, влиять на больного силою слова. Кстати, доктор в переводе с латинского — учитель.

Среди значительной группы жителей одного из городов Швейцарии было изучено отношение к врачебному слову и к медицинской технике. Среди опрошенных 14,4 процента выделили значимость техники, 21 процент не дал точного ответа, 27,6 процента сочли важным соче-

тание слова и техники и 37 процентов отдали предпочтение врачебному слову.

Последнее может способствовать выздоровлению, но оно может и усугубить или вызвать болезнь.

В связи с рассматриваемыми в этой главе вопросами следует кратко остановиться на понятии ятрогений, под которыми подразумевают нарушения психогенного характера в состоянии здоровья, возникающие как следствие (или неправильное толкование) слов, поведения и действий врача или других медицинских работников.

При ятрогении возможно как появление чисто невротических реакций с новыми для данного больного симптомами, так и усугубление ощущений, связанных с имеющейся другой болезнью.

Важно подчеркнуть, что внушать себе можно не только то, что хочешь, но и чего боишься. Например, пациент, страдающий боязнью рака, с одной стороны, трактует неосторожные высказывания врача в пользу своих подозрений, а с другой — может действительно начать ощущать признаки опухоли, о которых слышал или читал, и предъявлять соответствующие жалобы. Аналогично возникновение ощущений и жалоб, которые, по мнению заболевшего, свидетельствуют об ишемической болезни сердца, психическом заболевании и др. По выражению английского врача Х. Крайтон-Миллера, каждый больной страдает своей болезнью плюс страхом.

Очевидно, определенному периоду времени присущи свои, чаще встречающиеся ятрогенные заболевания, что зависит от распространенности и эффективности лечения тех или иных болезней. Так, судя по литературе, в XIX и начале XX веков среди подверженных ятрогении чаще встречались больные, предполагающие у себя туберкулез и сифилис, в настоящее время более распространены боязнь рака и болезней сердца. Появилась уже и спидофобия. Страх перед определенным заболеванием часто присущ не тем, кто им на самом деле болен, а страдающим той или иной формой невроза.

Необходимо иметь в виду, что у соответственно настроенного пациента (мнительного, тревожного, повышено-эмоционального) ятрогения может возникнуть и без того, чтобы медицинский работник действительно допустил какой-либо промах. Однако в основе боль-

ствия ятрогенных заболеваний лежит непродуманное (ошибочное) поведение врача.

Чего стоит такая врачебная реплика, как, например: «О! У вас не аорта, а самоварная труба!»

Ощупывая живот, врач вдруг спрашивает: «Скажите, пожалуйста, это не ваша сестра два года назад умерла у меня в отделении от рака?»

Больная интересуется, может ли она получить при своей болезни инвалидность. Ответ: «Нет, но если вы будете парализованы...»

Едва ли надо говорить о том, как подобные реплики могут влиять на пациентов. И пусть таких бездумных врачей немного, но не должно быть ни одного больного, страдающего из-за неосторожного или просто бестактного слова доктора.

Психолог С. Р. Янкелевич подсчитал, что в «Войне и мире» Л. Н. Толстого описано 85 оттенков выражений глаз и 97 оттенков улыбки человека, раскрывающих его эмоциональное состояние. Бернард Шоу говорил, что есть только один способ написать слова «да» или «нет», но существует пятьдесят способов их произнести.

Еще о словах. Сколько пережевывается тезис о том, что больных лечат, а не обслуживают, что отнесение деятельности врача к «обслуге» унижает его. Не меньше затрачено слов и на то, чтобы пациентов называть по имени и отчеству, чтобы фамилию больного не подменяли диагнозом: «Что привезли?» — «Аппендицит!» и т. д. и т. п.

И в то же время все проходят мимо того, что появляются еще более яркие перлы. Цитирую: «Финансируется комплекс только по конечному продукту, то есть вылеченному больному». Понимаю, выражение идет от конвейера. И все же неприятно режет слух превращение человека в «конечный продукт».

На протяжении многих лет мне не раз приходилось встречаться с академиком АМН СССР Иосифом Абрамовичем Кассирским. Запомнился поучительный, может быть, грустный эпизод из его жизни.

Когда он был молодым врачом, ему поручили изучить состояние больных, которых неизбежно ждет близкий смертельный исход. Пациенты, люди наблюдательные, заметили, что больной, к которому он приходит, спустя

некоторое время после посещения умирает. Зайдя однажды в палату, И. А. Кассирский по ошибке направился не к «той» койке. По мере приближения доктора у пациента все больше расширялись глаза. Затем он вскочил и выбросился из окна. От настоящей смерти больного спас глубокий снег, хотя он и получил переломы костей ног. Исследование запретили. Рассказывая об этом, И. А. Кассирский хотел показать, что наш подход к больному не всегда учитывает ход его мышления, его психологию, его интерпретацию наших слов и поступков, что причинно-следственные связи могут приобрести у пациента свое толкование.

Во время больничных обходов обычно находишь у больных отклонения со стороны того или иного органа. Иногда необходимо, чтобы на них обратили внимание и другие присутствующие на обходе врачи. В то же время сознаешь, что привлечение особого внимания докторов к печени или сердцу пациента ухудшит его психологическое состояние. Поэтому предлагаешь слушать сердце или прощупывать печень у двух-трех человек, не выделяя в палате никого из них. Педагогический эффект не может достигаться ценой покоя и без того страдающих людей.

Крайне осторожным следует быть с использованием при общении с пациентами юмора. Он должен быть умеренным, «дозированным», учитывающим личность больного. Вспоминается, как войдя в палату, я обратил внимание на немолодую женщину, носившую майку, на которой был нарисован спортсмен со штангой. Надпись гласила «Секция тяжелой атлетики». Появилось секундное желание пошутить, но, к счастью, я во-время остановился: ведь могло быть так, что лучшего белья у больной не было.

Один из основателей КВН, в дальнейшем реаниматолог, кандидат медицинских наук А. Аксельрод, будучи в Таллинне, рассказал следующее.

Неплохой хирург, претендующий на остроумие, подошел к старушке, лежавшей на каталке в коридоре. Между ними произошел такой диалог.

— Ну что, бабка, прихватило тебя? Пузо-то болит, небось?

— Болит, милый, — ответила больная.

— Ничего, бабка, чикнем тебя где надо, а там и до-
мой — отдыхай себе на печке.

— Нельзя мне на печку, касатик. Мне на работу надо.

— Куда же тебе, старая, еще работать?!

— Дак я в институте физики отделом заведую, про-
фессорствую помаленьку...

Люди, обращающиеся к врачу, прислушиваются к его словам, «учитывают» их, следят за выражением лица врача, за интонацией его голоса. Достаточно нахмуриться, покачать головой или сказать «м.. да», чтобы сразу же вызвать реакцию: а что, плохо, доктор?

Врач должен уметь владеть своим словом, но и молчание его не должно быть бессловесным, — любил повторять М. И. Мастбаум.

Проводить психотерапию, как это ни парадоксально, стало труднее. Уже упоминавшиеся особенности современного пациента, в частности то, что, чем образованнее человек, тем меньше он что-то воспринимает на веру, не облегчают задач медиков. Нужны убедительные методы и формы, которыми, увы, далеко не все врачи владеют.

Психотерапии посвящено множество монографий и руководств, детально рассматривающих все ее аспекты. Тем не менее заслуживает упоминания то, что психотерапия начинается не с умения говорить, а с умения слушать. Словам должны предшествовать мысли. Думается также, что психотерапия — это не три или пять минут бодряческих врачебных разъяснений, сопровождающихся мысленным похлопыванием больного по плечу. Все — и взгляд врача, и вид его, и манера разговаривать, и предписания, если врач настоящий, — воздействие на психику. Как отмечал известный терапевт XIX столетия С. П. Боткин, то, как дается лекарство, подчас важнее самого лекарства.

Одного из больных на Мадагаскаре врач спросил, помогают ли ему выписанные таблетки. Пациент с удовлетворением ответил: «О да, они у меня здесь» — и показал на маленький мешочек, висевший на шее, в который он их запрятал...

Распространенные среди населения понятия о сущности болезни основываются часто на картине далеко зашедших случаев или лишь на одном признаке заболевания: боли в области сердца — значит, грудная жаба,

длительная небольшая температура — туберкулез и т. д. Отрицательно сказывается слепая вера и упрощенное понимание данных рентгена и лабораторных исследований. С точки зрения некоторых больных, рентгену нельзя не верить: все видно насквозь, а лаборатория — арифметика, где дважды два — всегда четыре...

Есть немало совершенно здоровых людей, считающих, что у них большое сердце, только потому, что при рентгеновском исследовании было обнаружено увеличение его размеров. Если бы им объяснить, что, например, так называемая гипертрофия сердечной мышцы встречается и у совершенно здоровых людей, то, вероятно, количество валериановой настойки, продаваемой таким «сердечникам», значительно сократилось бы. Известно также, что некоторые люди начинают страдать от повышенного кровяного давления после того, как узнают, что оно повышено.

А сколько людей живет под страхом рака желудка только лишь потому, что при исследовании желудочного сока были выявлены пресловутые нули, которые могут зависеть и от методики исследования, и от реакции на введение зонда, и от возрастных изменений у практически здорового человека.

Еще А. П. Чехов подметил: «Человек любит поговорить о своих болезнях, а между тем это самое неинтересное в его жизни». Особенно вредно отражаются беседы пациентов между собой в поликлиниках, когда нередко обнаруживается, что собеседник болен «точь-точь такой же болезнью». Иногда при этом начинаются поиски сходных признаков заболевания, «прислушивание» к ним и, наконец, обнаружение их. Большой смысл имеют поэтому надписи в некоторых учреждениях: «Просьба о болезнях друг другу не рассказывать».

В киевской поликлинике № 22 медицинские сестры сидят перед врачебным кабинетом, в коридоре. По мнению организаторов этого эксперимента, с одной стороны, создаются предпосылки лучшего контакта врача с больным (нет третьего лица), с другой — взят под контроль коридор и обмен «полезной» информацией между пациентами. Любопытно, что каждой из медсестер в день задают до 80 вопросов.

Не скрою, что такое отношение к обмену мнениями между больными не является общепринятым. Невольно

вспоминается рассказ О. Генри, в котором владелец квартиры и проникший в нее грабитель находят общий заинтересованный язык, когда выясняется, что у обоих ишиас. В Японии существуют специальные клубы для перенесших операцию на желудке, страдающих сахарным диабетом, болезнями почек и т. д. В США создано общество «Мы в силах», объединяющее бывших раковых больных и помогающее им справиться с тяжестью психологического стресса, связанного с диагнозом. Одна из создательниц общества, Барбара Колеман, перенесшая две операции по поводу злокачественной опухоли мозга и прожившая уже после этого более десяти лет, заявила: «Дело не в смерти. Умение спокойно умереть — это тоже искусство».

Считают, что подобные объединения пациентов дисциплинируют в части соблюдения ими режима и врачебных рекомендаций. В чем-то это, вероятно, и так, но, по моим наблюдениям, при тяжелых хронических заболеваниях, особенно прогрессирующих, психологический вред от «обмена опытом» больных преобладает.

На ком держится лечение

... В клинике, руководимой профессором В. Ф. Снегиревым, рядом с портретами знаменитых ученых висел портрет няни Макаровой, выжившей тысячу послеоперационных больных.

Есть медицинские учреждения, по отношению к которым в массе людей отношение, скажем, сдержанно-боязливое: например, психоневрологические больницы — слово «психо» заставляет некоторых морщиться. Направление в другие учреждения — онкологические — вызывает неприкрытый страх. Чувства эти можно понять.

С одним из пациентов у меня произошел как-то следующий разговор.

— Направив меня к онкологам, вы, по существу, наполовину объявили мне диагноз. Разве это на пользу психике больного? Не лучше, если бы я этого не знал?

— Но онкологи занимаются не только злокачественными опухолями. Онкологи проводят сейчас большую консультативно-профилактическую работу. Вероятно, вскоре их посещение станет таким же обязательным, как профилактическое обследование зубов.

— А если меня захотят оставить там?

— Это тоже еще ни о чем не говорит. Мне известны сотни людей, которые прошли в онкологическом диспансере обследование и лечение. У части из них действительно оказались злокачественные опухоли, а у других — доброкачественные новообразования или предопухолевые состояния. Благодаря своевременному обследованию и лечению они сейчас здоровы.

— Но мне могут в онкодиспансере предложить операцию, и тогда меня уж ничто не переубедит, что это не рак. А если бы ту же операцию сделали в другой больнице, я бы скорее поверил, что это не опухоль.

— Вас можно понять. По крайней мере, вы не пытаетесь убедить в том, что добиваетесь правды и только правды.

— А что мне эта правда дает? Если помочь нельзя, то лучше быть в неведении. Спокойнее...

К слову сказать, о раке. Его боятся. Наверное, все. В конечном счете, в медицине все относительно. Можно вылечить страдающего раком и не добиться успеха при лечении больного хроническим насморком. Говорить абстрактно об излечимости рака столь же неверно, как и утверждать, что насморк нельзя не вылечить.

Есть французское изречение: в медицине, как и в любви, не говори «всегда» и не говори «никогда». Все может быть... Среди моих знакомых были больные, у которых при операции находили злокачественную опухоль, по нашим представлениям запущенную. Проходили после операции годы. Была ли неправильно диагностирована злокачественная опухоль или операция изменяла сопротивляемость организма и болезнь претерпевала обратное развитие, не знаю. Эти люди практически здоровы.

У английского путешественника Фрэнсиса Чичестера был диагностирован неоперабельный рак легкого. Его сочли обреченным. Трудно ответить как и почему, но болезнь отступила. Через семь лет он совершает в оди-

ночестве кругосветное путешествие на яхте и входит в историю мореплавания.

Недостаточная гласность в подобных случаях объясняется тем, что, если человек излечен от рака, ему диагноз обычно не сообщают. О тех же, кто от этого скончался, знают многие.

Приходилось бывать не раз в больницах или отделениях, «психологически трудных» для пациентов, — онкологических, гематологических, инфарктных и т. д. В таких отделениях состояние многих больных, действительно, тяжелее, чем в других.

Несоизмеримо ответственнее и роль в этих случаях всего медицинского персонала, который должен, обязан ясно представлять себе состояние духа пациента, переступившего порог отделения.

Как избежать наигранного оптимизма или жалостливой скорби, одинаково противопоказанных тяжелобольным людям? Только проникшись пониманием того, что перед тобой страдающий человек, который пришел сюда с верой в тебя, в твои знания, в твое искусство. С верой и надеждой.

В рассказе итальянского писателя Дино Буццати «Семь этажей» больных, по мере ухудшения их состояния, постепенно спускают с седьмого этажа к первому. Первый этаж отведен смертникам. Хотя это делается под разными предлогами, все знают: каждый перевод приближает конец. В основе этой системы находится определенная идея: тяжелый больной не должен усугублять состояние более легкого.

В этом, к счастью, фантастическом рассказе мастерски показано, как человека убивает не только болезнь, но и страх, страх оказаться этажом ниже...

— А ведь тяжелые больные действительно омрачают настроение более легких, — заметил один из пациентов обсуждавших в палате этот рассказ.

— Почему, кстати, у нас в больницах нет медицинских психологов и не интересуются психологической совместимостью больных?

— Это верно, — продолжил разговор другой пациент, — но мешать могут храп соседа и запахи дезинфицирующих растворов, лишённая острых приправ пища и измерение температуры в шесть часов утра. А сама необходимость лечь на больничную койку?..

Говорят, в хорошем медицинском учреждении больному должно стать лучше от одного сознания, что он переступил его порог.

А что такое хорошее медицинское учреждение?

Приходилось слышать десятки сентенций на тему о том, что определяет его лицо. Больница начинается с приемного отделения, как театр с вешалки, — говорят одни. О культуре больницы можно судить по чистоте туалетов, — утверждают другие. В ней должен быть чистый воздух, лишенный запахов лекарств и кухни, — заявляют третьи.

Но все эти и подобные рассуждения поднимают лишь частные вопросы.

Лицо медицинского учреждения, его культуру и дух определяют люди, которые в нем работают.

Да, люди, и прежде всего они и их вера в необходимость того, что они делают, их оптимизм, их любовь к больному.

Помню, как при входе в одну из таллинских больниц прежде всего бросались в глаза противопожарные лозунги. Как положено, пламя было выдержано в пунцово-раздражающих тонах. Каждому становилось ясно, чем грозит оставленный включенным утюг, игра со спичками и т. п. Пожар — беда, это ясно. Но нужно ли, чтобы больница начиналась с противопожарных лозунгов? Так требуют пожарники.

Автокатастрофы — зло не меньшее. Не потребует ли автоинспекция разукрасить противоположную стену фотоснимками жертв уличного движения?

А чего стоят описанные в медицинской печати стенды, призванные убеждать в важности предупреждения болезней: облысевшая женщина, страдающая грибковыми заболеваниями; лозунг «Бойся острых палок лыжных, нету глаз в запасе лишних» и т. п.

Я бы, например, у входа в любое лечебное учреждение для сведения больных и как обязательство медиков поместил иное — слова известного врача Швенингера: «Вы никогда меня не увидите исчерпавшим все мои средства!»

Действительно, нет ничего прискорбнее врача, опускающего руки у постели больного. Но больница — это не только врачи.

Профессор Гарвардской медицинской школы Ховард

Хайетт, автор поучительной и интересной книги «Здоровье американцев на чаше весов. Выбор или случай» (1987) в заключительной главе «Так что же мы хотим?» выделяет две самые важные проблемы любой системы здравоохранения. Это, во-первых, профилактика болезней, включающая решение социальных вопросов (прежде всего! — Н. Э.) и собственно врачебную помощь, и, во-вторых, обеспечение полноценного ухода за больными.

А уход — это и приемное отделение, и белье, и удобная постель, и пища, и своевременная перевязка, и исправный телевизор, и сегодняшняя газета и многое, многое другое. Но все это прежде всего зависит от внимания, забот, преданности делу и культуры медицинской сестры и санитарки, которые проводят с больным несонизмеримо больше времени, чем врачи.

Требования к среднему медицинскому персоналу, как и ко всем медикам, возросли.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения на симпозиуме, проходившем в Голландии, подняло даже вопрос о медицинских сестрах с высшим специальным образованием. Американская ассоциация медицинских сестер считает, что через несколько лет оно станет необходимым всем им, ибо этого требует современное здравоохранение, особенно руководство сестринским делом.

В какой мере это рационально, спорно.

Но на фоне появления новой техники, прогресса реанимации, сложнейших оперативных вмешательств роль помощников врачей огромна. Примечательно, что в статье*, в которой говорилось об операции, сделанной академику М. В. Келдышу известным американским кардиохирургом Майклом де Беки, было отмечено участие медицинских сестер миссис Моррис и Галины Росихиной.

Если говорить о больнице, то средний и младший медицинский персонал — ведущее звено в ее микроклимате. И они же сегодня — звено самое слабое.

Большинство наших помощников заслуживает за свой труд глубокой благодарности. Однако создание в каждой больнице постоянных кадров медицинских сестер и

* Правда. 1973. 8 апр. № 98.



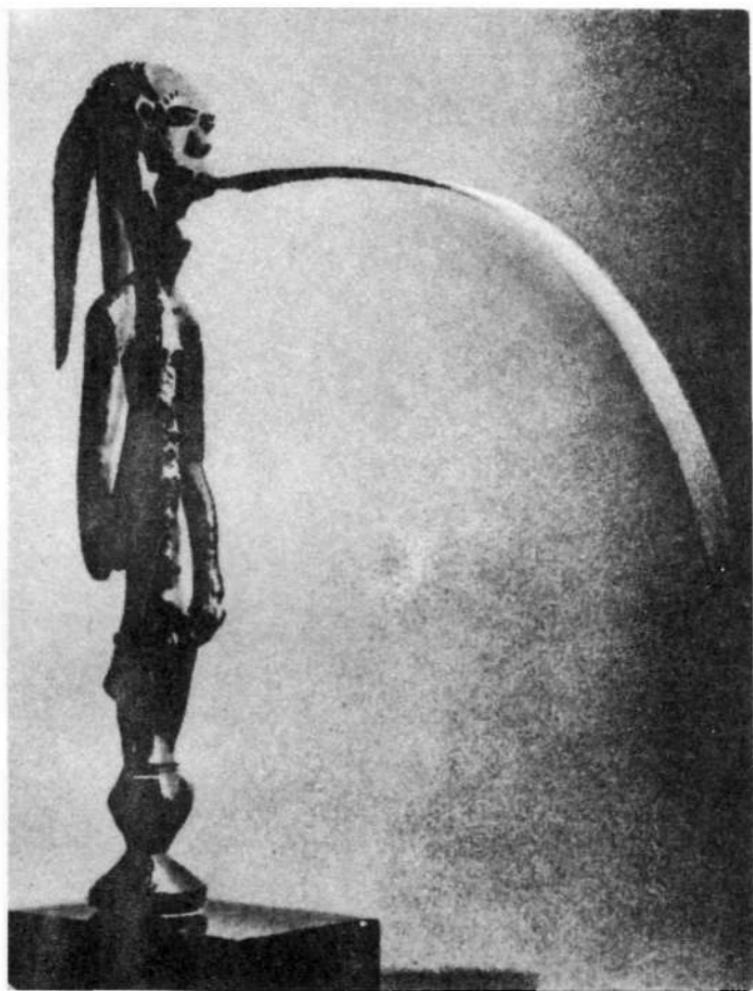
Н. С. Молчанов
Б. Е. Вотчал
М. И. Мастбаум



Еще одна ложечка. Фото Ромуальдаса Пожяркиса (Каунас).



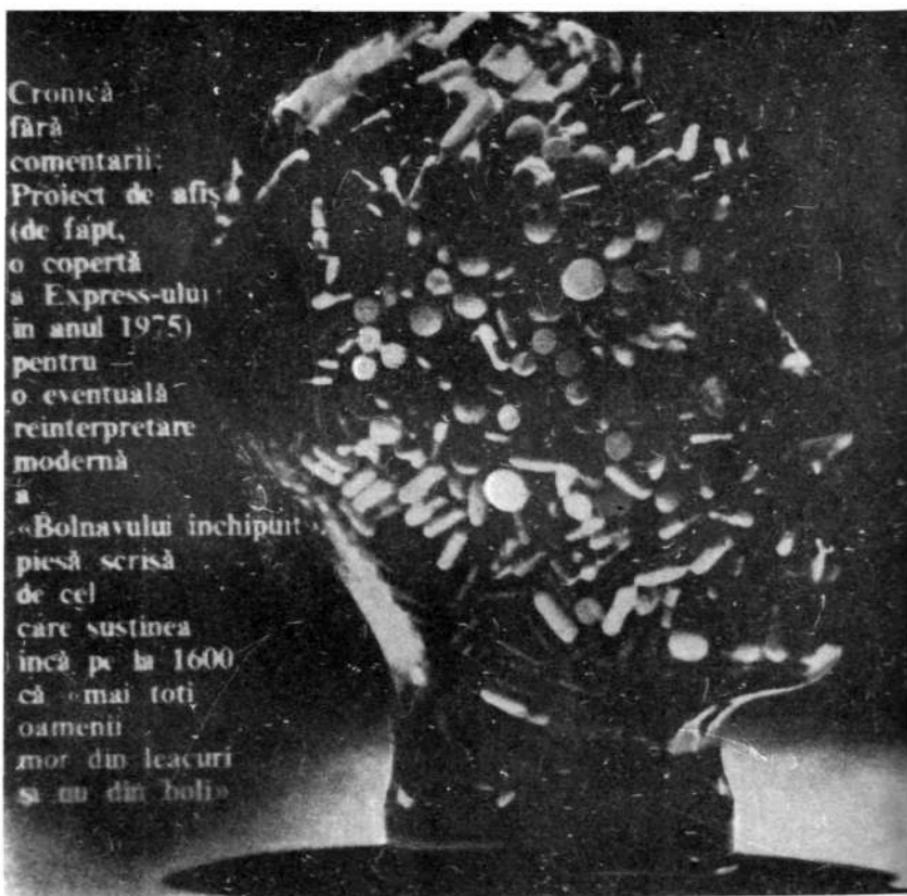
Памятник «Медикам-героям Великой Отечественной войны 1941—1945». Автор Л. Е. Кербель, архитектор Б. И. Тхор. Построен на народные средства.



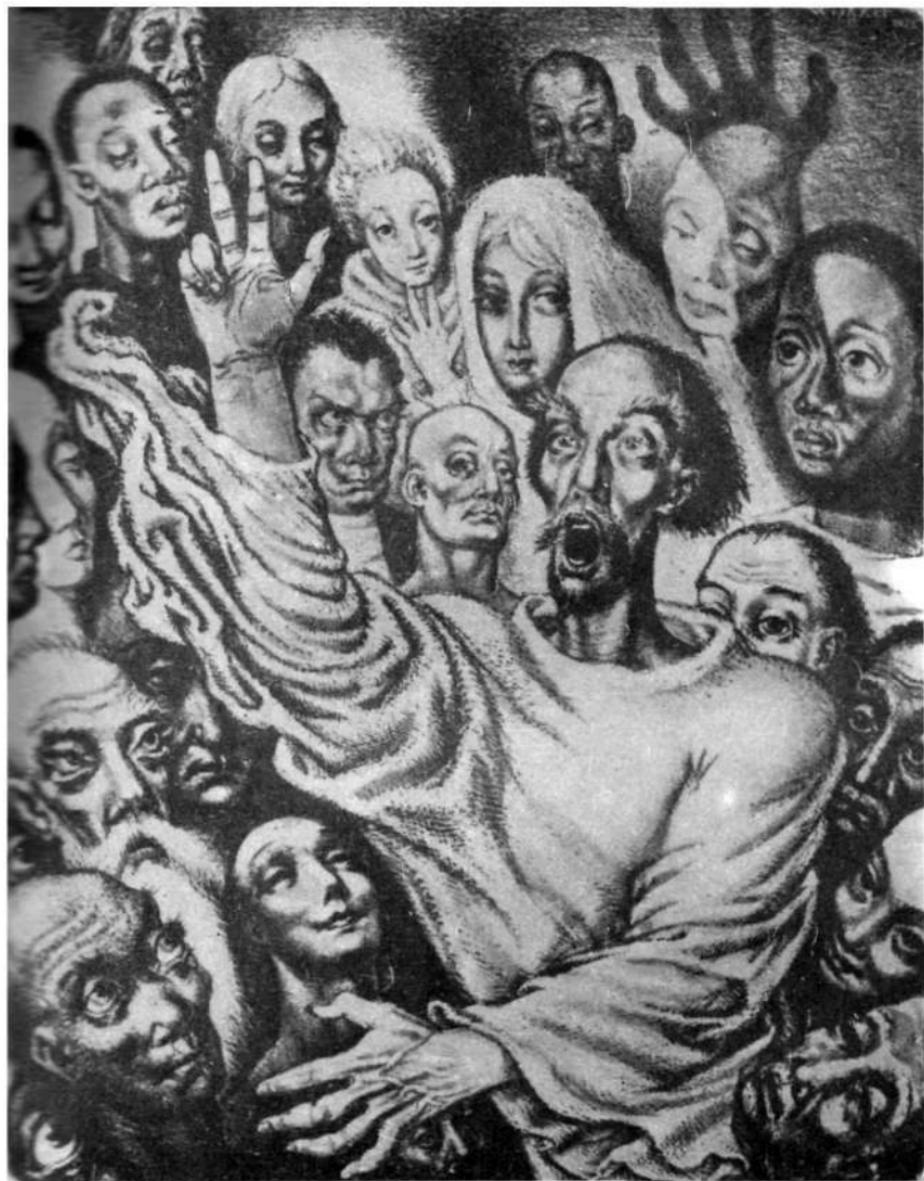
Ритуальный топорик народа леле (Заир), символизирующий силу языка и устного слова. Фото Guy Ladrière (из журнала «Курьер ЮНЕСКО»).



Испанский генерал Галас. Французская карикатура XVII в.



Реклама к фильму Мольера «Мнимый больной» (Румыния).



Эдуард Вейральт. Проповедник.



Огюст Роден. Вечный идол.



Анри Кадью. Утраченные иллюзии.



Эвальд Окас. Разная молодость.



Демонстрация собаки. Фото Мирослава Йодаса (Чехословакия).



Якоб Торенвлит. Визит врача.

Конец XVII в. Музей изобразительных искусств. Будапешт. Основную роль в диагностике играли определение пульса и осмотр мочи.



Близнецы, жизнь которых началась в пробирке, на руках у проф. Б. Леонова. Журнал «Спутник».

Vstribung Ade Eue.



Die Nonne.



Der Artzter.



Der Sternenscher.



Ханс Гольбейн младший. Из цикла «Картины смерти»: Изгнание из рая, Монашка. Врач. Звездочет.



Надежда на бессмертие... Из журнала «Deine Gesundheit».



Асклепий.

санитарок становится с каждым годом все более сложной задачей.

Мне кажется, едва ли существуют специальности с большей текучестью, чем эти. Больных надо кормить, поить, мыть. Необходимо делать процедуры, требующие большого напряжения. Приходится слышать стоны, видеть горе, а нередко терпеть капризы. Работа трудная и ответственная!

Отношение к ней в значительной степени определяется интересами молодежи.

При оценке степени привлекательности профессий медсестры, фельдшера и акушерки по десятибалльной системе среди выпускников средних школ эти специальности собрали в среднем 3,01—6,03 балла. В городах оценочный балл падает, на селе растет. Как будто в общем-то не мало, но, прямо скажем, и не много.

И. Ржевска на основе изучения проблемы в Польше и других странах пришла к заключению, что существует противоречие между высоким уровнем требований к медицинской сестре, с одной стороны, и низким престижем этой профессии в обществе — с другой.

Тревожным является положение и с кадрами младших медицинских работников. М. Д. Ковригина и И. С. Случанко показали, что среди санитарок 6 больниц города Москвы 65 процентов старше 50 лет, а 25 процентов — старше 60 лет. Возрастной состав младших медицинских работников является причиной того, что 60 процентов санитарок имеет образование в пределах начальной школы, причем половина из них не окончила даже ее. Приведенные данные свидетельствуют о том, что молодежь не очень-то стремится к этой профессии.

В Эстонии, например, был период, когда число медсестер, получаемых здравоохранением и покидающих его ежегодно, было равным. Стоит ли удивляться, что принимали их в медучилища без экзаменов!

Видимо, ситуация не носит местный характер. В одной из больниц обратили внимание на странное поведение новой медицинской сестры. Приглашенная для выяснения причин этого мать с вызовом заявила: «Я знаю, что дочь неполноценна, потому и отдала в медучилище. Где же ей еще работать, если не медсестрой?»*

* Медицинская газета. 1987. 15 авг. № 65.

Вдумайтесь: как мы дошли до того, что борьба со смертью, требующая ума, здравого смысла, души, энергии, выглядит оптимальным местом для дефектных людей?

Рост культуры и образования заставляет предполагать, что в будущем тяга к другим, более «престижным» специальностям, возможно, станет еще большей. Над этим следует серьезно задуматься, ибо никто из нас не гарантирован, что не окажется завтра на больничной койке, а убирать палату придется самому.

Впрочем, приведу дословно отрывки из двух публикаций.

«Мы встречались в эти дни с профессорами, доцентами, известными в городе врачами, руководителями больницы. Не удалось увидеть только... обыкновенную санитарку. Ни в одном отделении!

...С вымиранием этой профессии давно уже смирились. Не видя иного выхода, в травматологическом отделении в большом количестве отпечатали пропуска для родственников. В день рейда в отделении на 95 больных приходилось 28 родственников. Их много и в других отделениях»*.

«На фоне стремительно изменившегося и меняющегося социального состава страны наша тоска по тете Маше может стать хронической и совершенно бесплодной. А думать надо, и сообщать. Медицина ведь область особая, как говорится, «все там будем»:... не обойти никому порога, за которым идет борьба с человеческим страданием»**.

Что же делать?

Необходимо искать дополнительные моральные и материальные стимулы, формы компенсации за эту работу.

Как уже отмечено выше, существенно облегчены возможности поступления на медицинские факультеты для тех, кто трудился младшим или средним медицинским работником, но им должны быть также обеспечены и жилищные льготы.

Предлагают вновь вернуться к термину «сестра милосердия», предусмотреть присягу для сестер. Это дол-

* Медицинская газета. 1979. 22 июня. № 50.

** Литературная газета. 1981. 27 мая. № 22.

жно, как полагают, поднять требовательность к их этике. Возможно, это и так. Большим шагом вперед является введение почетного звания «заслуженного работника здравоохранения», которое можно присваивать средним и младшим медицинским работникам.

Как известно, перестройка здравоохранения предполагает различные формы материального стимулирования труда медиков. Уже ряд лет врачи и средние медицинские работники, которые трудятся на промышленных предприятиях, пользуются правом быть премированными, как и производственники. В лечебных учреждениях создан премиальный фонд, прибавка к зарплате врача предусматривается в случае, если, при возможности выбора, увеличивается число пациентов, желающих попасть к нему, и т. д.

Но вряд ли это можно рассматривать как кардинальное улучшение материального положения медиков.

Труд медицинских работников политэкономисты считают непроизводительным.

Принципиальную оценку сложившемуся положению дал А. Н. Яковлев. Он пишет, что «...труд оказался разделенным на производительный в материальной сфере и непроизводительный — в других. Отсюда и «остаточный» принцип вложений в социальную инфраструктуру, технократизм, недооценка человеческого фактора. Отсюда и материальная и моральная ущербность положения самого квалифицированного и необходимого в условиях НТР труда врача, учителя, инженера, ученого. Отсюда и принижение социального статуса знания, подлинного профессионализма»*.

В связи с этим представляют интерес некоторые данные, опубликованные за последние годы.

Примерные подсчеты чистого дохода, поступающего в бюджет государства в результате работы органов здравоохранения, показали, что снижение за годы Советской власти смертности населения в 4 раза дает ежегодно около 1,7 миллиарда рублей национального дохода. За счет увеличения продолжительности жизни мы получаем ежегодно на 1,2 миллиарда рублей общественного продукта (В. И. Басов). За 35 лет активной деятельности человек способствует увеличению нацио-

* Коммунист. 1987. № 8. С. 3—22.

нального дохода в среднем на 325 тысяч рублей (Л. В. Бобров).

Как показал академик С. Г. Струmlin, 100 рублей, затраченных на лечебные цели, дают обществу 220 рублей*.

В Советском Союзе потери из-за низкой эффективности здравоохранения оцениваются в 90 миллиардов рублей ежегодно.

В Эстонской ССР ущерб национальному доходу в связи с болезнями составляет 140 миллионов рублей в год, по листкам нетрудоспособности выплачивается ежегодно 50 миллионов рублей. Ежедневно на больничном листке находится в среднем по республике 20 тысяч человек.

Примечательно, что в США численность работников, занятых в сфере здравоохранения, увеличивается более высокими темпами, чем в основных отраслях материального производства. За последнее столетие занятость в здравоохранении увеличилась в 49 раз, тогда как во всем народном хозяйстве страны — в 5,7 раза**.

Данные последних лет также подтверждают такую тенденцию.

Это не удивительно.

Согласно сделанным расчетам, каждый американец в возрасте 18 лет за остаток своей жизни может принести экономике своей страны в среднем чистую прибыль в 34 тыс. долларов (С. Е. Winslow). Прямые и косвенные экономические потери от плохого состояния здоровья населения США, вместе взятые, составили только за один год 125 миллиардов долларов***.

По подсчетам, сделанным Всемирной организацией здравоохранения, ликвидация натуральной ослы принесла человечеству экономический эффект, равный более чем 10 миллиардам долларов. А можно ли выразить в деньгах 20 миллионов спасенных человеческих жизней и 150 миллионов, которые избежали болезни?

Здоровье цены не имеет. Внутренне нелегко подыскивать ему эквиваленты в денежном выражении. Это

* Неделя, 1973, № 45.

** Statistical Abstract of the US, 1969, P. 67.

*** Вопросы экономики и планирования здравоохранения в зарубежных странах. М.: ВНИИМИ, 1971. С. 1.

противоестественно. И все же необходимо, хотя бы для того, чтобы еще раз привлечь внимание к месту здравоохранения и медицины в экономике.

Н. Г. Чернышевский писал, что «труд доктора действительно самый производительный труд, — предохраняя от болезней или восстанавливая здоровье, доктор приобретает обществу все те силы, которые погибли бы без его забот». Едва ли надо доказывать, что это можно отнести и к среднему, и к младшему медицинскому персоналу. Причем, если перевести слова Н. Г. Чернышевского на язык политэкономии, то здоровье и человеческая энергия являются материальной основой рабочей силы. Почему же труд медиков не считают участием в материальном производстве?

Может показаться, что в подобных теоретических рассуждениях мало смысла. Между тем сегодня со слесаря общество спрашивает меньше, чем с медицинской сестры, а дает ему значительно больше. Это уже не теория, а действительность.

Практически это выражается в том, что, например, существуют санатории для колхозников, нефтяников, шахтеров, машиностроителей и других производителей материальных благ. Но нет специальных санаториев для медицинских работников. В стране, как недавно отмечено в «Огоньке», нет ни одной больницы, имеющей свой детский сад. Бывшие медсестры, перейдя на работу в систему торговли, гостиницу или на текстильную фабрику, получают путевки на курорт и устранивают своих детей в садик быстрее...

Из письма* одной медсестры: «... чувство материальной безысходности преследует «денно и ночью» ... Почему сестру милосердия выбросили за черту бедности?» Другой фрагмент из письма группы медицинских сестер: «Трудимся сутками, по две ночи подряд, три дня по 12 часов подряд. Практически без выходных. В некоторых семьях до развода доходит»**.

Проблема ясна как будто всем. Вот ее освещение с двух точек зрения — писателя и организаторов здравоохранения. Нередко их взгляды не совпадают. А в этом вопросе?

* Правда. 1989. 15 июня. № 166.

** Медицинская газета. 1985. 21 июня. № 50.

Писатель Пауль Куусберг в романе «Капли дождя» пишет:

«... Зарплата у санитарок и сестер маленькая. У скотниц, свинок и телятниц заработки крепко (разрядка наша — Н. Э.) возросли, должны бы подняться и у тех, кто за людьми приглядывают... Если производство — это все, то негоже забывать, что без человека ни корова не доится, ни свинья бекона не нарастит, без человека из поросенка даже обычной свиньи не вырастет».

О. П. Щепин, Г. И. Царегородцев, В. Г. Ерохин в интересной монографии «Медицина и общество» развивают этот тезис. Как они отмечают, «получается, например, что труд врача, направленный на укрепление здоровья людей и продление их жизни, имеет меньшую ценность, чем труд работников промышленности, выпускающей винно-водочные и табачные изделия». Авторы книги считают, правда, что рассматриваемую проблему трудно решать «с ходу». В то же время социальную значимость труда медицинских работников нельзя ставить в зависимость только от постулатов политической экономии.

Возвращаясь к нехватке среднего и младшего медицинского персонала, замечу, что за рубежом эта проблема, видимо, не менее остра, чем у нас. Популярность профессии медицинской сестры упала во всем мире. В ФРГ хроническая нехватка медицинских сестер достигает 40 тысяч человек. В Англии, например, из-за их отсутствия пустует часть больничных коек. Франция находит выход в использовании монахинь, удельный вес которых среди сестер милосердия составляет более 25 процентов, и т. д. В США от 35 до 60 процентов младшего и среднего медицинского персонала ежегодно меняют место работы. Причина в том, что в капиталистических странах средний медицинский персонал относится к относительно низкооплачиваемой категории работающих.

В ряде стран (Франция, Польша, Турция, Исландия, Великобритания) медицинских сестер готовят при университетах и выдают им соответствующие дипломы. На ежегодном конгрессе Королевского колледжа сестринской помощи в Глазго обсуждался даже вопрос об установлении для медсестер ученых степеней (R. Bogers).

Предложение более чем непривычное, но оно по-своему отражает сложность ситуации.

В 1900 году был принят устав Международного совета медицинских сестер. Не так долго осталось до столетнего юбилея этой организации. Не следовало ли бы создать аналогичное всесоюзное общество или совет?

Не слышен голос сестер и фельдшеров и в различных женских организациях. А нужно бы.

В. Кристенсен в статье «Сестринский уход в мире прогресса», выполненной в рамках Всемирной организации здравоохранения, подчеркивает, что «сестринский уход переживает критический период. Потребность в медсестрах... является серьезной проблемой, с каждым днем становящейся все острее».

Повторю, дело не только в материальных стимулах. Хотя бы уже потому, что от медицинской сестры или санитарки прежде всего требуются доброта, человечность, доброжелательность. А эти качества деньгами не оценивают.

В США появилась статья с характерным названием «Сестра, сестра, где твое искусство?..» В плане рассматриваемых вопросов примечательно открытое письмо, с которым обратилась через центральную печать группа пациентов к медицинской сестре Н. Н. Больные писали: «Мы вынуждены сказать вам, что вашего дежурства ждем с ужасом, а окончания его — с нетерпением. За свое дежурство вы ухитряетесь свести на нет все усилия врачей и других сестер, все результаты приема лекарств и наши собственные нелегкие старания обрести душевный покой. Мы очень просим вас задуматься над этим письмом. Вам нужно переменить либо свое поведение, либо свою работу».

Думаю, нет необходимости доказывать, что в данном случае речь идет о характере человека, и какую бы эта медсестра ни получала зарплату, она едва ли стала бы более человеческой. Только материальные стимулы вряд ли способны привить милосердие или истинный интерес к своему делу. Порядочный человек работает честно, вне зависимости от зарплаты. Но из этого не следует, что для него она вообще не имеет значения. Он хочет не только есть, но и одеваться, развлекаться, отдыхать. При этом, если хотите, приличная одежда и посещение театра важны и для профессионального облика медика.

Ф. Кеведо считал, что для того, чтобы врачевать, необходимо обязательно иметь хорошего мула, перстень с изумрудом, широкую мантию и шляпу. Это гротеск. Но о том, как должен быть одет медик, каким должен быть его внешний вид, писали все, кого волновал облик врача и его воздействие на окружающих, начиная с Гиппократов. В свое время английские врачи потребовали увеличения зарплаты, мотивируя это не тем, что она низкая, а тем, что она недостаточна в глазах населения и это вредит авторитету врачебной специальности.

Если же говорить о среднем и младшем медицинском персонале, то их авторитет, престиж этих профессий, моральные и материальные стимулы, как было показано выше, становятся одной из требующих особого внимания задач сегодняшнего и завтрашнего дня.

«Последний лист» не должен опадать

Надежда выздороветь — половина выздоровления.

Вольтер

По существу, эта глава является органическим продолжением предыдущей.

Когда-то в России истории болезни именовались «скорбными листами». Госпитализация во всех случаях ассоциировалась с печалью, скорбью.

Действительно, можно ясно сознавать, что больница неизбежна, необходима, что она принесет выздоровление или облегчение, и все же она напоминает, что тебе нехорошо, что ты не успел или не сумел что-то сделать, что лишился или должен будешь лишиться (пусть даже на время) каких-то радостей жизни. Поэтому так остро и стоит проблема сведения до минимума того заведомо отрицательного, что несет с собой само пребывание человека в больнице.

Некогда много говорилось о необходимости внедрения в лечебных учреждениях так называемого охранительного режима. Сегодня же об этом периоде напоминают лишь случайно уцелевшие таблички «Говорите тихо!».

Когда-то учение академика И. П. Павлова применяли где надо и где не надо. Затем с упрощенчеством было покончено, и тут начала проявляться другая крайность:

то ценное, что несут в себе идеи о роли нервной системы в жизнедеятельности организма, о влияниях внешней среды, незаметно стало предаваться забвению. В те годы именем Павлова предписывалось говорить в больницах шепотом, носить бесшумную обувь и красить стены в светлые тона. Теперь можно греметь дверями и громко переговариваться из одного конца коридора в другой. Учение о нервизме не нуждается в фетишизации, но не следует ли все же без шумовых эффектов чаще вспоминать о покое и удобствах больных?

В борьбе за здоровье и долголетие знаменитый римский врач Гален на первый план выдвигал умение владеть своими страстями. В больничных условиях важнее другое — заставить человека меньше думать о своей болезни, заставить верить в ее благополучный исход. В конечном счете — это тоже лечение.

У медицинского персонала могут быть свои симпатии и привязанности среди пациентов, но любой медик обязан прежде всего видеть человека, обратившегося за помощью. F. R. Morimoto описал следующий эксперимент. В одной из палат для хронических больных всем им были предписаны одни и те же назначения. Однако медицинские сестры вдвое чаще обращались к пациентам, которые им нравились, и проводили с ними почти в 6 раз больше времени. Верно, речь идет о зарубежном эксперименте, но выводы из него и неприятны, и поучительны.

Немаловажен вопрос отдыха, досуга и развлечения больных.

Не следует злоупотреблять в больничных условиях выступлениями на медицинские темы. О болезнях и лекарствах напоминают собственное состояние, воздух и диета, стоны и процедуры. Целесообразны ли еще и лекции о болезнях? Думается, больной больше нуждается в индивидуальной информации, учитывающей его особенности и конкретные вопросы.

Если же и проводить лекции, то лекторов надо все же как-то готовить с учетом специфики психологии больных людей. В медицинской прессе сообщалось, как в одном из санаториев лектор-биолог использовал все свое красноречие, чтобы доказать больным, что неприспособленные особи умирают раньше и быстрее. Многие в это время подсчитывали, сколько им осталось

жить... Развлечения — это не только и не обязательно лекции. В годы войны для раненых устраивались концерты. Благотворность их влияния на психику и состояние больных — очевидна.

Соответствующим должен быть и отбор кинолент (там, где их демонстрируют) в больницах, в санаториях. Мне известны случаи, когда после просмотра некоторых фильмов и телевизионных программ пациенты просят валидол или не спят ночью. В Кисловодске как-то обратили на себя внимание два соседствующих рядом энонса: днем — лекция «Берегите сердце», вечером — итальянский кинофильм «Признание комиссара полиции прокурору республики». Фильм отличный, но тяжелый, у моего соседа во время сеанса возник приступ стенокардии.

Некоторое время назад я решил посмотреть лирико-психологическую комедию, о которой был много слышан. Ее демонстрации предшествовал показ четырех научно-популярных лент: о преступности, связанной с алкоголизмом; болезнях, вызываемых курением; последствиях автолихачества и, наконец, о раке. Несчастья, смерти присутствовали всюду. После приведенного сериала фильм, ради которого пришел, уже смотреть не хотелось. Надо ли так оглушать просветительством, к тому же кувалдой? Японцы не вешают на одной стене несколько картин. Это мешает в полной мере сосредоточиться на каждой из них...

О подборе книг. Во время одного из обходов я заинтересовался, что читают больные. В одной палате читали «Записки из Мертвого дома» Ф. М. Достоевского и «Живой труп» Л. Н. Толстого, в другой — «Замок Броуди» А. Кронина и «Собаку Баскервилей» А. Конан-Дойля. Разумнее было бы снабжать библиотечки для больных иллюстрированными журналами, мемуарной литературой, книгами путешественников. Впрочем, и здесь нельзя не учитывать индивидуальности вкусов, особенностей личности, характера течения и прогноза болезни.

Интересно отметить, что в клинике при Люблинском университете в Польше доктора специально «прописывают» больным определенные книги. Врачам вменено в обязанность хорошо знать художественную литературу, следить за новинками и рекомендовать книги

пациентам с учетом уровня их развития и психоэмоционального состояния.

Значительное место в комплексе факторов, воздействующих на больных, занимает музыка. Живший в X—XI столетиях известный врач и ученый Востока Абу Али Ибн Сина (Авиценна) называл музыку «нелекарственным» способом лечения наряду с запахами, смехом, диетой и трудом. Особое распространение музыкотерапии приобрела при лечении различного типа расстройств нервной системы. Выработана целая система подбора музыкальных произведений в зависимости от характера заболевания, особенностей пациента, его культуры, вкусов, уровня музыкальной образованности и т. д. В США существует Национальная ассоциация музыкотерапии, издается журнал «Music Therapy». В Англии также создано подобное общество. Еще в 1959 году в Австрии состоялся съезд по вопросу «Музыка в медицине». При Венском университете организован специальный Институт для подготовки музыкотерапевтов.

Лечение музыкой применяется и в нашей стране, в частности в некоторых медицинских учреждениях Ленинграда, Москвы, в отдельных санаториях. Появились и соответствующие публикации. Широкого распространения этот вид лечения тем не менее не получил, а жаль.

Наконец, существует еще один аспект, касающийся пребывания больного в больнице. Речь идет об отношении к пациенту родных, друзей и знакомых.

Известны сотни и тысячи примеров, когда не только родственники, но и друзья, а нередко и незнакомые люди ради заболевшего идут на все — отдают свою кожу, кровь, почку. И теплоту сердца. Каждый из нас, врачей, мог бы без труда вспомнить не один десяток случаев, когда родные или товарищи по работе проводили у постели тяжелобольного дни и ночи, пытались сделать все, чтобы человек справился с недугом. И добивались своего. Но приходится наблюдать и другое.

На носилках в приемном отделении лежал мальчик лет двенадцати. Серого цвета лицо, синие губы. Почти безжизненный, устремленный вдаль взгляд. Он с трудом дышал. Несколько часов назад во время игры ему попала в дыхательное горло горошина. Из детского дома его привез на машине один из воспитателей.

К тому времени, когда мальчика привезли, он нахо-

дился уже на грани жизни и смерти. В течение одной-двух минут он был поднят на лифте в операционную и тут потерял сознание. Минуты решали все. В обезболивании уже не было нужды, он все равно ничего не чувствовал.

Дежурный врач отоларинголог К. вскрыл дыхательное горло. У мальчика исчезает пульс. Вокруг ребенка собрались дежурные врачи всех отделений больницы. Одну инъекцию делают за другой. Горошину никак не удается вынуть. В операционной безмолвие. Мучительно тянутся минуты. Наконец, горошина в руках хирурга.

В дыхательное горло вставляется спасительная трубочка, через которую в легкие устремляется воздух, кислород. Через две минуты ребенок открывает глаза.

Все, кто стоял вокруг операционного стола, хорошо ощутили холод смерти. Но восторжествовала жизнь.

А хирург? Он помыл руки, а лицо вытирал уже на ходу. Он спешил в приемный покой сказать воспитателю, что мальчик жив. Что все позади.

На стуле в приемном покое лежали пальтишко и шапка ребенка. А воспитателя не было. Он ушел, не дождавшись конца операции.

В больнице умирала пожилая женщина. У нее был рак в неизлечимой стадии. Единственное, чем ей можно было помочь, это человеческой теплотой. Был у этой женщины сын. Единственный. А у сына была отдельная квартира. Трехкомнатная. Я объяснил ему, что для матери лучше сейчас быть дома, что мы обеспечим ей необходимое лечение. Он отказался забрать мать домой:

— Мама по ночам может стонать, а это мешает спать моей жене.

В обоих случаях речь идет о черствости, граничащей с аморальностью и бесчеловечностью. Такие случаи редки, и именно в силу своей редкости они и запоминаются. А их не должно быть совсем.

Мысль о том, что исцелению во многом способствует вера больного в благоприятный исход, нашла воплощение во многих произведениях искусства. Герония оперы П. И. Чайковского «Иоланта» обретает зрение только после того, как она этого страстно захотела.

У О. Генри есть известный и удивительный по своей человечности рассказ «Последний лист». Молоденькая художница Джонси при смерти, у нее тяжелая форма

воспаления легких. Лечащий врач сказал ее подруге: «У нее один шанс... ну, скажем, против десяти... и то, если она сама захочет жить. Вся наша фармакология теряет смысл, когда люди начинают действовать в интересах гробовщика...» Джонси потеряла всякую надежду на исцеление и внушила себе, что умрет, когда за окном с плюща упадет последний лист. Остается пять листьев, четыре, три, два, один. Ночью пронесся сильный ливень, страшным был ветер. А одинокий последний листок все держался на своем стебельке... Его нарисовал и прикрепил к дереву старик Берман. Джонси поверила в жизнь — она поправилась.

Как важно, чтобы каждый больной верил в то, что, несмотря на ливень и ветер, «последний лист» не окажется последним.

От псевдокультуры к полужнанию

Лучше совсем не знать чего-либо, чем знать плохо.

Публииш Сир

Когда встречаешь людей, которые лечатся от мнимых болезней или жаждут получить модные лекарства, невольно возникает вопрос: а не виноваты ли частично в этом мы сами — медицинские работники? Не проглядывают ли в суждения отдельных больных о болезнях и лечении результаты неправильно проводимой санитарно-просветительной работы? Многие врачи отвечают утвердительно на этот вопрос.

Всегда ли врачебное слово целенаправленно, всегда ли оно служит предупреждению болезней? Посвящается ли оно в первую очередь гигиене, в которой И. П. Павлов видел медицину будущего? Увы, отнюдь нет.

В поликлинике больному подробно объясняют все, что касается лекарств, и мало говорят о режиме, диете и пр. Уже тут возникает убеждение, что все дело — в лекарстве, а режим, диета — приложение к нему. На самом же деле все наоборот.

В беседах, статьях и брошюрах на медицинские темы зачастую в деталях рассказывается о новейших мето-

дах лечения и тончайших способах диагностики болезней. Следует ли это преподносить в таких дозах населению? На мой взгляд, это нужно делать в самом общем виде. Санитарное просвещение должно пропагандировать такие знания, которые способствовали бы предупреждению заболеваний и сохранению здоровья: как остерегаться инфекционных болезней, как регулировать вес, как правильно закалывать организм и т. п.

Необходимо шире осведомлять население о таких состояниях, которые требуют своевременного обращения за врачебной помощью, как, например, начальные проявления инфаркта сердечной мышцы, нарушения мозгового кровообращения, острые заболевания органов брюшной полости. В этих случаях информация должна помочь заболевшему человеку вовремя обратиться к врачу, предотвратить ошибочные действия больного или его окружающих, прививать навыки доврачебной помощи.

Что касается последующих этапов медицинской помощи, в частности лечения, то это уже прерогатива врача. И только врача.

На I Всесоюзной конференции по медицинской деонтологии выступил заместитель редактора «Популярной медицинской энциклопедии», который зачитал следующее письмо читателя: «Очень благодарим за новую полезную книгу. Мы теперь лечимся по ней сами, к врачам уже не ходим».

Не могут ли подобные взгляды породить движение за новые рубрики в общей печати: «Полезные советы по диагностике» и «Лечись сам»?

В настоящее время больные действительно хорошо осведомлены о новых методах лечения болезней и не хотят знать старых способов сохранения здоровья.

Мне знакомы люди, страдающие гипертонической болезнью, которые курят, переедают, играют ночами в преферанс, ищут новые «верные» средства от болезни и поражаются тому, что «космос-то покоряем, а кровяное давление снизить не можем». Налицо испытанный принцип семейной педагогики: «Петя приносит из школы одни пятерки, а ты опять разбил мячом стекло».

Когда один молодой медик спросил известного врача XVII столетия Т. Сиденхема, прозванного Гиппократом своего времени, что следует читать, чтобы сделаться

искусным врачом, он ответил: «Читайте, мой друг, „Дон-Кихота“».

Для того времени этот ответ, вероятно, и имел основание, ибо современная Сиденхему медицина, подобно рыцарю печального образа, пыталась бороться с болезнями, сущность которых была неясна, и при помощи средств, эффективность которых была в большинстве случаев недостаточна. Примечательны темы диссертаций, защищавшихся на медицинском факультете одного из старейших в Европе Парижского университета: «На кого больше похожи зародыши: на мать или отца?», «Ведет ли распущенность к облысению?», «Является ли женщина несовершенным творением природы?» и т. д. Не удивительно, что Лаплас, живший уже в первой половине XIX столетия, на вопрос, почему он предлагает допустить в Академию наук медиков, зная, что медицина — не наука, ответил: «Затем, чтобы они общались с учеными».

Сейчас пересаживают кости, почки, сердце. Это успех не только хирургической техники, но и следствие больших достижений фармакологии и иммунологии, в частности наличия в руках хирургов мощных антибиотиков, гормонов, сердечных и прочих средств.

И в то же время, если мыслить шире, то все пересадки должны рассматриваться как проявления неудачи профилактики — невозможности предотвратить или остановить развитие заболевания, когда пересадка остается единственным шансом спасения жизни или по крайней мере отдаления смертельного исхода. Ведь в таких случаях (а может быть, и во всех?) хирургия — это терапия отчаяния.

Американцы подсчитали, что на более чем сто тысяч долларов — средняя стоимость одной пересадки сердца — можно подготовить врачей, которые, занимаясь профилактикой, сделали бы ненужными у многих людей подобные оперативные вмешательства.

Ведь не случайно первый раздел постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР по основным направлениям развития и перестройки здравоохранения СССР (1987) посвящен повышению эффективности профилактики. Как отмечается в постановлении, и, думается, это, надо подчеркнуть, «на всех этапах развития советского здравоохранения профилактическое направление было и

остается основополагающим принципом, идеологией охраны здоровья народа».

Предупреждение болезней — главное, что должно занимать нас, врачей. И население.

Вот один пример. Социальной проблемой стала борьба с избытком веса и ожирением. Но могут ли здесь помочь одни медикаменты? Более чем сомнительно. Однако рекомендация «больше ходить и меньше есть» встретит у такого больного внутренний отпор. Выпишите лекарство «модное», к тому же дорогое или «оттуда»... — это убеждает пациента в том, что он на верном пути. А впрочем, можно ли в этом усомниться, если о средстве писали в газете и говорили по радио?!

А как написали и как говорили? Ведь забыли-то опять сказать, что нет «верных» лекарств для лечения не совсем «верного» образа жизни.

По мнению французских авторов, средства массовой информации нередко способствуют разобщению врачей и пациентов.

Можно вполне понять тревогу Л. Карельской и В. Николаева, выступивших в «Журналисте»: «Как... не переступить грань, которая отделяет популяризацию от популярничанья? Как добиться, чтобы санитарное просвещение не обращалось в парадокс — невежество от избытка сведений? Ведь вооружить человека знаниями — еще полдела. Главное — научить его пользоваться ими». Это очень важно. На полках домашней библиотеки сегодняшнего пациента, наряду с книгами по домоводству, кулинарии и разведению домашних рыб, почетное место занимают новейшие медицинские справочники. Он выписывает уже не только журнал «Здоровье», но и «Медицинскую газету». Характерно, что после публикации ряда медицинских статей в специальных журналах я получаю письма не только от врачей, но и от больных.

Пропаганда знаний должна быть строго научной и популярной, служить предупреждению заболеваний и, кроме того, лишена нездоровой сенсационности. Нельзя же всерьез рекомендовать для выздоровления от бронхиальной астмы яйца перепелки (кое-где уже решили создавать для этой цели перепелиные фермы), а для лечения язвенной болезни — молоко антилопы. Оба примера, к сожалению, взяты из центральной печати.

Итак, речь не идет об ограничениях в пропаганде медицинских знаний. Нелепо выступать против санитарно-гигиенического просвещения, значение которого настолько велико, что оно не нуждается в комплиментах. Никто не стремится к «инфантилизации» больных, но следует решительно возражать против превращения санитарного просвещения в лечебное псевдопросвещение. Интерференция знания с полужнанием хуже незнания, — говорил Б. Е. Вотчал.

Во Франции принят термин «санитарное и социальное воспитание». Видимо, действительно, здоровый человек должен впитывать навыки укрепления и сохранения здоровья начиная с детского и подросткового возрастов, и на это надо нацелить всю систему медицинской пропаганды.

Медицина — наука, требующая последовательной и глубокой подготовки. Когда же действительно необходимые знания подменяются поверхностным обучением населения диагностике и лечению, то невольно вспомнишь одного из геросов Стендаля, заметившего: «Разве больше узнал я о лошади, после того как меня научили, что по-латыни она называется equus?»

После моей статьи «Раздумья врача», опубликованной в газете «Советская Эстония», среди ряда писем было одно, резко критикующее это выступление.

В статье, в частности, говорилось о том, что от неправильно проводимого санитарного просвещения прежде всего страдают сами больные.

По мнению же автора упомянутого письма, не следует «ограждать» население от медицины, так как по мере роста культуры людей каждый человек должен и будет сам себе оказывать достаточно квалифицированную медицинскую помощь.

Эта точка зрения любопытна.

Несомненно, что с повышением культурного уровня населения степень вероятности правильной оценки состояния здоровья самим больным может возрасти. Так, например, термин «аппендицит» появился лишь в 80-х годах прошлого столетия, а первое удаление червеобразного отростка проведено около 110 лет назад. Между тем сейчас стало обычным явлением, когда этот диагноз больной ставит себе еще до приезда врача. Таких при-

меров много, и, наверное, их число с годами может увеличиваться.

И все же задача заключается не в том, чтобы развивать эту тенденцию, не в том, чтобы обучать население самодиагностике болезней, а в том, чтобы каждый человек научился обращаться своевременно за медицинской помощью. Бояться увеличения обращений к врачу нечего: лучше обследовать несколько здоровых человек, подозревающих у себя какой-то «непорядок» в организме, чем пройти мимо того, кто теряет, быть может, дорогое для здоровья время. Приходилось слышать аргумент, что никто так не знает свой организм, как сам больной. Часто это так, но в вопросах оценки своего состояния здоровья человек далеко не всегда может быть совершенно объективным. Как будет показано ниже, даже выдающиеся врачи не раз ошибались в постановке диагноза самим себе и соответственно избирали ошибочный путь лечения.

Мне, например, показалось поучительным, что в некоторых штатах США врач дает обязательство не лечить себя и своих родственников — считают, что он не может быть в этих случаях достаточно беспристрастным. А как часто занимаются самолечением люди без соответствующего образования, претендующие между тем на компетентность в медицине!

С точки зрения изложенного представляются более чем спорными таблички, которые видишь порой в аптеках: «Средства от малокровия и слабости», «Желудочные средства» и т. д. Если кого-то беспокоит слабость или малокровие — надо идти к врачу. Ведь и то и другое является следствием какой-то болезни. Как же может одно и то же лекарство помочь от слабости, вызванной совершенно различными причинами?!

Одна из популярных в ФРГ газет «Die Zeit» в конце 1988 года посвятила рекламу «медикаменту года». Им оказался... аспирин. У одной из аптек в Вене я заметил огромный плакат, показавший мне странным: он рекламировал... пирамидон. Старый, обычный, доступный пирамидон. Зачем его рекламировать? Фармацевт объяснил: чтобы население знало, что старое средство не всегда хуже нового.

В данном случае речь шла о честном аптекаре. В той же Австрии журнал, предназначенный для фармацев-

тов, рассказал о случае рекламы препарата, который, как утверждалось, помогает по крайней мере при 88 болезнях, включая заболевания спинного мозга, эндокринных желез, водянку и др. В 1975 году скандальную известность приобрело «дело» нескольких предпринимателей из Ниццы, которые успешно продавали средство для «похудения во время сна с помощью самоокисления».

Вред бесконтрольной рекламы лекарств очевиден. Этому вопросу был посвящен специальный обзор в «Хронике Всемирной организации здравоохранения». Примечательно, что французское законодательство налагает запрет на употребление во всех видах рекламы слов «вылечивать», «излечение», а также на такие выражения, как «лучшее лекарство против...», «самое сильное...», «эффективно против всех видов нарушений» и т. п.

На патентованные средства других стран, к сожалению, это не распространяется.

... Древнейший рецепт, дошедший до нашего времени, относится к третьему тысячелетию до нашей эры. В состав прописи входили кости борзой собаки, цветы финиковой пальмы и ослиные копыта. Рецепт был выписан для улучшения... роста волос.

«Хроника ВОЗ» отмечает, что реклама средств, предохраняющих от выпадения волос, запора, половой импотенции или вызывающих похудение, всегда будет вызывать отклик у множества излишне доверчивых людей.

На мой взгляд, медикаменты целесообразно рекламировать только среди медицинских работников. И именно к ним надо обращаться при всех неясных для себя вопросах, касающихся здоровья.

Для чего же тогда, — могут спросить, — издавать «Популярную медицинскую энциклопедию»? Для повышения санитарно-гигиенической культуры, пропаганды способов укрепления и сохранения здоровья, но только не для обучения населения самолечению.

Человек с таблеткой в кармане

Большинству людей кажется, что таблетки — это снайперская пуля, без промаха поражающая мишень. На самом деле она больше похожа на осколочный снаряд, бьющий «по площадям»...

Е. М. Тареев

Достижения медицины в области лечения вызывают особый интерес. Это понятно: в конечном счете, пациенты судят о враче не столько по тому, как он ставит диагноз, сколько по результатам лечения. Ведь тогда, когда больной или его близкие с тревогой интересуются диагнозом, их, по существу, волнует другой вопрос: можно ли с болезнью справиться?

Каждому будущему врачу еще на студенческой скамье приводят древнеримское изречение: кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит. Проблема эта, однако, сложнее, чем она кажется на первый взгляд. Действительно, установление диагноза является обязательной предпосылкой для соответствующего лечения.

И вот тут начинаются «но». В подавляющем большинстве случаев диагнозы болезней (в отличие от лечения) базируются на общепринятых критериях, с которыми (если заболевание не протекает атипично или не представляет объективных трудностей для распознания) грамотный врач знаком вне зависимости от того, где он получил медицинское образование. Например, признаки острого воспаления легких или язвы желудка описываются одинаково во всех руководствах, изданных у нас или за рубежом. С лечением вопрос обстоит сложнее. Безусловно, в медицине существуют неопровержимые положения: скажем, общие принципы лечения того же острого воспаления легких (назначение антибактериальных средств, поддержание сердечно-сосудистой деятельности) или острого кровотечения (необходимость его остановки) не могут вызвать сомнений. В то же время лечение больного в широком смысле слова (не только медикаментозном) нередко отражает взгляды разных ученых и разных медицинских школ.

Вот несколько примеров.

Убежден, что сказать больному о том, что у него злокачественная опухоль в неизлечимой стадии — грубая деонтологическая и психологическая, а следовательно, и лечебная ошибка; в США в течение уже ряда лет принято об этом больных информировать. В наших лечебных учреждениях с большой эффективностью и довольно широко применяется физиотерапия; во многих зарубежных клиниках ей не придается такого значения. Подчас диаметрально противоположные взгляды высказываются относительно целесообразности использования некоторых диетических способов лечения, медикаментозных средств.

Отсюда не следует делать вывод, что для оценки методов лечения не существует критериев. Они есть и основываются на современных апробированных «среднеарифметических» для нашего времени концепциях и установках, принятых советскими органами здравоохранения. При этом необходимо сделать одну оговорку. В медицине постоянно рождаются новые идеи, новые методы, а некоторые старые отмирают. Естественно, врач обязан идти в ногу со временем и быть на высоте требований, которые предъявляют современная медицинская наука и сегодняшний пациент.

Слова «сегодняшний пациент» выделены не случайно, ибо, как мы видели, у него свои особенности: он отличается возросшим уровнем образования и широким доступом к медицинской информации. Это и служит одной из основных предпосылок для прогрессивно растущего самолечения.

Проблема эта настолько серьезна, что на ней необходимо остановиться подробнее.

В США, например, ежегодно издается более ста книг по самолечению. Однако на фоне общедоступности и бесплатности советского здравоохранения наблюдаемое самолечение кажется противоестественным. В самом деле, зачем прибегать к нему, если практически всегда можно получить медицинскую помощь?

Прежде всего, надо отметить, что наш современник лечит себя не только тогда, когда болен, но и когда он еще здоров. Ему не хочется испытывать неудобств. Там, где в былые времена при усталости отдыхали, при неприятностях — верили в целительное воздействие времени, современный человек принимает витамины или

ищет женьшень «для тонуса», элениум или седуксен — для успокоения и т. д.

Что касается болезней, то, действительно, встает вопрос, нужно ли по каждому поводу (головная боль, кратковременный запор и т. п.) обращаться к врачу? Не обременит ли это до невозможности работу поликлиник и больниц? Но в то же время где гарантия того, что, например, появившаяся боль в животе не является начальным признаком серьезного заболевания? Где здесь границы разумного? Наконец, что следует подразумевать под самолечением?

Под последним понимают самостоятельное использование лечебных методов и средств без непосредственной рекомендации и контроля со стороны врача или квалифицированного медицинского работника.

От самолечения необходимо отличать оказание экстренной само- и взаимопомощи при внезапно возникшем болезненном или опасном для жизни состоянии (например, при боли в области сердца, травме, кровотечении и др.) до появления медицинского работника. В этих случаях речь идет о доврачебной первой помощи, требующей, естественно, также необходимой специальной подготовки.

А теперь вернемся к ранее поставленному вопросу: надо ли непременно во всех случаях отклонения в состоянии здоровья обращаться к врачу? Конечно, нет. Появился насморк — применить «потогонное» лечение, сделать горячую ножную ванну можно без врача. Человек обжег палец — появилась краснота, пузырей нет. Это та степень ожога, которую называют первой. Знать, что в таких случаях лучше всего действует смазывание кожи одеколоном, спиртом или водкой, должен каждый.

Необходимо при этом, чтобы население понимало не только то, что можно, но и чего нельзя делать. Надо не только уметь делать искусственное дыхание, но и знать, что пострадавшего от молнии нельзя закапывать в землю. Если у человека боли в животе и запор, то это далеко не всегда «засорение желудка», подчас подобные признаки могут свидетельствовать о брюшной катастрофе. И тогда нельзя принимать слабительные и болеутоляющие средства.

У человека были какие-то неприятности. Ночью он

плохо спал. Следует ли наутро идти к врачу с жалобами на бессонницу? Ответ очевиден. Но, если бессонница стала постоянной, надо обязательно обратиться за помощью, ибо плохой сон — это и раздражительность, и утомляемость, и потеря работоспособности и др. Если из-за переутомления в течение двух-трех дней нет аппетита или заболела голова, посещение врача не обязательно. Но, если то же отвращение к пище длится неделю или голова болит ежедневно, посетить врача необходимо. Иначе говоря, нужен здравый смысл. На воспитание его и нацелены правильно построенные популярные медицинские издания.

Основное же внимание хочется привлечь к тому, что любой болезненный симптом, становящийся более или менее постоянным, обязывает обратиться к врачу.

Как же быть после всего сказанного с самолечением? Каков его диапазон в домашних условиях?

Прежде всего следует исходить из принципа — не вредить своему здоровью. Выдающийся врач и химик эпохи Возрождения Парацельс говорил: «Все есть яд, и все есть лекарство. Одна только доза делает вещество или ядом, или лекарством». В отношении к медикаментам среди населения встречаются крайности. Одни считают, что «все есть яд», поэтому лучше обходиться без лекарства. Другие охотно принимают последнее, особенно если кто-то уже испытал его «чудодейственную» силу на самом себе или если оно новое и разрекламированное.

Крайности всегда плохи. Но поклонников медикаментозного лечения все же значительно больше, чем противников. Это пресловутый «человек с таблеткой в кармане». Или в сумочке...

Любое лечение требует предварительного распознавания болезни и особенностей ее течения, знания способов воздействия на заболевание и различные его проявления. Разные болезни могут проявляться сходными признаками, оценить которые может только врач. При самолечении обычно воздействуют не на саму болезнь, а на ее отдельные симптомы, в связи с чем ступенчается картина заболевания, затрудняется диагностика и затягивается выздоровление.

Как и каждому врачу, за последние годы мне особенно часто приходится видеть различные осложнения

от применения медикаментов. Термин «лекарственная болезнь» известен с 1901 года, но именно за последние десятилетия, в связи с появлением новых лекарственных средств, это заболевание становится все более распространенным.

Считают, что если в тридцатых годах нашего столетия в мире применялось около 30 тысяч медикаментов, то к семидесятым годам их насчитывалось более 200 тысяч. Продолжается этот рост и сейчас. В истории болезни в СССР внесена новая графа: какие лекарства больной не переносит. Непереносимость может обернуться несчастьем.

Реакция на лекарство зависит не только от свойств его самого, но и от наследственных и приобретенных особенностей организма, функции почек, печени, желез внутренней секреции, желудочно-кишечного тракта, перенесенных ранее заболеваний, возраста больного и многих других факторов. Учесть и оценить их в совокупности может лишь медицинский работник.

Вредные последствия и возможные тяжелые осложнения не зависят от количества принятого лекарства. Описаны смертельные исходы, наступившие после приема всего лишь одной таблетки медикамента. Иногда возникновение осложнения зависит от неправильно выбранного времени приема лекарства: например, то, которое следует принимать перед едой, берут после еды или наоборот.

Тяжелыми аллергическими реакциями чревато весьма распространенное самолечение антибиотиками и сульфаниламидными препаратами. К аллергии ведут и любые другие лекарственные средства, в том числе мази, содержащие некоторые витамины, гормоны, змеиный и пчелиный яды и др.

Консультации у врача требуют применение модных в XX веке успокаивающих препаратов, как, например, седуксена, мепробамата, элениума и других аналогичных средств, поскольку в отдельных случаях эти лекарства, помимо вызываемой ими зависимости, могут отрицательно влиять на эндокринные и другие органы; снотворных, так как в зависимости от типа бессонницы показаны различные препараты; витаминов, ибо злоупотребление ими вызывает привыкание организма к

повышенному их количеству, а в дальнейшем даже при нормальном их поступлении может возникнуть болезненное состояние на почве витаминной недостаточности.

Некоторые больные с целью достижения быстрее эффекта лечения увеличивают дозировку лекарств или заменяют их другими, которые, на первый взгляд, кажутся им сходными. В этих случаях возможны также серьезные осложнения.

В конце 1988 года многих удивила внезапная кончина 38-летней Кристины Онассис. В качестве одной из возможных причин смерти было названо применение сильнодействующего средства для быстрого похудения.

Прием различных медикаментов требует знания того, как они взаимодействуют между собой. Некоторые лекарства по своим химическим или физическим свойствам несовместимы. В результате взаимодействия таких медикаментов могут образовываться новые вещества, вредно и токсически действующие на организм. В других случаях может произойти взаимная нейтрализация лекарств, нежелательное ослабление или усиление лечебного эффекта одного из них.

Согласно некоторым зарубежным данным, человек старше 60 лет потребляет лекарств примерно в 5 раз больше, чем в 30 лет. Между тем стареющий организм имеет свои особенности: снижается активность многих желез; изменяются функции печени, поджелудочной железы, почек; процессы всасывания, распределения и выделения лекарственных веществ идут медленней. Следует учитывать, что у старых и пожилых людей изменяется соотношение различных групп микроорганизмов в кишечнике, снижается активность многих ферментов, участвующих в изменении лекарств в организме, развивается полигиповитаминоз, возникают атеросклеротические изменения. Прием медикаментов в этих случаях требует поэтому особенно тщательного врачебного контроля. Как уже отмечалось, с возрастом количество заболеваний у каждого человека растет. Попытка воздействовать на одно из них, без учета других болезней, может вызвать ухудшение течения последних.

Пожилые и старые люди нередко используют залежавшиеся лекарства из своих «запасов», не учитывают их срока годности, делятся ими друг с другом, прекращают прием медикамента по своему усмотрению, поль-

зуются рекомендациями нескольких врачей. Такое «лечение», конечно, чревато серьезными последствиями.

Особую осторожность должны проявлять люди, болевшие в прошлом или страдающие аллергическими болезнями: бронхиальной астмой, крапивницей, аллергическим насморком и т. д. Установлено, что аллергии способны вызвать по крайней мере 500 лекарств. Однако извращенная реакция и повышенная чувствительность возможны практически по отношению к подавляющему большинству медикаментов, что часто зависит от индивидуальных особенностей организма, а нередко от передаваемой по наследству непереносимости определенного или сходного лекарства (химического вещества). Необходимо напомнить, что аллергия, как и тяжелые токсические реакции, возможна и от медикаментов растительного происхождения.

Перед тем как впервые принять какое-то новое лекарство, надо обязательно посоветоваться с врачом. И тогда... можно пользоваться медикаментом, не обращаясь к врачу. К этому можно добавить лишь одно: необходимо предварительно выяснить дозволенную продолжительность его применения.

Самолечение не следует сводить только к бесконтрольному применению лекарств. Проблема эта многоплановая. Большой вред наносит применение без медицинских рекомендаций различных диет с целью похудения или лечения. Пути регулирования веса, использование так называемых разгрузочных дней требуют врачебных консультаций. Во всех этих случаях необходимо учитывать воздействие различных диетических ограничений не только на вес человека, но и на изменения в его органах, состоянии сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем.

Вредить может и бесконтрольное применение различных физических факторов. Самоназначение всяких комплексов гимнастики, бега и т. п. небезопасно, особенно при наличии скрытых хронических заболеваний, болезней нервной, сердечно-сосудистой систем, эндокринных нарушений. Любые физические методы лечения требуют неукоснительного врачебного контроля, постепенности в увеличении факторов воздействия, учета состояния организма.

Вредным может оказаться самолечение гриппа, про-

студных болезней пребыванием в различного типа банях, в частности в финской бане. На проводившемся в Хельсинки XIII Международном конгрессе терапевтов был приведен ряд примеров смерти во время или после пребывания в бане. Тяжелые осложнения у больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, довелось в таких случаях наблюдать и мне.

Самолечение, сопровождающееся использованием курортных факторов, также бывает небезопасным для здоровья. Резкая смена климата или чрезмерно длительные пребывания на солнце может ухудшить или обострить течение хронических болезней. В последние годы к чрезмерному солнечному облучению проявляют весьма сдержанное отношение и онкологи. Употребление непоказанных минеральных вод отрицательно сказывается на течении хронических заболеваний систем пищеварения, кровообращения и мочевыделительных органов. Поэтому курортное лечение также требует предварительной врачебной консультации и соответствующего медицинского контроля.

Нередко пациенты, попадающие в санаторий (может быть, отчасти из-за трудностей в получении путевок), добиваются такого обилия процедур, тратят на них столько энергии, что вынуждены после пребывания на курорте лечиться дома от их последствий. Между тем еще Мольер писал: «Больной должен иметь хорошее здоровье, чтобы выдержать болезнь и лечение».

Вред самолечения не исчерпывается алергизацией организма. И неэффективность некоторых видов терапии, и «привыкание» микробов к лекарствам во многом являются следствием лечения, не контролируемого врачами.

Особо следует привлечь внимание к переходу острых заболеваний в хронические, что нередко также имеет в своей основе самолечение.

В публикациях, касающихся того, какие болезни ждут человека в будущем, большинство специалистов считает, что прогрессивно возрастет количество хронических недугов. К сожалению, в этих прогнозах сквозит фатальная неизбежность.

Требуют коррекции укоренившиеся представления о том, что хронические болезни поражают людей только во второй половине жизни или являются неизбежными

спутниками старения организма. Частота их, действительно, растет пропорционально возрасту, но начало нередко восходит к детскому и подростковому периодам жизни.

В выполненном в Эстонии исследовании показано, что среди многих тысяч осмотренных школьников хронические заболевания, чаще органов дыхания, пищеварения и почек, выявлены у каждого шестого-седьмого ребенка. В настоящее время получены убедительные данные о том, что начало и профилактика атеросклероза, гипертонической болезни и ишемической болезни сердца восходят к детству. В США больше половины больных, ограниченных в своей активности вследствие хронических заболеваний, находятся в возрасте до 45 лет.

При этом не учитывается, что возникновение и развитие хронических заболеваний отнюдь не однотипно. Одни из них, как, например, атеросклероз, сахарный диабет, некоторые болезни суставов и др., подкрадываются незаметно, с самого начала развиваются как хронические. Другие возникают как последствия острого заболевания, не вылеченного до конца или давшего осложнения с последующим переходом в хроническое.

Ограничусь лишь некоторыми примерами.

Известно, что после ангины возможно возникновение таких осложнений, как поражения сердца, почек, суставов. Наиболее распространенная в первой половине жизни болезнь сердца — ревматизм, обуславливающий большинство приобретенных пороков сердца, более чем в 90 процентах случаев развивается после ангины.

За последние десятилетия во всем мире отмечается рост хронических воспалительных (нетуберкулезных) болезней легких. В этом, несомненно, сказываются многие факторы: болезни носоглотки, загрязнение воздушного бассейна, курение и прочие причины, но, во многих случаях хроническое воспаление легких развивается после острого воспаления (острой пневмонии).

Перечень таких примеров можно продолжить: хроническое воспаление почек часто восходит к острому, хроническое воспаление бронхов — к острому бронхиту и т. д. и т. п. При этом нередко хронический процесс развивается вначале вяло, как бы исподволь, для больного — малозаметно.

Для предупреждения возникновения осложнений ■

перехода заболевания в хроническое важно, чтобы человек, заболевший острой болезнью, не занимался самолечением, а сразу обращался к врачу. Современная медицина имеет на вооружении многие средства (например, антибиотики, сульфаниламидные препараты), которые способны быстро «оборвать» острую болезнь, без того чтобы одновременно наступило выздоровление. Такое мнимое благополучие таит в себе угрозу, которую может оценить (и то нелегко) только врач. По примеру Эстонии во многих республиках страны лица, переболевшие некоторыми острыми болезнями, берут на короткий срок под активное врачебное (диспансерное) наблюдение. В этих случаях важно педантичное соблюдение пациентом данных ему рекомендаций, а не ориентация лишь на собственные ощущения. Достаточно указать на то, что только за 10 лет терапевты Эстонии выявили среди переболевших ангиной почти у 2000 человек осложнения со стороны сердца, почек, суставов, а более чем у 1500 больных острое воспаление легких перешло в хроническую форму, которая была распознана на ранней стадии.

Самолечению и наблюдающемуся безудержному применению лекарств следует противопоставить медицинское воспитание здоровых и больных.

Очень важно, чтобы в своих рекомендациях врач был реалистом и не занимал максималистских позиций, оторванных от условий жизни и особенностей человеческих характеров. Как заметила одна из моих пациенток, из бесед с врачами она усвоила, что в диете «главное — не есть ничего вкусного».

Быть может, недоучет того, что лечение в широком смысле слова не должно быть горше самой болезни, тоже питает присущую веку «фармакоманию» — попытку лекарствами решить все проблемы.

В капиталистических странах она приобрела особенно зримые черты из-за широкой распространенности самолечения, рекламы фармацевтических компаний, нередкого воздействия ее на врачей и других присущих современному человеку особенностей, на которых я останавливался.

Не надо тем не менее недооценивать значимости проблемы и в наших условиях. И у нас растет потребление лекарств на душу населения.

В СССР применяется около 2800 медикаментов, ежегодно их появляется в среднем несколько десятков, и в обилии, разнообразии лекарств нет ничего плохого. Но «испытание на сытость» труднее «испытания на бедность». И мы, врачи, и наши пациенты его не выдерживаем, сводя и предупреждение болезней, и их лечение к различным медикаментозным пасьянсам.

Автор одной из недавно вышедших зарубежных монографий, адресованной «не просто практикующему, но и мыслящему врачу», приходит к выводу, что многовековая история лечения больных донесла до XX столетия три постулата: важность психотерапии, необходимость использования естественных сил организма и рекомендацию «не вредить». Эти положения актуальны, несмотря на «золотой период фармакотерапии», ибо современный врач оказался в парадоксальном положении. Возможности лечения несоизмеримо возросли, а лечить стало труднее. Но трудностей надо не бояться — их надо сознавать и устранять. Эти проблемы все больше и больше привлекают внимание медиков. Но, вероятно, знать о них должен и тот, кто, уювая на медицинские полужнания, стал сам себе врачом и занимается самолечением.

Просвещать или воспитывать?

Плохой учитель преподносит истину, хороший — учит ее находить.

А. Дистервег

Несколько лет назад, будучи в Таллинне, писатель Павел Бейлин, давно и интересно пишущий о медиках, рассказал мне поучительную историю. Как-то ему довелось председательствовать на лекции Н. М. Амосова, посвященной путям сохранения здоровья.

После лекции перед аудиторией было поставлено два вопроса.

— Кто согласен с услышанными рекомендациями и считает их научно обоснованными?

Из 1200 присутствующих не согласными оказалось 16 человек.

— Кто считает себя готовым с завтрашнего дня следовать этим рекомендациям?

Не сочли себя к этому готовыми 28 человек.

Затем председательствующий предложил, чтобы те, кто начнет выполнять полученные советы, сообщили об этом через три месяца.

Получено было ... 18 открыток.

Случай этот наглядно отражает соотношение между словом и делом у большинства людей в том, что мы именуем здоровым образом жизни.

Более двух третей взрослых не вовлечено в систематические занятия физкультурой и спортом, до 30 процентов имеют избыточный вес, около 70 миллионов человек курят. Отметим, что среди лиц старше 40 лет систематически занимающихся физической культурой составляют около 4 процентов. Миллионы людей страдают от пьянства и алкоголизма, около 150 тысяч (данные 1988 года) употребляют наркотики.

Что же происходит с нашим обществом, которое за годы Советской власти стало одним из самых образованных и читающих в мире? Чем объяснить, что людей удалось научить многому, но не тому, от чего в первую очередь зависит качество жизни, — сохранению здоровья своего и окружающих?

Думается, что, много говоря о профилактике и в общем-то правильно понимая ее суть, медики и население тем не менее сосредоточивают внимание на предупреждении болезней, а не на сохранении здоровья. Между тем это не одно и то же. Мы говорим о физической культуре, а она-то в этом контексте не присутствует. Не привита, не воспитана у нас и культура питания.

Мы, например, гордимся тем, что заседаем по три часа без перерыва и что из-за работы не удалось перекусить (заметьте: не пообедать!). А поскольку работа — главное, то куда уж там думать о плавании или своевременном приеме пищи.

Не хочется повторять известные факты о крайней недостаточности спортивных баз, особенно для дошкольников, молодежи, лиц старших возрастов, или о трудностях решения вопросов сбалансированного питания. Об этом написано много.

Но мимо одной публикации в центральной прессе пройти нельзя. Оказывается, мы закупаем за рубежом

овощей и фруктов на 300 и табачных изделий на 700 миллионов рублей! Нужен ли более вопиющий факт стыва планирующих органов от интересов здоровья? Нужен ли более наглядный пример пропасти между тем, что знаем и что делаем?! Что может противопоставить этому медицинское просвещение? Если верно, что лучше раз увидеть, чем сто раз услышать, то наличие сигарет воспитывает куда больше, чем отсутствие овощей.

Поэтому, когда идет речь о том, что по средней продолжительности жизни и уровню детской смертности мы отстаем от многих развитых стран, то было бы ошибкой винить в этом только медицину. Здесь — «заслуга» и общественных организаций, и каждого из нас.

Убежден: большинство тех, кто вредит здоровью своему и окружающих, грамотно и просвещенно десятилетиями только и говорит об общественной ценности здоровья.

Тогда в чем же дело? Где корни такого отношения к нему?

Есть общечеловеческие причины всего этого. Так, например, врачей не нужно убеждать во вреде курения или ожирения. Однако, среди нас имеются и курящие, и страдающие от избытка веса. Здоровый образ жизни надо пропагандировать, внедряя его прежде всего среди нас самих, медиков. Трудно убедить других в том, во что сам не веришь. Беда, однако, в другом: даже веря, и мы, врачи, и наши пациенты зачастую живем все же вопреки своим убеждениям.

Недавно опубликованы материалы анонимного опроса более 1700 врачей различных специальностей из разных регионов страны. Оказалось, курят 17,5 процента врачей, имеют избыточный вес 26 и не занимаются физической культурой 55 процентов опрошенных. Среди мужчин каждый пятый врач употребляет алкоголь 1—3 раза в месяц.

Много лет назад мною было проведено анонимное анкетирование 145 терапевтов Таллинна. На вопрос, придерживаются ли они тех рекомендаций по рациональному образу жизни, которые даются больным, 78 процентов ответили отрицательно.

Есть расхожая притча о том, что следовать надо

нашим словам, а не делам. Вредная сентенция: убежден, что толстяк не должен читать лекций о вреде ожирения.

В штаб-квартире Всемирной организации здравоохранения в Женеве довелось присутствовать на лекции о методике медицинской пропаганды. Была подчеркнута необходимость возбудить тревогу либо интерес человека к той или иной проблеме, информировать о ней, мотивировать медицинскую точку зрения и соответственно структурировать его. Результатов, тем не менее, можно ожидать лишь в том случае, — подчеркнул лектор, — если о проблеме напоминать систематически.

Не странно ли: надо напоминать систематически, что быть здоровым лучше, чем больным?!

Следовательно, налицо опять какие-то общечеловеческие факторы, которые требуют анализа и воздействия в которые сказываются как у нас, так и за рубежом.

И тем не менее надо признать, что во многих развитых странах (США, Великобритании и др.) и смертность снижается весьма зримо, и эффективность борьбы с курением, физической адинамией и избытком веса куда выше, чем в нашем обществе. И дело тут не столько в действенности самой медицины, сколько в отношении людей к своему здоровью. Болезни в капиталистических странах обходятся человеку дорого, да и работы легче лишиться. Поэтому ответственность за сохранение здоровья у большинства людей там несонизмеримо выше, чем у нас. Внимание к профилактике проявляют также многие предприниматели, корпорации, фирмы. Речь идет не о проявлении гуманизма, это — забота об уменьшении экономических потерь вследствие заболеваний работающих. Японец или американец там, где от него требуют, не может себе позволить не пройти профилактического обследования. Ему это и в голову не придет.

А у нас можно. Годами, о чем уже говорилось, медицинские журналы констатируют, что 25—30 процентов здоровых и больных не являются к врачам, когда их приглашают. Помимо всего, в этих случаях теряется время медиков, а зарплата врачам и сестрам идет впустую.

Думается, в наших условиях есть смысл в уже высказывавшихся предложениях о задержке оплаты листков нетрудоспособности при несвоевременном прохождении профилактических осмотров или диспансери-

зации. Предлагаемая своего рода мера принуждения в конечном счете будет служить здоровью трудящихся. Разумеется, свое слово в этом вопросе должен сказать ВЦСПС. Главное: пора перестать говорить только о праве людей на здоровье. Не может быть права без обязанностей, без ответственности за его сохранение.

А как быть с просвещением и разъяснением смысла необходимых медицинских рекомендаций? Надо признать, что в нынешнем виде наша медицинская пропаганда себя не оправдала. Ее следует переориентировать с просвещения на медицинское воспитание. Проблема не в том, что люди не знают о тех или иных вредностях, а в том, что существуют ножницы между тем, что они знают и что делают. Врач не может соблюдать диету за тучного или прекратить курить за страдающего язвой желудка.

Опрос курящих в Таллине показал, что готовы отказаться от курения 40,4 процента из них, 36,3 считают, что не смогут этого сделать, а 23,3 процента, не хотят бросить курить. Не хотят!

Как же воздействовать на таких людей?

Сегодняшние врачи, к сожалению, к этому совершенно не готовы.

Известный журналист Николай Хохлов написал как-то очерк об одной африканской стране, в котором попутно отмечалось, что король ее любил по вечерам играть в джазе на барабане. Опубликована статья, однако, не была: сочли, что главе нового независимого государства играть на барабане не приличествует. Как отмечает Хохлов, у нас подчас исходят не из того, что есть, а как должно быть. Предполагается, например, что африканец только и делает, что «рвет цепи империализма». А он, оказывается, еще и просто живет: любит, ссорится, ест, пьет, совершает поступки хорошие и дурные и т. п.

Вспомнилось об этом потому, что и система нашего санитарного просвещения запрограммирована на какого-то «среднего» советского человека, о котором заведомо известно, что ему надо говорить, что он поймет, что ему противопоказано. Человек же этот разный: по уровню образованности, интеллигентности, характеру, возрасту, темпераменту. И живет он не совсем однозначно, часто хорошо, нередко плохо, испытывая радости ■

неприятности, и не всегда готов общаться с врачами или слушать сентенции о вреде табака и пользе физкультуры.

Нам необходима медицинская педагогика, эффективность которой надо оценивать по ее конечным результатам, как это предлагает Е. И. Чазов для оценки здравоохранения в целом.

На мой взгляд*, одним медикам проблема не под силу. Нужно объединить усилия с психологами и социологами. Без них любое воспитание — птица с одним крылом. Интеграция необходима не только в учреждениях, планирующих стратегию медицинского воспитания населения, но и в рамках республик, краев и областей, с учетом местных особенностей здоровья и заболеваемости населения. Думается, что они не во всем идентичны, например, в Прибалтике и Средней Азии (разница в традициях питания, семейном укладе, рождаемости и т. д.). Желательно, чтобы каждая республика имела свой научно-популярный медицинский журнал.

Необходимость в таких изданиях тем более остра, что то, как освещают средства массовой информации проблемы медицины и здравоохранения, удовлетворять нас, медиков, не может.

Изменились источники, откуда население черпает интересующие его сведения. Когда-то это были стенные газеты, громкоговорители, затем радиоточки.

Согласно ряду последних исследований, среди источников медико-гигиенических знаний в настоящее время первое место занимают телевизионные передачи, в частности тележурнал «Здоровье» (24 процента опрошенных); на втором — журнал «Здоровье» (23,5 процента); на третьем — радиопередачи (14 процентов); далее идут научно-популярные фильмы (7,6 процента), газетные публикации (7 процентов), научно-популярная литература (6 процентов) и т. д.

Думается, наиболее целенаправленно и разумно эту работу ведут телевизионный журнал «Здоровье» и напрасно иногда критикуемый одноименный журнал «Здоровье».

Что касается иных средств массовой информации

* Известия. 1987. 3 дек. № 337.

(другие передачи телевидения, пресса), то основное место ими отводится не здоровому образу жизни и предупреждению болезней, а сенсационным методам лечения: операциям на сердце, в лучшем случае — на глазах, трансплантациям, пришиванию пальцев, конечностей и т. п.

Характерный пример: от «нестрашной» язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в ФРГ ежегодно умирает более 30 тысяч человек. У нас и в США много больше. В основном после операций. Не потому, что хирурги плохи. Потому, что терапевты по-настоящему еще помочь не могут, а хирурги — уже не могут. Лучшее решение в данном случае — профилактика заболевания. Она может быть более эффективной, чем при других болезнях. Но зависит она от отношения человека к себе и окружения — к нсму. И именно это оказывается наиболее трудным: переступить через самого себя в своих привычках и добиться того, чтобы люди не только назывались людьми, но и были ими.

Если мыслить профилактическими категориями, трудно обойти проблему «хирургизации» современной медицины и соответствующее «воспитание» населения, что наиболее заметно по освещению вопросов здравоохранения в телепрограмме «Время». Хирургии дают средства, ею восторгаются. Она этого заслужила. Но почему мы не хотим себе признаться, что боимся ее, что даже простая операция на пальце вызывает страх? Почему мы не задумаемся над тем, что, чем ниже будет уровень диагностики и нехирургического лечения, тем чаще потребуются скальпель? Ведь необходимость в операции чаще всего отражает неудачи терапии и провал профилактики. Писатель-хирург Юлий Крелин выразил это лапидарно: «Чем хуже лечим, тем больше „режем“». Добавлю: чем несостоятельнее профилактика, тем тоже больше «режем». В конечном счете, развитие профилактики и хирургии находятся в обратной пропорции.

Особым вниманием пользуется хирургия сердца, в частности на коронарных сосудах его. Об этом не устают информировать, да и фокусируется в рассматриваемом примере многое, поэтому он заслуживает рассмотрения.

При врожденных и некоторых приобретенных пороках сердца значимость кардиохирургии трудно переоценить. Что касается лечения ишемической болезни сердца (сте-

нокардия, инфаркт миокарда), то здесь далеко не все бесспорно. Между тем то и дело появляются статьи ученых-энтузиастов о том, что именно коронарная хирургия способна существенно повлиять на смертность от болезней сердца. Следуют им и местные издания, да еще как! В одной из газет договорились до того, что массовость таких операций сделает их «рентабельными». Приходится задумываться, чего в этих статьях больше: заблуждений или наивности?

В некоторых таких случаях хирургические методы показаны, но думать, что они способны снизить смертность, — значит вводить в заблуждение себя и других. Тем, кто пишет об этом, следовало бы если не вникнуть, то хотя бы ознакомиться с соответствующей статистикой заболеваемости и смертности.

Известно ли журналистам и коронархирургам, что умирающих от ишемической болезни сердца внезапно (до госпитализации!) в 2—2½ раза больше, чем в больницах?

Как предупредить эти смерти, если не профилактикой, своевременной диагностикой и современным лечением? Неужели хирургически?!

Подчеркнем: значимость коронархирургии отрицать нелепо, но видеть ее надо в соотношении с миллионами людей, у которых болезнь надо предупредить как таковую, и сотнями тысяч, которым показаны другие методы лечения.

По сведениям, полученным в 1986 году в штаб-квартире Всемирной организации здравоохранения, смертность от ишемической болезни сердца в США за период с 1968 по 1976 год снизилась на 21 процент и продолжает снижаться. Достижения коронарной хирургии сказались на этом показателе в 3,5 процента случаев, а более разумное питание населения (снижение уровня холестерина в крови) и уменьшение числа курящих — в 54 процентах случаев. Какими же могли бы стать результаты в наших условиях, если бы государственную медицину помножить на ответственность человека за собственное здоровье?

Хирурги вообще, и кардиохирурги в частности, заслуживают самой большой благодарности за тяжкий труд, за каждую операцию, за подвижничество. Но повторю: чем больше мы будем вкладывать средств в хирургию

(а успехи ее обходятся в настоящее время очень дорого), тем меньше останется средств на профилактику и нехирургические методы лечения. Об этом уже приходилось писать, но сдвигов в осознании жизненной важности этой проблемы нет*.

Напомню высказывание врача и ученого, которого в пренебрежении к хирургии не обвинишь: «Будущее принадлежит медицине предупредительной». Это слова Н. И. Пирогова.

Не упрекнешь в недооценке хирургии и Н. М. Амосова. В 1984 году в интервью корреспонденту АПН он не побоялся заявить: «Не стоит преувеличивать значение сердечной хирургии как сейчас, так и в будущем. Она, на мой взгляд, не имеет такого значения, как, например, профилактика сердечных заболеваний». Для такого утверждения требуется не только широта взгляда, выходящая за рамки своей специальности, но и высокая степень врачебной и гражданской ответственности.

Так не пора ли и средствам массовой информации проявить понимание приоритетности охраны здоровья людей и повернуться, наконец, лицом к проблемам профилактики? Дело-то ведь общее.

Весьма любопытно заключение Палаты делегатов Американской медицинской ассоциации (1986), обсудившей различные аспекты профилактики**. По мнению ассоциации, ее основной задачей является определение приоритетных направлений предупреждения болезней. Сама же профилактика должна быть совместным делом врачей всех специальностей, журналистов, учителей, профсоюзов, страховых компаний, рекламных фирм, Верховного суда и Министерства юстиции. Разумеется, в этом перечне отражена специфика США. И в то же время очевиден межведомственный и общегосударственный подход к решению проблемы.

Реализации медицинского воспитания населения препятствует также недооценка возросшей образованности людей, доступности медицинской информации, возможного ее психологического эффекта.

Убеждает ли плакат, на котором полная розовощекая

* Журналист. 1987. № 3. С. 72—76; Правда. 1987. 19 сент. № 262.

** Alaska Med. 1986. V. 28. N 4. P. 116—118.

женщина заявляет «Рак излечим!»? Да, излечим, но какие формы и в каких случаях? Достигает ли цели стенд, на котором родственники с венками стоят у гроба умершего от осложнений после ангины? Что говорить, ангина, действительно, опасна, но неужели таким путем можно чего-либо достичь? А чего стоит никотин, убивающий лошадь? Впрочем, сейчас стали чаще писать о его воздействии на птиц ... Не работаем ли мы и здесь кувалдой?

Весьма любопытны наблюдения за просветительной работой последнего времени против СПИДа. Куда медленней, чем в США, но частота его и у нас растет. Имеется ли анализ опроса репрезентативных групп населения, насколько действенно наше медицинское просвещение?

В конце 1987 года в Брюсселе состоялся Всемирный конгресс проституток. Одним из обсуждавшихся там вопросов был СПИД, правда, в большей степени в связи с падением заработков. Так или иначе, но эта страшная болезнь привлекла внимание представительниц древнейшей профессии. Судя по выступлениям средств массовой информации, у нас СПИД их не волнует, хотя о нем и знают. А ведь это вопрос жизни и смерти. Выходит, для некоторых и группы риска по СПИДу, и заболевание им, и смерть от него — абстрактность. Значит, что-то не срабатывает.

Может быть, нужны нетрадиционные формы воздействия? Англичане выпустили конверты со специальным штампом: «СПИД! Не следует умирать от глупости!»

Презервативы по американскому телевидению рекламирует Рон Рейган младший. Уже упоминалось о фильме «СПИД в Африке». В числе прочих была показана фотография молодого красивого мужчины. Затем на экране появилось разлагающееся лицо того же человека с бездумным взглядом и признаками распада личности. Кадры «до и после» сказали больше, чем все призывы к профилактике СПИДа. Это понятно: эмоциональное воздействие чаще убедительнее, чем логическая аргументация. Вероятно, в некоторых случаях предпочтительны афоризм, карикатура, фотомонтаж.

Кажется, уже стала притчей во языцех неулыбчивость советских людей. Об этом пишут не менее часто, чем об улыбчивости американцев. Конечно, не всегда нужно и

не всегда хочется улыбаться. Но с медицинской точки зрения улыбка снимает напряжение собственное и окружающих. Во Всемирной организации здравоохранения я увидел плакатик: лицо улыбающееся и сердитое. Подпись: «В первом случае задействовано 4 мышцы, во втором — 37. Сохраняй энергию! Улыбайся!»

Французы выпустили весы, которые при массе тела взвешивающегося, превышающей 100 кг, автоматически исполняют траурный марш Шопена. В Швейцарии продается верное средство от ожирения: комплект, состоящий из вилки без зубьев, ложки с отверстием и незаточенного ножа. А ведь и это — формы медицинского воспитания.

Если не сводить профилактику к узковедомственной медицинской задаче, то небезынтересны плакаты, появившиеся на некоторых дорогах ФРГ: «Шоферы! Будьте осторожны! Барнард ждет!».

Впрочем, материалы, претендующие, видимо, на улыбку, выпускают и у нас. Так, в 1986 году появился плакат, иллюстрирующий лозунг Всемирной организации здравоохранения «Здоровый образ жизни — выигрывает каждый». Рисунок на плакате: футбольный мяч разбивает рюмку. Подпись: «Физическая активность, а не застолье!». Если откровенно, то неинтересно. Если же учесть, что творение это издано централизованно тиражом в 30 тысяч экземпляров, то появляется не улыбка, а недоумение.

Основываясь на материалах социологических исследований, знании психологии разных групп населения, следовало бы тоньше и более дифференцированно выбирать формы и пути воздействия на него.

В 1974 году были опубликованы материалы анализа около 1500 анкет, отражающих отношение населения к медицинской информации, получаемой посредством печати, радио и телевидения. Неубедительной ее сочли 21 процент, частично убедительной — 70 и убедительной лишь 9 процентов респондентов. Изменилось ли за эти годы что-то кардинально в медицинской пропаганде? Практически ничего.

В стране многие тысячи ставок врачей и средних медицинских сестер выделены для санитарного просвещения. Если сопоставить эти цифры хотя бы с числом курильщиков или пьяниц, то «эффективность» системы

лицо. Тем более, что последняя осуществляет методическое руководство всеми медиками, которые также должны выполнять эту работу. Заметьте: обязаны каждый врач и каждая сестра.

Не учитывается, что наличия одних медицинских знаний явно недостаточно. Здесь нужно умение доступно говорить о сложных вещах, а главное — такт, знание психологических особенностей слушателей. Неужели, на самом деле, все и каждый знают, с кем, о чем и как говорить? Может быть, кому-то из медиков это просто противопоказано?

Не тут ли находятся источники примитивных плакатов, на которые никто не смотрит, бездарных научно-популярных фильмов, которые трудно выдержать, и безадресных листовок, которые никто не читает?

В постановлении ЦК КПСС и Совмина СССР по перестройке здравоохранения (1987) говорится о необходимости усилить наступательность санитарной пропаганды, ее убедительность и доходчивость.

Так не пора ли подсчитать, во что обходится обязательная «просветительная» деятельность всех медиков, отрываемых от настоящей работы, расходы на плакаты, листовки и т. д. и т. п., и сопоставить все это с результатами?

Не следует ли освободить медицинскую пропаганду от попечения санэпидслужбы, имеющей к этому важному делу весьма отдаленное отношение? Не восходит ли подобная структура к тому далекому времени, когда, действительно, прежде всего надо было просвещать, а главной была противоэпидемическая работа?

Не наступило ли наконец время коренным образом изменить всю систему медицинского воспитания населения, сделав ее научно и социологически обоснованной?

Не целесообразно ли в минздравах, край- и облздравах создать специальные управления (отделы) профилактики? Они бы решали вопросы и профосмотров, и диспансеризации населения, и им бы можно было передать штаты и функции домов санитарного просвещения, усилив эти структуры социологами и психологами. В конечном счете, беда нашей существующей системы медицинского просвещения заключается в ее изначальной

оторванности от жизни, догматичности, социально-психологической беззубости и декларативности.

Сейчас много и остро пишут о перестройке, в том числе в здравоохранении. Так можно ли изменить систему медицинского воспитания населения? Можно ли нацелить его на сохранение собственного здоровья? Можно ли изменить устоявшиеся привычки, когда мы растрачиваем свое здоровье в расчете на его неясность? Труднее всего менять собственную психологию. Неужели же истина заключается в парадоксе, по которому чем человек себя больше любит, тем большим врагом себе становится? Но ведь любит себя большинство...

Блеск и нищета парамедицины

Мы живем в век повсеместного увлечения самодельной медициной.

Илья Эренбург

Деятельности парамедиков в капиталистических странах посвящено больше количество исследований и публикаций. В объяснении причин этого явления переплетается много факторов: дороговизна медицинской помощи (в американской прессе применяется термин «рынок здравоохранения»), использование рекламы, неудовлетворенность части людей возможностями медицины.

Отмечу также, что прогресс цивилизации не исключает ни веры в сверхъестественное, ни живучести предрассудков.

В Великобритании издан «Словарь предзнаменований», в ФРГ — «Словарь немецких суеверий» в десяти томах. Профессор Калифорнийского университета Нэнди во «Всеобщем словаре суеверий» собрал материал о 400 тысячах из них. В США опубликовано исследование профессора Пенсильванского университета Эдуарда Гиффорда «Дурной глаз». Речь идет о магических свойствах глаз, которыми якобы обладают определенные лица. При опросе 1300 студентов Стенфордского университета выяснилось, что в это верят 84 процента девушек и 72 процента юношей.

В ФРГ получила распространение книга «Магическая,

чудодейственная домашняя сокровищница проверенных средств для различных целей». В книге содержатся, например, такие рекомендации. При тяжелых заболеваниях мочу больного многократно кипятить со свиной, которую надо дать потом собаке: собака умирает — больной выздоравливает. Болезни глаз следует лечить дождевыми червями, сгнившими в стакане и превратившимися в чудодейственное «масло». Если кровью черной кошки, в ухе которой для этой цели вырезается отверстие, оросить хлеб и съесть — это поможет при лихорадке. Зуб, вырванный у живой мыши, прекращает зубную боль. При импотенции клубень ятрышника зарывают на три месяца в лошадиный помет, затем каждое утро откусывают от клубня по кусочку...

В г. Сент-Луисе (штат Миссури, США) в 1980 году открыт Национальный музей медицинского шарлатанства. В нем представлены конфискованные экспонаты, предназначенные для исцеления человечества от любых болезней. Здесь и аппарат, излечивающий от «психических расстройств и заболеваний желез личности» (правда, пока еще ни у кого не обнаруженных), и аппарат «Релакс-А», помогающий худеть посредством «упражнений, не требующих никаких усилий», и «аккумулятор органической энергии», ограждающий от всех болезней, и различные средства, «излечивающие» от рака и других недугов.

В 1981 году была опубликована интересная статья французского профессора G. Desspieres «Больной и болезнь. Шарлатаны, знахари и парамедики». Автор отмечает, что их численность во Франции превосходит число дипломированных медицинских работников. Сами «целители», однако, предпочитают лечиться научными методами, у настоящих врачей. Кстати, последнее соответствует и моим наблюдениям.

А как обстоит дело у нас?

В городе Люберцы проходимцами были изготовлены из атласных и шелковых лент «охранные пояса, спасающие от всех болезней». За короткий срок было продано 12 тысяч поясов*. Такому успеху мог бы позавидовать даже трубач Гаврила из пьесы М. Горького «Егор Булычев и другие».

* Правда. 1968. 21 февр. № 52.

Электрообмотчик одного из рижских заводов «открыл» универсальный метод лечения болезней, основанный на собственной теории медицины. Оказалось, что автор — душевнобольной человек, состоящий на учете в психоневрологическом диспансере. Это тем не менее не помешало «ученому» выступить в устной газете «Новости» в Государственной библиотеке им. В. И. Ленина ... в 1974 году!

В 1975 году «Медицинская газета» поведала об обширной деятельности в Полтавской области одного костоправа. Возраст: около 70 лет. Образование: один класс. Род занятий: в прошлом забойщик скота.

А вот примеры из публикаций последних двух лет.

Два десятка лет «лечил» в Серпухове от многих болезней, включая рак любых органов, бывший сборщик утильсырья и собаковод И. А. Скворцов. В основном назначался березовый деготь. А, скажем, при частом пульсе — слабительное. Как заявил «врачеватель», «чтоб прослабило, чтоб она, организма, у него немножко это ... перестала бушевать...»*.

В Грузии пенсионер Ханеня, считающий себя основоположником «аутоуринотерапии», предлагает лечить болезни собственной кипяченой мочой**.

В Киеве представительница «черной магии» Р. Николаенко начинала лечение с того, что советовала диетическое яйцо покатавать по всему телу***.

В Сочи строитель С. Е. Чернышев изобрел эликсир «Чисисор» — чистильщик и стимулятор организма, изгоняющий все известные (и даже неизвестные) болезни. Один из журналов поместил фотографию «подвижника». Следствие по этому «открытию» показало, что эликсир делали из смеси мацестинской минеральной воды, винного спирта, негашеной извести и поваренной соли. Все это перегонялось через самогонный аппарат. Примечательна картина, висевшая в приемной целителя. На переднем плане яркими красками изображен он сам в окружении жизнерадостных, якобы вылеченных им людей. А рядом, на черном фоне — обычный врач, зеленые лица истощенных больных и могилы с крестами...****

* Известия. 1980. 27 ноября. № 278.

** Советская культура. 1981. 26 мая. № 42.

*** Труд. 1981. 21 апр. № 98.

**** Медицинская газета. 1983. 6 июля. № 55.

Большое звучание получила деятельность группы лиц, длительное время «лечивших» алкоголизм, сочетая это с «исследованием механизма пагубного воздействия девальвации моральных ценностей коммунистического общества на психику детей, подростков и молодежи»*. Не буду подробно анализировать странную концепцию авторов. Но о некоторых обстоятельствах не упомянуть нельзя. Руководитель этой группы Д. М. Чедня — палеонтолог, подлинный глава «дела» и один из его «идеологов» В. Д. Столбун — педагог. Кто же разрешил немедикам возглавить лабораторию, занимающуюся лечением в рамках Ленинградского института информатики и автоматизации Академии наук СССР?

Верно, нельзя умалять «заслуги» в этом средств массовой информации. Но не слишком ли часто за последние годы сила прессы оборачивается слабостью ученых и научных учреждений в борьбе с авантюристами?

Вспомним нашуевшую историю о преступниках-экстрасенсах из Каракалпакии. Как известно, их деятельности во многом помогло рекомендательное письмо главного редактора известного центрального журнала. Множество ксерокопий придало мистификаторам поистине магическую силу.

За последнее время вновь привлек к себе внимание «Катрэкс» — биостимулятор из печени черноморской акулы-катрана. Любопытно, что сам создатель препарата не претендовал на решение проблем лечения рака. Тем не менее журнал «Смена» напечатал в 1987 году очерк, препроводив его подзаголовком «Создано средство для лечения раковых заболеваний». Надо понять, что чувствует человек, оказавшийся перед страшным диагнозом. И вдруг такое сообщение, да еще в нашей прессе, в правдивость которой все верят чуть ли не с детского сада. Многотысячный поток несчастных людей в Тбилиси оказался столь велик, что Совет Министров республики принял специальное решение об организации пунктов питания, медицинской помощи, развертывании палаток для проживания. Не будет ли и здесь жертв надежды и несвоевременного лечения?

Видно, в каждом крае или республике есть свои

* Известия. 1986. 24 июля. № 205.

пророки. Один из них, с которым довелось познакомиться, считал, что все болезни можно лечить нашумевшей смесью «АУ-8», содержащей кости говяжьей, свиной и птиц; яйца кур, уток, гусей; солод, мед, прополис и сахар; сливки, сыр, творог и сгущенное молоко; различные фрукты и овощи; 3600 ферментов; 52 вида бактерий (в том числе из космоса!); до 100 видов корней и семян растений; макро- и микроэлементы; энергетические вещества. Как поведал автор, технология изготовления смеси основана на 40 открытиях и более чем 2 тысячах изобретений. При этом впервые в истории человечества стало возможным пищевыми продуктами спасти людей от всех болезней. По мнению «целителя», навечно исчезла надобность в диагностике, химической терапии, облучении и вакцинировании.

В интервью, данном одной из газет, идея была расшифрована: «Изобретатель препарата поставил перед собой сложную задачу: создать такую систему бактерий — закваску, которая, разлагая питательные вещества, не оставляла бы патологическим микроорганизмам абсолютно никакой возможности для существования и развития...» И дальше: «Прошли десятилетия, и вот в результате эволюции, адаптации, симбиоза и селекции микроорганизмов (Sic! терминология! — Н. Э.) работа увенчалась успехом».

Заметьте: абсолютно никакой возможности существования для микроорганизмов! Зачем наводнять организм антибиотиками и химиопрепаратами для лечения туберкулеза, дизентерии, воспаления легких, гонореи и других болезней микробного происхождения? Удивительное ведь рядом: надо пить чудодейственную смесь.

Правда, как отмечал автор интервью, «о гарантированном излечении от рака... говорить не приходится». Тонко построенная фраза. Вообще об излечении от рака говорить можно. Только не о гарантированном. Почему же не попробовать?

Один из аргументов, используемых для пропаганды любого такого нового средства: «Оно не вредит!». Как сказать. Ведь начисто перечеркивается научная медицина. Если при этом, например, больной со злокачественной опухолью категорически отказывается от операции (а каждый потерянный день может обернуться

для него трагедией), — и все это происходит только в надежде на мифическую панацею, то такая «лечебная» деятельность — преступление.

После того как с «АУ-8» в Эстонии было покончено (подчеркну: речь идет только о научно-медицинской стороне проблемы), подумалось было, что жить станет скучно: среди экстрасенсов слава принадлежит Джуне Давиташвили, а своих филиппинских хилеров в республике нет. Ошибся. В Таллинне объявился кандидат наук, который ставит диагнозы с помощью раскачивания шарика, прикрепленного к нитке. Поводит по телу — и отпадает необходимость в иных исследованиях; не нужно брать кровь, глотать зонд, облучаться рентгеновскими лучами.

История эта не столь смешна, сколь грустна. Ко мне уже обращался не один образованный человек с вопросом: а может быть, в шарике что-то есть? Не следует ли это явление изучить? Ведь раскачивает шарик кандидат наук...

О совершенно беспрецедентной истории стало известно в 1988 году*. В Таллинне был создан кооператив, члены которого из кусков люка летающей тарелки создали генератор «Д-излучения». Открытие позволяет: «инвертировать» раковые клетки на здоровые; излечивать людей от любых болезней дистанционно (заочно) путем облучения их мочи; обрабатывая фотографию человека, улучшать самочувствие «оригинала»; лечить СПИД.

Поскольку изобретение позволяет также экономить на 30—50 процентов автомобильное топливо, повысить в полтора раза урожайность зерновых культур, превращать медь в золото и т. д., то одно из промышленных предприятий Таллинна заключило договор с кооперативом, обязуясь выплатить ему 50 тысяч рублей.

Прочитав это, я поначалу решил, что речь идет о развлекательной статье в воскресном номере газеты. Проверил: все на полном серьезе. И тут я понял, что всякие там эбонитовые диски, знахарские зелья, шарики и т. п. — детские игрушки. А может быть, генератор в самом деле «оттуда»? Может быть, он действительно «инвертирует», но не раковые клетки, а здравый смысл?

* Советская Эстония. 1988. 28 февр. № 49.

Согласно католической легенде, святой Дионисий после казни схватил свою отрубленную голову и прошел с нею около четырех верст. Парижская дама, рассказывавшая об этом, в порыве восторга воскликнула: «В этом нет ничего удивительного: труден лишь первый шаг». Что верно, то верно ...

В XVIII веке известный лекарь-проходимец Иосиф Гильмер объездил всю Европу в золоченой карете, на которой цинично было выведено крупными буквами: «Mundus vult decipi» — «Мир хочет обманываться».

Примечательно, что в постановлении общего собрания Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР от 20 ноября 1980 года, посвященном дальнейшему развитию фундаментальных исследований в области медицины, внимание ученых обращается на необходимость «вести постоянную борьбу с антинаучными методами в медицинской практике, пресекать появление необоснованных сенсаций».

К сожалению, ничего не меняется. Уже в 1987 году опубликована статья профессора-хирурга, в которой ничтоже сумняшеся утверждается, что жирная пища способствует развитию злокачественных опухолей, чаще — органов пищеварения. Основание: анкетирование 50 больных раком в Венесуэле, регулярно употреблявших сало, животные и растительные масла. Помимо несерьезности самого утверждения, попутно компрометируются растительные жиры, польза (а не вред!) которых давно общепризнана. А ведь автор статьи слышит серьезным ученым. Зачем же такая небезопасная легковесность?

Складывается впечатление, что знахарство приняло более модернизированный характер, оно осовременилось. Сейчас уже не лечат заговорами. Речь ведут о микроэлементах и витаминах, ферментах и аминокислотах. Другой стала и терминология целителя. Неудачный исход — это «эффект обратного движения», «дурной глаз» — «зрительное излучение», линия, проведенная по коже карандашом, — «поток графитной эманации» и т. д.

В одном случае «новым методом лечения» занимается представитель мясо-молочной промышленности, в другом — недоучившийся химик, в третьем — ветеринар. Среди этих людей встречаются с одной стороны, фанатики, верящие, что они избавляют страждущее челове-

чество от болезней, с другой — бесчестные люди, строящие на чужой беде свое благополучие.

Хотя жульничество, как пишет английский профессор Ч. Хэнзел, довольно распространенный вид человеческой деятельности, однако среди современных так называемых парамедиков больше одержимых верой в исключительность созданной ими системы, метода лечения неизлечимых болезней. В предисловии в книге «Медицинский оккультизм. Парамедицина» отмечено, что президиум Академии медицинских наук СССР почти ежедневно получает объемистые сочинения с очередными открытиями. В них можно найти изложение способа излечения путем передачи больным жизненной теплоты; обосновывается возникновение рака от статического электричества, содержащегося в пищевых продуктах и приводящего к нарушению электрического равновесия организма; предлагается аппарат для лечения почти всех болезней, заключающий в себе приспособление для автоматического разрезания лукович и маску для вдыхания их летучих фракций и т. д. и т. п. В упомянутой книге есть специальная глава о значительной роли лиц, страдающих стертыми формами психических болезней, в создании парамедицинских концепций, периодически будоражащих людей.

Психопаты, параноики и лица, у которых наблюдаются некоторые формы шизофрении, в этом, действительно, весьма активны. Однако зачастую, по моим наблюдениям, это не мешает им сочетать популяризацию своих идей и «борьбу за правду» с личной выгодой. Среди рекламной аргументации, которой они оперируют, почетное место занимают благодарственные письма исцеленных. Любопытно, что судебный медик профессор О. Прокоп, основываясь на опыте Федеративной Республики Германии, также отмечает использование этого довода. И он нередко действует. Как не вспомнить высказанную кем-то мысль о том, что один душевнобольной скорее убедит тысячи здоровых, чем тысячи здоровых — одного душевнобольного.

Естественно, возникает вопрос, как же на фоне несомненного подъема культуры и просвещенности находятся доверчивые люди, рискующие своим здоровьем, а подчас и жизнью. Собственно, интересно не столько разоблачение знахарства (об этом написано много),

сколько причины, по которым современный человек к нему обращается.

Чем вызвано оживление парамедицинских методов лечения на фоне научно-технической революции? На основе исследований, проведенных в Дании (S. S. B. Gilder), высказывается мнение, что основной причиной обращения к различного типа «целителям» являются недостатки в коммуникации (общении) между врачом и пациентом.

И все же как уживается эта тенденция с возросшей культурой и интеллигентностью? Или речь идет о мнимой культуре и псевдоинтеллигентности?

Одна из гамбургских журналисток, пытаясь ответить на вопрос, почему 92 процента западногерманских граждан верят в сверхъестественные силы, объяснила это тем, что государство не может предложить людям достойные идеалы, а религия уже не способна утешить в возникающих бедах.

В статье с примечательным названием «Жажда чуда» Д. Аквис приводит такое наблюдение. В поезде едут дама профессорского вида с дочерью-студенткой. Проснувшись утром, они хватаются за новейший сонник: «Я видела во сне жирафа с короткой шеей, что бы это значило?»

С этой сценкой перекликается письмо, с которым обратилась к автору книги «Реникса» А. И. Китайгородскому читательница Л. К.: «...Вы пишете, что атеист, несомненно, счастливее верующего. Вы были верующим или вы знаете, что такое счастье? Разве не случались в вашей жизни моменты, когда жизнь кажется нелепейшим абсурдом, когда вдруг ощущаешь, что теряешь опору под ногами? Во что вы тогда верите — в теорию относительности или в теорию вероятности? А я, обыкновенный инженер-строитель, верю тогда в самые дурацкие приметы, в сны, но только такие, которые «к добру»; какой-нибудь желтый лист, упавший к моим ногам, обещает мне счастье...»

В письме отлично представлена анатомия чувств и мыслей некоторых людей, сталкивающихся с ситуациями, которые сильнее их. Вернемся теперь от письма к нашей проблеме. Судя по всему, автор его здоровый человек.

А если он болен, если в нем гнездилась эта подсознательная вера в необычное, да к тому же лечение оказалось неэффективным?

Надо повышать требования к нам самим, врачам, может быть чаще прибегать к врачебному консилиуму, видеть не больных, а больного с особенностями его личности, психики, возраста, семьи, окружения. Мне часто приходится консультировать больных, хронических или тяжелых. Нельзя обещать им несбыточное. А когда говоришь прямо, что, хотя болезнь и не опасна для жизни, но неизлечима и будет сопровождаться и ухудшениями, и улучшениями, то убеждаешься: интеллигентный пациент тебя понимает, нередко прекращаются хождения от врача к врачу и вырабатывается путь сосуществования с болезнью. Пусть это полностью не удовлетворяет, но это предпочтительнее тягостной неизвестности или несбывающихся надежд.

Думаю, что среди посетителей знахаря есть две категории пациентов: страдающие неврозами, отчаявшиеся люди, нуждающиеся в психотерапии и не получающие ее у своих врачей, и действительно тяжелобольные (раком, лейкозом и т. п.), которых ухудшающееся состояние заставляет цепляться «за соломинку».

Потребность в иллюзии, желание уйти от груза правды подчас сильнее разума и науки. А может быть, это своеобразная реакция самосохранения и защиты? Разве нет у взрослых потребности и тоски по сказкам? Говорят же, что все люди — дети, но разного возраста...

Во всех этих случаях речь идет о людях, рассчитывающих на чудо. «Технологию чуда» в современном цивилизованном обществе великолепно показал Федерико Феллини в «Сладкой жизни». Правда, речь идет об Италии, а «чудо» основательно и масштабно подготовлено, но психология верующих в исцеление помечена точно и носит отнюдь не только «итальянский» характер; то же самое было когда-то показано в нашем фильме «Праздник святого Йоргена».

Историк А. И. Клибанов поинтересовался у одной старушки, зачем она берет с собой землю с могилы сектанта Анисима Смирнова. Выяснилось, что для лечения соседей.

— Помогает? — спросил ученый,

— Землица-то? А как же? Пользует, только с верой, а без веры пользы нет.

Фактор внушения выделил в этой проблеме и академик АМН СССР Д. С. Саркисов в своей беседе с журналистами*. Поэтому знахари не любят говорить об отдаленных результатах своего воздействия. По той же причине в ветеринарии таких лекарей много меньше, чем в медицине: внушить животному что-либо практически невозможно, у него нет второй сигнальной системы, его надо лечить строго научно. Да и газет животные не читают.

Ученых-медиков призывают учиться популярно рассказывать о медицине. Доступно. Вот и появляется среди населения чувство легкости приобщения к медицине. Иллюзия простоты. Ведь все так просто. Но вместе со сложностью исчезает и чудо. А доктор должен все-таки быть немного волшебником. Врач должен сохранить свой сан жреца, — говорил Андре Моруа. Врачу надо верить. Верить в его возможности, в то, что он знает больше, чем написано в популярной статье, верить в то, что разберется и поможет.

Да, у нас ежегодно выпускается около 55 тысяч врачей. Но трудно предположить, что все эти специалисты одинаково способны и талантливы.

Тем не менее нельзя, как уже говорилось, во всех случаях отождествлять врачей и медицину, тем более, что несмотря на научно-технический прогресс (а может быть, вследствие его?) задачи врача усложнились. Ему нужно уметь синтезировать информацию от больного и аппаратов. Он должен восполнить увеличившуюся между собою и больным дистанцию, связанную с тем, что между ними оказались диагностическая техника, телевизионные передачи о здоровье, посвященные болезням, и утрата веры в медицину.

Говорят, лечение пациента — это прежде всего воздействие на его психику. Оно начинается еще до встречи с врачом. Тогда, когда больной получает о нем информацию.

Видимо, этот же принцип действует, когда больные готовы глотать смеси, принимать особые ванны, привязывать ноги проводами к батареям парового отопления,

* Литературная газета. 1985. 3 июля. № 27.

питаться зернами злаков и т. д. и т. п., совершенно не понимая смысла того, что они делают.

Много лет назад меня вызвали на консультацию к известному спортсмену, заболевшему острым воспалением легких. Я опешил, узнав, что ему делают инъекции пенициллина в десятикратных против обычных дозах. Выяснилось, что больного лечил его друг-ветеринар. Он разделил дозу, полагающуюся лошади, с учетом среднего веса человека. Дико и смешно, но тут была хоть какая-то логика.

Но почему же в наш просвещенный век, проверяя и перепроверя каждое слово врача, сомневаясь в нем по поводу и без повода, берут на веру рекомендации людей, для которых медицина, как кто-то заметил, шестой палец на ноге?!

К сожалению, мы, врачи, не всегда умеем добиться веры больного в наши действия. А на знахаря работает и ореол таинственности метода, и платность, и реклама, которую создают «выздоровевшие» (чаще всего временно) больные неврозом. В нашей совместной с Ф. И. Комаровым публикации мы сочли возможным утверждать, что появление в каком-то районе или городе знахаря — всегда косвенный признак недостатков медицинской помощи*.

Увы, есть и промахи, и недостатки в медицине. В то же время в их освещении некоторым работникам печати изменяет подчас чувство меры. В стремлении создать сенсацию вокруг очередного целителя они гиперболизируют недостатки научного врачевания, попутно укрепляя позиции псевдомедиков. Я. Голованов не без сарказма предложил ставшую актуальной тему диссертации: «Подъем «авторитета» знахаря при снижении авторитета врача»...**

Появились даже статьи, авторы которых призывают предоставить право на лечение лицам без медицинского образования. Е. И. Чазов (1985) напоминает в связи с этим о тех «лекарях», деятельность которых получила особое распространение в период «культурной революции» в Китае. Опыт этот, как известно, не состоялся.

Сознаю, что, когда человек болен, особенно тяжело,

* Правда. 1977. 27 сент. № 270.

** Комсомольская правда. 1984. 3 окт. № 227.

лучше выздороветь с помощью знахаря, чем умереть по правилам науки. Но суть дела ведь в другом: современное знахарство, будучи не способным вылечить ни одно действительно серьезное заболевание, часто отвлекает от своевременной диагностики и лечения, в результате чего болезнь нередко оказывается запущенной. Такие примеры не раз приводились в медицинской прессе.

Врачи могут ошибаться, но они (я имею в виду советских врачей) не ищут для себя выгоды. Современный знахарь корыстен, судьба больного ему в конечном счете безразлична.

Гарантий знахарь не дает. В неудаче его обвинить стыдно. Как-никак, он и пациент оказались на одном уровне. Но первый не скрывает, что находится вне истинной науки, а пациент внешне приобщен к цивилизации: пользуется цветным телевизором, любит «пепси-колу» и точно знает, что Бурунди находится в Африке.

Кстати, в некоторых отношениях знахарь слаборазвитой страны выглядит даже предпочтительнее своего коллеги из государства цивилизованного. Так, камерунские знахари приняли специальный устав, в котором говорится: «Наши лекарства, обладая магическими свойствами, должны приводить к немедленному выздоровлению. Если через 3 дня больной не поправляется, мы советуем ему обратиться в диспансер или больницу»*. В Гане знахарям выдают дипломы, в Нигерии их подвергают специальным экзаменам.

Некоторые пациенты противопоставляют научной медицине применение лекарственных трав. Между тем последними медицинская наука никогда не пренебрегала и пользу многих из них никто не отрицает. Достаточно назвать наперстянку, применяющуюся при лечении недостаточности кровообращения, раувольфию (резерпин), оказавшуюся высокоэффективной при гипертонической болезни, валериану, как успокаивающую нервную систему, и многие другие средства, которыми мы обязаны народной медицине.

У нас выходит большое количество книг, посвященных различным лекарственным растениям. Среди применяемых в настоящее время лекарственных средств — до 40 процентов растительного происхождения. Со-

* Здоровье мира. 1975. Ноябрь—декабрь. С. 45.

временная научная медицина использует и готова использовать в лечебных целях все, что может принести больному пользу, — от трав и змеяного яда до серебра и золота.

Но не возвращаться же к эмпирике, к знахарству!

Одним из верных признаков псевдонаучности, который должен всегда настораживать, является универсальность лечебного метода. Если его пытаются применить при лечении больных зубом и слабоумием, грыжей и тугоухостью, опухолью и повышенным кровяным давлением и т. д. и т. п. — это верный признак знахарства, открытого или завуалированного. К его признакам надо, кроме того, отнести окружение метода таинственностью, объясняемой борьбой за «научный» приоритет и государственные интересы, саморекламу с использованием падких на сенсацию легковесных журналистов, подчеркивание мирового или, как минимум, национального значения «открытия», привлечение для его защиты «меценатов науки». К ним иногда относятся влиятельные покровители, пользующиеся своей властью и считающие, что уже сама должность дает право определять, какому «новшеству» принадлежит особенно светлая перспектива.

Нередко чем непонятнее, тем больше защитников, чем безграмотнее автор, тем больше в нем энергии. Поистине прав Гёте: «Нет ничего страшнее деятельного невежества».

Подключение средств массовой информации сводится обычно к двум хорошо известным заключениям: налицо очередной пример консерватизма научной медицины и неэластичности органов здравоохранения; необходимо срочно взяться за изучение открытия, прогрессивность которого всем и каждому очевидна.

Убежденность того или иного литератора, как правило, основывается не, как это принято в науке, на статистике фактов, а на частных случаях («Мой знакомый Н. длительно страдал незаживающей язвой желудка, его хотели уже оперировать, а деревенский дедушка М. вылечил его за 5 дней» и т. п.). Любые сомнения ученых и врачей наталкиваются в таких случаях на очередной пример чудесного исцеления.

Один француз сказал маленькому сыну: «Вчера ангел принес тебе братика, хочешь посмотреть на братика?»

«Нет, — ответил ребенок, — я хочу посмотреть на ангела...» Мы же, взрослые, слушая подобные рассказы, восторгаемся лишь родившимся младенцем...

Экстрасенсы, филиппинские хилеры, «живая» и «мертвая» вода, мистические телесеансы А. Чумака...

Японские фирмы «Эманте» и «Фудзи» выступили с рекламой лечебного действия магнитных браслетов. В Японии покупали их только иностранцы. У нас их продавали в комиссионных магазинах довольно дорого и применяли при всевозможных заболеваниях.

— Не станут же о браслетах зря писать... Моя жена почувствовала себя действительно лучше и бодрее после того, как начала носить браслет, — сказал мне как-то знакомый.

— Не знаю, отчего ваша жена чувствует себя бодрее, но мне известно, — ответил я, — что тщательная проверка, проведенная по указанию Министерства здравоохранения СССР, показала неэффективность магнитных браслетов. Лечебным действием они не обладают и лишь отвлекают больных от апробированных методов современной терапии.

В борьбе со знахарством и ненаучными методами лечения есть трудности, проистекающие из непродуманных выступлений нас самих, медиков.

Многие газеты перепечатали статью доктора медицинских наук П. «Осторожно, парамедицина». Цели у автора были хорошие. Но в своем желании быстрее покончить с парамедициной он отнес к ней, например, и иглоукалывание. Появление публикации совпало по времени с другой статьей в «Литературной газете», известившей о приказе министра здравоохранения СССР, предлагающем широко внедрять иглоукалывание в практику. В газеты поступили недоуменные письма. Пришлось отвечать, что П. не прав. Но ведь в его статье рядом с иглоукалыванием находились телепатия, обычное знахарство, система йогов, гомеопатия. Как доказать после этого читателю, что в одних случаях автор прав, а в других — ошибается?

О гомеопатах. Двойственную позицию, официально занимаемую по отношению к ним, понять трудно. Считают, что в Советском Союзе их около 300. С одной стороны, выпущена монография Д. А. Когана, показывающая ненаучность гомеопатических методов лечения.

С другой — в Москве увидела свет брошюра гомеопата С. А. Мухина о лечении болезней сердца, в которой, например, при сердечных болях сжимающего характера автор рекомендует рус, наперстянку, азотнокислое серебро, ипекакуану, чернила каракатицы, а при сердечной недостаточности, отеках нижних конечностей, расширении и воспалении вен — древесный уголь (!?)

В 1985 году издана книга В. М. Михлина и В. А. Кирьяка, где гомеопатия подвергнута весьма аргументированной критике. В 1987 году появилось сообщение о вводе в строй в Москве роскошного шестиэтажного здания гомеопатической поликлиники и платной больницы на 120 коек.

Сравнительно недавно довелось ознакомиться с книгой «Очерки о гомеопатии», которая представляется одной из наиболее серьезных по этой проблеме. Еще до выхода этой работы ее автор Т. Д. Попова прислала мне письмо, в котором оспаривала оценку гомеопатии, данную в «Диалоге о медицине». В числе аргументов отмечено, что специализация коснулась и гомеопатической практики. Подчеркивается также, что не надо отвергать непонятное.

Согласен. Помню даже, что, по остроумному высказыванию Николая Акимова, только варвар считает, что все, находящееся выше его понимания, подлежит уничтожению. Но ведь с конца XVIII столетия, когда были опубликованы работы С. Ганеманна, убедительных научных исследований, подтверждающих действенность гомеопатических методов при лечении серьезных заболеваний, так и не появилось.

При функциональных расстройствах нервной системы гомеопаты могут помочь: к ним нелегко попасть, за лечение надо платить, больному они уделяют, действительно, много времени.

В 1984 году журнал «Всемирный форум здравоохранения» опубликовал две статьи, в которых довольно наглядно представлено отношение к гомеопатии в настоящее время. Директор Афинской школы гомеопатической медицины Г. Витоулкас в статье «Гомеопатия: терапия будущего?» приводит в числе других два аргумента в пользу ее действенности: она эффективна при лечении грудных детей и животных. Профессор же Льежского университета Ж. Леком в статье «Гомеопатия

тия: наука или догма?» категоричен: она ничего общего с научной медициной не имеет.

Могут возразить: но ведь кому-то помогает, разве главное не в том, чтобы помочь больному? Да, это так. Но, повторяю, это может и увести в сторону от своевременно поставленного диагноза и лечения в тех случаях, когда помочь может только настоящая медицина. И еще: некоторым помогают и «охранные» пояса, и амулеты. Но отсюда один шаг до тезиса «пусть расцветают все цветы». Цветы ли это?..

... Общественное положение, звание, должность далеко не всегда служат гарантией разумного и трезвого отношения к медицине. Известно, например, что Иван Грозный, державший при дворе образованнейшего врача своего времени Лензея, лечился тем не менее у совершенно неграмотных старух. «Лекарств его, — писал царь о Лензее, — никогда не приемше». Увы, и в наше время образование, дипломы не всех делают иммунными к сенсациям и псевдонауке. Академик Л. Д. Ландау считал, что интеллигенты столь же, а может быть, и более суеверны, чем остальные люди. Известный русский актер Михаил Чехов говорил, что «жизнь — это вдруг...». Но мне не знакомо ни одно крупное открытие в медицине, за которым бы не стояли истинное знание и огромный труд. Академик Н. Н. Блохин в своей работе «Деонтология в онкологии» считал необходимым написать специальный раздел о ненаучных методах терапии. Еще в 1962 году в связи с тем, что группа известных литераторов встала на защиту очередного такого метода лечения рака, «Правда» опубликовала ответ ученых-медиков, а также письмо ЦК КПСС, в котором научной медицине было выражено полное доверие.

В последующие годы работники Министерства здравоохранения СССР и Академии медицинских наук СССР не раз выступали по вопросу о необходимости проявлять осторожность при публикации материалов, касающихся новых методов диагностики и лечения. К сожалению, все это мало помогает.

В 1979 году один из наших популярных общесоюзных журналов опубликовал статью «Познай себя», в которой утверждалось, что длительное голодание способствует исчезновению рака. Тезис этот был преподнесен как доказанный. Кем? Где? Когда? На ком? Если это

так, то за это мало дать Ленинскую и Нобелевскую премии! Неужели нельзя было найти в Москве компетентных лиц, которым можно было бы показать этот опус?

Как мы видим, научить людей дифференцировать правду от лжи, желаемое от действительного очень, очень трудно.

Беседуя с одним из врачей в США, я поинтересовался, в какой мере немедицинские методы конкурируют с научной медициной. Ответ заслуживает того, чтобы его привести дословно: «Невропатом нередко они помогают, остальные вынуждены возвращаться к нам». Заметьте: вынуждены. Вынуждены потому, что им плохо, вынуждены потому, что им это дорого обходится.

В наших условиях врач доступен каждому человеку. Убежден, что растущая культура людей должна способствовать тому, чтобы человек, используя науку, боролся за свое здоровье, а не превращал себя при болезнях в объект сомнительных экспериментов.

Медицина, как бы этого ни хотелось, пока не все-сильна. Открытия в этом нет. Но об этом надо говорить прямо для того, чтобы, понимая пределы ее возможностей, не превращать ее в хобби — тогда, когда мы лечимся сами или даем себя лечить тем, кто рассматривает ее как приложение к электрокатушкам или производству сыра.

В связи с изложенным, представляет интерес беседа между К. Барнардом и Л. Джонсоном, тогдашним президентом США, приведенная А. Дорозинским и К. Б. Блюэном со ссылкой на газету «Франс-суар».

— Доводилось ли вам, — спросил Джонсон, — наверняка спасти чью-либо жизнь?

В ответ К. Барнард рассказал о том, как в молодости ему пришлось бороться за жизнь одного фермера, заболевшего тяжелой формой воспаления легких. Жена фермера, усомнившись в благополучном исходе болезни, предложила применить знахарское средство: зарезать пасущуюся на привязи козу и обернуть ее шкурой грудь больного. «Не для того я изучал семь лет медицину, — подумал врач, — чтобы прибегать к методам каменного века».

Больному через час действительно стало лучше. Уходя

наоборот, приписывал основное влияние на здоровье Луне, что особенно, по его мнению, заметно на течении менструаций, действиях лунатиков и др.

На Западе имеются десятки тысяч астрологов и звездочетов, специально готовящие их учебные заведения. Огромными тиражами выходит соответствующая литература. В США издается около 30 астрологических журналов с тиражом более 20 миллионов экземпляров, из 1750 американских газет гороскопы печатают 1200. По данным западногерманского Института общественного мнения, предсказаниям астрологов верит более 30 процентов взрослого населения ФРГ; налажен выпуск «астрологических духов» для мужчин и женщин в зависимости от созвездия, под которым они родились. Во Франции 60 процентов населения знают свой знак зодиака и 15 процентов по крайней мере раз в год «консультируются» с астрологом. Примечательно, что в стране с давними просветительскими традициями действует специальная 34 статья Уголовного кодекса, предусматривающая наказание штрафом тех, кто предсказывает будущее, опираясь на сны! В Италии астрологи, ясновидцы и колдуны создали «профессиональную ассоциацию» и открыли школу по подготовке «докторов оккультных наук».

Рекомендуется при любой болезни «посоветоваться со звездами», перед операцией учесть возможное «неблагоприятное сочетание звезд». Довелось ознакомиться даже со специальным руководством «Медицинская астрология», написанным неким Омаром В. Гаррисоном. В Англии издается журнал популярного оккультизма и астрологии «Prediction» («Прорицание»), в котором указаны дни и часы, особенно полезные для приема лекарств. Японские астрологи предрекали несчастную судьбу девочкам, родившимся в год, который считался «годом коня и огня». Следствием явился резкий рост количества аборт: женщины опасались, что родившиеся в том году девочки останутся старыми девами.

В нашей прессе возможность влияния движения небесных тел на здоровье обратила на себя внимание в связи с проблемой биоритмов. О последней пишут и говорят много, хотя и она не нова. Еще в конце прошлого века о существовании многодневных биоритмов человека заявил одним из первых берлинский врач

В. Флисс. Он заметил, что приступы бронхиальной астмы и некоторых других болезней часто носят циклический характер. Эти, а также последующие наблюдения ряда других авторов (Г. Свобода, Г. Швинг и др.) легли в основу теории биоритмов. Самый информативный материал по данной проблеме представлен в руководстве под редакцией Ю. Ашоффа.

Считают, что человек подвержен триаде циклов: физическому ритму в 23 дня, эмоциональному, или чувственному, — в 28 дней и интеллектуальному — в 33 дня. В каждом из циклов различают положительную и отрицательную фазы. День, когда кривая биоритмов пересекает нулевую линию, переходя из положительной в отрицательную фазы и наоборот, называют «критическим». Если кривые двух или трех биоритмов пересекают линию одновременно, степень «критичности» дня соответственно увеличивается.

В дальнейшем появились исследования, согласно которым то или иное состояние людей может подчиняться и другим ритмам. Так, высказываются мнения, что в интеллектуальном ритме деятельности человека год творческой активности сменяется двумя-тремя годами известного спада.

В каждом отдельном случае отсчет и определение ритмов ведутся со дня рождения того или иного человека, поскольку само по себе последнее является для организма критическим днем, отражающим его переход из одной среды в другую.

К индивидуальному определению спадов, подъемов и «критических» дней и сводится суть вопроса.

Считают, что знание биологических циклов позволяет лучше приспособиться к отрицательным фазам биоритмов и «критическим» дням. В Японии для этих целей созданы карманные компьютеры. И хотя раздаются немало голосов, что в этом есть «рациональное зерно», становится неуютно от ощущения фатальности и беззащитности перед «черными» днями, как перед судьбой. Трудно с уверенностью сказать, каждый ли хотел бы знать, когда эти дни его ждут. Не будут ли они омрачать положительную фазу любого биоритма?

За рубежом опубликовано множество работ, подтверждающих и отрицающих существование каких-либо

закономерностей в синусоидах ритмов. Первых, однако, больше. В нашей печати появились ссылки на использование теории биоритмов в автохозяйствах: при составлении графиков работы учитываются критические дни водителей. Благодаря этому уменьшилось количество автодорожных происшествий в некоторых автопарках Москвы, Киева, Тбилиси, Душанбе, Минска. Издано и пособие, позволяющее определить каждому свои биоритмы.

Что касается медицинской практики, то такие работы тоже появились (И. Е. Оранский, 1977; Р. М. Заславская, 1979; Ф. И. Комаров с соавт., 1982 и др.). Доктор медицинских наук Н. А. Агаджанян считает, что выявляется все же известная согласованность биоритмов с движением небесных светил. Надо признать, что исчерпывающего объяснения этому пока нет. Необходимы глубокие исследования для того, чтобы предположения заменить материалистическими объяснениями. Лишь намечались правдоподобные точки зрения о механизмах влияния Луны и Солнца на биоритмы человека.

Так, существует научная гипотеза о биологических приливах и отливах, вызываемых Луной в жидких средах организма. Считают также, что движение ночного светила влияет на погоду, а последняя — на живые существа, в том числе на человека.

На протяжении столетий многие медики пытались вывести какие-то закономерности, отражающие влияние погоды, времени суток, месяца или года на самочувствие, настроение, состояние здоровья и течение болезней. О некоторых высказываниях уже упоминалось. О том, что бывают «светлые» и «черные» дни, о том, что «жизнь полосата», знает каждый по себе. Естественно стремление найти для объяснения этого какие-то скрытые механизмы. Известна, скажем, связь между наступлением весны, с одной стороны, и изменением человеческой активности, бодрости, а нередко и настроения — с другой.

Очень многие поэты — Ф. И. Тютчев, А. А. Фет, А. А. Блок и др. — воспевали весну, ощущали в это время творческий подъем сил. А. С. Пушкин, как известно, наоборот, лучше всего чувствовал себя осенью и писал о своей нелюбви к весне.

Думается, что не будет ошибочным предположение,

что за приведенным неодинаковым отношением к временам года скрываются не сиюминутное настроение, не только особенности личности, но и различные характеры биоритмов. А впрочем, не сказываются ли последние и на личности?

У С. Я. Надсона в стихотворении «Осень, поздняя осень...» есть и более прямые указания на связь времени года, творческой активности и состояния здоровья.

В письме к А. Ф. Писемскому И. А. Гончаров писал: «...От дурной погоды и я дурен». В другом письме к своему другу А. Ф. Кони он свои ощущения описывает подробнее: «Вчера Вы ушли от меня... в таком упадке духа, в каком и я остался... Я думаю, отчего бы это могло произойти... Сегодня утром причина объявилась — гроза, дождь, понижение температуры... и вот и у Вас, и у меня... падает дух, т. е. нервы. Эта болезнь века — неврозизм, *nevrozizm*, так называют ее французы».

Как видим, нового в подлунном мире мало: уже более ста лет назад и перепады погоды плохо переносились, и неврозы уже считались знаменем века...

Имеется немало публикаций о существующей связи между временем года, типом погоды и кривой смертности, обострением психических болезней, увеличением частоты инфарктов миокарда, сосудистых кризов, ростом числа самоубийств (особенно у женщин) и т. д.

Изучением циклических биологических явлений живой системы занимаются биоритмология или хронобиология. Можно считать доказанным, что более 150 физиологических и биохимических процессов в организме ритмически меняются. Полагают, что существуют полуторачасовой, суточный, недельный, месячный, годовой ритмы. Известно, что, скажем, в зависимости от времени суток (дня или ночи, сна или бодрствования) меняются показатели крови, желудочного сока, обмена веществ, сердечной и умственной деятельности и т. д. Столь же различно, в зависимости от времени приема, бывает действие многих лекарств.

В разное время года у здоровых людей различны уровень выделения гормонов, степень активности центральной нервной системы.

Что касается больных, то страдающие бронхиальной астмой, заболеваниями суставов, неврозами плохо переносят определенные типы погоды и ее смену; пандемии

гриппа не бывают летом; больные гипертонической болезнью хуже себя чувствуют в конце зимы и т. д.

Уже упоминалось, что для одних (практически здоровых людей) весна — пора расцвета и любви, для других — вялости и депрессии. Последним примером хочется проиллюстрировать индивидуальную особенность реакций человека на время года и погоду, зависящих от ряда факторов, в частности генетических, а также от возраста и состояния здоровья. Все это во многом определяет характер адаптационных способностей организма к смене ритмов окружающей среды, в данном случае — климата и погоды.

Климатом называют совокупность всех типов погоды, присущих данной местности и зависящих прежде всего от географической широты. Климат суши изменчив по сезонам и находится под влиянием ряда факторов. Собственно, к тому, как влияют погодные ритмы и их нарушения на биоритмы человека, и сводятся многие из тех вопросов, которые нас, медиков, интересуют.

За последние десятилетия опубликовано множество работ, свидетельствующих об изменении климата. Этот процесс, очевидно, в природе постоянный, но техническая революция темпы этих перемен ускорила. Не только природа влияет на человека, но и человек влияет на нее. И, к сожалению, далеко не всегда благотворно. Как никогда раньше, остро стал вопрос об охране окружающей среды. Ее загрязнение, накопление в земной атмосфере больших количеств углекислого газа, уничтожение обширных зеленых массивов и другие факторы сказываются и на климате, и на характере погоды.

Научный прогресс способствует улучшению условий жизни, но человек не всегда способен извлечь из этого пользу. С одной стороны, центральная нервная система людей не поспевает за современными темпами, ритмами, урбанизацией, с другой — лучшим противодействием этому был бы активный отдых, пребывание на чистом воздухе, а эти возможности используются далеко не полностью и не всегда лучшим образом.

Все это отрицательно сказывается на центральной нервной системе, то есть именно на той системе, которая управляет жизнедеятельностью организма и определяет его адаптацию и приспособительные реакции к изменениям окружающей среды.

В той или иной степени влияние погоды сказывается на большинстве людей, хотя одни реагируют скорее на колебания барометрического давления, другие — на изменения температуры, третьи — на уровень влажности. Примечательно, что сельские жители, жизнь которых протекает в условиях более чистого воздуха, в три раза менее чувствительны к изменениям погоды, чем городские. В условиях города человек теряет связь с природой, которая за это по-своему мстит.

Итак, последние десятилетия действительно создали объективные предпосылки к тому, чтобы привлечь внимание к рассматриваемым вопросам. В 1956 году в Голландии создано Международное общество биометеорологии, занимающееся изучением связи между изменениями погоды и здоровьем человека; проблемы биоритмологии обсуждались за последние годы на многих научных форумах в нашей стране.

При президиуме АМН СССР организована проблемная комиссия «Хронобиология и хрономедицина».

Рассматривая пути снижения метеочувствительности (чувствительности к изменениям погоды), необходимо коснуться этого вопроса прежде всего применительно к здоровым людям.

Главное здесь — это закаливание организма, особенно с детства, хотя оно показано и возможно в любом возрасте. Необходимо больше бывать на свежем воздухе, одеваться по погоде, не кутать детей. Весьма полезны различные водные процедуры: обтирания, регулярный прохладный душ, при возможности морские купания. Пути укрепления нервной системы — тема для специального разговора, о чем пойдет речь дальше. Существенное значение имеет своевременное излечение и ликвидация очагов инфекции в организме (плохие зубы, больные миндалины и др.), снижающих его сопротивляемость. Недостаточность витаминов в организме (в известной мере и в этом может сказываться влияние климата) также отрицательно влияет на здоровье, в частности на нервную систему, что априори увеличивает метеочувствительность. Поэтому весной, когда погода особенно неустойчива, а витаминная недостаточность проявляется в большей мере, витаминизации пищи или дополнительному потреблению витаминов надо уделять надлежащее внимание. Кстати, это и оди

из путей борьбы с так называемой весенней усталостью. Учитывая «биологические часы», следует строже придерживаться привычных ритмов труда, отдыха, питания. Думается, что известный здравый смысл есть и в более широком применении искусственной дополнительной ионизации воздуха.

Что касается людей, страдающих хроническими болезнями, то, как правило, они в большей или меньшей степени метеочувствительны. Ясно, что главное в этих случаях — лечение основного заболевания. Но это не все. Так, хорошо известно, что язвы желудка или двенадцатиперстной кишки чаще обостряются весной и осенью. У страдающих ревматизмом ухудшение течения болезни также приходится на эти периоды года. Поэтому программа ведения таких больных предусматривает в это время более активное врачебное (диспансерное) наблюдение и осуществление специальных профилактических мер.

Как-то одному из пожилых пациентов я рассказал о биоритмах и влиянии погоды на здоровье. Он внимательно выслушал, после чего заметил:

— В молодости погоду я не замечал. Сейчас стал барометром, который только и показывает плохую погоду. Не пойму, где сбой: во мне или в погоде?

Конечно, с возрастом все погодные перепады ощущаются острее и болезненнее, тем более что мало кто из людей старшего возраста может претендовать на полное здоровье.

Особого внимания требуют лица, страдающие болезнями сердечно-сосудистой системы. Если в условиях Дальнего Востока, например, больные стенокардией чувствуют себя хуже в летние месяцы, то в Эстонии — в октябре-ноябре и феврале-марте. На фоне весенне-осенних метеострессов (термин, получивший распространение) необходимо, по возможности, оградить себя от других стрессов и перегрузок, тщательно выполнять врачебные профилактические мероприятия. Может быть, даже рационально отпуск или часть его использовать не летом, а весной, когда на привычные наслаиваются дополнительные метеорологические перегрузки.

Весной плохо себя чувствуют также люди с пониженным артериальным давлением. Часто оно сопутствует неврозам, очагам хронической инфекции.

Нередко такие лица отличаются пониженной активностью по утрам. По данным биоритмологии, часть людей (около 15 процентов) наиболее деятельны по утрам, их называют «жаворонками». Противоположную, вечернюю активность проявляют «совы» (их примерно 35 процентов). К первому типу относились Наполеон, Л. Н. Толстой, Э. Хемингуэй и др., ко второму — К. Маркс, О. де Бальзак, Д. И. Менделеев и др. У 50 процентов людей особой активности ритма не наблюдается. С психологической, социальной и медицинской позиций «совы» требуют к себе повышенного внимания: по утрам они менее продуктивны, вялы, депрессивны, раздражительны и сонливы; часто повышено чувствительны к сменам погоды, лучше переносят холод, чем тепло; аппетит, мало выраженный утром, усиливается к вечеру.

К ним в полной мере относятся те общие рекомендации, о которых уже говорилось, но главное для них — хорошо выспаться. Естественно поэтому, что такие люди плохо адаптируются к переходу на «летнее» время.

В некоторых учреждениях Швеции «совы» и лица с пониженным кровяным давлением утром приступают к работе на 1—2 часа позже и соответственно позже ее кончают. Производительность труда при этом отчетливо выше. Может быть, этот аспект следует учитывать и при оценке «скользящего графика работы» — эксперимента, проводившегося в одном из городов Эстонии, о котором писали в центральной прессе.

Если человек метеочувствителен, то он, естественно, хуже переносит и смену климата. Адаптация при переездах в отдаленные местности даже у здоровых требует времени. Что касается больных людей, то у них возможны ухудшения в состоянии здоровья и обострения болезней. Эти отрицательные эффекты особенно ощутимы при пониженной адаптационной способности организма, которая с возрастом снижается. Поэтому пожилым и старым людям, особенно при болезнях сердечно-сосудистой системы, переезды на большие расстояния (например, на южные курорты) не рекомендуются.

Метеорологический стресс является междисциплинарной проблемой, им занимаются сейчас врачи, биологи, метеорологи и психологи.

За последнее время пресса начала давать населению

информацию о предполагаемых магнитных бурях. В какой мере это целесообразно, однозначно ответить трудно. С одной стороны, части людей это объясняет причины плохого самочувствия, к тому же, когда выясняется, что плохо себя чувствуют и другие, некоторые от этого ощущают облегчение. С другой, по данным Центрального научно-исследовательского института физиотерапии и курортологии, прогнозы в этих случаях оправдываются лишь на 40—70 процентов. Противостоять магнитным бурям мы пока не умеем, а жить под психологическим прессом их ожидания, как уже отмечено выше, тоже плохо.

Высказываются рекомендации в дни магнитных бурь избегать повышенных нагрузок, не париться в бане, не предпринимать длительных утомительных поездок, принимать валериану, боярышник или иные успокаивающие средства.

Делаются попытки (и небезуспешные) использовать долгосрочные прогнозы и в соответствии с ними определять тактику и стратегию профилактики и лечения определенных контингентов больных. Как в нашей стране, так и за рубежом (Румыния, ФРГ и др.) изучаются пути снижения метеочувствительности с помощью специальных лекарственных средств, в частности успокаивающе действующих на центральную нервную систему, влияющих на щитовидную железу и другие эндокринные органы. Однако пока главным остаются упомянутые общие меры, оказывающие влияние на организм и его устойчивость к внешней среде.

В целом можно считать, что проблема эта находится в пути по пока что не очень изведанным и вновь прокладываемым дорогам.

Здоровье и здравый смысл

Неприятности происходят не от того, что мы делаем плохое, а от злоупотребления хорошим.
Французская поговорка

Считают, что более 80 процентов ныне живущих людей встретят третье тысячелетие. С чисто человеческой точки зрения это интересно. С медицинской — тяга к жизни, желание продлить ее будут и после этой даты такими же, как и до нее. Трудно себе представить, чтобы тот, кто умрет в 2001 году, сделал это с удовлетворением. Открытия в медицине, да и не только в ней, не приурочивают к круглым датам. Миллионы людей, заболевших воспалением легких, гнойными осложнениями, заражением крови, обрели жизнь благодаря антибиотикам. Первый из них — пенициллин — появился в обычный день в начале сороковых годов.

Как уже говорилось, мы ждем чуда, ждем лекарств, избавляющих от болезней сразу, надеемся, что морщины и недуги старости нас не коснутся. Понять это можно. Выполнить трудно. В настоящее время проблему долголетия сводят не только к прибавлению годов к жизни, но и жизни к годам. Под этим разумеют здоровье, активность, способность чувствовать и пользоваться благами жизни.

За последние годы некоторые футурологи и ученые менее оптимистично оценивают возможность увеличения средней продолжительности жизни человека до 130—150 лет, как об этом еще не так давно писалось. Считают, что даже если удастся успешно справиться с болезнями сердечно-сосудистой системы и злокачественными опухолями, продолжительность жизни увеличится в среднем не более чем на 7—10 лет. Об этом по крайней мере говорилось на международных конгрессах геронтологов. И в то же время сочетание хороших социальных условий, достижений медицинской науки и продуманного отношения к своему здоровью способно привести к тому, что человек сможет жить примерно 90—100 лет. Но, к сожалению, не скоро. Как полагают, один год прироста средней продолжительности жизни потребуе

10 лет прогресса общества и очень крупных материальных затрат.

Вырисовываются два основных реальных пути увеличения продолжительности жизни. Первый — это социально-экономические преобразования, борьба с болезнями и другими неблагоприятными факторами окружающей среды. Второй путь — активное вмешательство в процессы старения и направленное изменение их хода, прежде всего на молекулярно-генетическом уровне, очевидно, с использованием будущих возможностей геной инженерии.

При любых обстоятельствах трудно переоценить значение приобретает разумное отношение каждого человека к своему здоровью.

Что же мы вкладываем в этот «рациональный, разумный, правильный» образ жизни?

По этому вопросу выступают врачи-клиницисты и теоретики, деятели спорта и педагоги, журналисты и социологи. Казалось бы, это должно способствовать разностороннему освещению проблемы. Но, к сожалению, некоторые сентенции выглядят безапелляционными, противоречивыми либо просто ошибочными.

Не лишена интереса «формула здоровья», выведенная профессором Ю. Ф. Змановским: Z (здоровье) = $P \frac{\text{ЭДТП}}{\text{БКА}}$. В этой формуле P — способность приспособить собственные ритмы жизни к ритмам окружающей среды; Э — эмоциональная устойчивость; Д — двигательная активность; Т — термозакаливанию; П — рациональное питание; Б — болезни; К — курение; А — алкоголизм. Сам автор формулы подчеркивает ее условность. В самом деле, способность управлять своими ритмами или возникновение болезни не всегда зависят от нас. Что касается других составляющих числителя и знаменателя, то они во многом управляемы и определяются четким пониманием того, что здоровье прежде всего — дело каждого из нас.

Бернард Шоу с присущей ему иронической улыбкой сформулировал принципы здоровья так: «... Не тревожьтесь. Питайтесь регулярно. Спите нормально. Мужайтесь... Надеемся на будущее. Лучшее тонизирующее — очаровательная женщина. Лучшее лекарство — бодрость...»

Все было бы хорошо, если б к нам, врачам, не приходили как раз те, кто встревожен, плохо спит и утратил мужество. Поучения в этих случаях помогают, увы, не всегда.

В настоящее время нет, вероятно, человека, который бы не слышал, что для предупреждения болезней надо по крайней мере следовать четырем рекомендациям: быть физически активным, рационально питаться, избегать вредных привычек и щадить нервную систему. Звучит банально? Быть может. Но именно в этом сегодняшняя медицина и видит наиболее верный путь к здоровью и долголетию.

Современного человека называют «деятельным бездельником»: на фоне большой умственной и эмоциональной нагрузки, постоянной спешки и психологического давления незаконченных дел он много сидит на совещаниях, пользуется транспортом, лифтом, эскалатором. Он малоподвижен, но зато хорошо ест. Он, естественно, полнеет, в силу чего радостно приветствует внедрение техники в быт.

Профессор Г. И. Косицкий подметил, что уже появились электрические щетки для чистки одежды и обуви, электрические зубные щетки. Если вовремя не остановиться, то могут появиться электрические челюсти для разжевывания пищи и автоматические приспособления для перевертывания страниц книги.

Физическая гиподинамия — одна из основных причин нарушения обмена веществ, возникновения болезней сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, недостаточной «устойчивости» нервной системы.

Поэтому польза двигательной активности в предупреждении этих болезней, бесспорно, велика. Но, пропагандируя физическую культуру и спорт, надо исходить из того, что эти сильные средства воздействия следует применять индивидуально, учитывая состояние здоровья.

Во многих печатных изданиях приведен комплекс упражнений, рекомендованный одним из уважаемых ученых. В этот комплекс входят упражнения, включающие прыжки на месте на каждой ноге по 100 раз, поднимание обеих ног с приподниманием таза лежа на спине 100 раз и т. д. Встает вопрос: почему 100, а не 75 или не 120? Некоторые читатели больше уловили цифры, чем то, что любое физическое упражнение надо соразмерять

с возможностями своего организма, увеличивая нагрузку постепенно.

Аналогично была воспринята многими книга Гарта Гилмора «Бег ради жизни», которая вышла на русском языке несколькими изданиями. Вопрос о беге трусцой как методе лечения самых различных, чуть ли не всех, заболеваний совершенно неожиданно превратился в проблему. Ее критическому анализу посвящены многие выступления известного терапевта и специалиста в области спортивной медицины профессора А. Г. Дембо.

Наверное, нет сегодня семьи, учреждения, где бы ни говорили о беге трусцой. Обсуждение чаще идет с одних, четко определенных позиций: «бегать трусцой — это прогрессивно, и всем здравомыслящим людям это понятно». Те же, кто осмеливается не только возражать против бега, но и высказывать некоторые сомнения в целесообразности его лечебного применения, зачисляются в консерваторы, ставящие себе целью тормозить укрепление здоровья людей.

Увлечение бегом достигло таких размеров, что в этом вопросе необходимо разобраться объективно, без излишних эмоций. Прежде всего, надо четко разделить два кардинально отличающихся друг от друга вопроса.

Первый — это бег как средство физической активности здоровых лиц, один из вариантов ее, такой же, как плавание, игра в волейбол, хождение на лыжах и т. д. Второй — это бег как средство лечения больных самыми различными заболеваниями, в первую очередь сердечно-сосудистой системы.

Первый вариант использования бега не представляет проблемы. Любому здоровому человеку, стремящемуся к физической активности и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, можно бегать, прыгать, плавать и т. п., в зависимости от того, что его больше устраивает. И делать это можно в общем-то в любом возрасте. Но и в этом случае необходимо предварительно посоветоваться с врачом, во избежание чрезмерности нагрузки. Хорошо известно, что физическая нагрузка является фактором профилактики атеросклероза, но лишь тогда, когда она не чрезмерна. В противном случае, как отмечает А. Г. Дембо, она может даже увеличивать возможность развития атеросклеротических изменений сосудов.

Собственно, к этому, т. е. к развитию двигательной активности здоровых лиц, и призывает книга Гарта Гилмора «Бег ради жизни», книга, которая послужила толчком к возникновению эпидемии бега уже не ради жизни, а от всех болезней и которая с медицинской точки зрения не выдерживает критики.

Вероятно, аналогичную книгу с такой же тенденцией мог бы с не меньшим успехом написать спортсмен любой другой специальности, например пловец или лыжник, пропагандируя свой вид спорта. Одно из издательств запланировало к изданию книгу по плаванию под названием «Жизнь на воде». И не исключено, что вскоре все — здоровые и больные — начнут плавать. Появятся, конечно, и соответствующие «пророки».

Ведь была опубликована статья одного врача, доказывающего, что главное — не бег и не другие виды спорта, а плавание. Вода не только лечит от всех болезней, но, что самое существенное, при этом в организм человека вводится в два раза больше кислорода — «этого незаменимого эликсира жизни», как патетически пишет автор. Неясно, правда, куда входит это количество кислорода, так как у человека нормальное насыщение артериальной крови кислородом составляет 96—98 процентов. Ведь деваться кислороду некуда. Об этом автор не сообщает так же, как и о том, зачем вообще человеку такое количество кислорода. Но это, видимо, не имеет значения — главное, надо быть в воде. Автору важно любыми способами, любыми методами, игнорируя элементарные физиологические и логические законы, доказать, что плавать полезно при всех заболеваниях.

Такими аргументами можно, наверное, доказывать пользу лечения болезней борьбой, фигурным катанием на коньках, прыжками с трамплина и т. д.

Впрочем, не надо ходить далеко за примерами. В статье «Исцелился штангой»* сообщено, что австрийский спортсмен Винценц Хертнагль за полгода занятий штангой вылечился от белокровия (лейкоза), язвы желудка и нарушений кровообращения. Нелепость этого утверждения, наверное, очевидна и для неспециалиста.

На этом фоне утверждение одного кандидата техни-

* Советский спорт. 1981. 5 дек. № 280.

ческих наук о том, что за 15 лет занятий бегом на выносливость он опубликовал в 3 раза больше статей и сделал в 4 раза больше изобретений, чем за такой же период до занятий бегом, представляется мелочью. Как-никак, в первом случае штанга решила то, над чем бьются лучшие умы медицины, а во втором доказано лишь, как с помощью бега достичь самых больших творческих высот.

Создается впечатление, что в последние годы очередной модой стало и увлечение аэробикой, которую также рекомендуют как средство от всех болезней. В силу этого многие начали заниматься ею без учета возраста, состояния здоровья и функциональных возможностей организма. Мне приходилось видеть больных с выраженным ожирением, повышенным артериальным давлением, изменениями позвоночника и суставов; преодолевая себя и не получая особого удовольствия, они занимались явно неприемлемыми упражнениями, стремясь обрести стройность Джейн Фонды. Модой становятся скейтборд, брейк-данс... Нет ли во всем этом аналогии с увлечениями содовыми ваннами и свекольным соком, уколами новокаина и хулахупом?

... Возвращаясь к бегу трусцой, надо подчеркнуть, что с ним вопрос обстоит сложнее: бег действительно входит в различные комплексы лечебной физической культуры при разных заболеваниях. Но в этих случаях дозировка бега, «управление» им находятся в руках медицински компетентных людей. Когда же бег «вручают в руки» любому больному, сопровождая это хлесткими газетными заголовками типа «Панацея от болезней века», «Лечение без лекарств», «Ты сам себе врач и наставник» и т. п., то такая по существу пропаганда неуважения к медицине может нанести большой вред. Ведь уже известны случаи, когда «бегом от инфаркта» «прибегали к инфаркту». Так, после двадцатикилометрового бега скончался от инфаркта сердечной мышцы любитель и большой пропагандист бега киевский профессор В. Н. Аналогичные случаи имели место даже среди спортсменов, не сумевших соразмерить свои возможности, состояние здоровья и нагрузку.

Одно из спортивных изданий опубликовало статью читателя, заставившего своего отца после нарушения мозгового кровообращения бегать трусцой. Когда отцу

стало хуже, сын сразу понял причину: отец мало бегал — надо бы больше...

В восторженном ажиотаже вокруг бега трусцой появляются публикации, находящиеся в противоречии даже со здравым смыслом. Так, несколько лет назад вышла книга «Наш друг — бег». Один из ее авторов поведал ошеломленному читателю о том, что, оказывается, благодаря бегу трусцой четверо больных раком «успешно прошли обычный курс лечения, в настоящее время абсолютно здоровы и продолжают беговые тренировки». Другой автор сообщает в этой же книге, что бегом трусцой лечатся больные, у которых «были раньше закупорки сосудов сердца и артерий мозга, были инфаркты и кровоизлияния. Все они сейчас, не принимая никаких медикаментов, чувствуют себя хорошо». В одном из номеров журнала «Легкая атлетика» за 1989 год опубликован обзор зарубежной печати под названием «Бег и злокачественные опухоли». Цитирую: «Сторонники беговой гипотезы (оказывается, есть и такая?! — Н. Э.) способны привести примеры поистине чудесных избавлений от жестокой болезни». Публикация подобных опусов не только не приносит пользы, а компрометирует физическую активность, в том числе бег трусцой, который, являясь профилактическим средством, рекомендован здоровым людям.

Те, кто пропагандирует бег трусцой, подчеркивают, между прочим, что он лучше, чем плавание или лыжный спорт, так как бегать можно всегда и везде. Тезис этот, однако, тоже представляется спорным. Нельзя забывать, что воздух больших городов достаточно загрязнен, а проблему очистки воздушного бассейна нельзя еще считать решенной. Количество поступающего в легкие при беге воздуха значительно возрастает, увеличивается и воздействие его вредных примесей. Поэтому бегают ли человек на городских улицах или в сосновом бору — не одно и то же.

Мы, врачи, — за физическую активность, но отнюдь не за то, чтобы сводить ее только к бегу трусцой. Ходьба, плавание, лыжи, спортивные игры при разумном занятии ими не менее полезны и эффективны.

Иногда мне приходит в голову еретическая мысль: не слишком ли много мы бегаем? А может быть, так же, как на волне поп-музыки происходит реанимация

романса и танго, на фоне темпов и ритмов сегодняшней жизни следует вновь учиться ходить? Просто ходить.

Не меньшего внимания, чем занятия физической культурой, спортом, ходьбой и пр., требует рациональное питание. Главное, что нас, медиков, волнует в этом вопросе, как уже отмечалось выше, — это увеличивающееся число людей, страдающих избытком веса. Проблема рационального питания могла бы стать предметом специального разговора. Мне бы хотелось лишь отметить, что питание должно находиться в соответствии с весом тела и затрачиваемой энергией. Древние греки в слово «диета» вкладывали несколько иной смысл, чем мы: под диетой они понимали сочетание, вернее соразмерность, рационального питания и физической активности. Хорошо известно, что люди с избыточным весом значительно чаще предрасположены к болезням сердечно-сосудистой системы, желчевыводящих путей, заболеваниям сахарным диабетом и др.

Древнегреческий поэт Феогнид еще в VI веке до н. э. писал: «Сытость чрезмерная больше людей погубила, чем голод». По данным специалистов, до 80% «толстяков» больны ожирением вследствие систематического переедания и лишь у остальных 20 процентов оно развивается в результате расстройства эндокринной системы и нарушения процессов обмена веществ. За последние годы появились публикации, согласно которым ожирение через вызываемые им осложнения уносит в два раза больше человеческих жизней, чем злокачественные опухоли.

Существуют расчеты, показывающие, что продолжительность жизни человека сокращается настолько, насколько окружность его живота больше окружности грудной клетки. Поэтому в США, например, с желающего застраховать свою жизнь за каждый килограмм лишнего веса взимается дополнительная плата.

К сожалению, в вопросах рационального питания даже за последние десятилетия население получило немало противоречивых рекомендаций, в чем сказывались категорические позиции многих из нас, медиков. На этом фоне некоторые видят выход то в диете Жаклин Кеннеди, включающей печеную картошку, икру и шампанское, то в «лунной» диете, при которой характер пищи должен коррелировать с полнолунием, то в рекоменда-

циях певца Демиса Руссоса, заявившего по приезде в СССР, что он за год похудел на 50 килограммов.

По понятным причинам у нас не получила распространения банановая диета, прозванная французами мазохистской. Тем не менее, с учетом наших возможностей, мы периодически становимся свидетелями очередного революционно-диетического бума: яблочного, сокового, морковного и т. п. Лучше бы уделялось внимание балансу витаминов — проблема, которую трудно переоценить. В СССР у подавляющей части населения отмечается дефицит витамина С даже в летне-осенний период года. Житель США получает суточную дозу витаминов в стакане сока, у нас для этого нужно выпить трехлитровую банку. Только нетрудоспособность по болезням, которым способствует витаминная недостаточность, обходится в 1,5 миллиарда рублей в год*.

После весьма сомнительного по своей пользе фильма «Индийские йоги. Кто они?» мне, как и моим коллегам, задавали вопрос, не является ли самой рациональной вегетарианская пища. С научной точки зрения, такая рекомендация является односторонней. Речь не идет об огульном отрицании всего, что связано с йогой. Так, видимо, есть определенное рациональное зерно в их системе физического воспитания. Но не надо переоценивать и его.

Возвращаясь к проблеме рационального питания, отметим, что человек нуждается в разнообразной пище. Не только в растительной. Нельзя «ушибать» себя диетой, зная только, чем вреден тот или иной продукт, и забывая, что в нем содержится полезного. В конечном счете, все дело в количественной стороне. Лучше не доест, чем переест. Венецианец Л. Корнаро, проживший 101 год, утверждал: «Кто ест мало, тот ест много». Я бы сказал — долго.

Когда же речь идет о борьбе с избытком веса, надо придерживаться нескольких правил. Не перекармливать детей, не употреблять пряностей, усиливающих аппетит, больше есть белковую пищу, повышающую обмен веществ, и ограничивать потребление углеводов (в первую очередь хлеба, макарон, картофеля, сладостей), в наибольшей степени способствующих избытку веса. В Шве-

* Неделя. 1988. № 48.

ции в ресторанах и столовых (даже студенческих, а у молодежи ожирение встречается реже) вместе с хлебом всегда подают хлебцы и вместе с сахаром — сахарин. Таким путем, без громких слов и призывов, приучают население к меньшему потреблению углеводов. Замечу, что эти меры вызваны отнюдь не угрожающим шведам положением: профессор Гуннар Бирке, с которым довелось на эту тему беседовать, отметил, что шведские женщины весят в среднем на 2—3 кг больше, чем следовало бы, и то повинны в этом во многом... стиральные машины, из-за появления которых уменьшилась физическая нагрузка.

В борьбе с тучностью и ожирением проблема заключается не столько в том, чтобы «согнуть» вес, а в том, чтобы его потом удержать. Как показывает практический опыт, чем быстрее человек теряет вес, тем труднее он его сохраняет.

Многие уповают на лекарственные препараты, снижающие аппетит, но, думается, они столь же «перспективны», как периодически появляющиеся «верные» средства против курения. Безусловно, решающую роль тут может и должна сыграть воля, желание избавиться от избытка веса. Если же это стремление все же хочется подкрепить, то из «лекарственных средств» я бы рекомендовал зеркало, шагомер и домашние весы. Не сомневаясь при этом в точности последних — явление, которое наблюдается за последнее время среди женщин, склонных обвинять при избытке веса весы, но не аппетит. Рационально на продуктах указывать их калораж, что давно уже принято во многих странах.

О том, что рекламное дело за рубежом поставлено лучше, чем у нас, писалось не раз. Оно тоньше и убедительнее учитывает психологию людей. В ряде случаев, о чем уже говорилось, это можно сказать и о медицинской пропаганде. Так, например, американцы были опрошены по поводу того, какие из 30 возможных опасностей для здоровья представляются им наиболее вредными. Практически одинаково отрицательное отношение встретили применение особых диет (55 процентов опрошенных), чрезмерный вес (52 процента) и использование медикаментов для снижения веса (52 процента). Подобный подход, безусловно, отражает позитивные сдвиги в оценке того, что для здоровья полезно, а что вредно.

...Мы, медицинские работники, призываем людей к умеренности. Призыв обоснованный. Но в пропаганде рационального образа жизни надо придерживаться доказуемых фактов, не злоупотребляя здравым смыслом.

С. Шенкман описал физика, увлекавшегося нестандартными методами оздоровления: он занимался атлетической гимнастикой и аутогенной тренировкой, дышал по Бутейко и Дурыманову, применял скипидарные ванны Залманова и сыроедение, был знаком с действием мумиё, облепихи, женьшеня и прополиса, слушал лекции по телепатии и тибетской медицине, плавал с «моржами» и начал присматриваться к иглоукалыванию.

В связи с этим вспоминается, что Святослав Рерих в ответ на вопрос, как он относится к йоге, рассказал следующую легенду. Были два брата, один из которых решил изучить йогу. Когда он через 12 лет вернулся, брат понтересовался, что он за эти годы постиг. Изучивший йогу подошел к реке и молча перешел на другой берег. Тогда другой брат позвал паромщика, который за четыре анны перевез его тоже на другой берег. Подойдя к брату, он сказал: «Бедный мой брат! Ты истратил 12 лет на то, что стоит всего четыре анны!»

Может быть, действительно, если, следуя системе йогов, приучить себя стоять на голове, спать на гвоздях, дать обет безбрачия, дополнив это длительным периодическим голоданием, то жизнь можно и продлить на какой-то срок. Научно обоснованная статистика с соответствующими доказательствами мне, правда, не известна. Но в том, что жизнь при этом потеряет в своих красках, не сомневаюсь.

Может быть, для здоровой жизни не нужны экстраординарные приемы? Надо просто научиться жить в мире с самим собой, правильно питаться, достаточно двигаться и не вредить себе и окружающим.

Нерегистрируемые самоубийства

Не следует казнить седло за вину осла.

Сервантес

В этой главе пойдет речь о сознательном самовредительстве здоровью. В ней не будет разговора о размягчении мозга после бокала шампанского и о никотине, убивающем животных. И еще одно общее замечание: все смерти, причинно связанные с различными формами наркомании, не относятся к самоубийствам, хотя с медицинской точки зрения их следовало бы квалифицировать так.

В одном из номеров американского журнала «Prevention» за 1978 год была опубликована статья под заголовком «Дела здесь и там». Речь идет об отрицательных факторах, влияющих на здоровье, и о борьбе с ними в США и СССР. Статья не носит проблемного характера, в ней содержатся и ошибочные, и наивные взгляды. Но кое в чем автор прав. В США снижается число курьихишников, особенно среди взрослых. Не возразишь и против того, что на наших застольях внимательно следят за тем, чтобы каждый опорожнил свою рюмку или бокал. Может или не может, хочет или не хочет.

Однако и в США, по данным исследования, проведенного совместно телекомпанией Эй-Би-Си и газетой «Вашингтон пост», алкогольные напитки употребляют две трети американцев старше 18 лет, а 33 процента взрослого населения сталкивается с различными последствиями злоупотребления алкоголем. Во Франции прямо или косвенно последний служит причиной 30 процентов всех госпитализаций мужчин и 15 процентов женщин. Но это уже их проблемы, и нам от них не легче.

В 1985 году ЦК КПСС принял известное постановление о мерах по преодолению пьянства и алкоголизма. Проблема эта приобрела серьезный характер, ранее принимавшиеся меры признаны недостаточно действенными. Перед всем нашим обществом, и особенно перед медиками, стоят ответственные задачи. Очень важно дальнейшее изыскание эффективных средств лечения алкоголиков. Еще более актуально предупреждение алкоголизма.

Вспоминаю публикацию в одной из центральных

газет, в которой рассказывалось о посещении с просветительными целями одного алкоголика на дому. Ему привели множество примеров последствий злоупотребления спиртными напитками, после чего спросили, не читал ли он об этом в газетах раньше. Ответ был примерно таков: «Газеты мне нужны только для заворачивания селедки». Те, кто, переминаясь с ноги на ногу, терпеливо стоят в очереди за пивом или осипшими голосами просят продать им тройной одеколон (для опохмеления), не смотрят передач о здоровье и не слушают лекций о вреде пьянства.

Конечно, трудно переоценить значение бьющей в цель, убедительной медицинской пропаганды. Главное — найти пути к душе каждого, чтобы оградить людей от всех несчастий, которые несет в себе злоупотребление алкогольными напитками.

Решающее значение имеют традиции и установки в семье. Проведенный в ряде городов РСФСР опрос 11—12-летних школьников показал, что от 50 до 70 процентов из них считали потребление алкоголя в связи с праздниками вполне допустимым. Здесь начало.

Менять психологию людей много труднее, чем ограничивать (в пользу чего сомнений нет) продажу алкогольных напитков.

Вот строки из двух писем в «Известия»: «Из-за реформы с пьянством у простого трудового народа не стало праздников, все ходят, как шакалы, злые», «Я всегда ненавидела пьянство. Но вдруг обнаружилось, что повсюду исчезли праздники. ... В этом году мне не захотелось шить ни одного платья. Зачем зря стараться?».

Не удивительно, что в некоторых районах додумались выдавать на водку талоны, но ... только людям заслуженным, достойным, передовым. Ее сделали средством поощрения, а плохим, как известно, не поощряют. Поистине, нарочно не придумаешь!

Алкоголизм разрушает интеллект, ведет к деградации личности, к поражению печени и сердца, губительно влияет на потомство, — это доказано. Следует также добавить, что алкоголь снижает половую потенцию. Тоже не новость. Но об этом не стоит стыдливо умалчивать. Достаточно? По-моему, вполне, чтобы каждый

задумался над тем, какова «перспективная» цена перегоняемых через организм спиртных напитков.

Впрочем, надо не только пугать. В Древнем Риме существовала должность специального сенатора, в функции которого входило напиваться до беспамятства, а затем демонстрировать на улицах неприглядное лицо пьянства. Древние греки неразбавленное вино (8—10 градусов!) давали только рабам, сами же его разводили водой. В Китае испокон веков напиться означало опозорить себя, своих близких, соседей и знакомых. Известно множество высказываний деятелей культуры и науки России разных времен, осуждавших и борющихся с пьянством. Злоупотреблению алкоголем нужно противопоставить понятия о чести и достоинстве человека. Вокруг пьяниц необходимо создать атмосферу нетерпимости, презрения, остракизма. Важно, чтобы борьба с алкоголизмом стала делом всего общества. Всех и каждого.

И все же... В борьбе с пьянством мы что-то оценили неправильно. Оспаривать вред злоупотребления алкогольными напитками нелепо. Но длиннющие очереди за ними оскорбительны. Скажем, я практически не употребляю алкоголя. Но если мне потребуется бутылка коньяка или шампанского, я не должен стоять 3 часа в очередях. Молодежь, наблюдая за ними, задает себе вопрос: если спиртное такое зло, то почему же его так упорно добиваются? Значит, что-то в нем есть? Не создаем ли мы этим рекламу алкоголю? Нет ничего смешного в том, что на дверях парфюмерного магазина красуется объявление: «Питьевой одеколон продается с 14 до 19 часов». В Тарту, например, вместе с ликвидацией ограничений по продаже пива упал спрос на дешевые сорта одеколонов и лосьонов... Как воспринимать информацию газеты «Известия»*: в 1987 году от употребления химических препаратов и жидкостей в стране погибло 11 тысяч человек?!

Так неужели нельзя признаться, что административно-волонтеристский метод борьбы с пьянством и алкоголизмом сопровождается издержками, бьющими как бумеранг?

Что касается борьбы с курением, то, думается, мы

* Известия. 1988. 3 марта. № 63.

подчас проявляем чрезмерное усердие, оборачивающееся своей противоположностью. Так, чего только не приписывают никотину! Между тем курят многие и отнюдь при этом не страдают всеми болезнями, описанными в медицинской энциклопедии.

Вещи надо называть своими именами. Никотин — безусловный яд, но твердо установленная связь с курением существует лишь у определенных болезней: рака легких, грудной жабы, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, поражения сосудов ног. Вполне достаточно, чтобы американцы, сделав подсчеты на ЭВМ, при страховании жизни взимали за страховой полис с курящих в среднем на 15 процентов больше, чем с некурящих.

Как установил один из подкомитетов конгресса США (данные 1985 года), на лечение болезней, связанных с курением, затрачивается ежегодно 22 миллиарда долларов, курильщики умирают в среднем на 17 лет раньше.

Ряд американских компаний начал материально стимулировать некурящих. Некоторые корпорации перестали принимать на работу курящих. Считают, что последние отсутствуют на работе на 50 процентов больше по болезни и пользуются медицинской помощью на 50 процентов чаще, чем некурящие.

В рамках осуществляемой в Таллине программы интегрированной профилактики хронических заболеваний проведен хронометраж времени, теряемого в связи с курением на 9 промышленных предприятиях. Исходя из того, что в среднем на одну сигарету затрачивается 15 минут, причем мужчины за рабочий день выкуривают 20—25, а женщины 10—12 сигарет, потери рабочего времени составляют в связи с этим 20—25 процентов, или около двух месяцев в году.

Не удивительно, что в белорусском колхозе «Рассвет» принято решение каждому некурящему и бросившему курить выплачивать в конце года премию в размере ста рублей.

Известный английский социал-гигиенист профессор Томас Маккесун считает, что через сто лет курению будет отведено место между плеванием и потреблением наркотиков, оно будет считаться столь же неэстетичным, как первое, и не менее опасным, чем второе.

Необходимы более глубокие психологические и социологические исследования, объясняющие, почему увеличивается число курящих и злоупотребляющих алкогольными напитками женщин. Эта тенденция заметна во всем мире, но убедительной расшифровки не имеет.

Как и при любой болезни, профилактику курения следует начинать с детства. Установлено, что 80 процентов людей начинают курить в школьном возрасте, из них 17 процентов — с восьми-девяти лет. Например, исследования, проведенные в Таллинне, показали, что в возрасте 13—14 лет курят 21,3 процента мальчиков и 4 процента девочек.

Более убедительно надо вести работу с молодежью, ломая представления о том, что самостоятельность и курение — синонимы.

К слову сказать, по данным Всемирной организации здравоохранения (1979), в ряде стран (Швеции, Великобритании и др.) число людей, бросивших курить, с каждым годом растет, причем 9/10 из них делают это без применения каких-либо специальных средств.

То же наблюдается и в США, несмотря на ожесточенное сопротивление соответствующих монополий. Считают, что табачное «лобби» занимает там второе место после «лобби» торговцев оружием. Можно приводить цифры из различных источников, отражающих расходы на рекламу курева. Вероятно, более наглядны два личных впечатления. На улицах Нью-Йорка стоят красивые девушки в мини-юбках, предлагающие прохожим рекламные пачки ароматных сигарет бесплатно. В различных журналах публикуют подборки фотографий популярных людей (например, Софи Лорен, Аллена Делона, Жаклин Кеннеди-Онасис и др.) с сигаретой в руках или во рту и примерно с такими надписями: «Они расслабляются», «Они отдыхают». Потому, что курят.

И все это тем не менее перестает достигать цели. Американцы медленно, но с каждым годом все больше отказываются от курения. И дело не только в том, что люди осознают правильность тезиса «Курение или жизнь», но и в том, что курить становится непрестижным, особенно среди образованных людей.

Нередко приходится слышать вопрос: что хуже — курение или употребление алкоголя?

Сравнивать отрицательные последствия в этих слу-

чаях непросто. Пьянство — это травматизм и циррозы печени, преступность и неполноценное потомство. Курение — это ишемическая болезнь сердца и гангрена ног, язва желудка, двенадцатиперстной кишки и рак. С курением связывают прежде всего рак легкого (не случайно когда-то он считался «мужской болезнью», а сейчас уносит больше женских жизней, чем рак грудной железы), однако, как полагают эксперты Всемирной организации здравоохранения, с курением прямо или косвенно связана также одна треть всех случаев рака.

Страшно то, что вред курения не столь очевиден. Пьяный преступник или дебилый ребенок алкоголика зрима. Курение — форма медленного самоубийства.

Например, в США потери по стране, связанные с потреблением алкоголя, составляют 100—120 миллиардов долларов, общие расходы в связи с курением — 65 миллиардов долларов в год. Не связана ли меньшая величина последней цифры с тем, что лечить болезни, являющиеся результатом курения, приходится относительно меньше времени? Ведь наиболее выраженным и частым следствием его является преждевременная смерть.

Показательны в этом отношении расчеты, сделанные в ГДР. От последствий алкоголизма на каждый миллион жителей погибает 1 человек каждые 4—5 дней, от курения — 1 человек каждые 2—3 часа.

Крайне недостаточно говорится о так называемом пассивном курении. Две цифры: жены курильщиков умирают на 4,1 года раньше среднестатистических сроков, рак легкого наблюдается у них в 3,5 раза чаще, чем у тех, чьи мужья не курят.

И алкоголь, и табак по действию своему наркотики. А теперь — о собственно наркоманах.

Наркомания в слаборазвитых и высокоразвитых странах — явления разного порядка. При низком уровне социального и экономического развития имеет место уход от жестокой реальности жизни, при высоком мы имеем дело с издержками сытости.

Французский социолог профессор Жан Бодриар считает, что в социальном плане наркомания является тем же СПИДом — проявлением синдрома приобретенного иммунного дефицита (беззащитности) общества. Эту позицию едва ли можно принять. Впрочем,

СПИД и наркомания, действительно, в чем-то схожи: возникновение их зависит в подавляющем большинстве случаев от самого индивидуума, они отражают его слабость и чаще всего ведут к гибели.

И пусть таких людей несоизмеримо меньше, чем алкоголиков и курящих, но речь уже изначально идет о выборе пути, откуда чаще всего обратной дороги нет. Не все пьяницы умирают именно от алкоголизма, но наркоманы чаще погибают преждевременно, оставаясь в рабстве у наркотиков.

Конечно, морфинисты, кодеинисты и пр. были и 30, и 40 лет назад. Но их было много меньше. Правы те, кто полагает, что проблема стала актуальной не только в силу гласности. Безусловно, борьба с алкоголизмом расширила ряды и наркоманов, и токсикоманов.

Из данных, приведенных в 1987 году начальником Главного управления уголовного розыска МВД СССР: среди наркоманов доминируют молодые люди в возрасте от 30 до 40 лет, несколько более 10 процентов несовершеннолетних, немногим менее 10 процентов женщин. Из взрослых людей примерно 2/3 с высшим образованием. Большинство употребляют гашиш, реже — опий.

По материалам подавляющего большинства публикаций, наркотик впервые пробуют из любопытства, а потом впадают от него в зависимость.

Конечно, необходимы глубокие социологические исследования. Крайне важен также серьезный психологический анализ путей приобщения людей, особенно молодежи, к употреблению наркотиков. Таких работ у нас пока что очень мало.

Как ни парадоксально, но в ряде случаев обратный эффект дает неумно проводимая антинаркотическая пропаганда, подчас усиливающая интерес к описываемым ощущениям наркоманов.

Имеются данные, что на одного выявленного потребителя наркотиков приходится 10 неучтенных*.

Борьба с наркоманией и токсикоманией — совместная задача учебных заведений, органов здравоохранения и внутренних дел. Но об этом должны, обязаны помнить и родители.

Вот письмо, полученное мною из Ленинграда.

* Социологические исследования. 1989. № 2.

«Я прочла Вашу книгу «Диалог о медицине». Под ее впечатлением прошу у Вас совета. У меня единственный сын 25 лет, он наркоман. По собственному желанию он находился уже трижды на лечении в психиатрической больнице. Короткое время держится, а затем опять возвращается к наркотикам.

Помогите, умоляю Вас! Что делать, как спасти его? Неужели нет выхода, нет надежды? Нет ничего страшнее видеть, как гибнет единственный ребенок. Помогите!»

Это — крик души.

Да, медики лечат наркоманов и токсикоманов с большей или меньшей долей успеха. Лечение ранних стадий, конечно, более эффективно. Но главное — профилактика. И она должна стать делом всех нас, в том числе средств массовой информации.

К слову сказать, мне представляется, что следует осторожно оценивать и внедрять методы и приемы борьбы, принятые на Западе. Так, один из крупнейших наркологических центров США носит имя Бетти Форд, супруги бывшего президента страны. Оказывается, она была одной из первых пациенток, лечившихся от токсикомании и открыто в этом признавшейся. Вопросы лечения алкоголиков и наркоманов, особенно женщин, требуют все же и деликатности, и дискретности, и, может быть, именно неуверенность в том, что им это будет обеспечено, мешает некоторым пациентам своевременно обратиться за помощью.

Английские авторы считают, что в борьбе с алкоголизмом медицинское просвещение малорезультативно. Аналогичные высказывания приходилось встречать и применительно к наркоманиям.

Согласиться с этим трудно. Ведь удалось же во многих зарубежных странах переломить благодушное отношение к курению. Нужна помощь психологов, социологов, может быть, следует использовать «болевые приемы» воздействия: от исповедей наркоманов до показа «бывших человек», если они на это согласны. Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать. Это тяжело, но это нужно для тех, кого можно спасти, отвратить от горя и страданий, от слез и смерти.

Пьяница, наркоман — это позор общества, но прежде всего это расплата человека за собственные безволие и глупость.

Как преодолеть себя

... Называют «неврастенией», когда человеку плохо. Бык на арене тоже неврастеник, на лугу он — здоровый парень, вот в чем дело.

Эрнест Хемингуэй

Уже упоминалось о том, сколь важно щадить нервную систему для сохранения здоровья и долголетия.

Происхождение неврозов одного измерения не имеет. Оно многопланово. Так же, как жизнь. Но предупреждение их — это профилактика многих других болезней и одно из самых существенных звеньев в проблеме продления жизни.

Каждой эпохе, как известно, присущи свои, характерные для нее заболевания. Один из зарубежных авторов отметил, что в средние века преобладали чума и проказа. Ренессанс «характеризуется» сифилисом. В эпоху барокко на передний план выступают сыпной тиф и цинга как болезни простонародья, с одной стороны, подагра и ипохондрия как «аристократические» болезни — с другой. Для периода романтизма характерен туберкулез. Двадцатый век породил неврозы. О растущей их частоте уже говорилось. Наблюдается заметное во второй половине XX столетия хроническое умственное переутомление людей и связанный с ним рост случаев депрессивных состояний. Большое значение придается резкому увеличению объема знаний, которые вынужден усваивать современный человек (перегрузка памяти), выраженному ускорению темпов повседневной жизни, возросшей динамике перемен жизненных ситуаций, растянутости периода обучения, значительному росту числа контактов современного человека с другими людьми. Мозг оказался не подготовленным к этим нагрузкам современности. Не подготовленным к темпам, ритмам, скоростям. Один из психиатров заметил, что постоянная усталость — более верный признак депрессии, чем тоска и пессимизм. Западно-германский журнал «Шпигель» опубликовал статью «Депрессия. Болезнь или судьба?»

Небезынтересны признаки, которые являются прояв-

лением длительного скрытого стресса, способного вызвать срыв нервной деятельности*.

Продолжительная, «необъяснимая» усталость, головные боли, расстройства пищеварения, периодические боли в спине. Потеря полового влечения. Участвовавшие ссоры в семье и на работе. Раздражительность, смена настроений, депрессия, обостренная защитная реакция (ощущение того, что «все норовят обидеть»). Чувство перегруженности на работе, в домашних делах («ни на что не хватает времени»). Склонность резко «осаживать» товарищей в беседе.

Злоупотребление курением и алкоголем. Ощущение пустоты, чувство неудовлетворенности жизнью, боязнь неудач. Снижение физической активности, возрастание мышечного напряжения при самых незначительных нагрузках. Нежелание и неспособность принимать решения. Забывчивость. Тенденция все рассматривать с негативной точки зрения. Возрастающая озабоченность личными ошибками при исполнении производственных обязанностей. Сверхчувствительность к критике. Потеря самоуважения.

Именно в наше время появились «неврозы часов пик», «неврозы очереди», «неврозы ожидания».

Мы спешим. Всегда или почти всегда. Постоянно не хватает времени. Мы не удовлетворены собою. Раздражены. Когда надо идти в гости. Когда кто-то «просто» звонит по телефону. Ведь это отрывает от дела, от книги, которую надо прочесть, от самого себя.

Среди факторов, ведущих к износу нервной системы, мы недооцениваем постоянную спешку, в которой оказался современный человек. Нелегко при этом решить, когда он является ее пленником, а когда — творцом.

Сколько приходилось встречать людей, которые хронически недосыпают, сетуя на то, что в сутках только двадцать четыре часа, которые из-за спешки разучились есть и пищу лишь глотают, а отпуск берут для того, чтобы, наконец, «спокойно и хорошо поработать». Не потому, что они материально нуждаются. Просто взят темп, колесо крутится, и они не могут его остановить. Или не в силах сами остановиться?

* Медицинская газета. 1987. 20 марта. № 23.

Говорят, в этом смысл настоящей жизни. Тезис весьма сомнительный.

Такой человек всегда при часах. И даже когда он на них не смотрит, создается впечатление, что он мысленно отсчитывает время. Он спешит. Спешит. Куда? И какой ценой даются эти скорости, этот бег за сиюминутностью?

Трудно устоять, чтобы не привести в связи с этим заключительные строки из книги врача-психиатра В. Л. Леви «Я и мы»:

«Наша жизнь во многом еще устроена невротически, антипсихотерапевтично. Некрасиво, небрежно, неуважительно и неискренне. И виноват не кто-нибудь и не что-нибудь, а каждый, каждый из нас, все вместе. Никогда, выполняем план. Строим светлое будущее. Это прекрасно, но почему бы не строить заодно и светлое настоящее? подручными средствами, которые при нас, в нас.

... Почему те мгновения, которые будут, имеют больше прав, чем теперешние? Почему такая несправедливость, такое нерасчетливое самообкрадывание?.. Для некоторых разглагольствования о будущем — удобный способ бегства от ответственности за настоящее. Может быть, для будущего это как раз и важнее всего — чтобы мы вот здесь и сейчас научились творить мгновения, не откладывая».

На церемонии выбора «мисс Эстония» в 1988 году были показаны и те, кто удостоились звания красивейших женщин более 50 лет назад. Признаюсь, смотреть на работу времени было грустно. Но, может быть, в этом был и глубинный смысл? Ведь, как сказал поэт, и «красота, как станция, мигует...». И жизнь тоже. Она слишком мимолетна, чтобы жить только будущим. Даже если оно светлое.

Ничто не проходит даром — расплачиваться за все приходится нервной системе.

Вместо того чтобы как-то сбавить темп, сменить ритм, привести нагрузки в соответствие с собственными возможностями организма, современный человек идет по пути наименьшего сопротивления. Он искусственно или подхлестывает, или успокаивает себя: утром — кофеин, вечером — барбитал...

Настоящего отдыха подчас нет и дома.

Уже ряд лет как обратили на себя внимание врачей

т. н. неврозы выходных дней. В рабочие дни члены семьи проводят вместе два-три часа после работы. А тут два выходных дня. Выводит из себя то, что именуют мелочами. Неспроста кто-то заметил, что от слона легче увернуться, чем от мух. Кого-то раздражает, что стиральная машина мешает слушать музыку, а кого-то — что надо стирать белье. И дело не только в недостатке жилплощади, хотя сбрасывать со счета этого нельзя. Сказывается иногда и утрата общих интересов, а ведь свободное время позволяет не только ощутить преимущества семейной жизни, но и с большей экспозицией разглядеть эгоизм или ограниченность интересов, лучше почувствовать работу времени над несложившимися отношениями. Повод для раздражительности, а подчас и ссоры уже не имеет значения, причины созрели раньше.

Мне рассказали о семейной паре, уехавшей на работу в одну из стран Африки. Пребывание за границей складывалось так, что супругам чаще, чем дома, приходилось бывать вдвоем. Значительно возросла возможность узнать и увидеть друг друга крупным планом. В результате по возвращении, вместо осуществления длительно вынашиваемых совместных надежд, они развелись.

Здесь уместно сказать, что существует два психологических типа людей. Один из них называют интравертным, то есть обращенным в себя, другой — экстравертным, то есть обращенным вовне. Первые предпочитают оставаться наедине с собой, читать книги, короче — отдыхать в одиночестве или со своей семьей. Вторые стремятся к максимальному общению с другими людьми, любят ходить в гости или принимать их у себя и лучше всего отдыхают в обществе друзей и знакомых.

Принадлежность к одному из этих типов людей мало зависит от воспитания, а больше отражает какие-то врожденные особенности характера. Важно заметить, что интраверты и экстраверты трудно понимают друг друга.

И еще: мы плохо владем культурой спора, умением гасить конфликт, способностью лечить грозную семейную ситуацию юмором. Ю. Б. Рюриков, анализируя пути сдерживания своей эмоциональности, воспитания автопилота в «мертвых петлях будничной жизни», пишет: «Что сказали бы мы, если бы в каждом нашем доме

стоял рояль и дети играли бы на нем, не зная нот, звуков, правил игры? Если бы они то терзали пальцем одну и ту же клавишу, то били по клавиатуре кулаком? А ведь очень часто мы бываем как раз такими детьми. Как безграмотные музыканты, мы бречим и дребезжим друг на друге, нажимаем вслепую чужие психологические клавиши, даже не зная, что мы их нажимаем, — и сердимся, злимся, негодуем на их режущие звуки. А ведь это именно мы сами рожаем их какофонию, рожаем и своим незнанием, и неумением сдерживать свои темные чувства».

Неврозы. Нервный. Разным бывает отношение к этим понятиям.

Одни считают, что верным симптомом нервности является лечение у невропатолога, другие полагают, что человек нервный, если он вытирает слезы в кино или подозрительно ищет у себя несуществующие болезни. Можно было бы продолжить перечень этих «признаков». Существование нервной системы кое-кому приносит удовольствие, немедики объясняют ею иногда капризность и плохой характер, врачей она подчас защищает от непонятного...

Однако есть немало людей, которые действительно страдают неврозами.

Когда мы говорим о последних, важно различать два фактора: причины, которые привели к нервным расстройствам, и особенности нервной системы, личности человека, на которого эти отрицательные факторы действовали.

Американские исследователи М. Фридеман, Р. Розенман и их сотрудники поставили перед собой задачу изучить заболеваемость грудной жабой и инфарктом миокарда в зависимости от особенностей характера и социального поведения людей. Среди обследованных были выделены две группы лиц.

К группе «А» авторы отнесли людей всегда торопящихся, честолюбивых, добивающихся признания, занимающихся многими делами, форсирующих их завершения, к группе «В» — людей с противоположными чертами характера.

Первую группу они называли «high-strung ambitions personality» («личность с чрезмерной амбицией»), вторую — «easy going type» («добродушно-беззаботный

тип»). В группе «А» заболеваемость грудной жабой и инфарктом миокарда оказалась в шесть раз выше, чем в группе «В».

Были также изучены особенности склада характера и психики лиц, заболевших инфарктом сердечной мышцы. У таких больных выявили своеобразную двойственность натуры. С одной стороны, они отличались развитым честолюбием и повышенным самоуважением, с другой — их мучил пессимизм, укладывавшийся в формулу: «к чему все усилия?». Видимую борьбу и чувство внутренней неудовлетворенности считают характерными особенностями психики таких пациентов. Они больше подвержены так называемому стрессу рухнувшей надежды.

К неврозам могут вести другие болезни, ослабляющие нервную систему, длительные отрицательные эмоции, неустроенность личной жизни, систематическое переутомление и многое другое.

Известно, однако, что одно и то же объективно отрицательное явление вызывает со стороны разных людей разное отношение.

... В больницу поступила 19-летняя девушка М., которая с целью самоубийства приняла большую дозу снотворного. В кармане у нее лежали фотокарточки улыбающегося молодого человека и записка: «Мой дорогой, я любила только тебя одного и без тебя жить не могу. Прости меня, твоя М.».

Доставившая ее подруга рассказала, что М., девушка нервная, впечатлительная, нередко мечтательно говорила: «Вот когда я умру, я буду лежать в гробу, усыпанная цветами... Он, каясь и плача, пойдет за гробом. Все поймут, он довел меня до этого... но будет поздно». М. удалось спасти, хотя она упорно и, как мне показалось, несколько театрално твердила, что все равно жить не будет.

Перед теми, кто знал об этом случае, встал вопрос: является ли М. психопатической личностью с больной нервной системой или это просто взбалмошная особа? Неужели в 19 лет единственным выходом из трудностей остается уход из жизни?

М. была единственным ребенком в семье, выросла в атмосфере обожания и вседозволенности, любые ее прихоти исполнялись, все делалось для того, чтобы уберечь

ее от малейших трудностей. И только потому, что, как выяснилось, мама была убеждена, что «ребенок очень нервный». Достаточным оказалось несильного ветерка, чтобы это тепличное создание надломилось.

Приведенный пример довольно хорошо иллюстрирует положение о том, что вопросы, связанные со степенью реакции нервной системы человека на тот или иной фактор, находятся в поле деятельности не только медицинских работников, но и всего общества.

Против опасных заразных болезней людям делают прививки в детстве. А много ли делается с детских лет для предупреждения расстройства нервной системы, которой так много отвещивается поклонов и которая занимает действительно большое место в возникновении многих болезней? Ведь нельзя же принимать советы типа: «старайтесь меньше волноваться», «избегайте душевных потрясений» — за профилактические рекомендации!

Много ли делает сама общественность, мы все в деле профилактики неврозов? Думается, что мало.

Медицина занимается лечением таких больных (с разной степенью успеха), но меры предупреждения часто выпадают из поля зрения. А ведь главное — все же профилактика.

Проблема предупреждения неврозов — отнюдь не только медицинская. Здесь нужна работа всего общества, особенно воспитателей и педагогов.

Предупреждение расстройств нервной системы должно восходить к детству. Речь идет о медицински и педагогически правильном воспитании ребенка. Нужно ограждать детей от тяжелых, травмирующих их психику переживаний (ссоры родителей, устрашающие рассказы и т. д.), но не следует с ними «сюсюкать», рисуя жизнь в чрезмерно розовом освещении.

Недавно у нас издана поучительная книга «Детский сад в Японии». Уже годовалым детям прививают навыки общения, причем в числе прочих максимально используются конфликтные ситуации, которые возникают в естественной жизнедеятельности группы. Эта сторона обучения, на мой взгляд, представляет интерес и с медицинских позиций, ибо уже с раннего детства нервная система обретает известную тренированность.

Необходимо также пресекать проявления детской гру-

бости, черствости (профилактика травмирования других), развивать волевые качества, умение не только вести себя, но и владеть собой.

К слову сказать, вся система современного воспитания к последнему и сводится: будь сдержаннее, умей держать себя в руках — «этого требуют воспитанность и интеллигентность». В пример приводят японцев: чем с большей неприятностью они сталкиваются, тем ослепительнее их улыбка. Но ведь постоянное самоторможение, неразряжаемые эмоции приводят к нарушению физиологических регуляторных механизмов, к возникновению заболеваний! Не в этом ли причина того, что у тех же японцев в структуре смертности населения одно из ведущих мест занимают сосудистые заболевания центральной нервной системы?

Где выход? Конечно, не в том, чтобы вернуться к дубине или превращать ближнего в громоотвод. Надо научиться переключать свое внимание с неприятностей, менять стрессоры, «уйти в работу», в отвлекающую деятельность. Но деятельность!

Л. Н. Толстому принадлежит следующее высказывание: «Если у меня нездоров желудок, так мне во время прогулки всюду попадают на дороге собачьи экскременты, так что даже гулять мешают, а если, наоборот, я здоров, то я вижу облака, лес, красивые места».

Когда у человека неприятности или горе, это намного хуже, чем когда болит желудок. Уйти от тягостных дум бывает очень нелегко. Труднее всего преодолеть самого себя. Покой, уход от дел в этих случаях — не лекарство, а, наоборот, фактор, способствующий так называемой психожвачке.

Говорят, самое тяжкое горе — горе воображаемое. Ничто не заставляет так переживать, как те неприятности, которые в дальнейшем... не случаются.

Каждый человек знает, что явления, которые сегодня вызывают отрицательные эмоции, по прошествии времени часто теряют свою остроту, а порой вызывают вопрос к самому себе: стоили ли они того «пожара эмоций», тех волнений, которые они породили? Но какой-то след оставлен в нервной системе, здоровье или, как теперь говорят, на одной из стенок сердца. Хорошо сказано у Фридеберта Тугласа: «Многие ли из нас бывали в океане, чтобы сравнивать с его штормами все труд-

ности! То ли дело бури в стакане воды — от них мы страдаем всю жизнь, изо дня в день. Они-то и страшны!»

Как важно выработать умение адекватно реагировать на неприятности и трудности, дифференцируя настоящее плохое или трудное, неизбежное в жизни, от мнимого!

В одной из недавних публикаций даются рекомендации по снятию эмоциональной напряженности, среди них такие: не оставайтесь наедине со своими неприятностями, не старайтесь переделывать других на свой лад (особенно в семейной жизни); преодолевайте имеющийся комплекс неполноценности (увы, это не так просто); умеете посмотреть на себя со стороны.

В глубокой древности на Востоке люди просили:

«Господи, дай мне силы, чтобы смириться с тем, чего я не могу изменить,

дай мне мужество, чтобы бороться с тем, что я должен изменить,

и дай мне мудрость, чтобы суметь отличить одно от другого».

Это наиболее умное и глубокое изложение принципов самовоспитания в плане профилактики неврозов, которое доводилось встречать. Речь идет о том, что педагоги называют «проектированием характера». Конечно, заповеданное «проектирование» не всегда удается...

Как важно, особенно в наше бурное время, учиться уважению друг к другу. Не в салонном смысле этих слов. Быть человечным. Выкорчевывать лицемерие и лживость, потребительское отношение к людям, эгоцентризм и зависть. Быть доброжелательным. В заботах о людях не забывать о человеке. Бороться с хамством. Как метко заметил один из врачей: «Инфаркт. А вначале было слово...»

В театральной программе против фамилии ведущего актера японского театра Кабуки — строчка: «Живущее национальное сокровище». У нас же дали Ленинскую премию В. Шукшину и Государственную премию В. Высоцкому после смерти.

Не слишком ли дорого подчас обходятся успешно создаваемые нами самими трудности и преграды?

В связи со всем этим хочется коснуться еще одной проблемы. Она имеет прямое отношение к истокам неврозов. Но пишут о ней не врачи, а чаще писатели и философы.

Речь пойдет о так называемом комплексе неполноценности. Под последним следует понимать особенности поведения человека, обусловленные подсознательным устойчивым представлением о своей физической, психической или моральной ущербности (А. Н. Лук, 1982). Неполноценность — мнимая или истинная — изменяет личность и в значительной мере определяет отношение к окружающим, создавая предпосылки к конфликтам как с ними, так и с самим собой.

У нас не разделяют утверждений фрейдизма, что в каждом человеке заложен свой комплекс неполноценности, но и зачеркивать эту проблему как таковую едва ли стоит.

Зарождается, вернее, проявляется комплекс неполноценности уже в детстве. С одной стороны, унижение ребенка может укрепить в нем сознание собственной неполноценности, что раздражает и вызывает естественное желание как-то самоутвердиться. С другой — восхваление и манера превозносить существующие и несуществующие детские достоинства может не найти подкрепления в сознательной жизни. Трудно ведь самому оценить собственные способности, тем более в случаях, когда критерии оценок были столь завышены в детстве или юности. Значит, «мне мешают», значит, «завидуют недоброжелатели» и т. д. Поведение подобного рода определяется недовольством собою, озлобленностью против окружающих, желанием доказать, что «я не хуже других», т. е. подсознательным стремлением чем-то компенсировать развившийся комплекс.

Диапазон его проявления широк. В школе это издевки над более слабыми или над более способными, задиристость или грубость. В более старшем возрасте — хвастовство мужчин мнимыми победами над женщинами или женщин — успехами у мужчин. Говорят, ревность — это боязнь сравнения, но она в определенной степени и свидетельство неуверенности в себе. А зависть? Это не только, как кто-то остроумно заметил, скорбь о благополучии ближнего. Подсознательно за этим чувством скрыто другое: «Я не хуже и тоже имею на это право».

При отсутствии способностей, волевых качеств или неблагоприятном стечении обстоятельств у человека может возникнуть один из вариантов комплекса неполноценности — так называемый комплекс неудачника.

Такие люди во всех своих бедах винят окружающих, а в более удачливых коллегах или товарищах видят карьеристов — неучей, проходимцев или недругов. Этим они оправдывают собственное бессилие, отсутствие силы воли, таланта и неспособность добиться намеченной цели. Нередко свои рассуждения они подкрепляют фразой типа: «Я бы тоже мог, если бы...»

Компенсация комплекса неполноценности может находить свое выражение в стремлении попасть в более престижный (по мнению данного лица) общественный круг, в стремлении внушить окружающим представление о своей большой роли в обществе. С этим, впрочем, можно мириться. Хуже, что нередко эти люди создают невыносимую обстановку дома и на работе, портят нервы тем, кто от них зависит. По наблюдениям некоторых психологов, одним из проявлений комплекса неполноценности, при отсутствии других истинных способностей, является стремление к администрированию. Такие лица проявляют (в порядке компенсации) большое упорство в том, чтобы обязательно достичь «уровня своей некомпетентности». При этом открываются широкие возможности для самодурства.

Они чувствительны и не критичны к подхалимству, нетерпимы к критике.

Невольно приходят на память лица, которым психиатры выставляют диагноз «истероидный психопат, ищущий признания». Речь идет не о болезни, а об особенностях личности. Последней присущи эгоцентризм, лживость и демонстративность поведения. Такой человек никогда не винит в неудачах себя, а только окружающих, он стремится к признанию и лидерству любой ценой, факты он деформирует к выгоде для себя, угрызения совести ему неведомы, для достижения цели он может поломать любую жизнь, мелочен в придирках к неугодным, слышит только себя. Подчиненные делятся на фаворитов и тех, от кого надо избавиться.

Когда читаешь в печати об «автократическом» типе руководителя, придерживающегося диктаторских замашек, барского отношения к подчиненным и действующего по принципам «делай, а не рассуждай», «из двух мнений одно — мое, а второе — неправильное», «разделяй и властвуй» и т. д. и т. п., то сразу же возникает

вопрос: каким комплексом неполноценности этот самодур страдает?

Я не случайно уделяю такое внимание этому вопросу. Если мы говорим, что на возникновение неврозов может влиять рабочая атмосфера, то, когда речь идет о ней, наибольшую роль приобретает личность руководителя. От него зависит климат в коллективе, здоровье многих. В раннем средневековье законом запрещалось избирать германским императором калеку. Этим, как полагали, закрывался доступ к власти ущербным. Не уверен, существует ли здесь всегда связь, но убежден, что комплекс неполноценности — это, очевидно, синоним ущербности, находящей реализацию в субъективизме, недоброжелательном отношении к людям и большей частоте «сшибок» их нервной системы. В Венгрии говорят о «загрязнении» окружающей среды «патогенными» лицами, травмирующими окружающих.

Если вспомнить разделение людей на группы «А» и «В», приведенные выше, то рассматриваемый сейчас тип, который способен вызвать инфаркт миокарда у других, я бы отнес к самостоятельной группе «С». Эти люди социально опасны, как пьяный водитель за рулем автомобиля, как хулиган, вооруженный дубиной.

Патофизиологические и психологические основы комплекса неполноценности изучены недостаточно. Но привлечение внимания к нему педагогов, врачей, всех нас необходимо, ибо если основы его закладываются в детстве, то в наиболее опасных проявлениях он реализуется в зрелом возрасте, нередко деформируя отношения людей и их нервную систему.

Существенное значение приобретает гигиена умственного труда. Часто срывы нервной системы появляются на фоне переутомления, о чем упоминалось выше.

Трудно поэтому пройти мимо перегрузки нервной системы у школьников. Согласно нормам, нашедшим отражение в решениях ряда международных конгрессов врачей и физиологов, причем давно*, суммарная учебная нагрузка, например, 14—15-летних школьников не должна превышать 6—6½ часов в день. Трудятся же школь-

* III конгресс по школьной и университетской гигиене. Париж, 1959; V конгресс по школьной и университетской гигиене. Прага, 1967.

ники, при наличии добросовестности, 10—12 часов в день — больше, чем некоторые взрослые. При этом складывается впечатление, что мозг они перегружают сильнее, чем мышление.

Уже в 1986 году, после реформы школьного образования, отмечалось*, что пытливость многих малышей оставляет грустное впечатление. Чаще всего они задают вопросы созерцательного плана, а не «почему?» и «зачем?».

Характерен пример, который был приведен в печати.

В одном из учебников для 2-го класса изображены рядышком три клюва и три лапы; восьмилетние дети должны установить, каким птицам они принадлежат. С заданием не справились ни опытный охотник, ни дипломированный лесничий.

В ряде республик объем некоторых учебников за десятилетие увеличился на 50—75 процентов.

Поток информации растет прогрессивно. Появились серьезные исследования, посвященные проблеме так называемых информационных неврозов. Не допускают ли педагоги стратегического просчета, пытаясь втиснуть возросший объем знаний всё в те же 10—11 лет? В нашей печати довольно долго длилась дискуссия о липецком эксперименте. Большинство согласилось с тем, что школьная пятидневка с резервным днем во всех отношениях рациональна. Правда, медицинской стороне дела было уделено относительно скромное внимание. Прежде всего с этой точки зрения не нужна ли все же пятидневная неделя детям больше, чем взрослым? Может быть, даже ценой одного лишнего года обучения? Ведь в ряде стран это уже много лет как реализовано.

Нельзя забывать, что одни занятия неизбежны (еда, самообслуживание и пр.), другие для детей привлекательны (игра, телевизионные передачи и пр.). Откуда же брать резервы времени? За счет сна, что ведет к хроническому недосыпанию. Дефицит сна, истощает нервную систему и вызывает на фоне ее большой перегрузки неврозы и связанные с ними болезни.

Да, мы являемся свидетелями акселерации. Дети и подростки стали физически и интеллектуально развитее. Но на этом фоне число молодых людей, страдающих,

* Правда. 1986. 14 авг. № 226.

например, неврозом и близорукостью, не падает, а, по данным Института гигиены детей и подростков Министрства здравоохранения СССР, возрастает. Повышенная заболеваемость отмечается и у детей, посещающих математические школы и школы с преподаванием части предметов на иностранных языках.

На Всесоюзном съезде врачей (1988) приведены ошеломляющие цифры: к окончанию школы нервно-психические расстройства выявлены у 20—30% детей, причем в каждом пятом случае виноват учитель. Сведения эти привел председатель Государственного Комитета СССР по народному образованию. У меня, правда, возник и другой вопрос: в скольких процентах случаев причиной неврозов у учителей являются ученики?

Реформа школьного образования лишь оттеняет значимость поднимаемых вопросов.

Нельзя считать, что в полной мере изучены медицинские аспекты сочетания работы с обучением на вечерних и заочных отделениях. Как лучше, с учетом здоровья, планировать подобные нагрузки? Перегруженным остается и студенчество. Между тем в период роста и развития переутомление нервной системы особенно неблагоприятно. Подростков относят к так называемым группам высокого риска по заболеваемости. Обо всем этом с тревогой говорилось во многих выступлениях на сессиях Академии медицинских наук и Академии педагогических наук СССР. Ведь речь идет о будущих поколениях!

Всемирная организация здравоохранения, рассматривая вопросы здоровья юношества, рекомендует учитывать некоторые переходные периоды, особенно подвластные влиянию стрессов: изменения образовательного статуса, включая завершение среднего образования; начало трудовой деятельности; начало военной службы; вступление в брак, первая беременность и появление родительских обязанностей; разные перемещения, связанные с профессиональной деятельностью. С учетом того, что в этих ситуациях возрастает значение факторов риска по заболеваемости, профилактические меры в эти переходные периоды должны быть усилены.

Поднятые выше вопросы следовало бы отнести к медицинской педагогике — науке, которая пока еще не существует. А ведь даже воспитатели часто недостаточно знакомы с медицинскими нормами вос-

питания. Разрабатывать методы правильного воспитания и психогигиенического режима в семье и школе и должна была бы медицинская педагогика.

Проблему неврозов нельзя, конечно, относить только к области воспитания, нельзя отрицать огромную роль социальных факторов.

Известно, что в капиталистических странах большую роль в происхождении неврозов играет неуверенность в завтрашнем дне, в возможности быть обеспеченным работой, иногда обостренное ощущение материальных контрастов и т. д. В Англии, например, психотерапевтические средства составляют 19 процентов всех выписываемых рецептов, т. е. их получает почти каждый пятый пациент. В США ежегодно производится более 13 миллиардов «таблеток счастья», поднимающих настроение, расслабляющих нервную систему и улучшающих сон. Их принимает каждый четвертый житель страны. Характерно, что именно в США появился афоризм: не важно, что человек ест, важно, что его ест.

Когда задают вопрос, что же, на мой взгляд, главное в сохранении здоровья, чему научила меня врачебная жизнь, то во главу угла без колебаний я ставлю отсутствие отрицательных эмоций. Может быть, это даже важнее наличия положительных. Недавно я прочел высказывание Вигалия Коротича: «Злое, агрессивное окружение способно сокрушить все константы здоровья. Что из того, что Владимир Маяковский делал зарядку, фанатично выполнял все предписания гигиены и не выпивал?..» Эта мысль привлекла меня еще и потому, что автор ее не только писатель и журналист, но и врач с практическим семилетним стажем.

К сожалению, жизни без неприятностей, больших и малых, нет. Поэтому, с одной стороны, растет значение других факторов, сохраняющих здоровье, с другой — надо всем нам бороться с несправедливостью, хамством, подлостью.

Увы, они имеют место в нашей жизни так же, как и конфликты на работе, и плохие жилищные условия, и упомянутый выше комплекс неполноценности, и семейные коллизии, и многое другое. Кстати, по наблюдениям многих невропатологов, среди страдающих нервными расстройствами до 30 процентов составляют неработа-

ющие женщины, чаще всего материально хорошо обеспеченные.

На мой взгляд, больше следует уделить внимания психологии современного человека, особенностям личности. Я не сторонник конформизма, но в основе многих конфликтов находится неспособность ладить с самим собой. Преодолеть самого себя, правда, очень нелегко: одного гложет карьера, другого — ревность, третьего — неизбежность старения. Может показаться, что все эти рассуждения не имеют отношения к медицине. Это не так. Язвы желудка, бронхиальная астма, грудная жаба и спазмы кишечника, экземы и гипертоническая болезнь часто восходят своим началом к «сшибкам» нервной системы. Приходится поэтому болезни видеть в их связи с личностью и социальными условиями.

Следует вновь напомнить об утомляющем темпе современной жизни, шуме больших городов, злоупотреблении сидением у телевизоров и т. д. Хотя и говорят, что телевизоры приводят к укреплению семейной жизни и уменьшению количества разводов, но за границей появилась и новая медицинская специальность — «врач по телевизионным болезням». Не случайно в Исландии один день в неделю телевидение не работает — людям дают отдохнуть от него.

Все это является следствием отрицательного влияния урбанизации на здоровье. Один из научно-исследовательских институтов в Хельсинки специально занимается изучением психики у лиц, переехавших из сельской местности на жительство в столицу. Имеется большое количество исследований, проведенных во многих странах, в которых убедительно показано, что у городских жителей выше заболеваемость и нервной, и сердечно-сосудистой систем, и другими болезнями.

Что можно всему этому противопоставить?

Вероятно, есть рациональное зерно и в передаче уроков аутотренинга по телевидению, и в организации «службы отзывчивости», и в привлечении в лечебные и учебные учреждения медицинских психологов

Но главное — продуманное отношение к своему здоровью в той мере, в какой это зависит от каждого из нас. Тут и смена деятельности (умственной и физической), и занятия физкультурой и спортом, и освоение методов аутотренинга и др.

Уже в эпоху Возрождения в искусстве медицины различали две основные части: сохранение здоровья и лечение болезней. При этом первую считали главной, особо выделяя в ней значение сна. Верно, он отнимает треть жизни, но, если бы он всегда был полноценным и достаточным, другие две трети ее были бы здоровее и спокойнее. Впрочем, и они ухудшают сон, да еще как...

Трудно переоценить роль воспитания потребности в общении с природой. В Японии прививают культ природы с детства. Японцы могут подолгу в молчании «любоваться видом», вглядываясь в «сад воды» и «сад камней». Несколько мертвых каменных глыб. Но в них своя поэзия и красота, они заставляют переключиться, они успокаивают. Мы разучились всматриваться к природе, чувствовать ее запахи, звуки, красоту. Но подсознательно тяга к ней живет.

В одной из зарубежных публикаций отмечено, что идеальный психотерапевт должен быть умен, сердечен, расположен к пациенту и вызывать у него доверие. Как считают некоторые психиатры, всеми этими качествами обладают четвероногие друзья человека, которых называют «недипломированными врачами». Согласно опросу, проведенному в США, почти половина американских докторов «прописывает» своим пациентам собак, кошек или птиц. Джек Лондон однажды заметил: «Самоотверженная и бескорыстная любовь зверя проникает в сердце того, кто испытал шаткую дружбу и призрачную верность человека». Число домашних собак и кошек растет. В основе этого прежде всего находится компенсация одиночества. Оно все чаще затрагивает многих: молодых, пожилых и даже живущих вдвоем. Необходимо быть кому-то нужным, надо, чтобы кто-то тебя ждал. Но собачонка, снегири или рыбки — это и тяга к природе. Я бывал на Птичьем рынке в Москве — животных покупали отнюдь не дети и подростки. Это — тоже тяга к природе. И все же многие из тех, кто в ней нуждаются, от нее далеки. В лучшем случае они приобретают часы с кукушкой и пластинки «Голоса птиц».

Как-то довелось смотреть телевизионную передачу из Ленинграда. Девочку лет десяти спросили, видела ли она когда-либо живую курицу? Оказалось, что нет. Поэтому нас и умиляет мычание коровы, петушиное пение, вечерний лай собак. Но ненадолго. А жаль. В этом есть

своя поэзия. Как в небе. Как в васильке. Как в звуках травы.

Абсолютная тишина так же вредна, как и длительный шум. Заплакать можно и от радости, и от обиды. Раздражать может и плохой муж, и слишком хороший.

Один из крупных современных теоретиков медицины Г. Селье, наверное, был прав, когда подчеркивал, что причиной стресса (напряжения) могут в равной степени быть как болезненный пинок, так и страстный поцелуй.

От положительных эмоций под аплодисменты толпы скончался Софокл. Отец Пьера Бомарше умер от смеха, когда сын читал ему своего «Севильского цирюльника». В 1986 году в момент объявления результата телевизионного конкурса «Мисс Вселенная» с победительницей случилась истерика. Известный бразильский футболист Пеле, забив победный гол на одном из чемпионатов мира, от радости лишился сознания. 2 мая 1988 года внезапно ушел из жизни Радж Капур. Он потерял сознание через минуту после того, как президент Индии вручил ему долгожданную высшую кинематографическую награду страны.

Но приходилось наблюдать и другое — как люди после настоящего горя находили в себе силы и мужество начинать жизнь сначала. Через это прошли многие выдающиеся писатели, ученые, композиторы, художники, политические деятели. Говорят, победа показывает, что человек может, а поражение — чего он стоит. Многому учит история, жизнь таких наших современников, как Девятаев и Маресьев, Джавахарлал Неру и Де Голль.

Суть не в том, чтобы оградить себя от неудач или неприятностей, а в том, чтобы воспитывать с детства умение быть сильнее их. Человек должен уметь смеяться и плакать, любить и ненавидеть, терпеть поражения и побеждать.

Как писал Константин Симонов,
«Мы можем пережить большое горе,
Мы можем задыхаться от тоски,
Тонуть и выплывать. Но в этом море
Всегда должны остаться островки.

Ложась в кровать, нам нужно перед сном
Знать, что на завтра просыпаться стоит...»

Жить всегда на лугу скучно, да и невозможно. На то она жизнь.

Сексуальная культура: медицинские аспекты

Суть любви — это наслаждение, которое дают пять чувств: слух, осязание, зрение, вкус, обоняние, объединенные с душой и сопровождаемые разумом.

«Кама Сутра»

Проблема эта имеет разные аспекты. Этнические, педагогические, общебиологические, исторические, юридические, психологические. И, конечно, медицинские. Все они тесно связаны между собой. Я же остановлюсь преимущественно на последних.

В Дании и Швеции довелось с близкого расстояния увидеть старт «сексуальной революции». Она настолько была переплетена с повседневностью, что не заметить ее проявлений было невозможно. В, казалось бы, уважаемых газетах реклама порнографических изданий и соответствующие иллюстрации соседствовали с объявлениями о продаже новогодних елок. Пропаганду секса «приспособили» к вешалкам для одежды, посуде, очкам. Значки-пуговицы со своеобразными приглашениями «Зажги меня», «Ищу опытного партнера» и т. п. На прилавках магазинчиков — разных размеров плетки для садистов, руководства по мазохизму, сексуальные воспоминания фашистской садистки Эльзы Кох. Все это вызывало омерзение.

Об этом довелось говорить с врачами, учеными, журналистами. Все были согласны, что в основе такой «революции» — бизнес и деградация части общества. Но это что касается извращений. «А вот информация о нормальном сексе нужна. Меньше было бы половых венормальностей», — утверждали мои собеседники. И еще один довод: благодаря «революции» падает сексуальная преступность и уменьшается количество разводов.

Если же говорить о медицинской стороне дела, то не оборачивается ли сексуальная лавина информации ростом импотентности мужчин и половой неудовлетворен-

ности женщин? Ведь психологами (в частности, французскими) давно отмечено, что чрезмерное количество половых раздражителей может не только возбуждать, но и давать парадоксальную реакцию. Особенно тогда, когда сексуальный партнер не соответствует тому, что было в «секс-шоу», стриптизе или кино. К конфликту с собой может вести как подавленная, так и чрезмерная сексуальность, если она не находит реализации. Не в этом ли одна из причин того, почему, например, Дания занимает одно из первых мест в мире по количеству самоубийств? Могут спросить, какая тут связь? Как мне кажется, прямая. К. Имелинский ссылается на работу Фойделля, согласно которой 68 процентов из 700 случаев самоубийств были вызваны конфликтами на сексуальной почве.

Как было отмечено на одном всесоюзном форуме сексологов, в вопросах, касающихся половой сферы человека, «мы нередко сталкиваемся с фактами вопиющей безграмотности и невежества». Сколько недоразумений, а порой и несчастий бывает из-за «законного изнасилования» (выражение Бальзака) невесты в первую брачную ночь, из-за непонимания «норм» сексуальной жизни («норма» индивидуальна и изменчива); как часто спиртные напитки употребляют для «стимула», забывая, что систематическое употребление алкоголя приводит к импотенции, а зачатые в состоянии опьянения создают предпосылки для рождения умственно неполноценных детей и т. д.

Сексуальная культура является частью общей культуры людей, но она явно от нее отстает и не соответствует растущей образованности нашего общества.

Может быть, именно стремление преодолеть свою некомпетентность порождает отход от пуританских взглядов даже на требования супругов друг к другу. Анкета «Новобрачные-83» выявила, что 64,6 процента женщин положительно оценили влияние добрачных сексуальных навыков мужчин на семейную жизнь. Среди последних соответственно положительно оценили предшествующий половой опыт женщин 47,8 процента респондентов.

Опыт в этой области не всегда коррелирует со знаниями. Тем не менее, повторяю, не может быть и речи о перенесении к нам тех отвратительных форм пропаганды

секса, которые имеют место за рубежом. И все же нельзя не согласиться с тем, о чем пишут А. В. Гулыга и И. С. Андреева в журнале «Философские науки»: «...Сексуальная революция не только деструктивна. Есть в ней определенная позитивная сторона, не замечать которую было бы недопустимой близорукостью или лицемерием. Прогресс в условиях капитализма всегда оплачивается дорогой ценой. Но потери не следует путать с приобретениями. К числу приобретений относится все более ошутимое вторжение в сферу половых отношений науки, просвещения, воспитания».

Нам и нужны наука, просвещение и воспитание, а не пропаганда секса. Более того, там, где они присутствуют, нет нездорового интереса к сексу. Вопросы эти обретают особую остроту в связи со СПИДом, а необходимость привлечения внимания к нему всего общества недопустимо недооценивать.

Международная группа экспертов Всемирной организации здравоохранения посвятила специальные заседания медицинским аспектам сексологии. Согласно принятым экспертами положениям, концепция здоровой половой жизни, в числе ряда элементов, включает: способность наслаждаться половой жизнью, иметь детей и контролировать свое поведение в соответствии с общественной и личной этикой; свободу от страха, стыда, чувства вины и предрассудков, а также прочих психологических факторов, подавляющих половые реакции и мешающих половым отношениям.

Для всего этого необходима система воспитания.

Сексологи различают половую информацию (sex information) и половую подготовку (sex training). Они и являются, вероятно, составными элементами сексуального воспитания, начинающегося во многих странах уже в школах. В зависимости от регионов, традиций, взглядов педагогов, преподавание и за рубежом не однозначно. В одной из европейских стран учащиеся пожаловались, что им надоели бесконечные примеры из жизни морских ежей. В США описан противоположный случай: в некой католической школе дается задание написать сочинение по биологии об обезьянах. На вопрос детей, о чем писать, последовал ответ монахини-учительницы: «Напишите, как они занимаются любовью»... Примеры Данин, в которой основы сексологии

излагаются в первом классе начальной школы, или Швеции, где учащимся начиная с 12 лет рассказывают об использовании противозачаточных средств, являются крайними. Но есть ведь и другой опыт. Обзор систем сексуального воспитания в школах различных стран представлен в статьях Дж. Люкаса и D. N. Isaev. Подготовка к семейной жизни как предмет вводится в школах Венгрии с пятого класса. В ГДР сексуально-этическое воспитание стало составной частью школьных программ и полностью себя оправдало.

Наши учебные заведения делают пока в решении этой проблемы первые шаги. Поэтому среди воспитателей нередки и случайные люди. Недавно я прочел про выступление одного из педагогов, который поведал студенческой аудитории о том, что до 35 лет он женщин не целовал. Можно себе представить, какое впечатление произвела эта образцово прожитая жизнь...

Согласно социологическим исследованиям А. Г. Харчева и В. Г. Алексеевой, информацию о половой жизни подросток получает от родителей в 10 и от учителей в 8,2 процента случаев. В остальных — просвещают и воспитывают друзья и товарищи в подворотнях. Впрочем, умеют ли мамы, папы и педагоги говорить на эти темы? Могут ли они воспитывать? Способны ли они ответить на задаваемые или умалчиваемые вопросы, увязывая физиологию половой жизни с нравственной ответственностью? Как решать эти вопросы в так называемых неблагополучных семьях? Как избежать того, чтобы разговоры о половой жизни не стали первым уроком лжи и ханжества, наглядно иллюстрирующим разрыв между словом и делом?

Родители от этих вопросов весьма далеки. Многие из них имеют о сексуальном воспитании дистиллированные представления и сами не знают, что, о чем и как говорить. Надо ли после этого удивляться, если мать сводит половое воспитание дочери к формуле: «От собак бьют блохи, от мужчин бьют дети».

На этом фоне опрос 1392 человек (большинство из них составляли учащиеся и студенты) показал, что в возрасте до 14 лет вступило в первую половую связь 7 процентов из них и до 18 лет — 81 процент мужчин и 43 процента женщин (В. В. Нагаев).

Разрыв между темпами сексуального и социального

созревания за последние десятилетия увеличился. Половая зрелость молодежи наступает сейчас на 2—3 года раньше, чем в прошлом столетии. Здесь сказывается не только акселерация, но и влияние телевидения, кино, книг. В то же время социальное созревание, необходимое для создания и содержания семьи, для осознания ее смысла и роли в обществе, наступает позже. Это зависит от ряда факторов, в частности от удлинения сроков обучения. Поэтому не вызывает удивления утверждение Б. А. Грушина о том, что «наша молодежь в массе своей, вступая в брак, не умеет жить половой жизнью». Высказывание это относится к 1964 г.

Прошло более двадцати лет и ничего не изменилось. Ю. Б. Рюриков в одной из своих публикаций 1986 г. отмечает: «По величине незнаний, по уровню антизнаний у половой сферы нет равных: это самая отсталая из всех областей жизни. Наше половое просвещение до крайности неразвито... У него два главных врага — отрыв от сексологии, отсутствие научной базы и сексобоязнь, ханжество». А вот высказывание социолога профессора И. С. Кона в 1987 году: «Сексологи как науки о здоровом, нормальном сексуальном поведении человека у нас до сих пор не существует!»

Чтобы сфокусировать ситуацию, сошлюсь на две недавние, хотя и весьма разные по характеру, публикации.

В 1986 году состоялась Первая всесоюзная конференция сексопатологов. В предисловии к изданным материалам конференции сказано, что организация сексологической помощи в стране не выдерживает критики. В том же году появился роман В. Белова «Все впереди». Один из его героев со страхом заявляет: «Сексологи пошли по Руси, сексологи... У женщин кисточкой ищут эрогенную зону...» И говорит это, кстати, врач, причем на полном серьезе! Когда же он сообщает, что в Вологде открыли службу семьи, то собеседник его просто не может этому поверить: «Не может быть! Неужто дошло до таких мерзостей? Феноменально!»

Очень характерен также диалог во время телемоста «Ленинград—Бостон» в 1987 году. На вопрос, каково у нас отношение к сексу, одна из участниц отреагировала быстро, четко и ничтоже сумняшеся: «Секса у нас нет, и мы категорически против него!» Вот так. Как мы видим, не так уж и просто все в решении этой проблемы.

Между тем польский социолог Н. Malewska, обследовав 861 женщину, пришла к следующему заключению: между степенью информированности о сексуальной жизни, половой удовлетворенностью и отнесением браков к счастливым существует отчетливая связь.

Но из всего этого должны следовать, наконец, выводы.

В выпускных классах ряда школ Эстонии уже более десяти лет ведутся уроки семейного воспитания, охватывающие разные аспекты этой проблемы — медицинские, психологические, экономические и др. Во всех республиках страны начиная с 1985 года введены новые обязательные предметы «Гигиеническое и половое воспитание» и «Этика и психология семейной жизни».

Как ни странно, но к составлению последней программы Министерство просвещения СССР не сочло нужным подключить сексологов. А зря!

В 1985 году Министерством здравоохранения СССР изданы методические рекомендации об организации полового просвещения и воспитания в детских дошкольных учреждениях и учебных заведениях. Трудно, правда, утверждать, что они адекватно отвечают на все возможные вопросы.

Сложности пока заключаются в подготовке преподавателей и выработке оптимальных методов доведения соответствующих идей до сердца и рассудка подростков. Видимо, надо критически учитывать не только минусы, но и плюсы зарубежного опыта.

Говоря о более широком привлечении школы к половому воспитанию учащихся, следует подчеркнуть: не надо бояться знаний. Страшны деформированные знания. При этом нельзя половое воспитание рассматривать вне связи с нравственным и социальным становлением личности.

Особенно важно приблизить сексуальную культуру к молодоженам. Нельзя принять точку зрения Мэрибел Морган, которая в нашумевшей книге «Тотальная женщина» утверждает, что «половая жизнь — это не несколько минут в постели, а вся система подготовки, продолжающаяся с утра и до самого вечера», и что для сохранения семьи надо только и думать, как разнообразить свою жизнь с мужем. Тем не менее необходимо побороть и существующую «половую безграмотность —

убийцу многих любовей, разрушителя многих семей» (Ю. Рюриков). По американским данным, именно сексуальные неурядицы (вместе с другими факторами) дают первый толчок 75 процентам разводов в США. Нескольким озадачивает, когда некоторые социологи среди причин разводов дифференцируют «половую дисгармонию» и «супружескую неверность». Разве последняя сопровождается семейной гармонией? А может быть, все начинается с некомпетентности и незнания? Сексологи Л. Н. Гудкович и А. А. Пицак ссылаются на материалы, согласно которым у 39 процентов женщин фригидность (половая холодность) объясняется низким уровнем сексуальной культуры. К сожалению, не выше она подчас и у мужчин. Как показал в своей диссертации И. А. Попов (1969), лишь 62 процента опрошенных мужчин проводили психоэротическую подготовку женщин к половой близости и лишь немногие знали, сексологи поднимают вопрос о важности взаимодовольствующей сексуальной техники, расширении диапазона (характера, интенсивности и места приложения) ласк.

В настоящее время во многих крупных городах (Москве, Риге, Алма-Ате, Минске и др.) работают консультации «Семья и брак». Министерство здравоохранения СССР включило это звено в состав женских консультаций. Для меня решение не очень понятное: консультировать ведь надо и мужчин. Тем не менее число обращающихся за помощью исчисляется десятками тысяч. А могло бы исчисляться миллионами.

Примечателен опыт «Клуба молодоженов», функционирующего уже ряд лет при Дворце культуры им. С. М. Кирова в Ленинграде. Цель занятий, которые проводят психологи, юристы, врачи-сексологи, искусствоведы, сводится к предупреждению в семье возможной половой дисгармонии. Лекции посвящены вопросу расширения приемлемости, обоснованию необходимости и характеру прелюдии и эпилога при интимном сближении, вариативности позиций при нем и др. Начинание это, безусловно, прогрессивное. В Польской Народной Республике добрачные и семейные консультации приобрели уже значительное распространение, в ГДР функционирует около 200 школ по подготовке к семейной жизни, в Финляндии имеются специальные руководства

для молодоженов. К слову сказать, последние не имеют ничего общего с порнографией.

«Неприличное» при желании можно узреть и в Венере Милосской или в актах, публикуемых в журналах по фотографии. Как не вспомнить, что в некоторых странах Запада еще в XIX столетии слово «ножка», даже применительно к курице, считалось неприличным, ибо оно вызывает сексуальные ассоциации. Припоминается также туристка, которая всерьез спрашивала, не является ли порнографией скульптура Родена «Вечный идол»... Тут имело место четкое отношение к вопросу: что обнажено, то заведомо плохо. Едва ли будет открытием утверждение, что некоторые отождествляют понятия секс и неприличие, обнаженность и сексуальность.

Психологами между тем давно отмечено, что на человека может возбуждающе действовать многое: манера смотреть или улыбаться, движения век, походка, тембр голоса, запахи и др. В американской рекламе нередко на вас смотрит слегка прищуренным взглядом миловидная девушка с томной, немного рассеянной улыбкой. Сквозь полуоткрытый рот ее кончик языка как бы случайно скользит для блеска по пухлой и чувственной губе. Она рекламирует верхнюю одежду. Иначе говоря, можно возбуждать ненужные ассоциации, будучи одетой, а обнаженность может быть целомудренной.

В древнекитайском трактате «Дун-сюань-цзы» очень поэтично сказано: «Из myriad вещей, созданных Небом, самое драгоценное — человек. Из всех вещей, дарующих человеку благоденствие, ни одна не сравнится с интимной близостью. В ней он следует Небу и копирует Землю...»

Не удивительно, что половая дисгармония занимает столь существенное место среди причин расстройств нервной системы и связанных с ними других заболеваний.

Поэтому проблема и заслуживает такого внимания.

Люди, живущие гармонической семейной жизнью, гораздо реже страдают неврозами. По данным одной из киевских поликлиник, причиной неврозов в 66 процентах случаев признаны семейные (а не производственные!) конфликты. При спорности ряда положений фрейдизма, убежден, что «отделение» исследований Зигмунда Фрей-

да от советских врачей нанесло большой вред нашей медицине, особенно психиатрии и сексологии. Некоторые отождествляют фрейдизм со всем, что касается половой жизни, хотя последняя появилась до него и существует вне зависимости от него.

Хорошо известно, что сексуальная дисгармония чаще всего сама является проявлением расстройств нервной системы, но несомненно существование и обратной связи.

...Передо мной супруги З., прожившие вместе более 20 лет. В последнее время жена упорно лечится по поводу неврастении, вегетодистонии, астении и т. д. В связи с этим она побывала в санатории, где соседки по комнате ее просветили: оказывается, во всем виноват муж...

При беседе с супругами выяснилось, что жене нужны совсем не успокаивающие нервную систему средства, которые она принимала. Последние лучше принимать мужу. Посоветовал я также обоим прочесть книгу Рудольфа Нойберта «Новая книга о супружестве». Нового там мало, но неизвестного для нашего читателя много.

Своих знакомых довелось встретить вновь примерно через год.

— А знаете, ваши советы оказались правильными, хотя поначалу мы оба отнеслись к ним скептически, — заметил З. — Подумайте только, дожить до седых волос и лишь теперь узнать то, что надо было знать в молодости. Ведь мы собирались уже разводиться...

Еще один пример. Весьма наглядный для понимания того, сколь противоречивыми могут быть семейные отношения. И, как мне кажется, не столь уже редко встречающийся.

Е., женщина около 40 лет, страдает выраженной формой невроза. Отчетливых причин его не нахожу. Если бы не иное время и место действия, сказал бы, что складывается впечатление о завуалированных коллизиях женщины бальзаковского возраста. Верно, ей не тридцать лет. Но, может быть, в связи с увеличением средней продолжительности жизни сейчас заговорили о себе сорокалетние?

Естественно, заинтересовался семейной жизнью Е.

— Каковы отношения с мужем?

— Он у меня очень хороший. Очень хороший...

Про себя вспомнил пословицу: ты сказал — я поверил, ты повторил — я начал сомневаться. Впрочем, усомнился я не в том, хорош ли муж, а в том, все ли в этой семье благополучно. Почему усомнился — расскажу дальше.

В этот же день мою пациентку навестил муж. Вместе они производили какое-то странное впечатление. Он — сама внимательность. Она несколько надменно и неприязненно смотрит мимо него. Подумал: наверное, поссорились.

На следующий день стук в дверь кабинета. Заходит Е. Истерика.

— Я его ненавижу. Из-за него я здесь... Это... не мужчина!

Ясно было, что речь идет о муже. Выяснилось, что он импотент.

Не будучи сексологом, я не стал уточнять нюансы этих отношений. Объяснил только Е., что в настоящее время специалисты сходятся на том, что мужская импотенция — это не только неполноценность мужчины. Это и недостаточная сексуальная образованность женщины.

Недавно я получил письмо от читательницы Е. Н. из Москвы. Педагог, 43 лет. Она совершенно не согласна с последним тезисом. «Еще три десятка лет назад, — пишет она, — никто не слышал о сексологах. Когда-то наши деды и родители хорошо жили, не думая даже поднимать вопроса о какой-то «сексуальной образованности женщины». Все знали, что зависит все от мужчины. Я с мужем развелась, так как он оказался импотентом. Он, а не я. И учиться сексу не собираюсь. К сожалению, человек, с которым я сейчас живу, меня тоже не очень устраивает. Он это сознает, и я надеюсь, что он (в отличие от бывшего мужа) узнает и сам поймет, что мне надо...»

Любопытное, хотя и не столь уж редкое суждение. Суть вопроса в последней фразе.

Ведь пргательнее было бы, если Е. Н. помогла б супругу достичь гармонии. В любом случае она заложена в обоих партнерах. Половая жизнь — единственная в организме парная функция. Парная.

Непонимание этого можно сравнить лишь с целомудрием «освобожденных женщин Востока» из фильма

«Белое солнце пустыни». Стыдливо прикрыв лицо, они оголяют живот. В данном случае — демонстрируют свою ограниченность.

И еще. Ссылка на прошлое лишь свидетельствует об его незнании. Уже в древности мальчиков и девочек с помощью специальных ритуалов посвящали в половую жизнь. Без какой-либо стыдливости этому учили народы, населяющие нынешнюю Индонезию, индейцы Южной Америки, африканцы и древние греки. Конечно, возвращаться к архаическим традициям не надо, но не следует собственное неприятие сексуальной культуры оправдывать воображаемой жизнью бабушек, дедушек и застывшими представлениями.

Рассмотрение физиологии и норм половой жизни не входит в задачу этой книги, тем более, что каким бы совершенным ни было руководство по сексологии, его нельзя использовать, как кулинарный справочник. Парадоксально, но, например, в Индии созданы классические работы по этой проблеме, а сексуальное воспитание практически отсутствует. Половая жизнь — это не только наука, но и искусство. Она предполагает наличие культуры чувств, душевной тонкости, известного альтруизма — желания доставить радость от близости прежде всего не себе...

О некоторых положениях, медицинских и психологических, надо все же напомнить.

Не следует забывать, что даже при хороших отношениях и любви друг к другу чувственность не может быть всегда одинаковой в виде прямой линии, постоянно находящейся на высоте, — возможны «приливы» и «отливы». Чаше они присущи женщинам, хотя некоторые из них «спад» умеют скрыть. Когда же скрыть не удается, у мужчин возникает тревожный вопрос — что произошло?.. Иногда это порождает подозрения, ревность, размолвки.

Из органов чувств у женщин наиболее высокий эрогенный показатель дает слух, по данным В. И. Здравомыслова (1972), почти в 3,5 раза больше, чем зрение. Этим и объясняют то, что «мужчина любит глазами, женщина — ушами». Половой близости должна предшествовать так называемая «предварительная игра» («Vorspiel»), знание эрогенных зон, умение преодолеть стандартные представления. Если составитель индий-

ской книги о любви — «Камасутры» — упоминает о 84 различных позициях при половой близости, то один из современных американских исследователей насчитал их 729. Замечу, что сексуальная техника чувств не меняется. Хотя, как можно предполагать, исторически вариативность половой жизни инспирирована женщинами, «диапазон приемлемости» для них уже, чем для мужчин. Возможно, в основе этого — ложно понимаемые приличие и сдержанность. Нельзя при этом не вспомнить высказывание одного писателя, заметившего, что чрезмерно стыдливая женщина может сделать мужчину импотентом.

Что касается мужской потенции, то она не бывает постоянной интенсивности. Возможно ее временное ослабление вследствие стрессов, переутомления, она может быть повышенной с одной женщиной, пониженной — с другой. Случайная неудача, вызывая ожидания срыва или неуверенность в последующем, чаще всего и создает предпосылки к импотенции. Последняя примерно в 50 процентах случаев носит у мужчин невротический, точнее, психогенный характер. По данным московской консультации по вопросам брака и семьи, 97 процентов обращений обусловлены психологическими трудностями. Работ же по сексуальной психологии у нас по существу нет. Роль женщины в этих случаях, как уже отмечено выше, трудно переоценить. Это проблема двух. Поэтому лечат дисгармонию между ними.

...Невозможность удовлетворить жену порождает у мужчин комплекс неполноценности, который компенсируется предупредительностью, чрезмерной покладистостью, услужливостью. Жена же не только злоупотребляет этим, но и полностью подчиняет себе мужа. «Главой семьи» становится она. Такие отношения не удовлетворяют, однако, жену. Подсознательно они противоречат ее желанию опираться на спутника жизни, с мнением которого можно считаться. Муж не только теряет уважение, он презираем, а как половой партнер вызывает раздражение. Отсюда конфликты, скандалы. И неврозы.

Отсюда и появление некоторого скепсиса, когда страдающие неврозом женщины говорят об «очень, очень хорошем» муже... На такой стадии отношений поправить что-то бывает подчас поздно. Поэтому при половой

двигармонии надо обращаться к специалистам, не доводя до того, что некоторые обозначают как «не сошлись характерами...»

Г. С. Васильченко анализа более 1000 историй болезни мужчин, страдавших сексуальными нарушениями, показал, что менее чем за 8 лет каждый из них побывал в среднем у 5 врачей различных специальностей. И лишь после этого пациенты оказывались у профессионально подготовленного сексолога. Отметим, что при супружеском взаимопонимании положительных результатов лечения удается достичь у 80—90 процентов обратившихся за помощью.

Видимо, глубже и целенаправленнее надо изучать психофизиологию женщин. Применительно к ним сексология пока что несовершенна. Возможно, это связано с тем, что исследованием проблемы в основном занимались мужчины. Как, впрочем, и психологией женщин. По данным американских врачей и социологов, качество и продуктивность работы зависят от половой жизни у 70 процентов обследованных женщин и 28 процентов мужчин. Некоторые психиатры заговорили о новой стороне сексуальной проблемы — повышенной половой потребности женщины, которую современный мужчина не всегда в силах удовлетворить. Судя по литературе, число фригидных женщин растет, причем нередко это вменяют в вину мужчинам.

За последние десятилетия появились малолестные высказывания о новом слабом поле, об «и. о. мужчин» и т. п. Одновременно женщин начали именовать модным термином «ЛПР» — лицом, принимающим решение, отмечая при этом, что они... мужают. Наверное, самые несчастные люди — это мужчина, не чувствующий себя мужчиной, и женщина, не чувствующая себя женщиной. Как заметил один из читателей «Литературной газеты», «женственность — это мужество оставаться женщиной в любых условиях». Тем не менее все чаще встречаешь женщин с низким прокуреным голосом и мужчин, поющих в вокально-инструментальных ансамблях высокими голосами....

А. В. Гулыга в статье под примечательным названием «Конец „двойной морали“» пишет: «Век науки и техники уравнил женщину с мужчиной в правах на любовное наслаждение, расширил возрастные границы... Стрем-

ление женщины к равному партнерству, наталкиваясь на пассивность мужчины, остается неудовлетворенным. Это вынуждает женщину к активности».

Впрочем, так ли это?

По преданию, у царя Соломона было в гареме 700 жен, а у негритянского короля в Лоанго — 7000. Великий князь Владимир имел 800 наложниц. Кто их пересчитывал? Но зато Монтень в «Опытах» уже в XVI веке, говоря о женщинах, обращал внимание мужчин: «Они ненасытней и пламенней нас в любовных утехах, — тут и сравнивать нечего!»

Так, может быть, дело не столько в феминизации мужчины, сколько в маскулинизации женщины? Может быть, ее экономическая независимость, большая светскость и терпимость общества, отделение, благодаря эффективным противозачаточным средствам, любви от деторождения привели к тому, что веками подавляемая женская сексуальность и активность просто вырвались, как дух из бутылки? Ответить на все эти вопросы, судя по литературе, пока что ни психологи, ни физиологи, ни сексологи не могут.

Было бы грубой ошибкой сводить всю проблему семейных отношений к сексуальной жизни. Встречаются люди, о которых грубовато, но справедливо сказано: спать есть с кем, просыпаться не с кем... Прочность семейной жизни не может определяться только характером интимной связи. Едва ли можно недооценивать важность духовной, интеллектуальной близости, общности интересов, условий быта и многих других факторов. Небезынтересна концепция о пяти брачных факторах, позволяющая с известной долей вероятности судить о прогнозе семейных отношений (Г. С. Васильченко, Ю. А. Решетняк). Речь идет о следующих факторах: физический — внешность, особенно лицо, тембр голоса, манеры, запах, присущий данному человеку; материальный — часто зависящий от реализации ожиданий и требований к партнеру; культурный — определяющийся интеллектуальными запросами и их соответствием у супругов; сексуальный — соотношение потребностей и их удовлетворение с поправкой на здоровье и возраст; психологический — считающийся ведущим, на котором нередко фокусируются все предыдущие.

Конечно, бывает и так: все необходимое для хорошей семейной жизни налицо, а жить вместе невозможно.

Каковы же причины метаморфозы семейных отношений? Есть ли пути к их укреплению и предотвращению кризисных тенденций в современном браке, о которых так много пишут и говорят?

Здесь нужны прежде всего глубокие социологические исследования. Но и имеющиеся заставляют задуматься.

По данным социолога С. И. Голода, быстрее всего распадаются браки, совершенные по материальному или какому-либо иному расчету; на втором месте оказались браки, заключенные... по страсти. Профессор Н. Г. Юркевич провел поучительный анкетный опрос: 94 процента респондентов считали, что жениться надо во любви, из них женились по любви 70 процентов и продолжали любить 47 процентов.

А вот когда сравнительно недавно было проведено анкетирование студентов Тартуского университета для выяснения того, что они считают главным в семейной жизни, то любовь оказалась на шестом месте после уважения друг к другу, жилья, понимания, доверия и детей. А ведь это — молодежь, у которой издавна чувства захлестывали все другое. Не менее удивительны и слова одной из деятельниц американского феминистского движения: «Нам, женщинам, нужно от мужчин прежде всего уважение, а не любовь».

Очевидно, имеет место какая-то переоценка ценностей. Но как соотносить ее с обострением сексуальных коллизий в семейных отношениях?

Почему 36,5 процента мужчин (данные И. А. Попова) имеют внебрачные связи? Может быть, прав И. М. Сеченов, считающий, что повторные страсти — признак неудовлетворенности предшествующими? Откуда учатившиеся случаи, обозначенные Сергеем Залыгиным как совместно-несовместимая жизнь?

А. Бебель еще в 1879 году в известной работе «Женщина и социализм» отдельную главу посвятил разложению семьи, в частности росту числа расторгнутых браков. Как видим, и в этом вопросе нет ничего нового. Процесс лишь набрал ускорение. Количество разводов продолжает расти. Если тридцать лет назад на 100 браков у нас приходилось 3 развода, то в настоящее время их в десять раз больше. В крупных городах по

отношению к зарегистрированным бракам разводы достигают 50 процентов. По этому показателю СССР занимает второе место в мире. Официально расторгается каждый третий брак. При этом, как подметила писательница М.И. Яновская, браки помолодели, разводы постарели. Если 10—15 лет назад подавляющее большинство разведенных в скором времени вступало в новый «законный» брак, то теперь картина иная. Высказывается поэтому предположение, что сегодня в разводах важно недовольство не только конкретным партнером (женой или мужем), но и самим институтом (характером) брака. В. И. Переведенцев отмечает в этой связи, что у нас произошли быстрые перемены в области половой морали, а добрачная и внебрачная половая жизнь из редкого исключения фактически стала нормой.

Неужели действительно имеют место ножницы между биологическими и этическими нормативами? Едва ли это можно объяснить и неразрешимым, по Фрейдю, конфликтом между сексуальностью и цивилизацией.

На многие вопросы, как мне кажется, отвечают интересные работы Ю. Б. Рюрикова «Три влечения» и В. И. Зацепина «О жизни супружеской». Их с пользой прочтут те, кого волнуют вопросы психологии любви.

Если же говорить о практических аспектах упрочения семьи, то как один из путей не вызывает сомнений необходимость создания широкой службы «знакомства и семейной совместимости». Опыт многих стран и некоторых городов нашей страны в этом отношении себя оправдал.

Как указывается в новой редакции Программы КПСС, социалистическое общество «кровно заинтересовано в прочной, духовно и нравственно здоровой семье». Нет необходимости доказывать, что воспитание понимания этого должно начинаться с детства и восходить к молодым годам человека.

...Наша медицина уделяет большое внимание изучению влияния на здоровье производственных факторов. Отсутствие душевой или недостаточная вентиляция в цеху, конечно, требуют вмешательства. Но неналаженная или расстроенная семейная жизнь действует хуже, а исправить ее отрицательное воздействие гораздо труднее. Поэтому нам, врачам, следует более основательно заняться этой большой медико-социальной проблемой.

72 вместе с психологами и социологами попытаться от-
зваться на те многообразные и противоречивые вопросы,
которые ставит жизнь. Не выдавая при этом желаемое
за действительное.

Компромисс с неизбежностью

Мы все больше заботимся о
жизни по мере того, как она
теряет свою ценность.

Ж. Ж. Руссо

О кризисе медицины, вернее, здравоохранения начали
говорить уже в начале XX столетия.

Кризисные тенденции усматривали прежде всего в
дроблении медицины, т. е. в неукротимо развивающейся
специализации и в фетишизации лабораторных и инст-
рументальных исследований. Все это обусловило отход
от классических приемов врачевания, привело к потере
доверия больных к медицине.

Выход усматривали в лозунге «Назад, к Гиппократу!».
Но вернуться только к нему оказалось столь же трудно,
как заменить электрическую лампу лучиной, а автомо-
биль — колесницей. Тогда появился новый лозунг:
«Вперед, вместе с Гиппократом!». В этом, конечно, много
разумного. Но едва ли можно свести медицину к какому-
либо всеобъемлющему лозунгу.

В течение последних десятилетий за рубежом обра-
щает на себя внимание возрождение идей о кризисе
здравоохранения, но уже под другим углом зрения.
Этой проблеме придается большое социальное звучание:
здесь и влияние «технизации» медицинской помощи на
отношения больного и врача, и «постарение» населения
с вытекающими отсюда сложностями. Американский
профессор Теодор Розбери считает, что улучшившиеся
возможности лечения хронических больных ставят ме-
дицину перед неразрешимой задачей: чем больше ее
успехи как науки, тем выше удельный вес людей, дожи-
вающих до преклонного возраста, но постоянно нужда-
ющихся во врачах. Число последних не поспевает за
числом больных.

Правильно ли заключение Т. Розбери? Безусловно.

Но с поправками. В США, действительно, за первую половину XX столетия население выросло на 99 процентов при росте числа медицинских работников на 370 процентов, в том числе персонала по уходу — на 397 процентов. Эти же тенденции прослеживаются и в последние десятилетия. И тем не менее, медицинские работники оказались неспособными удовлетворить потребности населения.

И дело не только в том, что США не могут обеспечить себя в достаточном количестве медицинскими работниками в силу высокой платы за обучение. Сама медицинская помощь, несмотря на систему страхования, все же не всем доступна.

Советский Союз, как известно, по обеспеченности населения врачами и абсолютному их числу занимает первое место в мире, поэтому говорить об их нехватке не приходится. Нет и проблемы влияния материального положения человека на его возможности обращения за медицинской помощью.

Однако рост средней продолжительности жизни людей, «постарение» населения, сопутствующие нередко старости хронические болезни ставят перед обществом, системой социального обеспечения и здравоохранением задачи, не считаться с которыми нельзя.

Больного Н., 68 лет, внесли в приемное отделение больницы на носилках. Ходить он не мог, ибо уже несколько месяцев был парализован. Привезла пациента дочь, предъявив направление участкового терапевта.

Выяснив историю заболевания и осмотрев больного, дежурный врач отказался поместить его в больницу.

— Но ведь мы не можем ему обеспечить лечение дома! — возмутилась дочь.

— А вашему отцу нужно не лечение, а уход.

— Вы считаете его здоровым?

— Нет. Но поставить его на ноги уже нельзя. Больница сейчас ему ничего не даст.

— Доктор, но я и муж работаем. Как мы можем обеспечить уход, когда нас целый день нет дома?

— Но и положить в больницу вашего отца я тоже не могу. Его состояние, к несчастью, необратимо. А мы нуждаемся в койках для пациентов, которым мы можем по-настоящему помочь...

Больного в стационаре не оставили. Дочь обещала

написать жалобу министру здравоохранения. У врача надолго было испорчено настроение.

Едва ли стоило рассказывать об этом случае, если бы он был единичным.

Писатель-врач Владимир Дягилев в статье «Врачебные ошибки и жизненные следствия» объясняет подобные коллизии прежде всего тем, что лечебные учреждения борются за хороший показатель койко-дня и низкую больничную летальность (смертность).

Суть, однако, не в этом. В конечном счете, жалобы и последующие разборы причин отказа кому-либо в госпитализации обходятся врачу дороже, чем увеличение, скажем, пресловутого койко-дня.

Все и проще, и сложнее.

Не хватает коек.

Ни в одной стране в мире не построено и не строится столько больниц и клиник, как в нашей. Это всем известно.

Так в чем же дело?

Если бы они использовались только для пациентов, требующих лечения, проблемы нехватки коек не было бы.

Но в больницы поступают хронические больные, чаще пожилые, требующие ухода, или люди, которые иногда боятся остаться наедине с болезнью. А вот для них-то мест и недостаточно. И когда решается вопрос о том, кого поместить в больницу — больного, который пробудет в ней 2—3 месяца, причем без эффекта, или 5—6 человек, которым можно реально помочь (а часто это кормильцы семьи), врач решает в пользу последних, не будучи при этом ни бюрократом, ни чиновником. И делает он это, понимая всю сложность положения пожилого человека и зная, что, возможно, за отказом последуют жалобы, объяснительные записки, комиссии и пр.

Только в городских больницах Эстонии в течение года хроническими больными (как правило, пожилыми) занято около четвертой части коечного фонда. На их долю пришлось 175 тысяч койко-дней, которые обошлись государству примерно в 1,3 миллиона рублей. Добавим, что в сельских больницах пожилыми людьми, страдающими обычно хроническими заболеваниями в необратимых стадиях, занято подавляющее большинство коек. А это — дополнительные миллионы рублей.

С. I. Brody в статье «Седеющая Америка» отмечает, что люди старших возрастов на 50 процентов чаще обращаются за медицинской помощью и в 2 раза чаще госпитализируются, чем более молодые. У нас последний показатель в 3 раза выше.

Если в 1939 году лиц 60 лет и старше в СССР было 6,8 процента, то в 1987 году этот показатель составил немногим менее 14 процентов и продолжает расти. Темп увеличения численности лиц пожилых возрастов в развитых странах, в том числе и в СССР, в два-три раза опережает рост всего населения. К настоящему времени в СССР живет уже более 45 миллионов лиц пенсионного возраста. Считают, что во многих развитых странах к концу XX века доля лиц старших возрастов среди населения превысит удельный вес детских и молодежных возрастных групп. За рубежом (во Франции, США) появились публикации, свидетельствующие о негативном отношении к старикам, о недовольстве тем, что общество расходует на них больше средств, чем на подрастающее поколение.

В Норвегии, Великобритании, Швеции и ряде других стран лицами старших возрастов занято более одной трети коек, в терапевтических отделениях Парижа и Берлина на их долю приходится более половины занятых коек и т. д.

Многие пожилые люди одиноки, чего нельзя не учитывать. В США среди престарелых людей одиноких 30 процентов. По данным болгарских авторов, за последние 10 лет численность одиноких пожилых людей возросла вдвое. Растет это число и у нас. Если при переписи населения 1959 года в СССР на каждые 1000 лиц в возрасте 60 лет и старше насчитывалось 135 человек, проживающих без семьи, то при переписи 1970 года это число возросло до 165 и продолжает расти. Можно предполагать, что к настоящему времени таких лиц около 200, или каждый пятый.

Одиночество сопровождается тоской, некоторым снижением умственного потенциала, эгоцентризмом. За рубежом одиночество считают одним из ведущих недугов престарелых. Беда, однако, в том, что у них, как правило, имеются и физические страдания, хронические болезни, требующие медицинской помощи или просто ухода. Занятость женщин снижает эту возможность в

домашних условиях. Ситуация, когда три поколения живут под одной крышей и молодые ухаживают за стариками, стала редкостью. Даже в сельской местности.

В Венгрии видят выход в открытии так называемых яслей для стариков, куда пожилых людей помещают с 9 до 17 часов, в Швеции платят родственникам, обеспечивающим уход за стариками на дому. Большое распространение в ряде стран получили клубы для пожилых людей, которые дают им возможность общаться, правильно организовать свой досуг и даже получать определенные консультации. В Голландии, например, насчитывается в настоящее время более 1500 таких клубов. Чтобы не напоминать лишний раз о старости, в Польше их называют «Клубами для сениоров». В общем, проблемами, возникшими в связи с «постарением» населения и ростом числа хронических больных, заняты во всем мире.

А как они решаются и как их решить у нас?

Конечно, все можно было бы свести к простому ответу: больше строить домов для инвалидов и хронических больных. Но как бы государство ни было богато, как бы ни обеспечивало оно пожилых людей, окончательное решение этого вопроса довольно сложно и требует времени. А в настоящее время выход видится в другом.

Прежде всего, следовало бы создать систему ухода на дому с привлечением не только активистов Общества Красного Креста, но и, за известное вознаграждение, домохозяек, пенсионеров, желающих уделить часть своего времени этому гуманному виду деятельности.

В Эстонии более 12 тысяч одиноких пенсионеров, и число их будет расти. Для помощи этим людям используются различные формы обслуживания: шефство, колхозные дома для ветеранов труда, специальные жилые дома с комплексом социально-бытового обслуживания, работа патронажных сестер.

Используя накопленный в республике опыт, Госкомтруда СССР и секретариат ВЦСПС приняли в 1986 году постановление «О проведении эксперимента по организации отделений социальной помощи на дому одиноким нетрудоспособным гражданам». По данному вопросу свое решение принял и Совет Министров Эстонской ССР. В нем говорится, что в порядке эксперимента в системе

органов социального обеспечения создаются отделения социальной помощи одиноким нетрудоспособным гражданам при наличии не менее 50 человек, нуждающихся в постоянной или временной социальной помощи на дому. При необходимости будет создаваться несколько отделений. В городах и районах, где нет возможности организовать их, уход за одинокими больными людьми возлагается на патронажных сестер.

К этой работе привлекают работающих в порядке совместительства, на условиях неполного рабочего дня и гибкого графика.

Приглашаются также пенсионеры, домохозяйки и студенты, создаются (хотя и крайне недостаточно) специальные кооперативы по уходу за стариками.

Зачисление на надомную помощь проводится решением отдела социального обеспечения на основе заявления пенсионера и заключения о необходимости такого обслуживания. Большое внимание уделяется ограждению старых пациентов от случайных и равнодушных людей. На одного работника социальной помощи приходится 8—12 пенсионеров. Суть работы: доставлять на дом продукты питания, медикаменты, промтовары, организовывать доставку вещей в химчистку, прачечную, обуви и предметов домашнего обихода в ремонт, производить оплату коммунальных и других услуг. При необходимости работник вызывает врача на дом, выполняет просьбы по переписке с родными и друзьями, устанавливает или поддерживает связь с коллективом, где человек ранее работал.

Судя по печати, аналогичный путь избран и в Горьковской области. Свои варианты решения вопроса нашли в Архангельске, Днепропетровске, Мурманске и других городах и регионах страны.

В целом же, как отмечает «Собеседник» (1986) в довольно аргументированной статье по этим вопросам, «социальные нормы для стариков у нас не рассчитаны или отстают от нынешних достижений страны, слабо отвечают нашим представлениям о гуманизме, человеколюбии и милосердии».

Пресса уже не раз поднимала вопрос о необходимости организации при исполкомах постоянных комиссий, занимающихся проблемами людей старших возрастов. Эти очень серьезные вопросы требуют общегосударст-

венного решения, ибо с каждым годом они приобретают все большую остроту.

Большим шагом вперед является рассмотрение этой проблемы на Политбюро ЦК КПСС. Намечен ряд важных мер, в частности привлечение к шефству над одиночными престарелыми и нетрудоспособными людьми профсоюзов и комсомола, улучшение взаимодействия в этой работе органов социального обеспечения, здравоохранения, общественных организаций и трудовых коллективов. Будет усилена также роль местных Советов.

Второе направление — организация платных пансионатов. Родственники, не имеющие ни времени, ни возможностей для ухода, согласны платить за уход или содержание нуждающегося в этом пожилого человека.

Надо отметить, что правительственное постановление о строительстве платных пансионатов для престарелых людей имеется.

Пребывание в течение суток в таком пансионате стоит примерно два рубля. Койко-день в обычной больнице обходится государству в три-четыре раза дороже.

После моих публикаций, в которых отстаивалась эта форма социального обеспечения пожилых людей, я получил много писем. В основном в них звучали два взволнованных вопроса: как при небольшой пенсии оплатить свое пребывание в пансионате? Не будут ли пансионаты способствовать стремлению некоторых детей избавиться таким путем от стариков?

Ответы несложны. Одиноких людей, страдающих хроническими болезнями и требующих медицинской помощи, давно уже помещают в дома инвалидов. Как известно, в этом случае человек находится на полном обеспечении государства и никакой платы с него не взимают.

Платные пансионаты предназначаются для престарелых граждан, которые по тем или иным причинам не могут жить в семье, но имеют родственников. При этом обязательно принимается в расчет желание самого пожилого человека.

Крайне интересны приводимые Л. Н. Валенкевичем данные, в которых отражены ответы старых людей на вопрос, по чьей инициативе, при наличии детей, они оказались в пансионате. При помещении отца или ма-

тери жены инициатива исходила от мужа в 42 процентах случаев, от жены — в 20, от обоих — в 34 процентах случаев. По собственному желанию здесь оказалось 4 процента опрошенных. При помещении отца или матери мужа инициатива исходила от жены в 66 процентах случаев, от мужа — в 10, от обоих — в 14, по собственной инициативе в пансионаты определились 10 процентов опрошенных.

Цифры эти заставляют о многом задуматься...

Опыт по созданию таких пансионатов уже имеется. В Москве в живописной местности создан пансионат на 1044 места. Здесь человек может занять отдельную комнату либо, по желанию, поселиться вдвоем. Планировка помещений решена с учетом возрастных особенностей его обитателей. Есть телевизоры, библиотека с читальным залом, зрительный зал, где демонстрируются кинофильмы, устраиваются концерты. К услугам пожилых людей кабинеты физиотерапевтический, стоматологический, глазной, электрокардиографический, массажа, лечебной гимнастики.

Пансионат должен создать условия для полноценной жизни старого человека, в том числе, при его желании, для легкого труда. Так, в одном из пансионатов, созданном в Карельской АССР, организованы лечебно-производственные мастерские, но их возможности против ожидания оказались меньшими по сравнению с числом тех, кто захотел в них работать.

Мне довелось видеть различные дома для престарелых за рубежом. Были среди них похуже, получше, очень хорошие.

Идеальным показался пансионат для пожилых людей, построенный в таллинском рыболовецком колхозе им. С. М. Кирова. Каждый живущий в этом современном жилом комплексе имеет отдельную комнату со всеми удобствами, обставленную модной мебелью, обеспечен четырехразовым питанием, развлечениями, при необходимости — всеми видами современного лечения. За пребывание в пансионате пожилые люди платят 75 процентов от получаемой пенсии.

Существование великолепного пансионата невольно вызывает вопрос: почему примеру этому не следуют другие колхозы и промышленные предприятия? Почему

нельзя строить межколхозные или межзаводские пансионаты?

Когда-то мне довелось писать о платных пансионатах для пожилых людей как о проблеме будущего. Она еще и сейчас, конечно, далека от полного решения, но первые шаги обнадеживают. Новые перспективы заложены также в постановлении Совета Министров СССР и ВЦСПС (1984) об организации производственными объединениями для ветеранов труда домов-интернатов. В них смогут проживать и супружеские пары.

В Эстонии первые Дома ветеранов для работников сельского хозяйства уже появились. Не могу не упомянуть о сданном в 1983 году в Таллине в эксплуатацию девятистоквартирном специализированном доме для одиноких ветеранов войны и труда. На первом его этаже разместились медпункт, магазин и комплекс бытового обслуживания. В перспективе — строительство других таких же домов в Таллине, Тарту, Пярну.

... Вопрос о медицинской помощи пожилым людям многоплановый. Здесь можно говорить и о все больше назревающей необходимости развития специальных гериатрических кабинетов, и о подготовке соответствующих врачей, и о проблеме использования пенсионерами своего свободного времени. По данным социологов, с выходом на пенсию 55 процентов мужчин и 60 процентов женщин отмечают ухудшение в состоянии здоровья.

Естественно, что именно за последние десятилетия врачи-геронтологи и психологи все больше внимания уделяют психологии старения, психологии «пенсии», взаимоотношениям пожилых людей и окружающих. Возможно, я и не прав, но складывается впечатление, что эти труднопереоцененные аспекты проблемы старения носят «пробирочный» характер и очень туго находят конкретное приложение в жизни.

Как известно, психика стариков имеет свои особенности: развитие консерватизма, нередко отрицательное отношение к новому, переоценка прошлого, стремление поучать, ворчливость, эгоцентризм, недоверие, обидчивость, повышенное «прислушивание» к своим ощущениям, тревожные ожидания и т. д. Кто, как не врач, должен почувствовать давящую на старика боязнь того, что, может быть, это — последняя весна, последний снег, последний праздник...

Вспоминаю разговор с одним своим пожилым пациентом, который прожил интересную жизнь.

— Не думайте, что повесть Хемингуэя «Старик и море» — это гимн человеческой воле. Может быть, и так, но не только. Это дальнейшее развитие философии писателя, которая была изложена в его раннем цикле рассказов «Победитель не получает ничего». Вспомните, чем заканчивается «Старик и море»: туристы разглядывают остов огромной рыбы... Таков и финал человеческой жизни. Ничего.

Разумеется, пессимизм и минор могут быть присущи человеку вне зависимости от возраста. Так или иначе, психологию старого человека надо учитывать и в быту, и в лечебных учреждениях.

Тогда обитателям домов для престарелых легче будет преодолевать и тягостные думы о своей ненужности, и страх перед постелью, и трудность налаживания отношений между пожилыми людьми.

Поучительное наблюдение приводит Л. Н. Валенкевич. Проживавшая в таком доме 78-летняя женщина на общественных началах заведовала в нем библиотекой. Когда она ослепла, то в ответ на утешения сказала, что плачет не из-за потери зрения, а потому, что не сможет работать. «Вам трудно представить, — сказала она, — сколько было на это место претендентов. Ни при одном королевском дворе нет таких интриг при борьбе за должность премьер-министра, как в нашем доме для престарелых за общественную работу библиотекарем».

Многие ли из нас, кто находится за пределами таких учреждений, способен в полной мере проникнуться пониманием того, что чувствует и переживает старый человек?

И опять возвращаюсь к нередкому среди стариков чувству одиночества. Одна старушка ужинала сидя против зеркала, чтобы видеть хотя бы свое лицо, другая интересовалась, где достать сверчка...

Видимо, есть смысл в создании клубов не только для лиц после сорока, но и для пенсионеров и стариков. В Таллинне при Доме культуры имени Яана Томпа организован «Клуб бабушек». Женщины (впрочем, формально не всегда одинокие) создали его исключительно для общения. В Японии молодой рикша избегает бежать

по одной улице со старым, дабы не показывать, что последний сдает...

«Декларация прав пожилых людей» стала предметом внимания и Генеральной Ассамблеи ООН.

Известно, что по предложению ВОЗ 1982 год проходил под девизом «Полноценная жизнь в старости».

Хотя по существующей международной классификации старики — это люди старше 75 лет, смысл, вкладываемый в приведенный тезис, много шире. Речь должна идти не столько и не только о стариках, сколько о лицах старших возрастов, строго формально — о тех, кому за 60. Но и эта цифра условна. Можно не ощущать давления возраста ни творчески, ни физически в 80 лет и быть дряхлым во всех отношениях в 40 лет.

Каждой эпохе присуще свое понимание и отношение к старости. В древнем Риме при средней продолжительности жизни в 28—30 лет сорокалетние считались стариками, а в 60 лет их называли депонтинусами — пригодными только для жертвоприношений.

В Советском Союзе выход на пенсию значительно опережает наступление старости. Этот промежуточный период требует особого внимания медиков, социологов, психологов. Ведь как-никак, а пенсионерство означает утрату личностью ранее привычного социального статуса в обществе. Важное значение приобретает умение жить в согласии с самим собой, о чем уже говорилось. Восточная мудрость гласит: быть спокойным важнее, чем быть счастливым. Ничто так не гложет нервную систему, как противоречие между желаниями и возможностями. Напоминать об этом приходится потому, что с возрастом эти ножницы увеличиваются.

Не секрет, что многие отождествляют старение с постепенным угасанием сексуальных возможностей. В связи с тем, что средняя продолжительность жизни возросла, соответствующие переживания наступают сейчас позже, чем несколько десятков лет назад. «Второе дыхание», обретаемое некоторыми пятидесятилетними мужчинами и сорокалетними женщинами (возрастной «сдвиг вправо» бывает при этом и более выраженным), может являться подсознательной попыткой самоутверждения, когда появляются ощущения уходящей молодости.

В задачу книги не входит рассмотрение корреляций

между старением, половым чувством и творческими способностями. Связь между последними и сексуальной функцией не вызывает сомнений.

Эрве Базен в 1987 году, поставив вопросы «Способны ли старики любить?», «До какого возраста можно испытывать это чувство?», ответил по существу одной фразой: «Мне 76 лет, а у меня 18-месячный сын». Всего же у него 7 детей и 9 внуков. Добавим к этому известные страницы жизни И. Гете, В. Гюго, Р. Вагнера, Ч. Чаплина и др., а также анализ данной проблемы, сделанный И. И. Мечниковым.

Изложенное делает понятным, почему вся история медицины пестрит периодическими «открытиями» новых омолаживающих средств.

Не устояли перед ними и Уинстон Черчилль, Шарль де Голль, папа Пий XII, Конрад Аденауэр, Сомерсет Моэм, Томас Манн, а также многие другие знаменитости, лечившиеся, как считают, у самого популярного врача, занимавшегося омолаживанием, швейцарца Пауля Ниханса. Женщин было много меньше...

В последнее время в качестве «эликсира молодости» предлагают добавляемый в пищу активированный уголь, покрытый специальным составом, янтарную кислоту, содержащуюся в крыжовнике, и др. Не увядает интерес к различным гормональным препаратам, которые, действительно, способны вызывать непродолжительный эффект, стимулировать бодрость и активность, но за этим неизбежно наступают последствия — более быстрый износ соответствующих функций и осложнения, чаще — со стороны сердечно-сосудистой системы.

По возможности регулярная половая жизнь без экцессов (а не лекарственные или любовные допинги) — это лучший путь к длительному сохранению своих сексуальных возможностей.

Хотя сегодня пенсионерство и приходит намного раньше дряхлости, но рано или поздно наступает время, когда и тело просится на пенсию. Особенно тяжело тем, кто не созрел для этого психологически.

Два характерных высказывания. Одно принадлежит замечательной актрисе Ф. Г. Раневской: «Старость — это просто свинство... Страшно, когда восхищаешься прекрасной музыкой, стихами, живописью, а тебе уже пора...»

Илья Эренбург в одной из своих последних статей писал: «Вот уже лет пятнадцать, как я учусь быть стариком... Я думал прежде, что желания ослабевают вместе с возможностями; потом я начал понимать, что тело стареет прежде, чем душа, и что нужно научиться жить по-стариковски. Даже умирая, человек учится умереть так, чтобы смерть вошла в жизнь, — это очень трудная наука».

Меня всегда несколько озадачивала та, подчас диаметрально противоположная, оценка старости, которую давали ей многие философы, писатели, ученые. Так, Ф. Ларошфуко писал о ней как о тиране, лишаящем нас наслаждений юности, И. И. Мечников рассматривал ее как болезнь, а В. А. Сухомлинский указывал на надуманность словосочетаний «счастливая старость», ибо она не может быть счастьем. В то же время Сенека, А. И. Герцен, С. Мюзе и другие находили в ней своеобразную красоту, радости, умиротворение. На каждую из оценок влияло, вероятно, многое: возраст, с высоты которого судили о старости, состояние здоровья, темперамент, творческий потенциал, окружение. И все же любой здравомыслящий человек старению радоваться не может.

Каковы бы ни были специфические прелести старости («вечера» или «осени» жизни), они всегда, как мне кажется, являются компромиссом с неизбежностью. А раз мы говорим о неотвратимости старения, то противопоставить, а точнее, смягчить его теневые стороны можно способностью наслаждаться природой, искусством, литературой (благо появляется время), увлеченностью, деятельностью.

На вопрос Л. Н. Толстому: «Как вы поживаете?» — ответом было: «Слава богу, беспокойно!»

В этих словах нет восторга перед старостью. В них путь к сосуществованию с нею...

Ошибка: вина или беда?

... Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед признанием своей ошибки.

Т. Бильрот

Больной С. был сравнительно молод. Болезнь его — тяжелой. Как большинство людей, в глубине души С. хотел верить в лучшее, но порой казалось, что он оценивает все, как старики, — соотношением прожитого и оставшегося. Впрочем, понятно: болезнь старит мысли и восприятие жизни.

Вдруг вопрос:

— Вам нравится Сельвинский?

— Нравится.

— У него есть стихотворение «Человек умирал»...

— Помню это стихотворение, но, мне кажется, вопреки названию, оно зовет к жизни.

— Вы правы, но есть там и такие строки:

«Всякая жизнь,
какая ни есть, —
Это мир упущенных
возможностей».

Не знаю, существует ли болезнь, способствующая оптимизму... Сельвинский пишет о чувствах, мимо которых мы иногда проходим, которые вносят в жизнь смысл, остроту, поэзию. Вам покажется это странным, но именно за время болезни я и начал многое видеть иначе...

С. как бы в раздумье разговаривал сам с собой.

— ...Запах сена, падающие снежинки, шелест листьев... Кто из нас в повседневной спешке обращает на это внимание? Все так обыденно, проза... А когда ты болен, то мечтаешь об этом, как страдающий жаждой — о воде.

— Я вас вполне понимаю, подобное пережили, вероятно, многие. Но знаете пословицу: «Не умирай, пока живешь». А вы живете!

— Согласен. Но не кажется ли вам, доктор, что в том, что меня называют «тяжелым» больным, сказались мои не очень удачные первые встречи с врачами? Я не хочу

говорить о невнимательности, но просто об ошибке. Они ведь у врачей бывают. Говорят, даже неизбежны. Ведь, кажется, врач Мух сказал, что медицина является историей человеческих ошибок?

С. был убежден, что врачи «просмотрели» его болезнь.

Врачебная ошибка и ответственность врача...

Сколько об этом написано. Еще больше сказано.

Вопрос этот уходит корнями в древность — он так же стар, как и сама медицина.

Во времена вавилонского царя Хаммурапи (почти за две тысячи лет до нашей эры) за смерть больного лекаря отрубали руку, отрезали язык, выкалывали глаза и т. д. Русские летописи рассказывают о том, как врач князя Каракуча, после смерти последнего, по приказу великого князя Иоанна III был «сведен на Москву-реку под мост зимою и зарезан ножом, как овца».

Существовали попытки и своеобразного предотвращения ошибок. Так, врач-иностранец, приезжающий в Россию в XVI—XVII столетиях, должен был прежде всего практиковать в пограничном городе и кого-либо вылечить. Один из шотландских королей требовал, чтобы перед тем, как работать на родине, врачи 20 лет практиковали за рубежом, а с учетом неизбежности ошибок, предпочтительнее — во враждебных странах.

С тех времен понятие ответственности врача за его действия, в соответствии с развитием философских и юридических взглядов, претерпевало постоянные изменения.

В Советском Союзе действия врачей регламентируются законами нашего государства. Вся система советского здравоохранения, в частности, деятельность судебно-медицинской экспертизы, обсуждение качества медицинской помощи на научных конференциях и др., служит совершенствованию уровня диагностики и лечения, уменьшению частоты врачебных ошибок.

Нередко приходится сталкиваться со следующим вопросом: где количество врачебных ошибок больше — у нас или за рубежом? Отвечу со всей откровенностью.

Прежде всего, здравоохранение развитых капиталистических, развивающихся и социалистических стран отличается по основным принципам организации медицинской помощи. Если говорить о развитых капиталистических государствах, то врачебных ошибок, несмотря

на великолепные клиники, современные лаборатории и отличную аппаратуру, там, видимо, не меньше, чем у нас.

Конкуренция между медиками служит стимулом к повышению квалификации. Тем не менее для врачей капиталистических стран курсы усовершенствования — это время, оторванное от заработка. Поэтому, как это ни парадоксально, доходы растут пропорционально де-квалификации. Не поехал на курсы — заработок больше. Само повышение квалификации тоже стоит денег.

Особенно много ошибок у частнопрактикующих врачей, являющихся основной фигурой внебольничной помощи. Врачи общей практики, как известно, лечат от всех болезней. Необходимость знать все не позволяет реально усвоить медицину глубоко. Отсюда и ошибки. При этом система частной практики исключает возможность анализа ошибок, а следовательно, и их последующее предупреждение.

Что касается больниц, то в них ошибки систематически тоже не анализируются. Такие публикации единичны. Так, согласно материалам Школы общественного здравоохранения и административной медицины при Колумбийском университете, в больницах Нью-Йорка 43 процента больных получили неправильную терапию из-за неверно установленного диагноза (Ф. Дж. Кук).

Не следует делать вывод, что такой показатель можно отнести ко всем больницам. В тех же США, Японии, Франции, Швеции и других капиталистических странах есть клиники, где работают прекрасные специалисты, которые, благодаря возможностям современной медицины, сводят ошибки к минимуму. Но этого нельзя сказать о большинстве врачей, определяющих лицо здравоохранения. Наоборот, система последнего создает предпосылки к значительному количеству ошибок.

Где же кончается врачебная ошибка и где начинается врачебный проступок или даже преступление?

Мне вспоминается судебно-медицинская экспертиза, в которой довелось участвовать. У больной X. внезапно появились резкие боли в животе и рвота. Вызванный врач заподозрил обострение хронического воспаления желчного пузыря. Были сделаны соответствующие назначения. Посетивший пациентку второй врач пришел к такому же заключению. Ночью X. скончалась. Вскры-

тие показало, что у больной был инфаркт сердечной мышцы, начало которого протекало необычно.

Можно ли было привлечь врачей к уголовной ответственности? Нет. Речь шла о тяжелой, печальной ошибке. Атипичное начало болезни не позволило ее диагностировать. К тому же характер и тяжесть заболевания не давали оснований утверждать, что своевременная постановка диагноза могла предотвратить смертельный исход.

Как это ни прискорбно, но надо отметить, что многие болезни длительное время протекают скрыто как от больных, так и от врача.

Еще Жюль Ромен в пьесе «Кнок» выдвинул тезис, что люди, которые считают себя здоровыми, просто не знают..., что они больны. Один из английских авторов отметил, что современная техника обследования достигла такого уровня, когда признать кого-либо здоровым стало практически невозможным.

Вряд ли это так, но несомненно другое: даже самые совершенные аппараты еще не всегда способны уловить те отклонения, которые позволили бы во всех случаях своевременно ставить правильный диагноз.

Нет необходимости разъяснять, насколько тщательно готовят больных к пересадке сердца и каков уровень тех немногочисленных клиник, в которых эта операция проводится. Последнюю должны были провести в ФРГ Вальтеру Шмитхаммеру. С помощью всевозможных современных обследований пришли к выводу, что больному осталось жить сутки. В процессе операции выяснилось, что болезненный процесс развивался не в самом сердце, а вне его (гнийный перикардит). От пересадки пришлось отказаться. Прошел год. В. Шмитхаммер практически здоров.

В основе врачебной ошибки — либо несовершенство медицины, либо недостаточный опыт врача. Таким образом, сама ошибка никогда не является результатом недобросовестных действий доктора. Именно потому, в отличие от врачебного преступления, термин «врачебная ошибка» не относится к юридическим понятиям: ни уголовные кодексы, ни комментарии к ним термина «ошибка» не содержат.

В жизни бывают ситуации, когда нелегко провести

грань между врачебной ошибкой, недосмотром или нелепой случайностью.

О таком случае рассказал в своем дневнике Константин Симонов. В годы Великой Отечественной войны заболел генерал, в дальнейшем маршал С. С. Бирюзов. Лечащий врач дал ему лекарство, а затем вдруг обнаружил, что медикамент больному противопоказан и доза опасна для жизни.

Врач немедленно принял меры и заявил о происшедшем.

Больному, однако, становилось хуже. Врача арестовали. Не без труда, но С. С. Бирюзова удалось спасти. Придя в сознание, больной приказал освободить доктора из-под стражи и привести к себе. Выслушав объяснение, он понял, как все произошло, и распорядился закрыть дело. Генералу пытались возразить, но он настоял на своем и, как писал с большой теплотой о С. С. Бирюзове Симонов, не дал сломать человеческую судьбу.

С древней заповедью «не вредить» знаком каждый будущий врач еще со студенческой скамьи. Однако только очень тонкая грань отделяет этот постулат от сентенции «как бы чего не вышло», за которой следует бездействие. Одно дело, когда врач инертен, не подумав или не зная, что предпринять. Другое — когда за этим стоит сознательная боязнь ответственности или попросту трусость. Это уже не врачебная ошибка, а преступление. К сожалению, между «не вреди» и врачебной активностью — тоже тонкая грань, которая особенно заметна в хирургической практике. Представим себе, что врач пошел на риск вмешательства, а больной после этого скончался. Каждый ли родственник поймет, что хирург не имел права не воспользоваться пусть единственным, но шансом на спасение?

Тут, кстати, не все так просто, как кажется на первый взгляд.

Недавно я получил из Барнаула письмо от читателя, который, в частности, пишет: «В медицинской, да и в научно-популярной литературе пишут о так называемой хирургической агрессии. Предполагается, что хирург должен оперировать. Если не так, то какой же он хирург? Но не ведет ли это к необоснованным операциям? Не бессилек ли перед ними больной?..»

Надо сказать, что проблема эта стара. Герой одноименного романа Синклера Льюиса «Эроусмит», о котором уже упоминалось, подметил, что работавшим с ним в одной больнице хирургам была присуща «лирическая вера в то, что каждая часть тела, без которой человек может как-нибудь обойтись, должна быть медленно удалена».

Конечно, в условиях общества, где болезни являются источником дохода, такая тактика понятна.

Однако во все времена, в любых условиях нельзя отрывать проблему от личности хирурга. Как и любой врач, он может быть более или менее умным и добросовестным. Успехи медицины, в частности реаниматологии, анестезиологии, фармакологии, безусловно, подвинули хирургию на огромную высоту.

Завоевания ее трудно переоценить. Но они же порождают у отдельных врачей и головокружение от успехов. Известный советский хирург профессор А. В. Гуляев, касаясь операций на сердце, употребил термин «спортивная горячка». Он же цитирует хирурга Куленкамфа, подчеркивавшего, что если выполнение операции является в значительной мере вопросом техники, то воздержание от вмешательства — это проявление искусной работы утонченной мысли.

Исходным является положение о том, что «хирургические операции производятся и сложные методы диагностики применяются с согласия больных, а больным, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, и психическим больным — с согласия их родителей, опекунов или попечителей» («Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», статья 35). Если больной находится без сознания в жизнеопасном состоянии (например, тяжелая травма), при соответствующих показаниях его оперируют, естественно не имея его согласия. Но как поступить врачу, если операция жизненно необходима, а находящийся в сознании пациент или его родственники категорически отвергают оперативное вмешательство? Получить расписку с отказом от операции и самоотстраниться от ответственности? Предвижу возможный ответ: надо настаивать, убеждать, суметь найти веские аргументы. Согласен. А если все это тем не менее не помогает?

Представляется правильной точка зрения Л. М. Бедрина, М. П. Вилянского и Д. П. Голубева, считающих, что, если отказ от операции чреват для больного опасностью для жизни, хирургу следует предоставить право оперировать без согласия пациента. Разумеется, обоснование такого шага должно быть четким, желательно заключение консилиума.

Можно ли, однако, в таких случаях давать гарантию в полном успехе вмешательства? Нет. Так же, как никогда нельзя быть абсолютно уверенным в исходе любой операции, как бы она ни была подготовлена и проведена, ибо некоторые осложнения невозможно предотвратить. В одном из медицинских журналов Великобритании была опубликована статья с примечательным названием: «Случай и неожиданное».

У пациентки удаляют миндалины — обычная операция, которую, как правило, осуществляют без каких-либо последствий. В данном же случае развилось тяжелейшее кровотечение из раны, обусловленное редкостным нетипичным расположением кровеносного сосуда, поврежденного в процессе хирургического вмешательства. Мог ли врач, сделавший до этого многие тысячи подобных операций, предусмотреть возможность этого осложнения? Теоретически да, но практически предупредить — нет. С большим трудом, ценою специальных мер, кровотечение удалось остановить. Но, если бы этого не случилось, можно ли было говорить о каком-то врачебном упущении или ошибке? Конечно, нет. И в то же время надо представить себе в подобных случаях не только страшные переживания близких, но и невозможность для них понять, как и почему обычная операция может привести к печальному исходу.

У моих друзей погиб от острого воспаления легких единственный сын 19-ти лет. Заболевание началось по типу простудного: повышение температуры, насморк, кашель. Поначалу болезнь не внушала тревоги ни родителям, ни вызванному врачу, лечение проводилось как всегда в подобных случаях. На четвертый или пятый день состояние резко ухудшилось, диагностировали воспаление легких, больной был срочно госпитализирован в реанимационное отделение. Несмотря на все принятые меры, менее чем за сутки наступила смерть. На вскрытии воспаление легких подтвердилось. Но не обычное,

а сопровождавшееся образованием абсцессов, то есть нагноением.

Нам, врачам, подобные наблюдения известны. Не раз, однако, приходилось принимать участие в судебно-медицинских экспертизах и отвечать на вопросы, почему наступил смертельный исход, почему не удалось спасти больного, все ли для этого было сделано. В самом деле, почему же, когда большинство больных острым воспалением легких выздоравливает, удается спасти не каждого заболевшего? Ведь современная медицина располагает мощными антибактериальными препаратами, применение которых как будто предопределяет благоприятный исход болезни?!

В редких случаях врачи, действительно, поздно диагностируют воспаление легких. К несчастью, и так бывает, и органы здравоохранения не оставляют этого без последствий.

Но бывает и иначе. Болезнь может прогрессировать молниеносно, и даже самые сильные лекарства оказываются тогда неэффективными. Зависит это от реактивности организма, которой мы еще отнюдь не научились управлять, от сопутствующих болезней, от вида инфекции.

Больной, о котором идет речь, страдал долгие годы заболеванием печени, ослабившим его сопротивляемость. Изменения в легких свидетельствовали об их тяжелом вирусном поражении. Даже если бы заболевшего госпитализировали в первый день, гарантировать благоприятный исход болезни было невозможно. Каждому должно быть понятно, что немислимо помещение в больницу всех, у кого появляется насморк, кашель или повышается температура. Предотвратить же внезапное бурное развитие воспаления легких нельзя. Невозможно его также во всех случаях прогнозировать и быть уверенным в исходе лечения.

Сознаю, что два примера, которые мною приведены, не свидетельствуют о том, что современная медицина способна решить все вопросы, которые ставит жизнь. Об этом, впрочем, говорит каждый случай смерти. Хотелось лишь показать относительность тех представлений, которые бытуют. Опасности могут подстергать и при, казалось бы, обычных болезнях — аппендиците, фурункуле, остром воспалении легких, и не всегда

можно в этих случаях говорить о врачебных упущениях или ошибках.

Мне довелось слушать выступление одного из ведущих архитекторов Эстонии, противопоставлявшего промахи архитекторов ошибкам врачей. При этом он заметил, что врач, в отличие от архитектора, «свою ошибку хоронит».

Так ли это?

Во всех лечебных учреждениях нашей страны ведется обязательный анализ качества и эффективности медицинской помощи. Особое внимание уделяется диагностике болезней и ее своевременности. Внезапно умершие и скончавшиеся в больницах подлежат вскрытию. Ошибки анализируются и обсуждаются, выясняется, в какой мере их можно было предусмотреть и предупредить.

Можно ли пройти врачебную жизнь совсем без ошибок? К несчастью, нет. Не являюсь исключением и я. Врач не вправе о своих ошибках молчать. О них надо рассказывать своим товарищам, чтобы уберечь от несовершенства человеческих возможностей как можно большее число больных.

«...Каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее (разрядка наша. — Н. Э.) обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих» (Н. И. Пирогов).

«Ошибки являются только ошибками, когда у тебя имеется мужество их обнародовать, — писал известный французский хирург XVIII столетия Ж. Л. Пти, — но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрыть».

И, наконец, мнение Т. Бильрота: «Только слабые духом, хвастливые болтуны и утомленные жизнью боятся открыто высказаться о совершенных ими ошибках».

Мне неизвестны аналогичные высказывания или книги с анализом ошибок в других областях человеческой деятельности, но знаю, что истинные врачи всегда считали нужным рассказывать о своих ошибках, чтобы на них учились современники и последующие поколения медиков.

В противоположность врачебной ошибке, которая характеризуется невозможностью для данного врача пре-

дусмотреть ее, небрежные или самонадеянные действия врача отличаются тем, что он имеет возможность, должен предвидеть вероятные последствия своих действий и обязан их предотвратить. Тут уже встает вопрос о разных формах наказания, от административного до уголовного.

Вероятно, кое-кто из немедиков, читая эти строки, подумает: хорошо рассуждать об ошибках, об их причинах, но когда умирает близкий человек, то нам нет дела до несовершенства медицины, последующих анализов дефектов медицинской помощи и т. д.

Такие рассуждения можно понять. И, быть может, никто их так не понимает, как врач.

Каждая ошибка оставляет тяжелый след у настоящего доктора. А о смерти и говорить нечего.

Ученик Н. И. Пирогова профессор С. П. Коломнин для обезболивания ввел в прямую кишку больного кокаин. Врач все тщательно обдумал и проверил, но пациент умер. Доктор застрелился. Немецкий врач Блок в конце прошлого века пытался иссечь верхушку легкого у тяжелого туберкулезного больного. Пациент погиб. В тот же день врач отравился. Его и больного хоронили одновременно. Известный в свое время саратовский врач-гинеколог З. Д. Искова-Василева отравилась, не сумев спасти своего друга — хирурга Н. В. Алмазову, которую по ее же просьбе оперировала.

Недаром А. П. Чехов как-то писал А. С. Суворину: «У врачей бывают отвратительные дни и часы, не дай бог никому этого... Среди врачей, правда, не редкость невежды и хамы, как и среди писателей, инженеров, вообще людей, но те отвратительные часы и дни, о которых я говорю, бывают только у врачей...»

Думаю, что пациентам это знать следует.

Что говорить, врачу бывает очень тяжело переносить несовершенство своей науки, даже на фоне ее несомненных достижений.

«...Никогда еще состояние медицины не было так совершенно, так всеобъемлюще, так развито, как теперь», — с гордостью сказал выдающийся немецкий терапевт Х. В. Гуфеланд в ... 1793 году. В то время средняя продолжительность жизни человека составляла не более 30 лет, а смерть от аппендицита или туберкулеза считалась столь же неизбежной, как от чумы.

Выдающийся просветитель того же XVIII столетия Вольтер утверждал: «Желание определять болезни путем исследования мочи — смешное шарлатанство, позор для медицины и разума». Отличие между врачами, использующими микроскоп, и астрологами видели лишь в одном: одни смотрят вниз, другие — вверх. Если пациент во время операции кричал от боли, то рекомендовалось выпускать ему кровь из обеих рук до тех пор, пока больной не потеряет сознание. Естественно, боли после этого он не чувствовал.

Когда думаешь о том, что даже и через 100 лет после этого не были известны рентгеновские лучи, электрокардиография и не умели измерять артериальное давление, то нетрудно представить себе, как человек времён Гуфеланда воспринял бы возможности обыкновенной сегодняшней районной больницы.

Известно, что за годы Советской власти средняя продолжительность жизни в СССР выросла более чем в два раза, хотя и продолжает отставать от ряда стран. Несомненно, в этом, как уже говорилось, сказались в первую очередь общественно-социальные преобразования. Есть, однако, и вторая сторона — успехи медицины. Речь идет об улучшении возможностей диагностики и, в частности, о неуклонном уменьшении в силу этого ошибок в распознавании болезней и лечении больных.

Учитывая темпы развития медицины за последние десятилетия, с невольной завистью думаешь о науке XXI века. Особенно если бы человечество не расходовало немногим менее трех миллиардов долларов на вооружение... ежедневно, то есть в 3—4 раза больше, чем на здравоохранение! Американцам одна минута первого космического полета Джона Гленна обошлась примерно в 1,7 миллиона долларов (полет продолжался 5 часов), а одна секунда пребывания на Луне экипажа «Аполлона-11» стоила 30 тысяч долларов. Что же, космические полеты служат настоящему и в еще большей мере — будущему человечества.

А что сулят ему колоссальные ассигнования, затрачиваемые на оружие массового уничтожения людей? Ведь один современный стратегический бомбардировщик стоит дороже, чем потребовалось средств Всемирной организации здравоохранения, чтобы исчезла на земном шаре оспа. Ликвидация в мире кори требует 300 милли-

онов долларов, что эквивалентно мировым военным расходам в течение пяти часов.

Поэтому оружие убивает и тогда, когда не действует. В среднем на Земле один врач приходится на 3700 жителей, а один солдат — на 350, иначе говоря на каждого врача приходится 10 солдат. В мире 60 миллионов специалистов высокой квалификации работают на гонку вооружений. Если бы весь этот экономический и мозговой потенциал направить на служение жизни, а не смерти...

В начале будущего столетия прогнозируют создание средств, сокращающих без вреда для организма время сна (человек не должен будет спать треть жизни!), повышающих уровень умственного развития, способствующих регенерации конечностей. Футурологи считали, что к 1990 году удастся ликвидировать любой тип боли, будет создана искусственная кровь, решена проблема лечения депрессивных состояний, возможно, будут излечивать $\frac{3}{4}$ всех заболевших раком. К 2000 году предполагается улучшать память и умственные способности, изменять человеческий характер, сдерживать процессы старения.

Особые надежды возлагают на лекарственные препараты, которые предполагается получать в космосе в условиях невесомости.

Когда я думаю о будущем, то приходится сознавать недостаточность любой фантазии для его прогнозирования. Перед строительством первой железной дороги Баварская высшая медицинская коллегия опубликовала свое заключение, в котором говорилось, что «быстрая езда... неизбежно вызовет у пассажиров... особую разновидность буйной горячки». В одном из писем бабушка Н. В. Гоголя не рекомендовала ему путешествовать на лошадях, а только на волах, так как их скорость безопаснее. Мог ли кто-то в те времена представить себе скорости космических кораблей? Мэр Парижа уже в конце XIX века был убежден, что главная санитарная проблема, которую придется решать городу в XX столетии, — это его очистка от лошадиных нечистот. Таких примеров множество. Так что прогностика — дело нелегкое.

Во всех будущих достижениях медицины большое место отводится раннему распознаванию и лечению

болезней с помощью широкого внедрения электронно-вычислительных машин, без которых, как считают, врачевание станет невозможным.

Конечно, милый доктор Айболит, вооруженный только фонендоскопом и термометром, симпатичен, но, увы, сегодня мало potentен.

Но и компьютеры не решат всех проблем и трудностей медицины. Несомненно, диагностика и лечение улучшатся, однако программирование будет по-прежнему зависеть от способностей и умения врача. К тому же, лечить надо человека, а не почку или селезенку. Тут машина не поможет: она не заменит ни умного взгляда, ни теплоты голоса.

И все же во главу угла надо ставить знание.

Ограничусь одним малоизвестным примером из жизни выдающегося хирурга С. П. Федорова.

Заболел Серго Орджоникидзе. После консультаций у московских хирургов больного обследовал всемирно известный немецкий уролог Л. Каспер, который, однако, не взялся его лечить, посоветовав обратиться к профессору Федорову. Последний поставил диагноз туберкулеза почки и предложил единственный в то время метод терапии — ее удаление.

Поскольку другие специалисты с диагнозом не согласились, на операции присутствовали крупные хирурги и урологи, в том числе знаменитый профессор А. Д. Очкин.

Операционный разрез. Почка не изменена. Здорова. Внешне. Мгновенная пауза. И Сергей Петрович Федоров тем не менее ее удаляет. На разрезе глубокое туберкулезное поражение — каверна!

Чтобы понять драматичность ситуации, надо учесть время, когда все это происходило, скептическое отношение к диагнозу других специалистов, а также две детали: Орджоникидзе — выдающийся деятель Советского государства, Федоров — бывший царский генерал, лейб-хирург императора Николая II, после революции уже дважды незаслуженно арестованный...

Какую нужно было иметь веру в свои знания, в медицинскую науку, чтобы сохранить самообладание и не побояться сделать то единственно возможное, что диктовала врачебная совесть!

Среди факторов, обуславливающих врачебные ошибки, различают причины объективные и субъективные.

Объективные зависят прежде всего от несовершенства тех или иных методов медицины, индивидуальных особенностей течения болезни и др. Среди субъективных значительное место занимает квалификация и подготовка специалиста, способность к логическому мышлению, характер врача. Так, известный современный терапевт Р. Хегглин не без основания считает, что, например, качество диагностики может зависеть от таких черт личности медика, как предвзятость мнения, самолюбие и тщеславие, склонность к пессимизму или излишнему оптимизму и т. п.

Подчеркивая значение выявления теоретико-познавательных причин ошибок в любом вопросе, В. И. Ленин отмечал, что «нельзя вполне уяснить себе никакой ошибки..., если не доискаться теоретических корней ошибок у того, кто ее делает»*.

Вся история и практика медицины учит, что в проблеме предупреждения и уменьшения количества ошибок главное — это отбор, формирование, воспитание и постоянное совершенствование врачей. Постоянное. Ибо их учеба имеет начало, но не имеет конца. Поэтому решающую роль в усовершенствовании занимает самоусовершенствование.

«Врача, который не заглядывает в книгу, следует остерегаться больше болезни», — пишет Т. Келановски. Примечательно, что II Международный деонтологический конгресс в Париже (1967) рекомендовал дополнить клятву Гиппократову единственной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!»

Большое значение имеют деятельность медицинских обществ, врачебные конференции, стремление к новому, любовь к книгам.

Известный врач и философ Маймонид, живший в XII—XIII веках, создал «ежедневную молитву врача». «...Всемогущий, — говорилось в ней, — ...сделай меня умеренным во всех моих суждениях и действиях, но только не в знаниях, ибо в последнем я хочу остаться ненасытным... Дай мне силу, волю и способности для расширения моих знаний так, чтобы дух мой мог обнаружить и осознать ошибки...»

* В. И. Ленин. Полное собр. соч. 5-е изд. Т. 42. С. 286.

В печати как-то рассказывалось о молодом человеке, которого «вытянули» в инженеры. После того как этот специалист приступил к работе, директор завода заметил:

— Лучше б мне прислали тонну гвоздей!

А если и какого-нибудь врача можно будет «оценить» соответствующим эквивалентом?

С медициной не должно быть «браков по расчету». И, конечно, всю меру ответственности, все, к чему обязывает борьба за здоровье человека, надо отчетливо представлять уже тогда, когда в раздумье стоишь перед ее порогом.

... Прошло полгода, на таллинском Вышгороде я встретил бывшего больного С.

— Как с упущенными возможностями? — поинтересовался я.

Ощущение ли здоровья и молодости или чудесный зимний день были тому причиной, но С. был настроен явно романтически. И опять начал читать стихи. На этот раз Иннокентия Анненского:

«... И если мне сомненье тяжело,

Я у Нее одной молю ответа,

Не потому, что от Нее светло,

А потому что с Ней не надо света».

Когда-то запомнилось, что «Нее» поэт написал с большой буквы. Он писал о любви к женщине. Любовь, необходимая как жизнь. Но и дело всей жизни тоже нуждается в любви. Особенно врачебное.

Не это ли наиболее верный путь к уменьшению ошибок?

О смерти

Смерть мудреца есть смерть
без страха смерти.

Сенека Младший

Первая встреча будущего врача со смертью происходит на первом курсе медицинского факультета. При изучении анатомии. Все оказывается менее страшным, чем ожидалось. Руки, ноги. Ссохшиеся, серого цвета, не похожие на живые части человеческого тела. Запахи заглушены формалином. Постепенно привыкаешь к

другим органам тела и неожиданно замечаешь, что ожидаемого страха перед трупом нет.

А ведь не он страшен. Тяжело видеть смерть, видеть, как человек умирает. Это бывает позже, на третьем курсе. И потом это сопровождает всю врачебную жизнь.

Смерть бывает разной. Когда умирает хронический неизлечимый больной, медицинский опыт как-то подготавливает к тяжкому исходу. Понимаешь его неизбежность. Но это отнюдь не иммунитет к смерти. Доказательством того, что он у врачей не развивается, являются те тягостные переживания, которые возникают при внезапной смерти больных. Или когда, вопреки всему, ощущаешь свое бессилие, беспомощность медицины. Бывают смерти, которые проносишь через всю жизнь.

... В приемное отделение больницы они пришли троим: муж, жена, ребенок. Болен был муж — молодой человек лет 22—23. Д. недавно демобилизовался, служил во флоте. Был здоров, месяца два как начал ощущать нехватку воздуха, особенно по ночам. Сам считал, что «это — нервное». В больнице, когда ему становилось плохо, получал настой валерьяны. Это как будто подкрепляло концепцию о «нервности». Начали обследование. В среду был день «большого обхода»: в палату вошел заведующий отделением, за ним 10—12 врачей. Процессия внушительная. Больной Д. лежал на пятой койке. Подходя к первой, мы заметили, что Д. особенно беспокоен. На вопрос, что с ним, он ответил, что внезапно вновь ощутил нехватку воздуха. Я попытался его успокоить, но вдруг обратил внимание, что у Д. синеют губы, расширились зрачки, в глазах появился ужас.

Успел крикнуть сестре: «Срочно строфантин! Сердечные!»

У койки Д. оказались все врачи. Состояние больного ухудшалось с каждой секундой. Он схватил меня за руку и, задыхаясь, крикнул:

— Доктор, я не хочу умирать! Я так хочу жить!

Когда через минуту вбежала сестра со шприцами, Д. был мертв.

Мне трудно описать переживания последующих дней и ночей. Вскрытие показало, что Д. страдал тяжелой болезнью сердца, которая протекала скрыто. При возможностях диагностики того времени распознать ее

было трудно, и нельзя было утверждать, что больной погиб по вине врачей.

Но очень, очень тяжело видеть, как в течение каких-то минут тот, с кем говорил, шутил, у кого были какие-то планы, надежды, будущее, неожиданно всего этого лишился.

«Нет на войне страшнее зрелища, чем убитый солдат, на губах которого еще дымится окурок», — писал один из врачей.

Прошло с тех пор более тридцати лет, а Д. и то, как он умер, — перед глазами...

Уход из жизни, смерть заставляют смотреть иначе на жизнь. «Memento mori!» — «помни о смерти» — выражение, встречающееся во всех сборниках латинских изречений. Когда мы о ней вспоминаем? На кладбищах, на похоронах, при тяжелых болезнях, при надвигающейся старости.

А может быть, действительно, не надо о ней думать? Раздумья и мысли о смерти, которые носят навязчивый характер, — признак болезненный. Но иногда эти думы позволяют легче справиться с житейскими неприятностями, оттеняют их относительное значение, придают им другую, меньшую масштабность.

Уже древним римлянам слово «смерть» казалось зловещим — они предпочитали выражение «он перестал жить»; немцы употребляют в таких случаях слово «отзван»; англичане говорят: «он присоединился к большинству» и т. д. Вся история человечества полна высказываний о том, что человек должен воспитывать в себе умение не бояться смерти. «Страх смерти хуже самой смерти» (Публилий Сир), «Кто учит людей умирать, тот учит их жить» (Монтень) и т. д. За рубежом появились даже публикации, призывающие готовить к восприятию вопросов смерти и умирания с детских лет, в процессе обучения в школе.

Но отсутствие страха перед смертью противоречит любви к жизни. А об этом написано еще больше. Да и любовь к жизни, желание жить естественнее. Больше, например, веришь Сальвадору Дали не тогда, когда он пытался убедить в том, что «смерть прекрасна», а тогда, когда утверждал, что «до неприличия» любит жизнь.

Директор Госпиталя атомной бомбы в Хиросиме доктор Фумио Шигето разрешил мне осмотреть больного

Симидзе, который в 1945 году, находясь в 700 м от эпицентра взрыва, остался жив. Естественно, я поинтересовался, как это ему так повезло. Больной ответил:

— Меня завалило толстым слоем земли и обломков. Они защитили от лучевой болезни. Но мне повредило позвоночник. Много лет как я скован. Конечно, тяжело...

Вдруг, как бы спохватившись, больной улыбнулся и добавил:

— Но я все равно хочу жить. И живу.

Человек не хочет умирать. И сколько бы ни говорилось, что смерть есть диалектическое продолжение жизни, что ежеминутно на земном шаре умирает 108, а ежедневно 100 тысяч человек, к себе это отнести не хочется. Спокойнее воспринимают смерть верующие. Но тоже не все. К. Ламонт в книге «Иллюзия бессмертия» приводит ряд высказываний, смысл которых один: человек верит в смерть, но не в свою.

Недавно я оказался в поезде в одном купе с епископом, который ехал в Таллинн на церемонию посвящения в сан главы Эстонской евангелическо-лютеранской церкви.

Познакомились, разговорились. Я поинтересовался, как сказывается встреча со священнослужителем на состоянии умирающего.

— Она дает умиротворение и надежду.

— На что?

— Что это — не конец.

— Но это все-таки — конец. Ведь потом ничего...

— А разве вы там были?

— Конечно, нет. И не спешу. Однако и вы там не были.

— Верно. Но я верую, а это и есть надежда.

Не хочется приводить последующую беседу. Суть в другом: человеку нужна надежда. Как заметил в одном из недавних интервью Виталий Коротич, «доказывать людям, что после смерти они станут белой извесью, и больше ничем, — не самое большое достижение человеческого гения».

Нередко цитируют слова Людвиг Фейербаха, которые выделял В. И. Ленин: «В религии ищут утешения». Думается, эта мысль лишь подчеркивает, почему люди

особенно часто обращаются к религии в чрезвычайных ситуациях. А что может быть экстремальнее смерти?

Страшит даже не сама смерть, а понимание того, что после нее будет все, кроме тебя самого. Будут цвести ландыши, благоухать сосны, петь птицы, люди будут встречать Новый год, наслаждаться любимыми глазами, трепетать от чувств.

Меня впечатлил разговор с одной знакомой, у которой тяжело болела мать. Возраст и характер болезни давали мало надежд на выздоровление. Больная это понимала. Я спросил у дочери, удастся ли как-то успокоить, смягчить страх матери перед смертью.

Ответ этой средней, как казалось, по интеллекту женщины меня удивил, тем более, что с буддизмом и брахманизмом она, конечно, не была знакома.

— Я каждый раз говорю маме: это не все, я не знаю как, но мы наверняка еще встретимся и будем вместе.

Тот, кто читает эти строки, может упрекнуть меня в уходе от действительности, в мистицизме, не знаю в чем еще. Трудно даже сказать, являлся ли такой подход проявлением своеобразной философии или просто психотерапией.

Но вспомните Левку из повести В. Тендрякова «Весенние перевертыши»: «Я не хочу знать, когда я умру. Я хочу знать, рожусь ли я после смерти...» Может быть, прав А. де Сент-Экзюпери, утверждая, что жить — это значит бесконечно рождаться?

Мыслители, писатели часто обращались к этой теме: жизнь и смерть. Вспомним гениальный рассказ Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича», герой которого, судя по всему, скончался от злокачественной опухоли. В XIX столетии этот диагноз не воспринимался так, как в наше время: рак занимал лишь одно из мест среди других, подчас более распространенных причин смерти. Сейчас же, хотя болезни сердечно-сосудистой системы уносят примерно в 3 раза больше человеческих жизней, чем злокачественные опухоли, обнаружение последних звучит как смертный приговор. В наше время рак стал болезнью, на примере которой писатели пытаются проанализировать психологию человека, ставшего лицом к лицу со смертью, состояние неотвратимости, метаморфозу личности, понявшей преходящность, бренность всего. За последние десятилетия появились «Час пик»

Ежи Ставинского, «Окончательный диагноз» Артура Хейли, «Приговор» Владимира Солоухина, «Яйца во-китайски» Энна Ветемаа и ряд других произведений.

Много, конечно, могли бы сказать врачи. Косвенно этой проблемы касается академик АМН СССР И. А. Кассирский (1970), разбирая медицинские аспекты рассказа «Смерть Ивана Ильича», а также профессор Е. И. Лихтенштейн (1978), анализируя изображение болезни и смерти в произведениях Л. Н. Толстого, И. С. Тургенева и Г. Флобера.

Возможности реанимации и трансплантации заставили увидеть проблему умирания и смерти в новых ракурсах и резко увеличили количество соответствующих медицинских публикаций, исчисляющихся уже тысячами.

Умиравшие больные, проходя через стадии естественного внутреннего «противления» неизбежному, а затем депрессии, в конечном счете становятся более спокойными и в то же время более восприимчивыми к психотерапии и обнадеживающей информации о своем состоянии и прогнозе. Существуют наблюдения, согласно которым люди, длительно общающиеся с природой, всматривающиеся в ее ритмы, начинают относиться к смерти как к иному уровню существования. Тем не менее, на мой взгляд, первейший долг врача, медицинской сестры — во всех случаях помочь больному человеку уйти от страха смерти. Даже тогда, когда у пациента лишь один шанс из ста выжить.

Страх смерти — союзник смерти.

Напомню о выводе, сделанном известным врачом-путешественником А. Бомбаром: большинство терпящих кораблекрушение, даже находясь в спасательных шлюпках, умирают в первые три дня. Не от голода, холода или жажды. Их убивает страх.

В свете вопросов, рассматриваемых в этой книге, мне хотелось бы подчеркнуть следующую мысль. Сколь бы ни было тяжким и бесперспективным положение человека, умирать он не хочет.

Жена Блайберга, которому была сделана пересадка сердца, как ни странно, весьма скептически оценила «качество» прожитых им после этого дней. И все же он плавал, играл в регби и теннис, и пусть на фоне таблеток и ограничений, но все же прожил после операции

594 дня. Думаю, что мало кто из обреченных людей отказался бы от почти двух лет жизни.

Свое отношение к смерти четко сформулировал один из пациентов, которому американский профессор Кули сделал повторную пересадку сердца через полгода после первой: «Пока над моим гробом не захлопнули крышку, я отказываюсь признавать себя мертвым».

Есть больные, которые утверждают, что жаждут смерти как избавления от тяжелых болей, мук, связанных с болезнью. Это так. Но только тогда, когда они не видят иного выхода.

Франц Кафка, болевший туберкулезом гортани (в то время болезнь была неизлечима) и мучительно страдавший, обратился к своему врачу: «Убейте меня! Иначе вы преступник!»

Несколько лет назад были предъявлены обвинения группе лондонских врачей, которые лечили пожилого врача, страдавшего запущенной формой рака пищевода. Зная абсолютную обреченность пациента, они тем не менее прилагали все усилия для продления ему жизни. На десятый день после хирургического вмешательства наступила его клиническая смерть. Больного, однако, удалось вернуть к жизни. Когда он очнулся, то поблагодарил коллег, но попросил, чтобы в будущем они не принимали никаких мер к оживлению, так как он не в силах переносить непрекращающиеся боли и знает, что обречен на смерть. Более того, свое последнее желание пациент записал в историю болезни. И все же, несмотря на ясно выраженную волю умирающего, его заставили «прожить» в мучениях еще три недели. За это время реаниматоры четыре раза восстанавливали деятельность его сердца. Нецелесообразность такого оживления очевидна.

Можно согласиться с высказыванием одного из наших ученых о том, что борьба против смерти не должна превращаться в насилие над жизнью.

И все же чаще, даже у тех, кто страдает, любовь к жизни оказывается сильнее мук.

В моей палате находилась пациентка 70-ти лет, у которой был диагностирован рак пищевода. Это была тень человека. Она страдала от непрерывной мучительной рвоты. И я, и больная понимали, что ее не спасти. Чем могли, мы пытались облегчить ее положение.

Однажды после обхода я сказал больной:

— А сердце сегодня работает лучше... И пульс лучше...

Вставшие глаза несколько оживились:

— Доктор, а до завтра я доживу?

— Конечно... Я же вам сказал «до свидания»...

Больная взяла мою руку и прошептала: «Спасибо... Еще один день...»

Длительное время мне довелось наблюдать за одной пациенткой, которой ко времени нашего знакомства исполнилось 90 лет. Она была прикована к постели, но сохраняла при этом полную ясность ума.

— Ну что вы со мной возитесь? — говорила она мне. — Я свое прожила, хочу умереть. Разве это — жизнь?

Так повторялось каждый раз. Годы шли. Моей больной исполнилось уже 94 года. И тут она заболела воспалением легких. Ей стало совсем плохо, и она попросила дочь пригласить меня. Увидев пациентку, я понял, что она умирает. Неожиданно больная сказала:

— Сделайте что-то, чтобы на этот раз я поправилась. Хочется еще пожить... Еще немного...

Вспомнилась одна из лучших, на мой взгляд, новелл А. Моруа «Отель „Танатос“»: когда возвращается желание жить, оно безжалостно обрывается смертью.

Самым старым из моих пациентов был И. Сойтонен, 113 лет, живший в шахтерском городе Кохтла-Ярве. Он также заболел воспалением легких. Болезнь протекала тяжело. Больной стойко переносил и болезнь, и тяготы лечения. И в этом возрасте он хотел жить.

В связи с изложенным следует коснуться еще одной проблемы. Ее сформулировал писатель В. М. Михайлов и адресовал министру здравоохранения СССР. «Говорят, что в наше время меняется содержание даже такого основополагающего понятия, как гуманизм медицины, что его следует заменить рационализмом. Например, все шире распространяется мнение, что в новых условиях нерационально жестко придерживаться извечного гуманистического принципа «врач борется за жизнь больного до последнего его вздоха».

...Нужно ли «возвращать к жизни» бездыханного младенца, если думать о том, как велика вероятность его будущей неполноценности? Таких вопросов стано-

вится все больше в медицинской практике. В правильном ответе на них заинтересованы миллионы людей...»

Министр занял в своем ответе совершенно определенную позицию. Долг человеколюбия требует от врачей не расчетливого рационализма, а беззаветной борьбы за каждую человеческую жизнь.

Но в век научно-технической революции многие проблемы усложняются. Наш гуманизм не может не быть реалистическим. Известно, что человека считают личностью до тех пор, пока функционирует его мозг. В США удалось восстановить деятельность сердца у девочки пятнадцати лет, находившейся в состоянии клинической смерти. Сознание отсутствовало. В дальнейшем она «жила» еще в течение восьми лет полностью парализованной, слепой, кормили ее через зонд. Личности в данном случае уже не было, французские ученые назвали ее «мумией с бьющимся сердцем». Оправдано ли было оживление, с учетом того, что, как считают, последствия можно было предвидеть? Ответить нелегко.

Недавно довелось ознакомиться с книгой И. А. Шамова «Врач и больной». Автор во многом касается положений, которые разрабатывались нами ранее (этика больного, эвтаназия и др.). Отдельные примеры небезынтересны. Так, рассматривается ситуация, когда ребенок родился с признаками болезни Дауна. Речь идет о тяжелом врожденном страдании, сопровождающемся внешним уродством, умственной неполноценностью и заращением пищевода. От голодной смерти ребенка может спасти только срочная операция. Если родители на нее согласны, действия медиков очевидны. А если нет? Должен ли врач игнорировать волю родителей?

В 1988 году появилась публикация (Д. Д. Raphael), из которой явствует, что в двух подобных случаях суд, исходя из «священности человеческой жизни», несмотря на отказ родителей от новорожденных, счел, что врачи обязаны были спасти им жизнь.

Ясно, что при таких коллизиях нравственные и юридические права сторон (родители, медики, ребенок) ждут еще своего решения.

Андре Моруа, выступая в 1967 году на конгрессе по медицинской этике и отметив, что «смерть изменилась», еще больше заострил проблему: «Представим себе обез-

главленное тело, в котором поддерживается — а это теперь возможно — работа сердца, легких и почек; что это — труп? Или живое существо?»

В последнее десятилетие за рубежом появляются публикации, в которых прямо или косвенно ставится вопрос о «рентабельности» выведения человека из состояния клинической смерти. Смысл статей сводится к тому, что оживление обходится дорого, последующая жизнь спасенного все равно неполноценна, а польза обществу от такого человека незначительна. В 1984 году «Журнал Американской медицинской ассоциации» поместил статью под названием «Жизнь, смерть и значение доллара»*. Постановка вопроса характерна.

Подобный подход для нас, конечно, неприемлем. Один из хирургов когда-то заметил, что от аппендицита умирает около четверти процента оперированных, но тот, с кем это случается, умирает на 100 процентов. В такой же мере можно утверждать, что для тех десятых долей процента лиц, которых удастся реанимировать, жизнь неповторима и ни одному из них нет дела ни до процентов, ни до той цены, какой оплачено счастье видеть звездное небо и лучик солнца.

И все же...

Известный офтальмолог профессор С. Н. Федоров дал интересное, хотя, быть может, и не совсем бесспорное интервью**. Один из его тезисов перекликается с тем, о чем писали и мы*** и о чем говорится в главе «Эффективность и эффективность». Ученый считает, что гуманизм в медицине не должен рассматриваться в отрыве от ее эффективности. Проявление гуманности лишь по отношению к десяткам больных, когда в каком-либо виде медицинской помощи нуждаются десятки тысяч, несправедливо.

Мне импонирует понятие «эффективность гуманизма», хотя одно положение следовало бы выделить. Как уже было показано, борьба за здоровье и жизнь людей обходится обществу и всем нам дорого. Очень дорого. Поэтому приходится вновь повторить: в здравоохранении

* J. Am. med. Ass. 1984. V. 252. N 2. P. 223—224.

** Огонек. 1985. № 37.

*** Медицинская газета, 1984. 21 апр. № 33.

и медицине необходимо определять приоритетные направления.

В Португалии в 1987 году было успешно проведено 16 операций по пересадке сердца. В этой же информации сообщено также об уровне массового здравоохранения в этой стране: консультации стоматолога приходится ждать около года; больные иногда умирают, не попав к врачу; в больницах не порядок столь серьезен, что министром здравоохранения введена должность инспектора с неограниченными правами (непонятно лишь, зачем ему огнестрельное оружие?). Как же оценить все это? Можно восхищаться отдельными хирургами, но не прикрывают ли в этих случаях пересадки сердца плохую систему охраны здоровья масс?

Вживление искусственного сердца одному пациенту эквивалентно по расходам спасению 113 обычных хирургических больных. По подсчетам специалистов, в будущем удовлетворение всех нуждающихся в искусственном (механическом) сердце, например, в США обойдется в 7,5 миллиардов долларов ежегодно. Уильям Де Врис, первым сделавший эту операцию, полагает, что куда правильнее было бы эти средства тратить на борьбу с курением, ожирением, алкоголизмом. Если учесть, что пересадка сердца не гарантирует жизни, а качество последней в любом случае снижается, то решение проблем здоровья большинства населения, массы людей гуманнее и эффективнее.

Другие, более «приземленные» примеры. «Скорая помощь» привозит одновременно двух пациентов, примерно одинаково пострадавших в автомобильной катастрофе. Кого оперировать в первую очередь? Получено новое высокоэффективное лекарство. Но оно дефицитно, и на всех больных его не хватает. Кому назначить лекарство в первую очередь?

А вот ситуация, описанная в английском медицинском журнале, рассматривающем нравственные аспекты применения «искусственной почки» (гемодиализа) при ограниченных возможностях на примере 4 больных: женщины 36 лет, матери двоих детей, страдающей хронической почечной недостаточностью; мужчины 55 лет, работающего, перенесшего неудачную пересадку почки в нуждающегося в гемодиализе в течение 2 дней в связи с тем, что у него такой аппарат вышел из строя; муж-

чны 58 лет, безработного, разведенного, злоупотребляющего алкоголем, страдающего хроническими болезнями почек, сосудов и психики; студентки 24 лет, нуждающейся в лечении острых нарушений функций почек в связи с отравлением грибами. Определение приоритетов проводилось с учетом прогноза в зависимости от назначения гемодиализа, качества предстоящей жизни и влияния исхода на семью пациента. На основе всех этих факторов было принято следующее решение: использовать попеременно лечение для первых двух больных, затем после двух дней заменить мужчину 55 лет студенткой.

Каждый ли врач согласится с такой очередностью? Я много думал над приведенным примером, но ни к какому определенному решению не пришел.

Речь идет не о редкой ситуации. Так, в США в пересадке почек нуждается 70 тысяч человек, можно же сделать таких операций не более 6 тысяч в год.

Реальная необходимость заставляет делать выбор, но при этом для советского врача единственный критерий — целесообразность, основанная на медицинских соображениях. В отличие от условий платного здравоохранения, никакие иные факторы, как, скажем, стоимость медицинской помощи, материальные возможности пациента и т. п., в расчет приниматься не могут. Поэтому нам трудно понять многочисленные публикации зарубежных авторов, которые оценивают возможности получения медицинской помощи в зависимости от дохода больного. Представляется также совершенно недопустимым на кроватях тяжелобольных вывешивать таблички с тремя буквами «D. N. R.» — «не оживлять», как это практикуется в некоторых больницах США.

Различают два вида эвтаназии. Первый — активный, когда применяются целенаправленные действия по ускорению смерти мучающегося пациента, страдающего тяжелой болезнью с безнадежным для жизни прогнозом. Второй — пассивный, который сводится к отказу от мер, способствующих поддержанию жизни такого больного. Отношение к этим формам эвтаназии во многом зависит от специальности врача, религиозной принадлежности и других факторов. При опросе в 1969 году в США 333 профессоров-медиков за пассивную эвтаназию высказались 86 и за активную — 14 процентов из них.

Ко всему, что касается гуманизма и рационализма в

борьбе за жизнь, следует добавить, что во врачебном прогнозе жизнеспособности могут быть и ошибочные оценки. В приведенном выше интервью говорится о тысячах детей, рожденных «бездыханными», которые, благодаря настойчивости медиков, оставались в живых и вырастали нормальными людьми.

Ребенок родился иссиня-черным, то есть в состоянии удушья, нежизнеспособным. Его спасли. Из него вырос Гёте. Сын последнего появился на свет без каких-либо осложнений, но вырос умственно неполноценным. Л. Д. Ландау спасла медицина, хотя выжил он вопреки всем ее канонам.

В одном из врачебных справочников мое внимание привлекла статья о раке печени. В разделе, касающемся прогноза при этой форме рака, было сказано: «Прогноз безнадежный, но возможны врачебные ошибки».

Польский профессор Тадеуш Келановски пишет: «Медицинской науке в ближайшем будущем предстоит решить целый ряд трудных моральных проблем, между прочим, также проблему многолетнего поддержания жизни людей, неспособных к самостоятельной жизни и экзистирующих лишь благодаря очень сложным и дорогим аппаратам. Продолжать ли жизнь таких калек или же выключить электрический ток, аппарат, сократить мучения — вот вопросы, на которые должна ответить медицина в недалеком будущем». Появился ряд призывов зарубежных ученых к тому, чтобы человеку была предоставлена возможность «умереть с достоинством». К. Барнард пошел на избавление от мук собственной матери, когда он счел свои возможности исчерпанными, а она умоляла о прекращении лечения.

Должен признаться: в моей врачебной жизни, как и, наверное, у каждого врача, были ситуации, где мои действия действительно противоречили пониманию неизбежности смертельного исхода. И все же я старался продлить каждый час и день жизни больного.

Часто это выше логики, не говоря уже о так называемой рационалистичности. Но так нас воспитали. ... А как эта проблема будет решаться в третьем тысячелетии?

Этика больного

Поведение — это зеркало, в котором каждый показывает свой облик.

Гёте

Известный сирийский писатель и врач Абу-ль-Фарадж, живший в XIII веке, писал, что в древности врач, обращаясь к больному, говорил: нас трое — ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, нас будет двое, я остаюсь один — вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна — мы ее ододем.

Всегда ли пациенты с врачом, всегда ли они ему помогают? Как относятся больные к нам?

Впрочем, не надумана ли сама постановка вопроса? Ведь хорошо известно, какой благодарностью людей и уважением окружен труд врача.

Мне хочется в связи с этим привести слова Маршала Советского Союза В. И. Чуйкова: «О героизме медиков... об их легендарных подвигах можно рассказывать без усталости. В моей памяти они запечатлелись навсегда — замечательные дела врачей, медицинских сестер, санитаров, борющихся вместе с нами плечом к плечу...»

Еще одно высказывание — Маршала Советского Союза К. К. Рокоссовского: «Поистине, наши медики были тружениками и героями... Низжайший поклон им за их заботу и доброту!»

А вот эпизод, рассказанный П. Бейлиным.

По фронтовой дороге мчался «виллис», в котором находился главный хирург одной из армий. Колесо машины виляло, могла произойти авария. Сзади кто-то настойчиво сигнализировал, но шофер гнал, ничего не замечая. Вдруг «виллис» обогнала другая машина и резко затормозила. Из нее вышел маршал В. И. Чуйков.

— Ты знаешь, кого везешь? Скажи, ты знаешь?

Шофер побледнел, соскочил с сиденья, взял под козырек:

— Так точно — знаю. Главного хирурга армии, гвардии полковника медицинской службы профессора Коломийченко.

— Жизнью своей не откупишься! — закричал

В. И. Чуйков. — Везти его должен бережно! Хирург — первый друг солдата!

Первый друг...

В годы Великой Отечественной войны 115 тысяч медицинских работников были отмечены боевыми наградами.

В мирное время труженики медицины тоже работают самоотверженно, воюя с несчастьями, болезнями, с горем. На одном из важнейших фронтов Великой Отечественной войны было 1,5 миллиона солдат и офицеров. В настоящее время по стране лечится в течение дня в среднем 6 миллионов человек и проводится немногим менее 50 тысяч операций. В течение года их осуществляется 18 миллионов, а выездов «Скорой помощи» — 87 миллионов. Так разве мы, медики, не являемся постоянными солдатами действующей армии?

Напомню лишь о чернобыльском несчастье. Возглавивший первую шеренгу пожарных майор Л. П. Телятников при выписке из клиники сказал: «... Мы жизнью обязаны врачам, сестрам, нянечкам. Первое время я даже не понимал: менялись ли они или нет? Ведь от меня и других буквально сутками не отходили. Сейчас прощался с медиками — слезы стояли на глазах».

Я не склонен идеализировать ни медицину, ни нас, медиков, но могу понять шофера Л. Соколова из Львова, который, очевидно в порыве благодарности, написал в «Известия»: «Я бы руки-ноги поотрывал каждому, кто возводит напраслину на врачей. Хочешь покляузничать — стань к хирургическому столу и постой ночь, ковыряясь в крови и гное. А не хочешь, так отойди и помолись за их здоровье».

Заметьте: речь идет не «вообще», а о напраслине. И в этом отражается понимание всех тягот врачебного труда.

Но, к сожалению, так же, как среди нас попадают люди, недостойные белого халата, бывают и больные, которые своим поведением мешают врачу в его деятельности на пользу людям.

...Как известно, в лечебных учреждениях заведены книги жалоб и предложений. Просматривая в одной из таллиннских больниц такую книгу, я обратил внимание на необычную благодарность: пять больных благодарят за то, что из палаты, ... выписали шестую. Вот выдержка

из этой записи: «Мы, больные 8-й палаты, почувствовали облегчение после выписки К. ... Трудно было присутствовать при оскорблениях, которым подвергала она медицинский персонал. Поражаешься терпению врачей и сестер, сумевших сохранить при этом спокойствие...»

Кто же такая К.? Ей 28 лет, по специальности — агроном. Она, действительно, больной человек, но состояние ее не требовало больничного лечения. Понимали это врачи, понимала это и К. В то же время по каким-то личным мотивам пациентка старалась продлить пребывание в стационаре. Для этого и были пущены в ход жалобы и претензии.

К жалобам у нас принято относиться уважительно; тем более нельзя не реагировать на такую, которая написана больным человеком. К. оказалась одной из тех, о которых эстонский писатель Юхан Смуул заметил, что они хорошо знают «права советского больного». Она использовала нашу гуманность как средство давления на медиков.

Мы знаем, что по любой жалобе будет организована проверка, создана комиссия. Пусть письмо и не подтвердится, но у врача отнимут время, а больного в крайнем случае слегка пожурят. Слегка. Ведь он — больной, а врач обязан находить общий язык с пациентами. Это и дало, видимо, Ю. Крелину основание писать, что при разбирательствах в высших медицинских инстанциях преобладает презумпция виновности врача.

К. умудрилась написать жалобу на всех врачей и всех сестер отделения, где она лечилась. Причем не только на них, но и на дежурный персонал из других отделений.

Неужели же все эти люди были бездушными и черствыми чиновниками, неужели и соседи по палате ошиблись, когда квалифицировали поведение К. как недопустимое?

... Час ночи. После довольно трудного рабочего дня дежурный врач «отдыхает» — пишет истории болезни... Вбегает взволнованная дежурная медсестра.

— Пожалуйста, срочно в наше отделение! Там одна пациентка...

Через две-три минуты врач уже был в отделении, куда его вызвали. Почти все двери палат открыты, из них выглядывают испуганные, заспанные лица больных,

Не успел врач спросить больную, что случилось, как в адрес медицинских работников полился поток брани. Удалось выяснить, что медсестра отказалась без разрешения врача сделать инъекцию, которую требовала пациентка.

Предложение дежурного доктора осмотреть ее было встречено категорическим отказом. А когда через 10 дней тот же врач оказался в той же палате, уже после выписки одиозной пациентки, ему от соседей довелось услышать рассказ о том, как она сама «руководила» своим лечением.

— Ведь ее койка-то первая, с нее обход и начинался. Не раз наш доктор была в слезах. Мы уже просили врача: не начинайте с нее обхода, а то ведь вам потом других больных смотреть трудно...

Как-то я оказался в одном из курортных поселков Эстонии. Поздно вечером ко мне пришел знакомый ленинградский профессор физик с просьбой осмотреть его заболевшую соседку. Я поинтересовался, обращались ли к врачу поселка, живущему при амбулатории в ста метрах от больной. Выяснилось, что нет. От консультации я отказался, посоветовав обратиться к доктору, в чьи прямые функции это входило. Знакомый на меня рассердился, сказав, что мною нарушены этические нормы поведения врача.

Так ли это? Мне приходилось оказывать помощь больным в поезде и самолете, на море и в пустыне. Но тогда, когда знал, что я, действительно, нужен. В данном же случае обращение ко мне являлось проявлением неуважения к моему коллеге, с одной стороны, и злоупотреблением знакомством со мной — с другой.

И еще один пример. В городе грипп. Заболели и некоторые врачи. Приходилось работать за себя и за своих товарищей. В это время вызвали консультировать больного в один из районов республики.

Приезжаю. В амбулатории мне рассказывают, что речь идет о человеке, у которого неделю назад развился инфаркт сердца. Пациент находится дома. Состояние удовлетворительное. Диагноз сомнений не вызывает. Больного осматривали два врача, подтверждает диагноз и электрокардиограмма.

— Позвольте, коллеги, если диагноз ясен, а состояние пациента удовлетворительное, зачем же вы вызвали кон-

сультанта, когда у нас сейчас свои трудности и много больных, причем тяжелых?

— Речь идет о персональном пенсионере. Нам он не верит, принимает гомеопатические пилюли и не соблюдает режима. Это может для него оказаться роковым...

Мы, три врача, приходим к больному. Начинаем беседовать. Чуть замедленная, с легким ироническим оттенком речь, слегка прищуренные глаза. На вопросы отвечает неохотно. Интересуется моим отношением к йодистому золоту (гомеопатическое средство). Мои слова о серьезности положения, опасности гомеопатических экспериментов, необходимости абсолютного постельного режима, пиявок и прописанных медикаментов были встречены в штыки.

Потрясая какой-то статьей из журнала «Огонек» и вспоминая индийскую медицину, больной обвинил нас в том, что мы прибегаем к помощи средств, использовавшихся две тысячи лет назад. Человеку было невдомек, что между пиявками и «обновлением» крови столько же общего, сколько между «Огоньком» и индийской медициной. Не постиг, он, видимо, и того, что не все то золото, что блестит. Даже когда золото не простое, а находится в соединении с йодом.

В подобных ситуациях врачей принято упрекать в том, что они не нашли «подхода» к больному. Мне казалось необходимым объяснить пациенту действие пиявок и смысл наших назначений. Он и слушать не хотел. Пиявки в его представлении ассоциировались с каменным, но не с космическим веком.

Думаю, что все приведенные случаи являются свидетельством неуважительного отношения к труду врача.

Один из читателей «Известий»* излагает свою позицию четко и ясно: «Врач должен чувствовать, что вслед за каждым рядовым пациентом может войти прокурор».

Прочитав это, я поначалу возмутился. А потом вспомнил: да это же втолковывали мои учителя еще на студенческой скамье! Впрочем, кому из нас, медиков, этого не внушали? Так не надо после этого удивляться, что некоторые врачи много пишут! А как иначе защититься от жалоб и того же прокурора?

В этой же статье упомянуто письмо человека, страдав-

* Известия. 1987. 21 ноября. № 325.

шего тяжелым психическим недугом. При попытке украсть мешок картошки его избил владелец огорода. Жалобу же он написал на врачей, которые, по его мнению, лечили его от побоев неправильно. Занималось этим делом несколько комиссий! И ведь, уверен, скрупулезно изучали написанное в истории болезни.

Существует понятие «душевная глухота». Она является абсолютным противопоказанием для врачебной деятельности. А если пациент проявляет ее по отношению к врачу?

... В сельскую больницу поступает больной. Открытые переломы голени. Большая кровопотеря. Шок. Транспортировать пациента невозможно из-за его крайне тяжелого состояния. Сельский врач берется за операцию. Нужна первая группа крови. Последнюю ампулу как раз в этот день ввели роженице. У врача первая группа. Он ложится на стол и отдает свою кровь пациенту. Врач теряет сознание, но жизнь больного спасает.

Пациент выписывается здоровым и пишет жалобу в прокуратуру с требованием привлечь врача к ответственности за то, что в больнице не оказалось крови*.

По-моему, применительно к этому больному даже слово «глухота» звучит мягко. В моем сознании эта жалоба до сих пор не укладывается. Как способен на это человек?

Долгие годы моей работы в качестве терапевта в Таллине связали меня с врачебной семьей Мардна. Многому я у них научился. Оба практические врачи, оба заведовали терапевтическими отделениями, в которых я работал, оба заслуженные врачи республики. Ада Эдуардовна — внимательный, подчас иронический взгляд, ершистый характер, удивительная врачебная интуиция, редкостный диагност. Леонхард Бернхардович — утонченный интеллигент, умница, великолепно знавший медицинскую и художественную литературу, учившийся до войны в Сорбонне. В сороковых годах их постигло несчастье. Л. Б. Мардна, как и многие другие в Эстонии, был невинно осужден и сослан в Сибирь. В Норильске он тоже работал врачом. Было там в те годы беспокойно, а выходить по вечерам — просто опасно.

* Медицинская газета. 1975, 5 сент. № 72.

Между тем такая необходимость у врача бывала, и не раз.

Как-то ночью его остановили «ночные рыцари» и уже было приступили к снятию одежды, как вдруг узнали врача. Извинились. Проводили до дома. В дальнейшем какая-то незримая рука охраняла Леонхарда Бернхардовича: никогда никто не осмелился его тронуть. У него даже появилось ощущение, что кто-то следил по вечерам за тем, чтобы с ним ничего не случилось.

Для контраста другой случай. Речь идет о писателе. Он тоже признателен врачу. И дарит ему свою книгу с теплой благодарственной надписью. А после этого пишет статью, ставшую для доктора источником тяжелых переживаний. И это — «инженер человеческих душ»!..

В ФРГ опубликована статья с примечательным названием: «Использование огнестрельного оружия врачом для самозащиты при посещениях больных на дому» (Н.-J. Rieger). Речь идет об экстремальных ситуациях, к тому же не у нас, а там...

Но ведь злые языки, как мы знаем, бывают «страшнее пистолета».

Встречаются пациенты, которые, видимо, попросту не понимают, где кончаются их права гражданина и, если хотите, больного и где начинается бестактность.

В кабинет вошел мужчина лет 40. Вытянув указательный палец и спросив врача, как его фамилия, он коротко процедил сквозь зубы: «Так вот, здоровым мне надо быть к 17-му числу...»

Больная Н. по ночам храпит. Она в этом, конечно, не виновата. Но храп мешает спать пятерым больным, двое из которых в тяжелом состоянии. Пациентку решили перевести в двухместную палату. Реакция Н. оказалась неожиданной:

— Если я им мешаю спать, то переведите их, а не меня, тем более, что я в эту палату поступила первой.

Н. все-таки перевели, после чего она написала жалобу в газету на восьми страницах.

Поликлинический прием. Входит женщина.

— Я пришла, чтобы вы сделали мне электрокардиограмму.

— Что вас беспокоит?

— Сейчас мне нужна только электрокардиограмма.

— Вы медик или вам кто-либо рекомендовал ее сделать?

— Нет, но я сама хорошо знаю, что мне нужно...

Примеры, подобные приведенным и отличающиеся лишь степенью бестактности, к сожалению, могли бы привести многие врачи.

Во время посещения госпиталя при автомобильных заводах Форда в Детройте мне было поручено приветствовать работавших там медицинских работников. Огромный зал в виде амфитеатра. Сотни людей. Понимаю, что завладеть вниманием американцев можно, только если выступать нешаблонно.

Начал с того, что приветствовал медиков от имени всей делегации, хотя в ней — представители других профессий.

— Впрочем, — заметил я, — у нас в медицине разбираются все, вне зависимости от специальности, больные и здоровые. Не знаю, как обстоит дело в США...

Тут меня прервала бурная одобрительная реакция всего зала. Раздались реплики:

— И у нас то же самое...

Уже после приветствия ко мне подошел один из врачей и не без удовлетворения отметил:

— Приятно, что в этом у нас одинаковые проблемы. Врачи разные, а больные одинаковые: все всё знают и всё — без сомнений...

Насколько мне известно, проблема этики больного была впервые в нашей литературе поднята в моей одноименной статье. Большую ее часть И. А. Кассирский (разумеется, сославшись на мою публикацию) включил в свою книгу «О врачевании», подчеркнув важность привлечения внимания к нравственным обязательствам пациентов по отношению к врачу. На эту статью поступило более 400 писем. Во многих из них на основе встреч с врачами, культурный и профессиональный уровень которых был не на высоте, читатели со мною спорили. Однако, вопреки ожиданиям, большинство из них поддержало основные идеи публикации.

Ежи Виксель из Освенцима (Польша), касаясь этой статьи, писал в «Здоровье», что «надо с малых лет воспитывать у наших граждан уважение к врачам».

Некоторые родители из «педагогических» соображений ставят в один ряд бабу-ягу, тетю доктора и дядю ми-

лиционер. Мелочь? Не знаю. Не здесь ли закладывается начало тому неуважению к труду врача, которое мы встречаем со стороны некоторых взрослых?

Владимир Дягилев рассказывал о том, как в годы войны один из интендантских начальников выдал ему сапоги сорок пятого размера.

— Послушайте, — взмолился врач. — Да как же я в них работать буду?

— Обойдешься. В первую очередь мы снабжаем строевых офицеров.

Надо же было так случиться, что через день после этого разговора интенданта с легким ранением доставили в медсанбат. Еще издали, с носилок, он закричал:

— Доктор, я там распорядился насчет сапог! Хромовые получишь. Скажи, а ногу не того... не отнимут?

Сколько еще у нас таких начальников, — заканчивает Дягилев, — думающих о враче, когда «припрет»!

По-моему, о враче и не надо постоянно думать. Наверное, это столь же утомительно, как думать всегда о болезнях. Но едва ли стоит сегодня жить по евангелию, в котором сказано: «Здоровые не нуждаются во враче, а только больные». Убежден, что здоровым врач нужен больше: меньше было бы больных.

Задумываясь над причинами, вызывающими неуважение некоторых больных к медицине и ее представителям, приходишь к выводу, что тут и недооценка сложности врачебного труда, и упрощенное в силу этого представление о медицине, и, в известной мере, плоды неразумно проводимого медицинского просвещения населения.

Однако прежде всего речь должна идти о недостаточной культуре больного, который, очевидно, может вести себя так не только с врачом, но и в семье или на работе.

В подобных случаях воспитанием должна заниматься вся общественность, к помощи которой и следует апеллировать.

Нельзя, прикрываясь болезнью, как охранной грамотой, допускать неуважительное отношение к медицинским работникам. С появлением социального неравенства как отношение врачей к больным, так и пациентов к врачам носило дифференцированный характер. Представители господствующих классов видели во врачах слуг, простонародье — господ (А. А. Баталов). Мораль-

ный кодекс человека социалистического общества предполагает гуманные отношения и взаимное уважение между людьми. Мораль советского медика неотделима от морали советского человека. Нельзя быть врачом, не руководствуясь этими принципами. Но думается, что они обязательны и для тех, кто обращается к врачу.

Для того чтобы вселить в больного бодрость, врач сам должен быть в хорошем настроении.

Настроение... Какое огромное значение оно имеет в нашей жизни. Говорят, что на работе оно не должно сказываться.

А как быть, если не получается? Если размолвка жены и мужа или несправедливая обида оказываются сильнее рассуждений о том, что «жизнь коротка» и «по сравнению с вечностью эти мелочи не стоят выеденного яйца»?! Ведь на больном это действительно не должно сказываться!

Переступая порог палаты или своего кабинета, врач должен забыть все личное, он должен нести теплоту, спокойствие, радость. Врач, пребывающий в плохом настроении, в лучшем случае будет лечить тело, но не душу больного. А ведь этого мало. Поэтому не следует без всяких оснований портить нервы тому, кто должен сам обеспечить людям умиротворение и веру в преодоление недуга. Веру в завтрашний день.

Нравственность и должное

Самое лучшее украшение —
чистая совесть.

Цицерон

Об этике и должном поведении врача написано бесчисленное количество научных трактатов, размышлений, публицистических статей.

Существует мнение, что выделять медицинскую этику в самостоятельное понятие неправомерно, ибо этика людей, объединенных по определенному профессиональному признаку, не может не совпадать с моральными принципами того или иного общества, эпохи или класса. Это положение, безусловно, правильно. В то же время нельзя не учитывать характерных черт того или иного

рода деятельности, особенно когда речь идет о столь специфической сфере, как медицина и здравоохранение. Еще Ф. Энгельс указывал, что каждой профессии присуща собственная мораль.

После того как в начале XIX столетия английский философ-моралист и утилитарист И. Бентам ввел в обиход термин «деонтология» — учение о должном, появилось множество публикаций, рассматривающих ее взаимосвязь с этикой. Конечно, в последней проблема долга является одной из основных. Однако учение о медицинской деонтологии, являясь отражением этических концепций, носит, думается, более прагматический и конкретный характер. Если медицинская этика не несет в себе специфики, обусловленной той или иной врачебной специальностью (не существует отдельно этики для терапевта и отдельно для хирурга или окулиста), то деонтология обрела специализированные особенности, обусловленные ее более прикладными чертами. Об этом свидетельствует то, что медико-деонтологические проблемы рассматривают чаще всего во взаимосвязи с той или иной медицинской профессией: различают деонтологию хирурга, педиатра, онколога, рентгенолога, венеролога и т. д. Деонтология является разделом этики, и, хотя понятия эти не тождественны, их следует рассматривать в диалектической взаимосвязи.

В каждую историческую эпоху, в зависимости от господствующей в данном обществе классовой морали, врачебная этика отличалась характерными особенностями.

Нравственные требования к тем, кто занимался врачеванием, смогли быть впервые сформулированы тогда, когда оно стало профессией, т. е. когда в рабовладельческом обществе произошло разделение труда. С незапамятных времен врачебная деятельность высоко чтилась, ибо в основе ее находилось стремление избавить ближнего от страданий, помочь при недугах и ранениях, при возможности — продлить жизнь. Медицина носила эмпирический характер, была малоэффективной, но уже сам характер профессии вызывал уважение и поклонение. Не случайно врачей древности обожествляли, например римляне — Эскулапа, греки — Асклепия и его дочерей — Гигею и Панацею.

Наиболее древним источником, в котором сформули-

рованы требования к врачу и его права, считают относящиеся к XVIII веку до н. э. «Законы Хаммурапи», принятые в Вавилонии.

Большой интерес для суждения о медицинской этике в историческом плане представляют древнейшие памятники индийской литературы — свод законов Ману (1000—500 лет до н. э.) и «Аюрведа» («Наука о жизни»). Существуют три редакции этой медицинской энциклопедии древности (IX—III века до н. э.), наиболее полную создал врач Сушрута. В одной из книг «Аюрведы» говорится о том, каким должен быть врач, как следует ему себя вести, как и что говорить больному. Примечателен дифференцированный подход к заболевшим: можно и нужно лечить бедных, сирот, чужестранцев и в то же время нельзя прописывать лекарства тем, кто в немилости у раджи. Даже в те далекие времена медицина должна была различать слабых и сильных мира сего.

Такие оговорки нужны были, очевидно, потому, что общечеловеческие принципы, присущие врачебной профессии, вытекали из ее изначальной гуманности, естественного стремления облегчить страдания и помочь любому больному человеку.

Труднопереоценимую роль в истории медицины, в том числе в создании этических норм, сыграл выдающийся древнегреческий врач Гиппократ. Ему принадлежат максимы «Где есть любовь к людям, там — и любовь к врачебному искусству», «Не вредить», «Врач-философ подобен богу»; он создатель пережившей века клятвы врача, носящей его имя.

В отличие от многих медиков, ученых и философов, обращавшихся к проблемам врачебной этики, Гиппократ уделил также большое внимание отношению врача к родственникам больного, к своим учителям, взаимоотношениям между врачами.

Этические принципы, сформулированные Гиппократом, получили дальнейшее развитие в работах римских врачей Асклепиада, Цельса, Галена и др.

В период средневековья следует отметить Салернскую медицинскую школу, называвшуюся Гиппократовой общиной. Наравне с разработкой вопросов отношения врача к больному, отражавших взгляды того времени,

особое внимание было уделено соблюдению пациентами и здоровыми врачебных рекомендаций.

Огромное влияние на развитие медицинской этики оказали врачи Востока и, прежде всего, выдающийся ученый-энциклопедист X—XI веков Абу Али Ибн Сина (Авиценна), создатель «Канона врачебной науки». Этому замечательному произведению посвящено множество исследований как в СССР, так и за рубежом. Рассматривая различные стороны врачебной деятельности, Ибн Сина подчеркивал неповторимость и индивидуальность обращающихся за медицинской помощью: «... Каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично». Ему же приписывают изречение: «Врач должен обладать глазом сокола, руками девушки, мудростью змей и сердцем льва».

Совершенно очевидно, что требования к медицинской этике на территориях проживания народов нашей страны прошли тот же путь, что и в других государствах.

«Изборник Святослава» (XI век) содержит указание на то, что монастыри должны давать приют не только богатым, но и бедным больным. Свод юридических норм Киевской Руси «Русская правда» (XI—XII века) утвердил положение о праве на медицинскую практику и установил законность взимания медиками с заболевших платы за лечение. Довольно определенными были требования к врачу, сформулированные Петром I в Морском уставе, хотя обязанности рассматривались в нем в известном отрыве от врачебных прав.

На выполнение профессионального долга врача и, как это ни кажется на первый взгляд парадоксально, на оценку некоторых этических норм влияют также уровень и возможности медицинской науки. Так, Гиппократ считал, что лечение неизлечимых больных приводит к потере врачебного авторитета. По его мнению, «медицина не должна протягивать руку тем, кто уже побежден болезнью». В Древней Индии рекомендовалось не заниматься дальнейшим лечением пациента, который не выздоровел в течение года. Можно полагать, что эти взгляды являлись не только и не столько отражением морали общества того времени, сколько и возможностей медицины. В течение последних лет все интенсивнее обсуждаются проблемы облегчения смертельного исхода

нежизнеспособного больного. Эти новые аспекты врачебной морали возникли явно в связи с большими успехами современной реаниматологии.

В отличие от права, критерии нравственности не всегда обретали форму писаных постулатов. О присущих определенному времени этических нормативах позволяют лишь косвенно судить история, юриспруденция, литература. Как отмечал Сенека Младший, «круг наших нравственных обязанностей гораздо шире того, что предписывают законы».

Приведу два примера из области судебно-медицинской практики. В качестве эксперта в числе других меня привлекли в одном случае к оценке состояния здоровья женщины-бухгалтера, похитившей на десятки тысяч рублей продукты питания у ребят детского дома. В другом случае надо было осматривать офицера-эсэсовца, при личном участии которого были расстреляны десятки тысяч людей — военнопленных, женщин, детей. Оба подследственных были заинтересованы в максимальной отсрочке суда. Признаюсь: я не мог смотреть на них только как медик, хотя обязан был быть в первую очередь врачом.

Когда в 1987 году в Таллинн прибыл переданный властями США убийца и военный преступник К. Линнас, одна из моих сотрудниц была направлена проконсультировать его.

— Что вы мне посоветуете? — спросила она.

— Сделайте все, чтобы он поправился. Он должен предстать перед правосудием.

После консультации я заинтересовался, какое впечатление произвел Линнас.

— Маленький жалкий старикашка, — прозвучал ответ.

Осматривать его должен был еще один мой коллега, который, однако, от этого категорически отказался: в Тартуском концлагере погиб его родственник.

Психологически эти разные реакции двух врачей любопытны: для одного — прошлого не было, перед другим оно предстало конкретно. Или прав циник, которому приписывают высказывание: миллионы смертей — статистика, только одна смерть может стать трагедией?

И еще один пример того, что присяги, клятвы и

кодексы чести не все могут предусмотреть. «Советская культура»* сообщила о том, как на конференции, организованной в Ленинграде, с шовинистическими высказываниями выступил один из академиков АМН СССР. Газета назвала его фамилию. Мне этого делать не хочется, ибо такой человек не заслуживает, чтобы его фамилию знали даже со знаком минус. Известен он и как «моралист». Встает, однако, вопрос: совместимы ли любые нравственные проповеди с национальной предвзятостью и нетерпимостью?

Следует ли специально оговаривать во врачебной клятве либо присяге, что будущий врач не будет взяточником, доноситчиком или человеконенавистником?

Медицинской деятельности любое проявление национальной ограниченности противопоказано. Верно, Лаэннек — француз, Пирогов — русский, Кох — немец, Морганьи — итальянец, Листер — англичанин и т. д., но каждый из них творил не для какой-то национальности. Они видели перед собой страждущего человека, и принадлежат они всему человечеству. Вглядитесь во внутреннюю часть обложки этой книги. Это почтовые марки из уникальной коллекции на медицинские темы заслуженного врача Эстонской ССР Эвальда Вяэрта. На марке Йемена — грек Гиппократ, на марке Аргентины — русский Павлов, на марке СССР — англичанин Гарвей. И таких марок сотни. Они лишь штрих к тезису о том, совместимы ли шовинизм или национализм и медицина.

За последние десятилетия принят ряд деклараций, кодексов, правил, которые призваны определять этические нормы поведения врачей. Во многих странах существуют национальные медицинские кодексы. Часть документов носит международный характер. К ним следует отнести «Женевскую декларацию» (1948), «Международный кодекс медицинской этики» (Лондон, 1949), «Хельсинкско-Токийскую декларацию» (1964, 1975), «Принципы медицинской этики», одобренные Генеральной Ассамблеей ООН (1982), и др. Необходимо отметить что международные акты по вопросам медицинской этики не всегда учитывают конкретные условия жизни той или иной страны, национальные особенности

* Советская культура, 1987, 24 ноября. № 140. См. также «Огонек». 1988. № 11.

и т. д. Так, «Женевская декларация», в основу которой положена «Клятва Гипократа», запрещает аборт, между тем во многих странах они легализованы. Но на этом документе лежит, разумеется, и отпечаток XX века. Так, в декларацию внесены фразы: «Я не позволю, чтобы религия, национализм, расизм, политика или социальное положение оказывали влияние на выполнение моего долга», «... Даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности». Последний тезис, являясь отголоском второй мировой войны, закрепляет положения «Десяти Нюрнбергских правил» («Нюрнбергский кодекс», 1947), в которых подчеркивается недопустимость преступных опытов на людях.

«Международный кодекс медицинской этики» («Международный кодекс по деонтологии»), конкретизировавший ряд положений «Женевской декларации», был одобрен Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения. На этот акт наиболее часто ссылаются исследователи проблем медицинской этики в буржуазных странах. В нем обращается внимание на вопросы оплаты врачебной помощи, на недопустимость переманивания пациентов, саморекламы и т. п., что довольно ярко иллюстрирует ряд нравственных сторон врачебной деятельности в условиях частнокапиталистической медицины, ее несоответствие разрабатываемым и рекомендуемым моральным принципам, расхождение между в общем-то правильными этическими установками и социальной действительностью.

Многие прогрессивные зарубежные врачи, такие, как лауреат Нобелевской премии мира А. Швейцер, почетный член научного общества хирургов СССР Р. Лериш, известный педиатр, борец за мир Б. Спок и др., призывали к тому, что болезни людей нельзя превращать в средство наживы, но они не смогли поколебать основ буржуазного миропонимания.

Социалистическое общество несовместимо с противоречиями между профессиональным долгом медицинских работников и общественными отношениями. Эти основополагающие принципы предопределяют отсутствие принципиальных отличий в нравственных началах деятельности врачей различных стран социализма. Тем не менее, естественны некоторые различия в законодатель-

стве, в отдельных положениях, касающихся прав и обязанностей врачей.

Как указывал Н. А. Семашко, применительно к социалистическому обществу понятие о врачебной этике нельзя отрывать от нравственных принципов гражданина СССР. При этом он выделял в данной проблеме три основных вопроса: отношение врачей к больным, к коллективу (обществу) и отношения врачей между собой. Думается, следует также выделить не менее важные вопросы отношения врачей к родственникам и близким больному людям.

Нами уже отмечено, что ряд новых нравственных проблем в медицине порожден научно-технической революцией.

В условиях возросших возможностей медицинской науки и практики возникли этические вопросы, связанные с медицинской генетикой, регуляцией рождаемости и особенно с экспериментами на людях. Помимо ранее принятых международных актов, XV конференция Совета международных организаций медицинских наук (Манила, 1981) приняла декларацию, одобренную специальным комитетом Всемирной организации здравоохранения, согласно которой «интересы испытуемых должны всегда превалировать над интересами науки и практики». Целесообразности и результатам исследований на людях с этической точки зрения должна давать оценку независимая комиссия.

Совершенно неожиданными оказались случаи отказа некоторых американских врачей лечить больных СПИДом, хотя оценка такого поведения в моральном плане однозначна.

Современная система здравоохранения поднимает ряд новых вопросов, связанных с соблюдением врачебной тайны.

В связи с увеличением числа лиц, имеющих доступ к информации о больном (врачи различных специальностей, регистратор, статистик, многие вспомогательные кабинеты, профсоюзные организации и др.), проблема выходит за рамки только врачебной. Кроме того, как уже подчеркивалось выше, возросшая образованность пациентов сопровождается их повышенным интересом к диагнозам, результатам исследований, прогнозу течения болезни. Учитывать необходимо оба обстоятельства, ибо

врачебная тайна предполагает неразглашение сведений не только окружающим, но и самому больному, если они не находятся в противоречии с интересами общества.

Есть и частные неожиданные вопросы соблюдения врачебной тайны, которые можно проследить на примере СПИДа.

В конце 1988 года мне довелось побывать на выставке «World Press Photo». Немало работ зарубежных мастеров было посвящено больным СПИДом. Откровенно говоря, трудно было понять, зачем было фотографировать этих людей (в относительно еще хорошем состоянии) во время еды, бритья и т. д. Каково было этим несчастным (а для меня они прежде всего больные) ощущать столь пристальное внимание к себе, сознавая, что оно вызвано их обреченностью! Чем была обусловлена в этих случаях необходимость нарушения врачебной тайны? Где здесь милосердие и гуманность?

В то же время в США фотографии умерших от СПИДа показывают по телевидению. Делается это для того, чтобы находившиеся в интимной связи с заболевшим (-ей) могли своевременно обратиться за медицинской помощью. Есть ли в этом нарушение врачебной тайны? Вероятно, нет, ибо это — в интересах других людей, общества. Мы пока к этому не готовы. Зато в интервью, данном известным академиком одной из центральных газет, были названы имя и фамилия ленинградки, первой погибшей у нас от СПИДа. Известно, что она была женщиной легкого поведения. Однако тот, кто был с ней близок, едва ли заглядывал в ее документы...

В связи с медицинской тайной встает вопрос и об информации, касающейся состояния здоровья крупных государственных деятелей. На Западе из этого секрета не делают. Что говорить, общественности, вероятно, есть смысл знать, какова возможная дееспособность будущего президента или премьер-министра страны. Вне сомнения, в ряде случаев сказывается не дело, а погоня за сенсацией. Зачем, скажем, было всей американской прессе обсуждать предстоящее удаление молочной железы у жены президента Форда?

В то же время возникают невольные параллели с тем, как решаются эти вопросы у нас. Всем очевидно, что мы проповедуем противоположную крайность. О неиз-

лечимых и очевидных даже для неспециалистов болезнях руководителей страны мы узнаем из зарубежных источников информации или питаемся слухами. Конфликт с гласностью тут налицо. Вопрос, конечно, деликатный, но о каких-то новых подходах к нему нельзя не думать.

Подчеркну: гласность не отменила врачебную тайну, она лишь видоизменила некоторые старые и подняла новые вопросы.

Успехи трансплантологии и возросшие возможности продления жизни, а точнее функционирования органов при отсутствии сознания, привели к необходимости закрепления юридических и этических сторон этих проблем в виде специальных международных актов, а в ряде стран — в законодательном порядке.

Еще на заре развития трансплантологии пересадка роговицы глаз от умерших или отдельных органов, переливание крови были регламентированы постановлением Совета Народных Комиссаров СССР (1937). В последующем Министерством здравоохранения СССР был издан ряд специальных документов. Аналогичные акты, инструкции приняты примерно 30 государствами (США, Канада и др.).

Единое определение понятия смерти во всех странах отсутствует. Наиболее общепринятые критерии содержит «Сиднейская декларация» (1969). Этот вопрос также имеет большое этическое значение как при решении вопросов трансплантации, так и эвтаназии. За последние годы рекомендации многих зарубежных авторов сводятся к тому, чтобы предоставить больным безнадежными заболеваниями право принимать решение о прекращении терапии. Однако лицом, осуществляющим его, остается врач, что создает тяжелую нравственную коллизию, в основе которой — обязанность врача бороться за сохранение и продление человеческой жизни. Международных документов по этому вопросу до сих пор нет.

Как и для любого человека, для врача или медицинской сестры соблюдение нравственных принципов жизни не может ограничиваться рамками врачебного кабинета или должностных инструкций.

Медицинская профессия обязывает подчас к тому, чтобы быть на высоте и тогда, когда пациент или

родственники его необъективны или несправедливы.

В одной из статей, опубликованных в «Советской Эстонии», мною был приведен пример явной бестактности со стороны пациента. В ответ он написал жалобу и потребовал встречи с редактором газеты. Последний обратил внимание жалобщика, что его фамилия и даже инициалы в статье не приведены. «Соседи говорят, что это — я, да я и сам себя узнал», — ответил бывший больной. Согласитесь, ситуация фельетонная.

В редакции решили все это описать, назвав уже фамилию пациента. Я настоял на том, чтобы этого не делать, ибо опасался, что новая статья может ударить по здоровью этого человека.

Другой случай еще более демонстративен.

В Минздрав Эстонии поступает жалоба на врачей, в которой жена обвиняет их в смерти мужа. Попутно супруга-стоматолог описывает, как она лечила его в порядке оказания первой помощи. К сожалению, одно из примененных ею лекарств было прямо противопоказано и если не обусловило, то во всяком случае усугубило течение болезни.

Встал вопрос: сказать или нет об этом той, кто жаловалась и требовала лишения врачей дипломов? Мне казалось, что этого делать нельзя, так как в дальнейшем всю жизнь эта женщина мучилась бы от сознания своей виновности, хотя в смертельном исходе не были повинны ни она, ни врачи.

Как видим, жизнь преподносит весьма нестандартные ситуации, которые создают перед нами, врачами, проблемы и человеческие, и нравственные, отсутствующие в других сферах деятельности. Приходится тщательно взвешивать и выбирать даже меры самозащиты, на которые, казалось бы, имеет право каждый человек.

В основе наказуемых профессиональных деяний (или бездействия) медицинских работников всегда находится нарушение принципов медицинской этики. В то же время несоблюдение принципов нравственности чаще не является предметом юриспруденции или законодательства.

За рубежом (ФРГ, Франция и др.) участились случаи предъявления врачам иска за запоздавшую госпитализацию, неправильное лечение и т. п. Требования компенсации рассматривают суды, медицинские ассоциации, специальные комиссии «примирения» и др.

Так, с 1940 по 1981 год ежегодное количество исков против врачей в федеральные окружные суды США возросло с 35 до 180 тысяч. Общая сумма страховых взносов врачей на случай профессиональной ответственности превышает 1 миллиард долларов. Пациент пытается извлечь выгоду из любой ситуации, в которой медику можно предъявить претензии. Практически судебные иски возбуждают против каждого четвертого врача (R. E. Windom, D. C. Jones, 1983). Появились исследования, согласно которым реакция доктора при предъявлении ему судебного иска по своей интенсивности и последствиям сходна с переживаниями при смерти члена семьи. Травля врачей в США достигла таких размеров, что доктора назначают на всякий случай массу ненужных обследований или вообще отказываются от медицинской помощи тяжелобольным. На этом фоне, как отмечают американские авторы, резко усилилась бюрократизация в работе медиков.

Станислав Кондрашов сообщил о странном для нашего понимания судебном деле в США. Актриса потребовала материальное возмещение за «моральный ущерб», связанный с тем, что в процессе искусственного увеличения ее груди последней не была придана та форма, о которой с врачом договаривались. В том, что об этом сообщила пресса, «моральный ущерб» не был рассмотрен...

На состоявшейся в Праге (1974) IV медико-правовой международной конференции были высказаны мнения о том, что в условиях появления новых морально-этических проблем в медицине целесообразно создание медицинского права. Эту точку зрения поддержали и представители СССР. Жаль, что в решении этого вопроса нет ошутимого прогресса.

Присяга, которой не дают представители других мирных специальностей, подчеркивает уникальность врачебной деятельности. Как ни в одной иной профессии, во врачах смыкаются общечеловеческие, гражданские и профессиональные нравственные начала. Именно поэтому врачи принимают особенно большое участие в движении за мир на земле, за предотвращение ядерной войны. Мне довелось видеть Хатынь и Лидице, Бухенвальд и Хиросиму. Врач, для которого каждая спасенная человеческая жизнь — это радость, праздник, сча-

стве, не может оставаться равнодушным к противоречащему разуму массовому уничтожению людей.

Нравственные нормы, совесть и авторитет нашей профессии не позволяют оставаться в стороне от этого.

На IX Всемирном конгрессе кардиологов (1982) в лекции, посвященной памяти выдающегося ученого и большого друга нашей страны Поля Д. Уайта, один из организаторов движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», американский кардиолог профессор Б. Лаун отметил, что, если не будет мира, нет смысла в здоровом сердце. «Здоровые сердца людей во всем мире, — подчеркнул академик Е. И. Чазов, — бьются в одном ритме... Люди хотят счастья и благополучия... Вот почему борьба за предотвращение ядерной войны, за спасение жизни на земле — долг каждого честного человека, долг каждого врача...»

К этому обязывает особо высокий престиж нашей деятельности.

В 1984 году Эстонию посетил профессор Гуннар Бьорк, Всемирно известный ученый, врач королевской семьи Швеции, член риксдага, один из активных деятелей движения врачей против атомной катастрофы. Гуляли по Таллинну. Я напомнил, что его площади и улицы видели Петра I и Индиру Ганди, Ф. М. Достоевского и Рабиндраната Тагора, И. А. Бунина и А. И. Kupрина, Ж. П. Сартра и И. Г. Эренбурга, Д. Д. Шостаковича и Ф. И. Шаляпина, Элизабет Тейлор и Клаудию Кардинале... Говорили о многом: о том, куда идет современная медицина, об искусстве, о мире. Г. Бьорк высказал небезынтересную мысль: встречи с доктором, в отличие от представителей других профессий, никто избежать не может. И мы, врачи, обязаны разъяснять, что такое атомная смерть, всем и каждому. В том числе и тем, кто влияет на судьбы мира.

Кто лучше нас, кто острее нас ощущает цену жизни?

III международный конгресс «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» счел нужным внести в «Клятву Гиппократа» следующее дополнение: «Как врач XX века, сознающий, что ядерное оружие представляет собой беспрецедентный вызов моей профессии, что ядерная война будет последней эпидемией для человечества, я сделаю все, что в моих силах, во имя предотвращения ядерной войны», Президиум Верховного

Совета СССР своим указом от 15 ноября 1983 года дополнил соответственно текст присяги врача Советского Союза.

Отрадно, что в 1985 году международному движению «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» присуждена Нобелевская премия мира.

Возвращаясь к проблемам медицинской этики и деонтологии, надо прежде всего выделить значимость отношения врача к своему долгу. Уже перечислялись качества, которыми он должен обладать. Но не говорилось о черте, которая должна быть присуща каждому, кто работает, — о добросовестности. Недобросовестность с врачебной деятельностью несовместима.

Видный руководитель Эстонии рассказал мне о следующем случае.

Консилиум. Решается вопрос о дальнейшем лечении. Пациенту сообщают, что мнение врачей едино: показана операция. После консилиума один из его участников подходит к заболевшему и конфиденциально рекомендует: «Не оперируйтесь!» Расчет был на то, что этим можно будет завоевать доверие пациента.

Налицо и непорядочность, и, если хотите, недалекость.

Люди легче прощают доктору незнание, чем недобросовестность. Последняя обычно предполагает сознательно халатное отношение к больному, и я позволю себе утверждать, что такие врачи являются исключением.

Чаще встречается доктор, который спешит. Спешка порождает невнимательность, поверхностность, ошибки.

К слову сказать, почему больные иногда стремятся попасть к частнопрактикующему врачу или гомеопату? Потому что, какими бы ни были эти медики, они по крайней мере не торопятся.

Ведь больной хочет, чтобы врач проникся его переживаниями, его болью. А вместо этого:

— На что жалуетесь?.. Раздевайтесь... Быстрее... Так... По столовой ложке... Когда? Все равно, до или после еды...

Или:

— Боятся рака? Ничего, теперь все боятся рака...
Следующий!

Еще пример.

— Сколько вам лет? Семьдесят четыре. А какова средняя продолжительность жизни для мужчин в Со-

ветском Союзе?.. То-то же. Свое уже пережили...
Чего же вы еще хотите?

Доверительный разговор между пациентом и палатным врачом:

— Доктор, что у меня?

— Если я скажу, что у вас, заведующий отделением мне голову оторвет.

... На приеме женщина средних лет. Врач советует:
— Выходите замуж. Если здесь трудно, езжайте на курорт... Это рекомендовали еще старые доктора...

Спешка порождает и такие ситуации, которые описал в своей монографии Д. И. Писарев и о которых трудно говорить без возмущения.

Внезапно погибает муж. Его жена, удрученная несчастьем, обращается к врачу в связи с естественным ухудшением общего самочувствия. Не поинтересовавшись причиной плохого состояния, врач посоветовал пациентке совершать перед сном прогулки с мужем.

Вероятно, в этом же ряду находится случай своеобразной «психотерапии», приведенный К. А. Соколовым. В приемный покой больницы привозят больного с травматической ампутацией голени. Хирург, стремясь успокоить пострадавшего, бездумно бросает: «Ничего, нога у вас еще отрастет...»

Профессор И. Ф. Заянчковский из Уфы прислал мне необычную, написанную им книгу «Деонтология в ветеринарном акушерстве и гинекологии». Я подумал: медико-деонтологические проблемы пришли к «братьям нашим меньшим». И как некоторые из нас, врачей, еще не на высоте в своем отношении к людям...

Наверное, большой смысл не только по существу, но и психологический в том, что старые китайские доктора, опросив больного, на некоторое время погружались в глубокое молчание. Они размышляли.

... Да, врачебные приемы, когда больного не столько принимают, сколько «оформляют», еще имеют место. Уже за дверью кабинета пациент вспомнил, что «о главном-то забыл доктора спросить». Зато на руках у больного направления... к другим врачам или на исследования мочи, крови, соков и пр. Некоторые люди таким приемом довольны — даны направления к двум врачам, да еще и на анализы. А, быть может, если бы с больным

больше поговорить, последующие хождения оказались бы ненужными? Но для этого необходимо время.

Почему же его у врачей мало?

Дело, конечно, не в совместительстве врачебных должностей. Его неуклонно сокращают, к тому же мне, например, помнится доктор, который для сохранения стажа работал лишь на половинном окладе, а обходы больных превращал в «облеты». Но таких, повторяю, мало.

Говорят, врачи много пишут. В какой-то мере это верно, особенно при наличии неумных руководителей на местах, не знающих, чем заменить отсутствие мыслей. Но оформление документации — это все же частный вопрос умения наладить работу вообще. А вот ее организация — это уже проблема существенная.

К слову сказать, вопреки существующему мнению, много пишут и зарубежные медики.

В Париже, увидев на столе у врача амбулатории различные бумаги, я поинтересовался, почему их так много.

— Французский бюрократизм, — последовал лаконичный ответ.

Невольно вспомнилось, что король Франции Людовик XIV еще в 1647 году приказал завести «Журнал здоровья короля», куда записывались даже малейшие отклонения в его самочувствии. Уж не первая ли это история болезни?..

Частнопрактикующие врачи в США объясняли, что, если они мало пишут, это производит плохое впечатление на пациентов.

...Перед какими новыми организационными проблемами стоит современное здравоохранение?

В нашей стране число людей, обращающихся к врачам, растет и будет прогрессивно расти. Не потому, что больных становится больше. Увеличивается средняя продолжительность жизни, больше становится пенсионеров. Это создает дополнительные условия к тому, чтобы обращать внимание на свое здоровье. К тому же медицинская помощь у нас бесплатная, а ее основное направление — профилактическое. Рост образованности и культуры населения, улучшение транспортных возможностей, развитие в городах специализированной помощи также ведут к прогрессивному увеличению числа жителей, обращающихся в лечебные учреждения.

В этих условиях необходимы новые формы организации работы лечебных учреждений.

Надо приветствовать установки нового руководства Минздрава СССР, согласно которым отменены чисто количественные критерии оценки врачебной работы. Ведь больше — не всегда лучше. Здесь и кроются часто ошибки в диагнозе, и неправильное лечение, и необдуманные высказывания, а за всем этим в дальнейшем — страдания человека.

Следует с удовлетворением отметить, что за последние десятилетия в Эстонии большое внимание уделялось именно организации врачебных приемов. Удалось нормализовать нагрузку терапевтов на приемах во всех городах и районных центрах республики. В программах последних научных съездов терапевтов Эстонии, наравне с чисто клиническими проблемами, обсуждаются вопросы рациональной организации работы. Конечно, в этом отношении предстоит еще многое и многое сделать, памятуя о том, о чем Н. И. Пирогов предупреждал еще в прошлом столетии: при плохой организации нет пользы от большого числа врачей.

Важной этической проблемой для организаторов здравоохранения стало определение приоритетов при составлении программ дальнейшего развития медицины, коллизии, обусловленные ограниченностью экономических возможностей, когда идет речь о выборе между дорогостоящими средствами по сохранению жизни отдельной личности и борьбой за здоровье массы людей. Характерные примеры приводились в предыдущих главах книги.

Этим вопросам посвящено уже немало публикаций за рубежом. Хотя и под иным углом зрения, но появились первые статьи о деонтологии в организации здравоохранения и в нашей печати.

И все же во главу угла надо ставить человека — личность врача. От того, каков он — его ум, сердце, энергия, способность видеть завтрашний день медицины и общества, и зависит наше здоровье.

С приведенным высказыванием Н. И. Пирогова здесь противоречий нет. Ведь и организатор здравоохранения — тоже прежде всего врач. Но с еще большей ответственностью. За себя, за здоровых и больных, за всю медицинскую помощь. За ее систему,

Авторитет: имя или звание

Верное средство приобрести авторитет у людей — приносить им пользу.

М. Эбнер-Эшенбах

Разговор, о котором пойдет речь, происходил в одной из клиник внутренних болезней Карлова университета.

Как-то незаметно беседа от медицины перешла к литературе и искусству. Вначале вспомнили выдающихся писателей-врачей. А их немало: Франсуа Рабле и Ф. Шиллер, А. П. Чехов и В. В. Вересаев, А. Конан-Дойль и Сомерсет Моэм, А. Кронин и М. А. Булгаков, Кобо Абэ и Станислав Лем...

— Это прежде всего писатели, а затем врачи, — заметил кто-то.

— Как сказать... медицина им помогла проникнуть в такие стороны жизни, которые мог увидеть только врачебный глаз.

— Моруа считал, что у врача и писателя вообще много общего: оба стремятся разгадать то, что заслонено обманчивой внешностью.

...От литературы перешли к музыке. Как известно, создатель «Князя Игоря» А. П. Бородин окончил Петербургскую медико-хирургическую академию; Ромен Роллан отмечал «отлично известное историкам музыки» имя выдающегося врача-гуманиста Альберта Швейцера; создатель метода перкуссии (выстукивания) в медицине венский врач Леопольд Ауэнбруггер последние годы жизни посвятил музыке; виртуозом-скрипачом был крупнейший хирург XIX столетия Теодор Бильрот. Кстати, и он жил в Вене...

— А доводилось вам бывать в венском музее истории музыки? — спросили меня чешские коллеги.

— Каком? — удивился я, почувствовав в вопросе какой-то скрытый смысл.

— Речь идет о кладбище, где покоятся Бетховен, Шуберт, Брамс, Иоганн Штраус...

— Что говорить, эти могилы вызывают благоговение у каждого человека. Но, между прочим, вот что удивляет: почему Карлу Миллекеру — создателю по существу одной известной оперетты — поставлен роскошный

памятник, а у могилы Юлиуса Вагнера фон Яурегга — лауреата Нобелевской премии, врача, который в свое время так много сделал для спасения тяжелобольных людей, — стоит незаметная, полужаросшая травой могильная плита?

— Такова судьба врачей. Вы можете вспомнить, чтобы по телевизору показали юбилей даже самого выдающегося из наших коллег? Зато юбилей артиста часто служит событием...

— Так ведь еще Сиденхем говорил: «Приезд хорошего клоуна полезнее для здоровья целого города, чем двадцать ослов, груженных лекарствами».

— Это высказывание и подобные ему не следует абсолютизировать. Надо отдавать клоуну — клоуново, а доктору — докторово. Конечно, и смех, и музыка, и юмор, и искусство способствуют здоровью, но существует черта, за которой не обойтись без медицины.

— Но Рахманинов посвятил свой Второй фортепианный концерт врачу Н. В. Далю (правнуку В. И. Даля), который вывел композитора из тяжелейшего депрессивного состояния. И. Брамс посвятил Т. Бильроту несколько своих произведений.

— Так это совсем другое. Это форма личной признательности, а мы говорим о благодарности общества.

Собственно, здесь-то и произошел переход к теме, которая не может не волновать медиков, — об авторитете врача.

Возникшая дискуссия оказалась довольно любопытной. Вспомнили Гомера: «опытный врач драгоценнее многих других человек». Затем, как это нередко бывает, авторитет современного врача противопоставили славе старого доктора былых времен, перед которым на расстоянии снимали шапку.

Кто-то, однако, обратил внимание на спорность этого тезиса: ведь еще в XVII столетии, встречаясь на консилиумах у постели больного, эскулапы ругались, показывали друг другу языки и нередко вступали в драку. Не случайно их «авторитет» в те времена увековечил Мольер. Тогда медицина была далека от науки: высушенный язык подменял научную аргументацию.

За прошедшие с тех пор столетия медицина шагнула далеко вперед. Однако именно последние десятилетия, сопровождающиеся большим успехом точных наук, как

бы бросили тень на медицину. Как выразился один ученый, в деле применения достижений технического прогресса, по сравнению с другими отраслями науки, медицина шагает где-то на левом фланге.

Стало модным в наше время сравнивать успехи техники и медицины, причем отнюдь не в пользу последней. А ведь речь идет не о совсем сравнимых предметах.

Медицина является сплавом искусства и науки. В. Ослер считал, что медицина — это искусство, основанное на науке и требующее для своего совершенствования любви.

На сердце можно смотреть по-разному. Один человек твердит, что оно влечет нас к прекрасному, трепещет и замирает от волнующих чувств, другой снисходительно объясняет, что сердце — это мышца, накачивающая кровь в сосуды, благодаря чему обеспечивается питание тканей... Прав А. Ф. Билибин, когда пишет, что в этих двух подходах к вопросу наглядно видно «пересечение» взглядов на медицину как науку и искусство.

В той мере, в какой врачевание является искусством, оно в основном определяется личностью врача, его обаянием, его способностью влиять на больного.

Что касается той части медицины, которая является наукой, то, на мой взгляд, трудно сопоставлять ее достижения, скажем, с полетом человека в космос. С таким же основанием можно сравнивать успехи техники и архитектуры или сельского хозяйства.

«Нам не медиков не хватает, а самой медицины», — заметил Монтескье. С известными поправками об этом можно говорить и в XX столетии. Мы недовольны медициной не потому, что она плоха, а потому, что она не всеильна. Как говорят, тут действует принцип: кто везет, того и погоняют.

Да, ни нас, врачей, ни больных сегодняшние возможности медицинской науки не могут полностью удовлетворить. Но уже при современном ее уровне можно было бы спасти А. С. Пушкина, наверняка продлить жизнь Исааку Левитану, а Фредерик Шопен не скончался бы в тридцатидевятилетнем возрасте от туберкулеза.

Разве для тех десятков миллионов людей, кто живет благодаря инсулину или антибиотикам, появление этих

средств не равноценно не только полету в космос, но и покорению всей солнечной системы?!

И. А. Кассирский рассказывал о том, как ему пришлось выступить в одной аудитории с докладом о достижениях медицинской науки, в частности о победе над злокачественным малокровием. До этого с большим сообщением о первом полете в космос выступал Ю. А. Гагарин.

— Как трудно было мне докладывать после вас, — сказал Ю. А. Гагарину И. А. Кассирский. — Медицина никак не может сравниться с вашими достижениями.

— Я не согласен, — ответил Юрий Алексеевич. — Мы победили космос, а медки, как я понял из вашего доклада, победили смерть. Выше этого ничего не бывает!..

... К размышлениям о том, что определяет авторитет врача, я не раз возвращался и после дискуссии в Праге.

Да в том-то и дело, что даже если бы люди в массе своей жили 100—120 лет, едва ли для всех уход из жизни был бы желанным. Внутренний и естественный протест человека против неизбежности старения и смерти, как уже отмечено, будет всегда способствовать неудовлетворенности медициной. Но не недовольству всеми врачами. Ибо можно определить границы возможностей медицины и возможностей врача.

История полна высказываний разных времен о тех требованиях, которым должен соответствовать врач. Об этом размышляли писатели и ученые, больные и, естественно, врачи. Есть мысли бесспорные и дискуссионные, серьезные и такие, в которых имеется лишь доля правды. Любопытно только, что почти все подчеркивают необходимость того, чтобы врач, помимо знаний, обладал, о чем уже выше говорилось, определенными человеческими качествами. Подчас последним отводилось даже первое место.

Когда французского клинициста А. Труссо спросили, что требуется от доктора, он ответил:

— Много здравого смысла, немного такта и смелости.

— А знание?

— Знание? Да, оно может иногда пригодиться.

В 1903 году вышла книга польского профессора Э. Бернадского «Медицина, врачи и публика». В этой книге автор пишет, что «знаменитый и незнаменитый

врач разнятся между собой только тем, что первый дает иллюзию..., другой не дает...».

Думается, что на подобные высказывания большой отпечаток накладывает частная практика. Речь идет здесь о том, как прежде всего произвести на больного впечатление. К этому времени следует отнести появление выражений «*medicus balneus elegans*» — «элегантный курортный врач», «*medicus parumatus, pro morbis feminis*» — «благоухающий врач по женским болезням» и др. Придумали эти определения, вероятно, сами врачи, и конечно частнопрактикующие.

Несколько мыслей о внешнем виде медика.

В связи с юбилеем И. Кобзона один из журналистов рассказал о концертах певца перед войнами в Афганистане. Выступать приходилось в разных условиях, в том числе при нестерпимой жаре. Артист, однако, всегда был подтянут и одет с иголочки. Меня в этом рассказе заинтересовала одна деталь: в любых условиях, даже боевых, зритель хочет видеть в артисте артиста. Так же и с врачами: пациент всегда хочет видеть в нем доктора, со всем, что должно быть ему присуще.

Болезнь ведь, как правило, обостряет восприятие больным каждой детали в облике доктора.

М. Я. Мудров, обращаясь к врачам, писал: «Теперь ты изучил болезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты...»

Врач, как, впрочем, и любой человек, должен смотреться в зеркало. В этом нет греха. Куда хуже, если он небрит, галстук не гармонирует с костюмом или обувь нечищена. Сколько было потрачено эмоций, чтобы доказать, что женщине-медику не нужен слишком яркий маникюр. Наверное, в этом есть резон. Но все же это лучше, чем неухоженные ногти или полуспущенный чулок.

Мне довелось в Таллинне быть на встрече с известным дипломатом и переводчиком советских руководителей в годы Великой Отечественной войны В. М. Бережковым. На мой взгляд, на нем самом лежит печать истории. Так вот, в его воспоминаниях есть любопытный эпизод. Будучи в Нью-Йорке на приеме, устроенном Нельсоном Рокфеллером, он обратил внимание на крайне небрежный вид его одежды: мешковатый пиджак, неглаженные брюки, загнутые углы воротничка

рубашки. Бережков полюбопытствовал: почему столь состоятельный человек так диссонирует в одежде с окружающими?

— Видите ли, — ответил Рокфеллер, — тот, у кого еще нет миллиона, должен, конечно, тщательно следить за своей внешностью. Я же могу себе позволить некоторую экстравагантность.

Эпизод этот вспомнился потому, что, мягко говоря, экстравагантность заметна и среди некоторых ученых. Есть профессора, которые считают, что звание дает право прийти, скажем, на симпозиум в несвежей рубашке или помятом костюме. Может быть, в этом сказываются стиль и привычки, не зависящие от положения и звания? Или это игра в непритязательность и демократичность? Во всяком случае, мне куда больше импонировали всегда подтянутые, всегда праздничные Б. Е. Вотчал, Н. С. Молчанов, П. Н. Юренев и многие другие известные медики, которых довелось и доводится знать. Итак, врач не должен игнорировать свой внешний вид.

Вернемся, однако, к главному.

Он должен обладать специальными знаниями и быть человеком. Наигранная вежливость или знание этикета здесь не помогут.

Жил в Киеве академик Феофил Гаврилович Яновский. Любили его не только за то, что он был знающим врачом и известным ученым, но и за то, что всю теплоту своей души он отдавал людям. Когда он умер, хоронил его весь город. За гробом шли православный священник, ксендз и раввин — случай небывалый на похоронах. Люди не помнили ни национальности, ни вероисповедания. Человек, родившийся в XIX веке, оказался выше религии. Более грандиозного шествия Киев не помнил.

В день похорон известного харьковского профессора Л. Гиришмана в городе прекратили работу фабрики и заводы, школы и учреждения.

В каждом из этих случаев хоронили не просто врача. Народ отдавал дань Человеку, его будничной самоотверженности, душевной щедрости и красоте.

Любовь к людям и знания, как уже подчеркивалось, — главное, что требуется от врача. Но и этого мало. Необходима общая культура. Имея дело с людьми разных специальностей, разной степенью интеллекта, образования, врач должен быть сам челове-

ком всесторонне развитым в самом широком смысле этого слова, то есть избегать односторонности в своих знаниях. Нельзя при этом не учитывать возросшего образовательного уровня людей, который делает человека более критичным, порождая скептицизм и ослабляя иногда доверие к словам врача.

Задача последнего — суметь заставить пациента поверить в себя. Наполеон I любил повторять: «Я не верю в медицину, но верю в своего врача Корвизара».

Как добиться этой веры?

Говорят, что пессимист в каждой задаче видит трудность, а оптимист в каждой трудности — задачу. Задачу, которую надо решить. Бисмарк лечило в общем около ста докторов. Единственный, кому он поверил, был Швенингер. «Моих прежних врачей лечил я, он же лечит меня», — заявил Бисмарк.

Как тут не вспомнить В. В. Вересаева, писавшего, что врач может обладать громадным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, но все это останется бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного.

Путь к этому бывает не всегда легок, а подчас тернист.

Борис Евгеньевич Вотчал рассказал мне о следующем случае из своей практики.

Как-то он был приглашен консультировать на дому одного из выдающихся полководцев современности — Георгия Константиновича Жукова.

Его уже до этого посетил один из профессоров, но отношения с заболевшим «не сложились» и встреча окончилась более чем прохладно. «Проводите профессора к машине!» — коротко бросил своему адъютанту маршал. Когда зашел Борис Евгеньевич, больной поднялся ему навстречу. Ответив на приветствие, Б. Е. Вотчал предложил больному... сесть, сразу дав понять, что хозяином положения здесь является он — врач. Пациент улыбнулся. В других консультантах на том этапе его болезни необходимости не было.

Надо, правда, признать, что Б. Е. Вотчал был не только психологом, но и отличался удивительным обаянием. Известен случай с Ф. Г. Раневской. После консультации профессора ее спросили: «Что же он сказал

вам?» Она ответила: «Я ничего не слышала, я любовалась им».

Любопытен пример, приводимый А. Крекке.

Как уже отмечалось выше, Бисмарк крайне пренебрежительно относился к лечащим его медикам. Когда его впервые посетил врач Швенингер и начал подробно расспрашивать о болезни, канцлер недовольно заметил, что у него мало времени для ответа на все вопросы. «Da müssen Sie sich einen Tierarzt holen» («Тогда лечитесь у ветеринара»), — тут же ответил Швенингер. Как ни странно, но, видимо, этим и было завоевано доверие Бисмарка. Швенингеру же принадлежит изречение: «Arzt sein das heisst der Stärkere von zweien sein» («Быть врачом — значит всегда быть сильнеешим из двух»).

Не хотелось бы, чтобы этот пример расценивался как призыв к грубости. Он лишь подчеркивает необходимость в известной твердости со стороны лечащего врача при обследовании и лечении любых пациентов.

Написал это, а потом подумал: и в такой тактике можно не все предусмотреть.

Профессор В. Н. Виноградов, лечивший Сталина, пришел к заключению, что, с учетом неблагоприятного и тяжелого течения его болезни, ему необходим строгий режим с полным прекращением всякой деятельности.

Когда Берия, осуществлявший контроль за лечением Сталина, сообщил ему о заключении профессора, того охватила неопишуемая ярость и он закричал: «В кандалы его! В кандалы!»*

Твердость, повторяю, оправдывается только интересами пациента, и она не должна переходить границ корректности. Николай Семенович Молчанов говорил: к каждому больному надо относиться как к генералу. Но лечить как солдата!

Один из министров мне признался: «Не понимаю, как заведующий больничным отделением, в котором я нахожусь, каждый раз стучит в палатную дверь и спрашивает, можно ли войти. Я же здесь пациент, а не министр». Еще Гиппократ, касаясь поведения врача, считал нужным отметить, что «поспешность и чрезмерная готовность... презираются...»

* Московские новости. 1988. 7 февр. № 6.

Перечень качеств, которыми должен обладать врач, можно продолжить: он должен быть психологом и дипломатом, артистом и педагогом и т. д.

Надо сказать, что вряд ли найдется медик, который бы обо всем этом не слышал по крайней мере при получении диплома.

Хотя моральные нормы, несомненно, во многом определяют авторитет доктора, этика и авторитет далеко не одно и то же. Можно вести себя вполне этично, оставаясь плохим врачом, хотя настоящий авторитет без соблюдения этических норм немислим.

Во время одного из интервью мне был задан ставший традиционным вопрос: что в людях больше всего нравится и не нравится? Из особенно неприятных я выделил бы следующие черты: лживость и фальшь, необязательность, корыстолюбие, демагогичность, жестокость. К сожалению, встречаются они часто, причем нередко сочетаясь друг с другом. Невольно задумываешься: что это, расплата за годы массового уничтожения и нравственного растления людей?

Когда же возникает необходимость разобраться в каком-либо человеке, мне представляется важным прежде всего выяснить наличие или отсутствие у него трех качеств: порядочности, ума, доброты. В одном споре меня, правда, поправили: каждое из этих понятий относительно. Ведь, действительно, умный человек может иногда совершить глупый поступок, о чем в дальнейшем сожалеет. В то же время способность к его неповторению и самокритике характеризует ум. С добротой тоже не все просто: если ее не контролирует разум, она может быть использована другими людьми во вред ее обладателю и обществу.

Можно, вероятно, подобрать примеры, свидетельствующие о том, что и категория порядочности не абсолютна. И тем не менее применительно к этой черте людей двойственность если и допускается, то носит она все же софистический характер: трусость, клевета, предательство могут иметь только однозначную оценку. Что касается необязательности, корыстолюбия, двуличия, лживости, то для некоторых они становятся чуть ли не «нормальной патологией» (термин З. Фрейда). В «Словаре русского языка» С. И. Ожегова приведен только один пример предложения, относящегося к слову

«подлец»: «Подлецу руки не подам». Но почему же мы иногда боимся не здороваться с нечистоплотным человеком? Или, может быть, именно потому, что его боятся? Нет ли в этом беспринципности? Лапидарно-яркую мысль высказала Ф. Г. Раневская: жить надо так, чтобы тебя поминали и сволочи.

Профессор А. Г. Дембо рассказал мне следующее. В 1953 году, когда фабриковалось «дело врачей», предполагалось раскрыть «нити заговора» не только в Москве, но и за ее пределами. Одной из ведущих «преступных» фигур по Ленинграду должен был стать он. О близости его ко многим посаженным московским ученым было хорошо известно. Из партии А. Г. Дембо уже был исключен. Все знали, что дни его на свободе сочтены. Домашний телефон перестал звонить, на улицах знакомые сворачивали в подворотни.

Исключение было одно: Николай Семенович Молчанов. Его вызвали по будущему делу, информировали об имеющихся «фактах» и попросили подтвердить их, дав понять, что судьба А. Г. Дембо предрешена. Н. С. Молчанов от этого категорически отказался. Добавлю, что в то время Николай Семенович был генералом, главным терапевтом Советской Армии. Так что терять ему было что. Но над всем доминировали присущие истинно русским интеллигентам понятия о справедливости, совестливости и порядочности.

Пример противоположный.

На стене холла одного из московских медицинских институтов в числе многих фигур выдающихся деятелей медицины решили изобразить президента Академии медицинских наук СССР. Однако затем от принятого решения ученые отказались. Почему? Дело в том, что, когда подошла его очередь быть увековеченным, он уже стал бывшим президентом.

Как же это понимать? Что определяло его место на фреске: истинные заслуги или должность? Что это: очередной пример сжигания того, чему мы поклонялись? Чему такие уроки могут научить будущих медиков? Когда же, наконец, мы избавимся от конъюнктурных решений? Когда во главу угла в случаях выбора будут поставлены подлинные достоинства личности, с одной стороны, гражданская смелость и простая человеческая совесть — с другой?!

Имеют ли отношение эти размышления к проблемам морали и авторитета врача? Думаю, прямое.

Ум можно шлифовать, но все-таки он генетически детерминирован. У кого его нет, он в дальнейшем не появляется. Неумные врачи, как и вообще люди, увь, есть. Недоброжелательность и непорядочность формируются жизнью и с врачебной деятельностью совершенно несовместимы. Думается, что тестирование при определении пригодности для занятия медициной и должно давать ответы в первую очередь на вопросы об этих особенностях личности.

Виталию Коротичу недавно был задан вопрос, когда он успел окончить дипломатическую академию.

— Это от медицины, — ответил он. Она учит общению, подпускает к человеку так близко, как никакая иная профессия, учит узнавать фальшь, вранье.

Согласен с этим, но при одном условии: если врач умен, наблюдателен и любознателен. Если этих качеств нет, может не помочь даже дипломатическая академия.

За свою немалую уже врачебную жизнь мне, как и другим врачам, пришлось для многих своих пациентов стать и доверенным лицом, и советчиком, и хранителем их тайн. А представьте себе, если бы кто-то из нас злоупотребил оказанным доверием, скажем, только по недомыслию? Так что и проблема врачебной тайны, о которой уже шла речь, нередко тоже упирается в особенности личности врача.

Еще одно качество, которое должно быть ему присуще и от которого зависит его авторитет, — это чувство нового. Начинается оно с заинтересованности в своем деле, с профессионального любопытства. В огромном потоке издающейся медицинской литературы разобраться нелегко. Представляется разумным, что в некоторых зарубежных руководствах для общепрактикующих врачей даются советы, по какому принципу комплектовать домашнюю библиотеку.

Возвращаясь к профессиональным знаниям, хочется подчеркнуть: врач, у которого квалификация не повышается, ее неуклонно теряет.

Работают два каменотеса. «Что делаешь? — спросил прохожий. «Тешу камень», — сказал один. «Строю дворец!» — ответил другой. Смысл этой известной притчи ясен. Для одного человека труд — обыденная

повинность, для другого — предмет его творчества и гордости.

Врачевание несовместимо с безразличием к своему делу, с незаинтересованностью в сегодняшнем и завтрашнем дне медицинской науки. Отсутствие чувства нового у врача зависит подчас от особенностей характера, но иногда и от того, что высшая школа лишь декларирует принцип «учиться всю жизнь», но учиться она не учит. Может быть, этот вопрос найдет решение теперь — на фоне перестройки, в том числе и здравоохранения.

... Авторитет доктора определяется не только его достоинствами и условиями работы. Вторая сторона проблемы — это отношение одного врача к другому. ... Один из немецких авторов иронически бросил: коллега — это тот человек, которого ты терпеть не можешь. Но ведь нельзя требовать уважения к себе, когда сам не уважаешь другого. Это отнюдь не означает, что надо покрывать ошибки или промахи друг друга. Каждый врач знает, что существуют органы здравоохранения, научные общества, врачебные конференции, где дефекты врачебной деятельности разбираются строго и без скидок. Но ронять авторитет своего товарища перед больными — недостойно ни врача, ни человека.

Не каждому дана способность со всей полнотой чувств, без ложного опасения поколебать свой авторитет, вдохновляться успехами товарища по профессии. А ведь это важно в любой области науки и искусства, особенно во врачевании. В «Клятве Гиппократа» говорится: «Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности». Та же мысль содержится в принятом в России до революции факультетском обещании врача: «... буду по совести отдавать справедливость их (товарищей. — Н. Э.) заслугам и стараниям».

В медицине, как это ни печально, имеют место и самореклама, и «подножки» коллеге, и самые разнообразные проявления собственной ущербности. А ведь и она многолика.

И. Зверев описал семинар по психиатрии. Демонстрируют больного с манией величия. Представился: «Я — товарищ Панькин ... Заведующий трестом столовых». Нет, не Наполеон и не Пушкин. А на самом деле он

оказался Федоровым, буфетчиком. У него было свое представление о величии. Речь шла о больном.

Истории, правда, известны и примеры здоровых людей, которых судьба не обделила ни славой, ни признанием, а им этого казалось недостаточно. Колумб претендовал на титул «адмирал океана и вице-король Индии», Бальзак добавил к своей фамилии «де», Гюго хотел, чтобы в его честь переименовали Париж. Верно, один из основателей современной научной медицины Рудольф Вирхов, несмотря на законное право, до конца жизни отказывался добавлять к своей жизни «фон». Но таких людей меньшинство.

Мне кажется, безусловно прав Е. И. Чазов (1984), обращающий внимание на место, которое занимает в человеческих отношениях зависть: «Сколько «стрессов», кончавшихся иногда тяжелыми нервными срывами, инфарктами, возникало только потому, что зависть застлала разум, что истинную науку побеждал карьеризм». Он пишет о демагогах, о «дельцах от науки», которым врачевание и медицинская деятельность просто противопоказаны. Не менее иллюстративна работа А. Н. Лука (1980), рисующая облик некоторых ученых...

Вопреки мнению обывателя, в отношениях между врачами не все благополучно. Проблем тут много.

Бывает, что мы проявляем неуважительность друг к другу бездумно, просто от невоспитанности, не привитого с детства чувства такта.

В декабре 1987 года довелось смотреть телевизионную передачу «Здоровье». Разговор шел о семейном докторе. Главный врач одной из поликлиник зачитывает мнения пациентов об участковых врачах. Из многих откликов достает один, другой, третий. И тут же называет фамилию доктора, которому больной выразил недоверие.

Судя по передаче, письмо было зачитано по случайному принципу.

Встал ряд вопросов. Почему пациент недоволен? Был ли он прав? Предшествовала ли передаче проверка письма? Комментариев не было.

Какие же были основания похода скомпрометировать врача перед многомиллионной аудиторией? Как он будет смотреть завтра в глаза своим пациентам? Для меня все последующие рассуждения главного врача потеряли всякий интерес.

Мы не только разучились уважать друг друга, мы нетерпимы к иному мнению, невеликодушны.

Известный хирург Ру был учеником знаменитого профессора Кохера. На каком-то этапе Ру счел, что учитель его «затирает». Они расстались. Спустя некоторое время у Ру появились признаки рака желудка. Он дал указание оперировать себя своему старшему ассистенту, но никому о болезни не рассказывать. Последний, однако, учитывая серьезность операции, сообщил об этом Кохеру, который решил, что оперировать своего ученика должен он сам.

После наступления наркоза Кохер блестяще провел операцию и уехал. Ру узнал обо всем лишь через две недели.

Он поехал к Кохеру, извинился перед тем, кто, как он выразился, всегда учил его благородству, и в присутствии большой аудитории поцеловал своего учителя руку.

А вот пример куда уж современной.

В 1957 году в моей палате оказался один из прокуроров Таллинна. Разговорились. Выяснилось, что до этого он много лет работал в Черновцах, где я окончил медицинский институт. Помню, как нас, студентов, потряс арест нашего учителя профессора Е. Р. Цитрицкого. Блестящий хирург, прекрасный лектор, интеллигент в лучшем смысле этого слова. Напомню, что наша встреча с прокурором состоялась в тот период, когда уже был развенчан Сталин. Я поинтересовался, в чем провинился наш профессор.

— Ни в чем, — прозвучал ответ, — на него, чтобы занять место заведующего кафедрой, написал донос его ученик, доцент такой-то. Он приписал профессору антисоветские высказывания.

Понимаю: и раньше не все ошибавшиеся ученики целовали руку учителя, а позже далеко не все писали доносы.

И все же медицина в этическом и человеческом плане особая сфера деятельности. Врач несовместим с анонимными письмами, наветами, повышенными амбициями, проявлениями собственной ущербности. Впрочем, не все сразу и увидишь.

Верно, в наше время медики друг другу языки не показывают. Однако охаивание своего товарища, такое

пренебрежение к тому, что сделано предшественником; его приемы осуществляют тоньше и ядовитее. Да и палитра применяемых приемов разнообразнее: от пренебрежительной ухмылки или сочувствующего вопроса к больному «где вы были раньше?» до анонимок или использования возможностей знакомого (лучше заболевшего) литератора.

Бывает и прямолинейно: «вас неправильно лечили», без учета того, какую психотравму это наносит больному.

В некоторых капиталистических странах медик-наветчик рискует пострадать материально. Мне рассказывали о случае, который произошел с одним нашим специалистом по операциям на брюшной полости, уехавшим в США. Принимая очередного пациента, которому недавно была сделана операция, врач обронил: если бы вас оперировал я, вам не пришлось бы обращаться повторно. Больной подал в суд иск на врача, который делал ему операцию. В подобных случаях Американская врачебная ассоциация создает экспертную группу для проверки жалобы. В этот раз она установила: операция была проведена правильно. И хирург предъявил иск клеветнику на сто тысяч долларов, которые пришлось оплатить.

Самореклама через средства массовой информации особенно в ходу: рассказывая о собственных успехах, попутно можно принизить своих коллег. Читателю станет ясно, откуда восходит солнце.

Весьма любопытны мысли А. Аграновского, высказанные им в письме к одному известному медику: «Но вот действительный «нюанс», который надо бы нам с Вами заранее обдумать. Почему, скажет серьезный читатель (особливо из среды ученых людей), почему появляются публикации в широкой печати, когда нет еще их в печати специальной? Правильно ли, что о новых трудах исследователя мы должны узнавать из «Известий», а не из «Вестника... (или как там еще)? Боюсь, что тут мы под боем. Это действительно серьезный вопрос, а не тонкости».

Думается, очень точно подмечены причины недоверия к ученым, оповещающим о своих делах прежде всего неспециалистов. Что в основе таких действий: боязнь критики или стремление к популярности? А может быть,

это — реакция на установившиеся в медицине «театральные» нравы (зависть, подножки, недоброжелательность)? А. Аграновский не случайно пишет, что это серьезный вопрос.

Убежден все же, что истинный профессионализм несовместим ни с одним из этих мотивов. И еще: как кто-то заметил, талант — он с крыльями, а не с локтями.

Уж кто-кто, но врач лучше всего знает не только радости нашей профессии, но и ее трудности и шипы. Поэтому особенно неприятно узнавать о случаях подсиживания друг друга, кляузах, нечистоплотности. И дело не только в том, что это бьет по нервам и отнимает здоровье, но приходится задумываться и над другим: насколько такой доктор может быть честным, добросовестным и порядочным со своими пациентами?

Проблема эта волнует и зарубежных медиков. Так, английская медицинская пресса* отмечает, что правовые аспекты этики общения между медработниками практически не разработаны.

Речь, разумеется, не идет о тех случаях, где долг врача и гражданина обязывает вскрывать у своих коллег промахи или ошибки. Имеются в виду ситуации, когда пускаются в ход заведомые охаивание, ложь, клевета.

По моим наблюдениям, за действиями таких «борцов за правду и справедливость» нередко скрываются элементарная зависть и комплекс неполноценности, который пытаются компенсировать привлечением к себе внимания, принижением заслуг своих коллег, саморекламой.

Известному арабскому врачу Исааку Эль Израили, жившему более тысячи лет назад, принадлежит следующее высказывание: «Никогда не отзывайся дурно о других врачах, ибо каждый имеет свой счастливый и несчастливый час. Пусть прославляют тебя дела твои, а не язык!» Поначалу этот совет был принят мною безоговорочно. Любое принижение труда товарища отвратительно.

Но как быть, если речь идет о необходимости дать честную оценку неправильным действиям врача, причем не перед больным или родственниками, а перед лечеб-

* Lancet. 1986. V. 1. N 8485. P. 864—865.

ным сообществом? Надо ли следовать древней сентенции? Конечно, нет.

Весьма интересный собеседник, корреспондент «Журналиста» О. В. Чечилев в ходе нашей встречи* высказал сомнение в способности медиков объективно судить о промахах и ошибках друг друга. «Когда дело касается серьезных вещей, не так-то уж легко добиться истины. Приходится сталкиваться с ведомственным подходом, попытками выгородить коллегу...»

По моему опыту, это не так. Представления о врачебной корпоративности очень преувеличены. В судебно-медицинских экспертизах я участвую около тридцати лет. Случалось, что врачи пробовали скрыть правду, когда это касалось их самих. Так сказать, реакция самозащиты. Ситуации, где экспертная комиссия пыталась смягчить трактовку ошибки, реже, но тоже встречались. Но чтобы заведомо виновного врача хотели оправдать, такого не помню. Замечу, что к любой повторной экспертизе привлекаются специалисты более высокого уровня.

Два недавних случая. Больному, у которого диагностирован инфаркт миокарда, врач предлагает прийти в поликлинику. Налицо — грубая профессиональная ошибка. Пациент скончался в больнице через две недели. Выявленные на вскрытии изменения в сердце были давними и резко выраженными. Доказать, что существовала прямая причинно-следственная связь между действиями врача и печальным исходом, было невозможно. Однако исключить их влияние также нельзя было. Замечу, что даже если бы больной остался жив, поведение врача не вызывало снисхождения.

Судить его было нельзя, а ограничиться административным взысканием мы сочли недопустимым. Терапевта вызвали на аттестационную комиссию, которая признала его профессионально непригодным для занятия лечебной практикой. Признаюсь: на комиссии, при вынесении заключений о присвоении врачам той или иной категории, мнения далеко не всегда совпадают. При голосовании по данному вопросу решение было единогласным, при этом о нем были поставлены в известность все терапевты республики.

В другом случае за грубое нарушение принципов

* Журналист. 1987. № 3. С. 72—76.

врачебной этики один из заведующих отделением был вызван для объяснений на правление научного общества терапевтов. После состоявшегося разговора врач сказал: «Лучше уж сразу снимать с работы, чем заставить предстать перед лицом товарищей».

Эти и подобные проступки привели к мысли о необходимости создания при Эстонском научном обществе терапевтов Суда врачебной чести. Положение о Суде было единодушно утверждено VIII съездом терапевтов Эстонской ССР.

Суд чести должен в первую очередь рассматривать нарушения врачебной присяги и этики. Ведь есть же ситуации, в которых врач, не дойдя до уголовного преступления, своими поступками позорит нас и дело, которому мы себя посвятили.

Ограничусь одним примером. В 1986 году в центральной прессе появилась статья о гробовщиках, которые, пользуясь людским несчастьем, требовали за свой труд суммы, в 10—20 раз превышающие государственные расценки. Одним из гробовщиков работал по совместительству и врач «Скорой помощи». Можно допустить, что он нуждался в деньгах. Судя по публикации, уголовно наказуемого преступления в его деяниях не усмотрено. Но может ли такой человек быть врачом? Можно ли, мыслимо ли, чтобы такое лицо могло принадлежать к старому врачебному сословию? Впрочем, уверен, и для большинства врачей моего поколения такой «доктор» — чудовище.

Конечно, если врач взяточник, вымогатель или, имея возможность, не оказал помощь умирающему больному, ответ однозначен: таким людям нет оправданий и нужно делать все, чтобы их выкорчевать из медицины. Среди зарегистрированных в США врачей 5 процентов отстранены от медицинской практики в силу вынесенных судебными органами заключений о их некомпетентности либо из-за злоупотребления алкоголем или наркотиками. В абсолютном выражении это число превышает 17,5 тысяч человек. А у нас?

Пусть это не удивляет, но представитель Министерства юстиции СССР* счел, что в наших условиях запрещено заниматься определенной деятельностью (в том

* Медицинская газета. 1987. 16 сент. № 74.

числе врачебной) противоречит гарантиям Конституции СССР и уголовному законодательству. Даже, скажем, если врач оказался убийцей, ищет золото в могилах погибших в годы Великой Отечественной войны или с целью шантажа отрезает у ребенка ухо (примеры взяты из публикаций последних лет).

Дикие, уму непостижимые факты. Тут же не только о медицинской, но даже об элементарной человеческой нравственности говорить не приходится! Как все это совместимо с исключительностью врачебной профессии? Как лечиться у таких нелюдей? Ответ ясен: надо менять законодательство. Если невозможно изменить жизнь, надо менять параграфы.

В «Основных направлениях перестройки здравоохранения» Министерством здравоохранения и юстиции СССР предложено подготовить законодательный документ, позволяющий в необходимых случаях лишать врача диплома. Любое пятно на белом халате заметно — его надо удалять. В пользу этого уже приходилось высказываться*. Подобное очищение наших рядов будет только способствовать повышению врачебного авторитета. В этом, убежден, заинтересован каждый медик, болеющий за свое дело.

Там же, где речь идет об оценке врача как профессионала, судить об этом могут только специалисты. При необходимости решение выносят судебно-медицинские эксперты. Этим же целям в особых случаях служит заключение недавно созданной Высшей аттестационной комиссии при Минздраве СССР.

Вернусь к статье Я. Голованова «Больные и здоровые»**. О недостатках и промахах сегодняшнего врача говорится в ней прямо и нелицеприятно. Тем не менее автор утверждает: «Журналистом можно работать лишь в том случае, если ты убежден, что хороших людей на свете больше, чем плохих. Я убежден, что хороших, грамотных, честных и внимательных врачей больше, чем неучей, взяточников и хамов».

При всей критичности оценок дел в медицине и здравоохранении постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР по развитию и перестройке охраны здо-

* Советская Россия. 1985. 14 авг. № 185.

** Комсомольская правда. 1984. 3 окт. № 227.

ровья населения (1987) отмечает, что подавляющее большинство врачей честно и добросовестно выполняет свой гражданский и профессиональный долг и что необходимо повышать престиж медицинских работников, воспитывать у населения чувство глубокого уважения к их труду.

Может быть, абстрактно с этим согласен и тот, кто выступает против конкретного медика. Проблема в ином: какова юридическая основа критики в адрес того или иного врача?

... От тяжелой формы гриппа с осложнениями погибает ребенок. При оказании ему медицинской помощи были, действительно, допущены ошибки. Однако мнение всех, кто изучил обстоятельства смерти ребенка, было единодушным: спасти его нельзя было — слишком тяжело протекала болезнь. Не пожелав ознакомиться с мнением специалистов, журналист поместил в одной из республиканских газет уничижающую статью.

Результатом ее явилось то, что высококвалифицированный врач решил оставить свою специальность. Малодушие? Нет. Ведь не каждый может выдержать публичное обвинение. Мне могут возразить: пусть защищается. Когда? После газетного выступления?!

Другой пример. Заболевает писатель. Исцеление идет не так быстро, как бы ему того хотелось. По-человечески это можно понять. Созывают консилиум из известных и высококвалифицированных специалистов. Они дают заключение и рекомендации. Пациента это, однако, не удовлетворяет.

Он обращается в другое учреждение. Врачи последнего дают понять, что лечение должно было быть иным. При этом не было сказано, что предшествующие советы и время свое дело сделали — пациент практически уже выздоровел. Налицо апробированный метод саморекламы путем оханвания своих коллег. Прием этот давно уже описан классиком советской деонтологии Н. Н. Петровым.

Не разобравшись в происшедшем, журналист пишет статью, в которой ученым предъявлено обвинение в невежестве. Допустим, однако, что эти специалисты действительно ошиблись. Имело ли с их стороны место сознательное желание причинить больному вред? Конечно, нет. Опубликование же статьи явилось, по суще-

ству, не только публичным приговором, но и приведением его в исполнение.

Напомню, что статья 160 Конституции СССР гласит: «Никто не может быть признан виновным в совершении преступления, а также подвергнут уголовному наказанию иначе как по приговору суда и в соответствии с законом».

Врач имеет дело не с животными или техникой. Он каждый день должен смотреть людям в глаза. Мы требуем от него и психологического воздействия на пациента. Я не знаю, что хуже: предстать перед законом или на страницах газеты. В первом случае тебе предоставлено право защищаться. А во втором? Недопустимо, когда «журналистское право» заменяет законное право.

Так на каком же основании литератор выступает подчас в роли верховного судьи? Особый комплекс полноценности или уверенность в безнаказанности, основанная на злоупотреблении доверием к печати? Опровержения у нас обычно не печатают. Руководители здравоохранения споров с прессой избегают.

А если все же попытаться доказать неправоту или тенденциозность автора? Что ж, как сказал мне один старый газетный работник, проявив настойчивость, можно, допустим, докопаться, что тот, о ком писали, не любит животных, не улыбается детям и не приветствует первым стариков... Поэтому ему все равно не место в медицине.

Так или иначе, извинений не будет. Не беда, что кого-то из врачей охаяли. Статья все равно сыграет свою положительную профилактически-воспитательную роль для других медиков, да и честь пишущих соблюдена.

А может быть, плюсы в таких случаях действительно весомее? Нет. Есть минусы, выходящие за рамки одной личности, которой, впрочем, в нашем обществе тоже нельзя пренебрегать. Когда безответственно и, как правило, самоуверенно бьют по врачебному профессионализму, то тем самым бьют по научной медицине и сеют неверие в тысячи врачей.

На Всесоюзном съезде врачей (может быть, впервые за последние десятилетия) был поднят вопрос о социальной защищенности медиков. Нельзя же, в самом деле, видеть в них «мальчиков для битья»! Я так и не могу понять, откуда черпал сведения журналист уважаемого

еженедельника, сообщивший, что «по числу преступлений и злоупотреблений отечественное здравоохранение сегодня уступает лишь торговому ведомству»? Данные прокуратуры СССР опровергли эту безответственную сенсацию. Но ведь издревле известно: уголь ежели не обожжет, так замарает.

На республиканском партийно-хозяйственном активе, обсуждавшем в 1987 году перспективы развития здравоохранения в Эстонии, выступила заместитель директора одного из крупных таллинских предприятий. Обращаясь к присутствующим медикам, она спросила, почему мы не умеем себя защищать от несправедливых нападок прессы, почему мы не даем отпора некомпетентным и подчас спекулятивным выступлениям некоторых журналистов? Ведь это вредит делу: и нашему авторитету, и последующему воздействию на больных.

Увы, это так. Почему же это происходит?

Как ни странно, но в СССР правовые аспекты взаимоотношений медицинских работников и населения практически отсутствуют.

Представляется, что не на высоте многие (а может быть, большинство?) наши профсоюзные организации. Один из врачей справедливо написал: «Плохо вы защищаете наши интересы, товарищи профсоюзные работники, слабо боретесь за то, чтобы привести права медиков в соответствие с их обязанностями. ... Как больные вправе требовать от нас особой теплоты и милосердия, так и мы нуждаемся в неизменном вашем расположении и внимании»*.

Профсоюзы обязаны сказать свое слово, когда идет речь о защите чести медицинского работника, в частности при необоснованных обвинениях в его адрес.

К слову сказать, на фоне реабилитации (или реанимации?) во всей нашей жизни правды не должна ли наша печать смелее признавать собственные возможные ошибки? Известный журналист В. Надеин нашел же в себе мужество извиниться перед незаслуженно обиженным им человеком. В связи с этим он отмечает, что за долгие десятилетия журналисты избаловали себя «практически абсолютной неопровержимостью». А ведь и они, как все люди, ошибаются.

* Медицинская газета. 1987. 22 апр. № 32.

Мне чуждо чувство защиты чести мундира. К несчастью, есть врачи, которым медицина противопоказана. Но есть и ее несовершенство. Не понимать этого — значит уйти от ответа, почему люди умирают даже в лучших клиниках мира.

Средства массовой информации сообщили, что избранный в начале 1985 года президентом Бразилии Танкреду Невис скончался через несколько дней после избрания. Я было подумал, что причиной был инфаркт миокарда или кровоизлияние в мозг. Как уже говорилось, такое бывает и от положительных эмоций. В госпитале же, где его лечили, мне и моим коллегам рассказали, что умер он от осложненного аппендицита. Лучшие хирурги оперировали его 8 раз, но спасти не удалось.

Прямо скажем, в наше время такую смерть воспринять трудно. Но подобные примеры, увы, не единичны. И требуют они не дилетантского, а профессионального анализа. При этом весьма тщательного.

Поэтому перед публичным обвинением врача в некомпетентности или некомпетентности следует ознакомиться с мнением профессионалов, не допуская домыслов, обусловленных особенностями характера и восприимчивым, деформированным болезнью.

Один из литераторов объявил, что предостеречь врачей «от пагубного легкомыслия» может общественное мнение. Оно и должно их, так сказать, воспитывать. Очевидно, критикой — строгой и нелицеприятной.

Позволю себе, однако, в этой связи сослаться на два выступления последнего времени в центральной прессе, перекликающиеся между собой. Оба они принадлежат хорошо известным публицистам.

Светлана Степунина* делится своими сомнениями: «... Не слишком ли часто вообще в наши дни мы, не сведущие в сложнейшей современной медицине, не подготавливающие даже, как усложнился сам больной, его реакции (а есть у медиков сегодня и такая проблема), — не слишком ли безапелляционно спешим судить, осуждать, обвинять врачей?»

Ярослав Голованов в упомянутой уже выше статье ставит вопрос еще острее: «... а не чересчур ли? Не пе-

* Советская Россия. 1985. 14 авг. № 185.

ребарщиваем ли мы с этой критикой? Не затюкали ли мы наших медиков?» Если ребенку все время твердить, что он плохой, он от этого лучше не становится. Это современной педагогикой доказано.

Врач, конечно, не ребенок. Но тоже — член общества. Как рабочий, учитель, доярка или журналист. Общественное мнение... С ним нельзя не считаться. Слишком велика его сила. Поэтому использовать общественное мнение нужно бережно и достойно. И не противопоставляя его медикам — испокон веков и они его формировали.

Совершенствовать медицину и врачей необходимо. Даже очень. Постоянно. Но с менее категоричными оценками и с немного большей уважительностью.

... Авторитет врача. Конечно, этот разговор не закончен. К нему будут еще не раз возвращаться.

Авторитет надо создавать прежде всего своим трудом, с ним во многом связаны успех или неудачи лечения. Лечение сотен и тысяч больных. Поэтому авторитет врача должен являться предметом заботы не только его самого, но и всего общества.

Когда болеет доктор

... Не каждый из нас, врачей, «сгорает» потому, что «светит». Может быть, мы просто не обращаем на себя внимания?

Из разговора

Говорят, что проблема эта была решена еще в евангелии, в котором сказано определенно: «врачу, исцелился сам!» Но, к сожалению, не все исцелялись. И даже умирали. Позднее уже появилась концепция, что если не исцеляются, то лишь потому, что у врачей болезни протекают не как у всех людей. И вообще, доктор болеть не должен!

Вот, так сказать, коротко мнимая суть проблемы. Думается, однако, что все эти расхожие представления о болезнях врачей далеки от бесспорности.

Врачей, как и медицинских работников вообще, относят к группе высокого риска по заболеванию инфекционными и прежде всего вирусными болезнями — гриппом,

вирусным гепатитом и некоторыми другими. Профилактика в данном случае несовершенна, а частота контактов с больными, естественно, высока. Вредно сказываются на здоровье медиков облучение, воздействие газообразных анестезирующих (обезболивающих) средств.

Частая необходимость действовать в неожиданных ситуациях, обязанность принимать ответственные решения, от которых нередко зависит жизнь человека, вызывают большое нервное перенапряжение. Нельзя также не учитывать требования почти постоянно владеть своими эмоциями, а неотрагированные переживания, как известно, могут негативно сказываться на состоянии центральной нервной системы. На здоровье отрицательно влияют ночные или круглосуточные дежурства, утомляющие операции, связанные нередко с волнениями определенные процедуры и манипуляции.

Не стоит закрывать глаза и на то, что врачу придется отвечать и за несовершенство медицины, а иногда, как мы видели, сталкиваться с людьми, предъявляющими ему не всегда обоснованные претензии. Перегрузка в работе, сопровождающаяся систематической нехваткой времени, и все возрастающее давление потока информации также не могут положительно сказываться на здоровье врачей. Не удивительно, что Л. А. Горенский выявил неврозы у каждого четвертого из них.

По зарубежным данным, различного типа расстройства нервной системы встречаются у врачей в 10 раз чаще, чем у остального населения.

Высказывалось мнение, что если медицинские знания имеют какую-либо цену и если их должным образом применять, то состояние здоровья врачей должно было бы быть значительно лучше, чем у остального населения. Должно было бы... А на самом деле?

Наблюдения за тем, как же применяют к себе доктора медицинские знания, не свидетельствуют о том, что это делается наилучшим образом.

Среди 145 врачей г. Таллина мною были распространены анкеты с просьбой ответить на некоторые вопросы (анкеты не подписывались). Выяснилось, что утренней гимнастикой занимается 24,1 процента, рационально питается (регулярность приема пищи, соблюдение при необходимости диеты и т. п.) 25,5 процента, отдыхает в течение дня 19,3 процента врачей и т. д.

К сожалению, не всегда условиям труда и быта медиков уделяется на местах должное внимание. Но медицински рациональный образ жизни зависит в немалой степени и от самого врача, от собственного желания бережно относиться к своему здоровью. Не может быть объективных причин к отказу, например, от занятий утренней гимнастикой или от курения!

Согласно опубликованным в 1986 году выборочным исследованиям, среди студентов 3—4 курсов медицинских институтов курит 70—80 процентов, в том числе около 50 процентов студенток. Среди врачей этот показатель ниже, особенно после сорока лет, когда приходит первое легкое понимание бега времени... Складывается впечатление, что число курящих среди врачей все же меньше, чем среди остального населения (см. главу «Просвещать или воспитывать»). По моим данным, на 100 врачей до 40 лет курит среди мужчин около 20 человек и среди женщины 5. В США среди мужчин различных профессий выявлено 36 процентов курящих, среди врачей — 21*.

Врач, однако, не должен курить вообще. Ведь, помню, всего прочего, плохой пример доктора подрывает веру больного в его слова. Недавно Американская и Английская ассоциации врачей приняли решения, запрещающие им курить.

Пренебрежение со стороны медиков своим здоровьем является, по-видимому, распространенным явлением.. Так, считают, что одной из ведущих причин смертности врачей США от сердечно-сосудистых заболеваний является нерациональный образ жизни. Особенно подчеркиваются факторы перенапряжения нервной системы, пренебрежение ежедневными физическими упражнениями, нерегулярность приема пищи. Конечно, в США отрицательно сказываются на здоровье врачей фактор конкуренции, борьба за частную практику, но не следует недооценивать и, видимо, всеобщую тенденцию пренебрежительного отношения врачей к своему здоровью.

«Наиболее занятый, ведущий беспокойный образ жизни и несущий громадную ответственность представитель современного общества — обычный практикующий врач — является одной из наиболее распространенных

* J. Am. med. Ass. 1983, V. 249, N 23, P. 3181—3183.

«сердечных жертв» нашей цивилизации...» — пишет известный кардиолог профессор В. Рааб. Согласно зарубежным данным, врачи умирают от ишемической болезни сердца в 2 раза чаще, чем люди других специальностей, занятые умственным трудом.

Особенно велика смертность от этого заболевания среди хирургов. Считают, что после 50 лет 50 процентов хирургов умирают от инфаркта миокарда или сосудистых поражений центральной нервной системы. Профессор С. И. Ашбель с сотр., изучая состояние сердца у хирургов в г. Горьком, пришли к выводу, что у последних болезненные изменения на электрокардиограмме обнаруживаются в 4 раза чаще, чем у рабочих литейных цехов. Дольше всего (почти 19 лет) с пересаженным чужим сердцем прожил житель Марселя Эммануэль Витриа. Он на много лет пережил сделавшего ему операцию доктора Эдмона Анри, который сам скончался... от инфаркта сердечной мышцы. Некоторые исследователи ставят даже вопрос, не придется ли в дальнейшем рассматривать инфаркт миокарда у хирургов как профессиональное заболевание.

Все изложенное еще раз подчеркивает значимость фактора перенапряжения центральной нервной системы среди причин заболеваемости и смертности врачей.

Анализируя отношение их к себе, когда они здоровы, можно частично объяснить и их поведение в случае заболевания. Очень часто врачи недооценивают у себя начальные признаки болезни. В качестве примера можно сослаться на историю заболевания А. П. Чехова. Как свидетельствует жена писателя, «Чехов не любил лечиться. Приходилось прибегать к различным ухищрениям, чтобы заставить Антона Павловича дать себя выслушать...». Недооценивал он и серьезность своей болезни.

Спустя три-четыре года после впервые появившегося кровохарканья А. П. Чехов писал: «...каждую зиму, осень и весну и в каждый сырой день я кашляю. Но все это пугает меня только тогда, когда я вижу кровь: в крови, текущей изо рта, есть что-то зловещее, как в вареве. Когда же нет крови, я не волнуюсь и не угрожаю литературе «еще одной потерей». Дело в том, что чахотка или иное легочное страдание узнается по совокупности.

Если бы то кровохарканье, которое у меня случилось в Окружном суде, было симптомом начинающейся чахотки, то я давно уже был бы на том свете, — вот моя логика».

И не врачу ясно, что приведенные симптомы болезни могли вполне укладываться в картину туберкулеза легких. Однако А. П. Чехов — врач и тонкий знаток человеческой души — в отношении самого себя допустил ошибку. Поддавшись присущей медикам в начале болезни «оптимистической логике», он не обращается к врачам и совершает тяжелейшую для того времени поездку на Сахалин. В возрасте 44 лет А. П. Чехов умирает от туберкулеза.

В журнале «Условия жизни и здоровье» была помещена характерная заметка «Врач, береги себя». В ней говорится: «Наблюдения показывают, что врачи гораздо больше заботятся о здоровье своих больных, чем о своем собственном... Больные-врачи приходят на исследование при раке легких через 7 месяцев после появления первых симптомов, при злокачественных явлениях со стороны желудочно-кишечного тракта — через 9 месяцев и т. д.».

Труд доктора предполагает самоотверженность и заботу о больном в первую очередь, но это не должно означать игнорирование им своего собственного здоровья, которое нужно не только ему, но и обществу. Еще Гиппократ писал: «Врачу сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других». Между тем среди врачей считается обычным явлением перенести грипп или ангину на ногах, приступить невыздоровевшим к работе и т. д.

В XVII столетии по предложению знаменитого врача, бургомистра города Амстердама, Николааса ван Тульпа эмблемой медиков стала горящая свеча, заменившая собой чашу и змею. Внутренним смыслом этого символа были слова «*Aliis inserviendo consumora*» (буквально — «служа другим, уничтожаю себя»), или «светя другим, сгораю сам». Свет людям нужен. А кому нужно «сгорание»? А впрочем, всегда ли в нем дело? Может быть, врачи попросту игнорируют свое состояние, под-

сознательно надеясь на то, что знание медицины — залог здоровья?! Или по крайней мере — преграда болезням!

Американские исследователи пришли к выводу, что, если бы удалось продлить жизнь каждого американского доктора даже на один год, то это было бы равносильно увеличению численности врачей США примерно на 7 тыс. человек. А ведь речь идет о наиболее квалифицированных, зрелых и опытных кадрах.

Труднопереоценимое значение имеет охрана здоровья врача в нашей стране. Приходится слышать, что работает он меньше, чем его коллеги на Западе. Так бывает. И, увы, нередко. Но и условия труда нашего доктора, его оснащенность, его материальная обеспеченность, да и отношение к нему тоже оставляют желать лучшего.

В 1981 году появилась статья «Берегите врачей». Написал ее профессор-хирург. А думать об этом надо всем. Борьба за бережное отношение врача к себе и привлечение внимания общественности к охране его здоровья — это не только законное проявление заботы о враче, как о любом человеке, но, в конечном счете, — это и улучшение медицинской помощи населению, это борьба за здоровье и продолжение жизни сотен и тысяч людей.

Недооценка врачом своей болезни имеет место большей частью на первых ее этапах. Когда же болезнь заставляет его обратиться за помощью, то тут подчас наблюдается другая крайность: болезни встают перед доктором в наиболее тяжелых формах.

История медицины знает много примеров, когда врачи в состоянии полного здоровья жертвовали им и даже своей жизнью во имя здоровья больных, научных исследований, служащих человечеству и победе над болезнями, во имя гуманизма. Подвиги этих бессмертных тружеников медицины получили довольно подробное освещение в работах Б. Д. Петрова, М. К. Кузьмина, в известной книге Гуго Глязера «Драматическая медицина. Опыты врачей на себе». Немеркнувшей страницей являются доблесть и самопожертвование советских врачей в годы Великой Отечественной войны. Многие из них удостоены звания Героя Советского Союза. Чтобы не

расставаться с 200 детьми, обреченными на уничтожение, добровольно пошел на смерть врач и учитель Генрик Гольдшмидт, известный больше как Януш Корчак.

Вернемся, однако, к психологии больного врача. В художественной литературе пример относительно спокойного восприятия тяжести своего состояния дал Роже Мартен дю Гар в «Семье Тибо»: доктор Антуан Тибо ведет дневник, отражающий его постепенный уход из жизни вследствие отравления газами. С иронией отнесся к приближающейся смерти писатель и врач Франсуа Рабле. Ему приписывают сказанную за несколько минут до смерти фразу: «Я отправляюсь искать великое... закройте занавес, комедия сыграна». А вот что рассказывают о кончине И. П. Павлова. Для него и смерть была физиологическим экспериментом. Умирая, он до последней минуты диктовал ассистенту свои ощущения. Когда же кто-то постучал в дверь, он раздраженно крикнул: «Павлов занят! Павлов умирает!»

Может быть, в наиболее выраженном виде спокойная мудрость в отношении к смерти прозвучала в устах одного из основателей генетики Грегора Менделя. Услышав о приближающемся конце, он произнес: «Естественная неизбежность...» Правда, Мендель был не только естествоиспытателем, но и монахом, и, вероятно, поэтому к смерти он был лучше готов, чем мы, врачи... Как, впрочем, и Сократ: выпив цикуту, он напомнил жене Ксантиппе, чтобы она не забыла отдать соседу петуха, взятого в долг. Это были последние слова мыслителя.

«Всякое страдание и болезнь, — писал профессор Г. И. Россолимо, — вносят в духовный мир человека такие перемены, которые, выдвигая одни его стороны, затемняют другие, меняют подчас гармонию личности, а также и характер отношения к самому себе...»

Частным проявлением этого и является неверная оценка врачом своей болезни.

Крупнейший хирург прошлого столетия Эрнст Бергман поставил сам себе диагноз рака желудочно-кишечного тракта и категорически отказался от операции. А на вскрытии было обнаружено сужение кишечника воспалительного происхождения. Операция спасла бы ему жизнь.

Даже такой блестящий диагност, как С. П. Боткин, как известно, о собственной болезни сделал неверное

заключение. Тяжелые приступы стенокардии он трактовал как результат влияния воспаленного желчного пузыря, не допуская у себя сколько-нибудь глубоких изменений в сердце. Хотя у С. П. Боткина при вскрытии и были обнаружены камни в желчном пузыре, однако смерть последовала от коронаросклероза, причем в мышце сердца были обнаружены не оставляющие сомнений признаки перенесенного дважды инфаркта миокарда.

Н. А. Белоголовый отмечает, что это «не может говорить против его достоинства как превосходного и безукоризненного диагноста, а истекает из тех свойств человеческой природы, по которым *никто не может быть судьей в своем собственном деле* (курсив наш. — Н. Э.) и в силу которых ни один врач при серьезном заболевании никогда не может лечить самого себя».

Верно, что врачи обычно игнорируют у себя начальные проявления заболевания, но не менее верно и то, что нередко заболевший доктор получает от своего товарища поверхностную консультацию или совет «на ходу», что в немалой степени также ведет к запозданию распознаванию болезней у врачей. Разве редкостью являются случаи, когда, вопреки элементарным принципам врачевания, вопреки логике, медицинского работника сначала лечат, а потом... обследуют?!

Ф. Ф. Гудошников, изучив состояние здоровья работников здравоохранения г. Свердловска, показал, что 45,6 процента из них нуждались в диспансерном наблюдении. В общей структуре заболеваемости на первом месте оказались болезни нервной системы, на втором — органов кровообращения.

К нам, медикам, больше чем к кому бы то ни было, можно отнести слова В. И. Ленина: «...мы очень любим лечить больных, очень сочувствуем и сожалеем об умерших и очень мало что делаем, чтобы предупредить эту заболеваемость и ранние, преждевременные смерти»*.

Обращает внимание еще одно явление. Среди врачей пенсионного возраста, заведомо знающих о наличии у

* В. Бонч-Бруевич. В. И. Ленин и медицина. — Медицинский работник, 1931, № 3. Цит. по Е. Д. Ашуркову и А. Б. Шевелеву. — Вестник АМН СССР. 1960. № 4, с. 11—17.

них того или иного заболевания, отмечается тенденция скрывать его от своих коллег, несмотря на плохое подчас самочувствие. Особенно это заметно среди профессорско-преподавательского состава и научных работников. Здесь сказывается по-человечески понятная боязнь ухода от активной деятельности, страх оказаться не у дел. Нередко это заканчивается трагическими исходами на лекциях, в операционных залах, на конференциях.

Серьезным является вопрос о том, как вести себя лечащему врачу с заболевшим коллегой. Принципиально важно: нельзя допускать, чтобы больной «руководил» диагностикой и лечением.

Еще профессор Р. А. Лурья отмечал, что часто именно врачи, когда они заболевают, мешают поставить у них правильный диагноз, «помогая» разобраться в болезни. Неверны поэтому рекомендации лечащего врача типа «может быть, сделаем то-то» или «может быть, вы примете это...». Подход к заболевшему доктору должен быть таким же, как и к другим пациентам. Как и любому больному, ему надо указать, когда и как принимать лекарство, какой (конкретно) придерживаться диеты, каким должен быть режим.

Задача лечащего врача осложняется, если у заболевшего коллеги серьезное заболевание. С особой остротой встает здесь вопрос о врачебной правде. Больной смотрит в глаза и просит, требует истины. Его взгляд говорит о том, что ему «все ясно». Как быть? Думается, что в этих случаях решающее значение для жизни приобретает прогноз. Если у врача нет болезни, которая на данной стадии ее течения может кончиться печально, ему следует сказать правду.

О врачебной правде написано немало. Одни считают, что больным надо ее говорить во всех случаях, другие с этим не согласны. Как уже упоминалось, в США с 1950 года отказались от практики утаивания от больного, в частности раком, его диагноза и стали сообщать о заболевании большинству пациентов. Судя, однако, по публикациям последних лет, дискуссии о целесообразности такого однозначного подхода не утихают. Главное, в чем я глубоко убежден, — не может быть правды в ущерб надежде.

У врача И. была диагностирована запущенная форма

рака желудка. От больного это скрыли. Его пришел навестить товарищ по студенческой скамье.

— Мне нужна правда, — обратился больной к старому другу, — чтобы сделать соответствующие распоряжения. Ты — мой друг... Это рак или нет! Ты обязан сказать.

— Это опухоль.

Больной задумался.

— Спасибо за правду, но ты... убил меня.

Зигмунд Фрейд, узнав от врача, что у него рак, прошептал: «Кто дал вам право говорить мне об этом?!»

Заболевший доктор даже тогда, когда у него проскальзывает мысль об истинном положении вещей, как и все люди в таких случаях, хочет уйти от роковых мыслей и, как и все, склонен к иллюзиям. Любовь к жизни, желание жить оказываются порой сильнее немолчаливых фактов.

Не следует уступать настояниям врача, утверждающего, что, как медик, он «все понимает» и ему «можно сказать все». Чем больше пациент настаивает, чтобы ему открыли правду, тем сильнее он ее страшится.

По моим наблюдениям, у больного врача бывают одновременно две концепции болезни: одна более пессимистическая, которую он высказывает, другая более оптимистическая, в которую он в глубине души хочет верить. Очень важно эту последнюю, вторую гипотезу выявить и убедительно подкрепить.

Относится это в полной мере и к врачам — крупным специалистам. Известно, что Н. И. Пирогов умер от злокачественной опухоли верхней челюсти. Первоначально он не придавал значения своему заболеванию, хотя несколько раз и высказывал мысль: «Не раковая ли это штука?» Созванный в Москве консилиум подтвердил диагноз и предложил оперативное лечение. Необходимость в операции лишила Н. И. Пирогова всяких иллюзий, его настроение и состояние ухудшились.

Жена и сын настояли на том, чтобы операцию сделал в Вене всемирно известный Т. Бильрот. Последний тщательно осмотрел своего не менее знаменитого пациента, категорически отверг диагноз и заявил, что в оперативном вмешательстве нет необходимости. Как свидетельствует доктор С. С. Шкляревский, сопровождавший в Вену Н. И. Пирогова, больной «из убитого и

дряхлого старика, каким он был во время дороги от Москвы до Вены, опять сделался бодрым и свежим». После возвращения он совсем воспрянул духом, ухаживал в саду за своими любимыми розами, катался верхом. Через какое-то время болезнь, к несчастью, взяла свое...

Кое-кто из современников обвинил Т. Бильрота в диагностической небрежности. Для этого, однако, нет никаких оснований. Т. Бильрот не сомневался в истинном характере заболевания, но, учитывая преклонный возраст больного и запущенность болезни, понимал бесперспективность хирургического вмешательства.

Как настоящий врач, он решил использовать свой авторитет для того, чтобы, по крайней мере, скрасить Н. И. Пирогову последний период его жизни.

Говоря о болезнях врачей, нельзя обойти и некоторых вопросов врачебной тактики в тех случаях, когда у больного медика — боязнь рака или функциональные расстройства нервной системы. Таких больных, к сожалению, сейчас немало. Из бесед с врачами складывается впечатление, что нет почти ни одного, который бы при заболевании, особенно серьезном, не страдал когда-нибудь боязнью рака. Очень трудно убедить врача, что у него действительно не было или нет рака, если эта мысль овладела им. Он по-своему (в пользу своей концепции) трактует каждый взгляд, каждое слово, малейшее ухудшение своего состояния. Он забывает, что, например, операция всегда в большей или меньшей степени травмирует организм, что после нее возможно возникновение спаечного процесса и т. д. Это очень тягостные переживания. А. Крекке по этому поводу писал, что у врача легче оперировать рак прямой кишки, чем убедить его в том, что это был полип.

Что касается упорных функциональных расстройств нервной системы, то хороший лечебный эффект нередко дает приобщение пациента к труду.

Мне пришлось наблюдать врача Т., 28 лет, которая около года пролежала в больнице по поводу различных подозреваемых заболеваний. Постепенно Т. настолько «ушла в болезнь», что перестала ходить и все время находилась в постели. Трудотерапия вернула врача Т. за короткий срок к обычной деятельности.

Не сказались ли отрицательно на здоровье Т. уделяв-

шееся ей большое внимание, что, вместо положительного эффекта, постепенно усугубляло ее уверенность в тяжести своего состояния?

Этот пример может свидетельствовать и о другом, а именно: отношение лечащего врача к больному коллеге, как, впрочем, и к любому пациенту, должно быть индивидуальным.

В заключение этой главы позволю себе привести отрывки из заметок приятеля, профессора-хирурга. Зная мой интерес к психологии больного врача, он разрешил их опубликовать.

«...Сегодня по устной договоренности принят в больницу.

В историю болезни надо было внести диагноз, с которым поступил. Направления у меня не оказалось. «Что писать?» — спросила сестра. Заминка. Врач ответил: «Потом запишем...» Это была «психотерапия» — ему было известно, что у меня предполагается.

В коридоре отделения встретил знакомых, они уже выздоравливают после операции. Общаться не хочется. Одни, претендуя на остроумие, вопрошают: «Как так, сам врач, а болен?» Другие пытаются навязать разговоры на медицинские темы: речь идет либо о собственных болезнях, либо о недостатках здравоохранения. В ином положении мне бы не отказало чувство юмора, сейчас не хочется говорить ни о чем и ни с кем.

Второй день пребывания в больнице. Просил никого к себе не пускать. О чем со мной могут говорить? Утешать? Никогда этого не любил. Ведь мне понятно, что означают сужение бронха, одышка, похудание, изменения крови. Перед госпитализацией решил просмотреть соответствующую литературу, потом от этого отказался. О выздоровлении никто не пишет. Называют разные сроки, сколько можно прожить после операции. Если она пройдет удачно. А что значит удачно? Если не останусь на операционном столе. Все бывает, ведь сам оперирую.

Всеволод Аксенов в преддверии неизбежного «расписал» все: кто будет выступать, какая должна звучать музыка. В этом увидели спокойную мужественность. А может быть, он не смог отделить себя от своей профессии? Он был актером. И все же есть в этом что-то противоестественное. И страшное. Как в одном из фильмов

Хичкока, в котором показана прижизненная репетиция похорон. Меня, честно говоря, «потом» занимает мало. Важно другое — можно ли это отодвинуть?

Вспомнил двух знакомых пациентов. А. находился в онкодиспансере, стал скелетом, обтянутым кожей. Диагноз не вызывал сомнений. Вдруг начал поправляться. С тех пор прошло десять лет, жив. Загадка. У Т. диагноз также был ясен, подтвержден гистологически. Упорно лечили. Поехал в онкоцентр на консультацию, выяснилось, что диагноз ошибочен. Жив, здоров.

И еще: вышла книга, в ней анализируются псевдоопухоли. Более чем у двухсот человек, считавшихся обреченными, после операции диагноз не подтвердился. Это уже не психотерапия — написано для нас, врачей.

Может быть, и я попаду в исключения? Впрочем, почему я? Потому что этого хочу? Так ведь все хотят жить. Надо смотреть в глаза статистике, а не в свои желания.

Раздражают разговоры, звуки и даже, казалось бы, успокаивающая «Лунная соната» (ее передавали по радио). Ни одно «что-то» не захватывает, хотя рядом любимые «Сага о Форсайтах», «Круг чтения», а также рекомендуемые в подобных ситуациях детективы. Успокаивает дождь. Он все время стучит по стеклу окна.

Несмотря на сновидное, ночь провел плохо. Делал все, чтобы уйти от мрачных мыслей. Старался «воспроизвести» только хорошее. Так сказать, подводил итоги. Вспомнил места, где бывал: сероватую дымку Сены, венский лес, тишину красочных пригородов Сан-Франциско, чуть сонный, умиротворяющий Осло. Любопытно, что перед глазами — только то, что не ассоциируется с шумом или весельем. «Увидел» также очень нравящийся мне Ужгород (опять-таки своим уютом) и покрытый снегом маленький приморский поселок Вызу.

Об А. Л. Мясникове писали: врачевал; искал; писал; любил; жил. Я его знал, себя с ним не сравниваю. Но все это тоже было. Обижаться на жизнь нельзя. Правда, больше думается о том, что любил, чем о том, что писал.

Пытался увидеть перед собой лес, но только хвойный, волны моря, поле с ромашкой. Хотел ощутить запахи детства — цветущего ореха и акации. Не удалось.

Почему-то нахлынул запах утреннего морозного воз-

духа, который ассоциировался с выздоровлением после тяжелой болезни, перенесенной более 40 лет назад. И еще: запах сирени — предрассветной, влажной, пышной... Какая сила, какая магия в запахах! Может быть, даже бо́льшая, чем в музыке.

Интересно, о чем думают в такие минуты? И еще: когда легче «расставаться» — когда есть что вспомнить или когда в прошлом ничего?

Марлен Дитрих считает, что, чтобы бояться смерти, нужно иметь большую фантазию. Она вспоминает Ремарка, который очень страшился умереть. Так может быть, страшится меньше тот, кому все же нечего в жизни терять?

Потом подумали все равно, главное позади. Какая разница, прожил 50 или 70? Десять—двадцать лет — мгновенье. Разве в 80 хотят меньше жить? Нет...

Назойливо лезут в голову строки:

«Мчится бешеный шар и летит в бесконечность,
И смешные букашки облепили его.

Вьются, вьются, жужжат и с расчетом на вечность
Исчезают, как дым, не узнав ничего».

Это Вертинский. Точно. Только не помню откуда.

Человек. Он и «венец творения», и смешная букашка. Но чего в нем больше?

...Показалось, что любопытно-грустным взглядом на меня смотрит мой любимец — белый пушистый усатый кот и... проснулся.

Я часто думаю о нем с грустью и нежностью. Он всегда провожал и встречал меня у порога. Кузя — так зовут моего маленького друга — отчетливо различал степень близости приходивших ко мне людей и соответственно к ним относился: от кого отворачивался, к кому подходил... Люблю животных. В них — та непосредственность, которая все чаще исчезает в людях.

Почему-то вспомнил, что есть нелюди, которые позволяют себе отрезать птицам лапки и сдирать с живых собак и кошек шкурки на шапки. А кто, кроме нас, медиков, видел их обреченные грустные глаза, когда они подвергаются нелегким опытам для того, чтобы жили мы, люди? А есть ли мера оценки их бескорыстной преданности и любви к человеку, с которым они делят свою недолгую жизнь?

Сегодня консилиум.

Он состоялся. Необходимость операции не вызывала ни у кого сомнения. Меня готовят к ней все дни. О диагнозе разговора не ведут. Предполагается, что мне все ясно. Мой приятель-онколог спросил, сколько взято у меня при бронхоскопии кусочков ткани на биопсию. Ответил: три или четыре. «Значит, диагноз был не очевиден, иначе бы взяли один», — сказал он. Если бы он знал, сколько он влил в меня этой фразой надежд! Ведь в этом, действительно, есть логика! Понимаю, что это была косвенная психотерапия. Знаю, что все мы склонны к самообману, и все-таки, а может быть...

Читал, что при опросе больных в ФРГ более 60 процентов из них хотели знать о себе правду, какой бы она ни была страшной. Я отношусь к меньшинству. Мне нужна убедительная ложь. Теперь я понял, как страшно знание, лишенное иллюзий.

Хочу, чтобы меня оперировали завтра — тринадцатого. Кажется, это удивило. Признался: мне всегда везло тринадцатого. Вообще, я не суеверен, а тут стал... Признак слабости.

...Прошло десять дней после операции. Вязкость мыслей, недомогание, бледность. Знаю, что диагноз не подтвердился. Помню, что как только очнулся от наркоза, спросил шепотом, что у меня оказалось. Ответили: все в порядке. Ловил взгляды врачей, сестер. По ним понял, что не лгут. Историю болезни не просил показать. Заметил, что от меня ее не прячут. Это был оригинал, она была потрепана, записи на первой странице сделаны разными чернилами. Три дня назад я узнал результат гистологического исследования. Редкое заболевание. Вернулся с того света.

Ощущаю боли в грудной клетке, трудно переворачиваться, больно кашлять, глубоко дышать. И все это, любые физические боли — ничто по сравнению со страшным психическим ударом, пережитым до операции.

До сих пор как будто удавалось контролировать свое поведение. Сейчас нервная система сдает. Реакция ослабления. Надо взять себя в руки.

...Нахожусь в реабилитационном отделении за городом. Цветет черемуха. Я никогда так остро не ощущал

ее запаха. За окном поет скворец. Здорово! Вышел в лесок погулять. Нашел ежа, взял его в руки. Впервые узнал, что у него есть ушки. Впрочем, почему бы им не быть у него? Просто никогда над этим не задумывался. Брюшко у него мягкое, пуховое. Открываю новый мир. Поздновато. Все годы проповедовал рациональный образ жизни, говорил о пользе общения с природой. А сам? Впервые увидел уши ежа.

Альберто Моравиа (кажется, по профессии тоже врач) длительно и тяжело болел костным туберкулезом. Позже он сказал: «Болезнь была важнейшим фактом моей жизни». Вспомнил Томаса Манна. Он считал, что болезнь — «гениальный» путь к познанию, человеку и любви. Раньше не мог понять, почему «гениальный»? Сейчас, кажется, понимаю.

У каждого свое представление о счастье. Не помню кто высказал такую мысль: туземец находит осколок зеркала — и радости его нет предела; Хемингуэй имел все, о чем можно было мечтать, а чувствовал себя несчастным. А вероятнее всего, был просто болен. Банально, но счастье начинается со здоровья...

Все думаю, почему во время болезни ко мне по-доброму все отнеслись. Моя профессия предполагает одинаковое отношение ко всем. Больное сердце стрелочника или министра нельзя лечить по-разному. Не может быть сознательно «плохо» или «средне». Там, где можешь, нельзя говорить «нет». Удивлялся, когда мне отвечали тем же. Это казалось такой же нормой с моей стороны, как патологией — с другой. Это не кокетство. Наверное, в чем-то это ошибка в оценке окружающих. «В чем-то» — потому, что полностью от своих убеждений отказаться не могу. В отношениях людей много корыстолюбия, потребительства и зависти, прикрываемых улыбчивой фальшью.

Как, вероятно, у всех, моя жизненная прямая давала и кривизну. Бывали компромиссы, срывы, зигзаги. А в главном все, видимо, было правильно.

Сегодня меня навестила Л. Мы знакомы много лет. Она эффектная, моложе меня лет на 15—20. К таким женщинам отношусь настороженно, называю это комплексом разницы возрастов. Рассказала, что переживала из-за моей болезни. Это несказанно удивило. Опасалась самого страшного диагноза. Самого его — не назвала.

Из всех, кто меня навел на операцию, только один из моих учеников сказал, что у меня предполагается и о чем «все говорят». Сказано это было с улыбкой, после чего последовала беспомощная попытка успокоить. Нового для меня ничего в этом не было, но бодрости не придало и еще больше укрепило в самом мрачном. Сейчас думаю: что это было с его стороны? Растерянность? Бесчувственность? Жестокость? Кто-то заметил, что некоторые ученики бывают особенно искренними, когда говорят: «Сли спокойно, дорогой учитель. Твое светлое дело давно в наших верных руках...»

А может, все же просто необдуманность? Любопытно, что на протяжении всего заболевания, думая о нем, я ни разу вслух не произнес ни названия болезни, ни ее синонимов. Только сейчас понял, что обходился без них. Сказывался подсознательный страх даже перед словом.

Л. принесла «Рубан» Омара Хайяма:

«От веры к бунту — легкий миг один.

От правды к тайне — легкий миг один.

Испей полнее молодость и радость!

Дыханье жизни — легкий миг один».

Хватит ли мне силы воли стать в оставшиеся годы на деле мудрее, до конца прочувствовать, сделать выводы из того, что жизнь — «легкий миг один»?..»

Стать или быть?

Завтра, как и сегодня, ... врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность... И жизнь врача останется такой же, как сегодня, — трудной, тревожной, героической и возвышенной.

А. Мориа

В заключение я позволю себе вернуться к тому, с чего начинается книга, к тому, что мне представляется основным во всех рассматриваемых в ней вопросах.

...Как-то я получил письмо от Н. — дочери моих знакомых. Окончив среднюю школу, она решила поступить на медицинский факультет. «Я понимаю, что этот шаг ответствен. Но как быть уверенной в его пра-

вильности? Не ошибусь ли я? Получится ли из меня врач?» — вот вопросы, которые поставлены в письме.

Выбор профессии, поиски своего жизненного пути очень нележки. Очевидно, такие вопросы встают и перед теми, кто хочет стать юристом, архитектором, агрономом. Впрочем, перед кем из нас они не вставали? Важно лишь не ошибиться. Мне близко все, что связано с моей профессией. Возможно, ответ на письмо Н. поможет понять радости и трудности врачебного пути. Вот этот ответ.

«...Никому не советуй быть врачом! И если кто-либо пожелает этого, отговори его, отговаривай его настойчиво и повторно!» — эти слова принадлежат Зондергеру — одному из лучших швейцарских врачей прошлого, горячо любившему свою профессию.

Нет ли здесь противоречия? Думается, нет, и вот почему.

Почти у каждого бывает «доктор, которому можно верить», и другие, о которых «...лучше не говорить». Когда врачей ругают, а медициной недовольны, то вспоминают тех, которые «ничего не знают, а меня чуть не довели до могилы...». Когда же некоторые родители настаивают на поступлении дочери или сына «на медицинский», то перед глазами — доктор знающий, уважаемый и хороший. К тому же, как кое-кто думает, а иногда и вслух говорит, «врач при всех обстоятельствах — врач, а с этой специальностью не пропадешь...».

Но от каждого ли врача будет польза людям? Не будет ли сожалений о сделанном выборе?

...Медсестра Т. поставила больной банки. Забыв об этом, она их сняла через час. На спине больной остались пузыри. Другой пациентке она сделала инъекцию. Когда больная пожаловалась, что игла тупая, Т. раздраженно ответила: «Все терпят — и вы стерпите». Что было делать с медсестрой? Коллектив настоял на ее увольнении, как непригодной для этой работы.

Я ей говорил: меняйте специальность, уйдите из медицины. Она ушла... и подала заявление на медицинский. До сих пор не понимаю почему.

Другой случай. В семье врача К. сын поступает на медицинский факультет. Спустя три года после окончания он приходит к выводу, что лечить больных нелегко, что «истории болезни треплют нервы», что в

порту работать проще, а зарабатывают там больше. Он с радостью ушел бы от стонов, жалоб, слез, а диплом... не пускает. Так он и дотянет до пенсии, озлобленный на свой выбор и внутренне безразличный к больному. Где ошибка? В выборе профессии. А виноват в этом и он сам, и отец.

Встает вопрос, можно ли было в 17 лет предвидеть разочарование, которое наступит в 26? Где признаки годности к врачебной деятельности?

Какой-то критерий может быть в искусстве; он возможен, видимо, и в таких отраслях науки, как математика или физика; наконец, очевидны «тесты» для будущих писателей или поэтов.

Но медицина — это и наука, и искусство. Она требует, чтобы человек имел доброе сердце, ясный ум, большую культуру, железные нервы.

Помню, в «Комсомольской правде» была статья «Кто идет в педагоги?» Автор писал, что учителем надо родиться. Не знаю, можно ли «родиться врачом», но мне кажется, что тот, кто собирается свою жизнь посвятить медицине, прежде всего должен совершенно ясно представлять себе все требования, предъявляемые к врачу, все трудности его работы.

Издаются брошюры для молодежи о выборе профессии, но многие из них слишком парадно рисуют врачебные будни. Эффектные обходы... Доктор держит перед глазами шприц с живительной жидкостью... укол — и больной оживает.

Или ставшая довольно тривиальной «подача» хирургов на экране, в спектаклях и некоторых статьях:

«... Волевой подбородок. Упрямо сдвинутые брови. Отрывистая речь,

— Зажим!

— Тампон!

— Шить!

Резко стаскивает перчатки, небрежно швыряет их в сторону. Бросает на ходу:

— Будет жить!

Поворачивается к окну. Закуривает. Делает нервную затяжку. Не горит. Комкает сигарету. Достает новую...»

Бывает и так, конечно, но врачебные будни труднее и прозаичнее. И это начинают понимать даже сту-

денты-медики. При опросе, проведенном в Оренбургском медицинском институте, на первом курсе хирургами хотели стать 63 процента студентов, на последнем — 18 процентов, на медицинском факультете в Софии соответственно — 25,4 и 12,8 процента. Цифры эти говорят сами за себя.

Академик Б. В. Петровский, обращаясь к журналистам, пишущим о врачах, не случайно призывал к тому, чтобы больше говорить о повседневности, а не ограничиваться лишь восторженным описанием героических поступков.

Врачебные будни...

Знаете ли вы, например, что у врача нет покоя и тогда, когда он снял халат? Не потому, что в любое время — днем и ночью, в бурю и дождь — он может быть вызван к больному, а потому, что труд доктора — это не только тридцать минут у постели больного.

Это бесконечная работа дома над книгой, это беспокойство за диагноз и лечение, это борьба с возможными сомнениями. Врачу приходится помнить, что он врач, в любой обстановке. Моряк вне моря — не моряк, строитель вне стройки — не строитель. Врач — всегда врач.

Вы можете захотеть в фойе филармонии обменяться мнением со встретившимся искусствоведом о прослушанном концерте — не сердитесь, если разговор сведется к лечению камней в желчном пузыре. Вы захотите после утомительного дня вечером прогуляться по улице, ощутить аромат весны — не удивляйтесь, если из пяти встретившихся знакомых четверо заговорят о болезнях.

Но есть и другое. Медицина еще во многом несовершенна. За это несовершенство спрашивать будут с вас, а не с науки. Ответ держать будете вы. А это бывает нелегко. Недостаточно культурный человек будет вас несправедливо ругать, а вы должны будете соблюдать спокойствие, вечером принимать против бессонницы снотворное, а утром входить в палату с улыбкой. Улыбка эта стоит дорого.

Бытует мнение, что с годами у врача вырабатывается иммунитет к страданиям человека. Это не так. Вероятно, к нам, врачам, тоже относятся слова Ромена

Роллана о том, что нельзя победить раз и навсегда — побеждать надо ежедневно.

При описании смерти Эммы Бовари у Флобера появился вкус мышьяка во рту и признаки отравления. Л. Н. Толстой вышел как-то из своего кабинета весь в слезах. На вопрос о том, что случилось, он ответил, махнув рукой: «Только что умер князь Болконский». Когда скончался отец Горю, Бальзака застали бледным, с неровным и слабым пульсом.

Не понять переживаний этих писателей нельзя. Но все же речь идет о смерти воображаемой. Когда у врача умирает больной, он видит ее реально. Частица души настоящего доктора уходит вместе с каждой смертью. Она оставляет след в его нервах, сердце, покое, здоровье. А представляете ли вы себе, что ощущает врач, когда он должен сообщить родным о том, что их отец или ребенок умер? Или вы думаете, что профессия может заглушить человеческие чувства?

Истории медицины известны примеры, когда выдающиеся врачи отказывались от своей практической деятельности, будучи не в силах пережить ее тяготы. Даже такой крупный хирург, как Т. Бильрот, не справился с собой. На некоторое время отказался от врачебной практики и выдающийся терапевт С. П. Боткин.

Вы вправе сказать, что то, о чем я пишу, может оттолкнуть от медицины. Что ж, лучше совсем не переступать ее порога, чем, став врачом, когда-нибудь мечтать о работе в порту.

Вам знаком, вероятно, один из ответов Льва Толстого на вопрос Леонида Андреева, как научиться хорошо писать: если вы задумали писать книгу, но чувствуете, что можете ее не писать, лучше не пишите. Медицина — не литература. Но если человек, зная о трудностях врачебной жизни, чувствует, что он с ними не справится, лучше уйти, пока не поздно. Нельзя, как это было в одном медицинском институте, вручать врачу диплом, взяв с него честное слово, что он никогда не будет заниматься... лечебной деятельностью! На меня произвела тяжелое впечатление одна цифра, приведенная Б. Я. Первомайским: при опросе студентов пятого курса одного из медицинских институтов выяснилось, что около 20 процентов из них не проявляют особого тяго-

тения к своей будущей специальности или вовсе не интересуются медициной.

Среди студентов-медиков в Литовской ССР прекратили учебу 20 процентов студентов лечебного, 12,6 процента педиатрического и 16 процентов студентов стоматологического факультетов. Основная причина — неудовлетворенность избранной профессией. Эти люди, как мне кажется, вызывают большее уважение, чем те, для которых медицина в дальнейшем оказывается пожизненным приговором к принудительной работе. В таком решении есть не только гражданское мужество, но и честность, ответственность перед обществом.

Если, ясно представляя все это, вы все-таки решите поступить на медицинский факультет, то у вас будет больше шансов на то, что из вас не выйдет ремесленник. И то перед подачей заявления в институт поработайте не просто на производстве, а санитаркой или медицинской сестрой. Выносите судна, прислушайтесь к стонам, почувствуйте цену жизни. И только после этого принимайте решение. Напомню, что почти половина абитуриентов, стремившихся в медвузы Украины, подожурив в больницах, свое решение изменила. Будучи женщиной, не забудьте при этом, что вам придется быть не только врачом, но и женой и матерью, что пока куда труднее, чем быть мужем, отцом и врачом. Труднее. Несмотря на все предоставленные женщинам права.

После всего сказанного можно предвидеть вопрос: не бывает ли, что человек пришел в медицину случайно или не понимая всех ее трудностей, и все же стал хорошим врачом?

Знаю, что призвание (речь идет не только о врачебной деятельности) может выявиться, на первый взгляд, неожиданно. Химик Луи Пастер дал человечеству вакцину против бешенства, физик Вильгельм Конрад Рентген лучами «Х» положил начало новой эре в медицине. Врач Луиджи Гальвани открыл электрический ток, офтальмолог Л. Заменгоф прославился как создатель международного языка «эсперанто», а врач Николай Коперник вошел в историю как выдающийся астроном. Считал, что у него имеются необходимые данные, чтобы стать врачом, и Бертольд Брехт. Однако медицинский факультет он оставил по совету Лиона Фейхтвангера, разглядевшего в студенте-медике будущего выдающегося драматурга (уз-

нал я об этом от вдовы писателя Марты Фейхтвангер, с которой свел меня случай в Лос-Анджелесе).

И все же все эти и подобные судьбы вряд ли свидетельствуют о случайностях: просто призвание оказалось сильнее профессии. Тем более вероятно, что призвание может проявиться без того, чтобы человек предполагал его у себя на студенческой скамье. Однако едва ли такие исключения можно возводить в закономерность.

Бывает и так, что потребность врачевания как необходимость избавлять людей от страданий сочетается с другой профессией, вытекает из особенностей личности, ее человечности и, если хотите, философских взглядов.

Эти чувства и соображения находятся у истоков врачевания, осуществляемого многими служителями храмов, монахинями. Здесь, конечно, и ключ к пониманию жизни замечательного человека Альберта Швейцера — теолога, музыканта, но прежде всего врача. Иначе не объяснить и путь выдающегося советского хирурга профессора В. М. Войно-Ясенецкого, одновременно являющегося архиепископом Симферопольским и Крымским Лукой. За книгу «Очерки гнойной хирургии» в 1946 году он был удостоен звания лауреата Сталинской премии, за заслуги перед церковью ему было присвоено патриархом Алексием право носить на клобуке крест — привилегия высшего духовенства.

... В тибетской медицине понятия «плохой врач» не существует. Плохой — значит не врач. Ошибки в выборе врачебной профессии, способные породить не только плохого, но даже среднего доктора, надо стремиться свести к минимуму.

Легче стать врачом, чем быть врачом.

Ни в одной специальности вы не столкнетесь с жизнью в такой ее полноте, противоречивости, драматизме, как будучи врачом.

В онкологическом диспансере мне довелось консультировать мужчину 30 лет, у которого оказалась злокачественная опухоль в стадии, когда излечить его было нельзя. Говорили мы с ним более часа. Больной просил что-либо сделать для того, чтобы он смог еще прогуляться со своей пятилетней дочкой по улице.

Представляете себе, что можно было чувствовать при этих словах, ощущая свое бессилие!

Я шел по улице и думал: вот где настоящее горе, что значит по сравнению с ним преходящие уколы жизни? Пишу я об этом потому, что, видя часто смерть, вы научитесь ценить и любить жизнь. А это тоже надо уметь. Причем не только самому уметь, но и учить этому других.

Длительность жизни, конечно, не всегда зависит от количества прожитых лет. Говорят, что красота ее определяется тем, что после нее остается. Но жизнь — это и другое: это улыбка ребенка и аромат полевых цветов, пенне снегирия и закат солнца, опьянение любовью и аккорд Шопена. А для всего этого прежде всего требуется здоровье.

Здоровье — первое и необходимое условие благополучия и всей нашей деятельности. Кто-то заметил, что здоровье — это не все, но без здоровья все становится ничем.

Плохо, когда вы испортили чертеж или вяло сыграли Листа. Страшно, если вы будете плохо лечить. Вам доверяют жизнь. А зачастую за одной жизнью стоят благополучие, радость и право на счастье детей, жены, мужа, родителей.

В книге Е. А. Вагнера и А. А. Росновского «О самовоспитании врача» рассказывается о таком эпизоде. В ночь на 1 января 1922 года привезли в больницу тяжелораненого сторожа, которому бандиты топором проломил череп. Срочная операция сверх ожидания сохранила ему жизнь.

Спустя две-три недели, возвратившись поздно вечером домой, врач застал у себя в кухне жену больного и восьмерых детей мал-мала меньше. Впереди стоял сам недавний пациент.

Вдруг раздался его повелительный голос: «На колена!» — и все дети опустились на колени...

«Я стоял потрясенный, со сжатым от волнения горлом... Вот она, необычная награда, которую судьба иногда посылает врачу на его нелегком трудовом пути», — заканчивает свой рассказ старый доктор.

Нужен ли другой какой-либо стимул, кроме сознания, что ты вернул детям отца, а матери — ребенка? Можно ли сравнить что-либо с тем, что чувствует врач, возвративший человеку зрение? Это сводит на нет и несправедливое порой суждение о нем, и бессонную

ночь, и волнения. Из-за этого стоит жить, стоит стать врачом. Познать радость возвращенного людям здоровья, радость возвращенной жизни — великое счастье!»

...Дочь моих знакомых на медицинский факультет не прошла по конкурсу. Она поступила на работу в больницу санитаркой...

Послесловие

Не раз мне казалось, что возвращаться к тому, о чем идет речь в этой книге, нет смысла. Что еще может быть нового? А жизнь все вносила коррективы. Особенно за последние годы. Изменилось собственное видение. Появилась возможность говорить о том, что ранее замалчивалось или было менее заметно.

Хочу повторить: идеи, заложенные в нашем здравоохранении, разумны. Но думать, что сами по себе они способны обеспечить качество и эффективность его, наивно. Тем более это относится к системе охраны здоровья, зависящей, как уже подчеркивалось, от всего общества.

Мы, врачи, привыкли к тому, что когда с нами встречаются знакомые, то одним из обязательных вопросов является «что нового в медицине?». Особенно часто звучит он теперь, когда все находятся в ожидании плодов перемен.

А. И. Герцену принадлежит высказывание: «Оптимизм — большая глупость, но пессимизм — большое несчастье». Мною давно пройден период, когда любой афоризм или максима абсолютизируются. Жизнь научила тому, что на каждый тезис нетрудно найти анти-тезис. Такова диалектика.

Поэтому, возвращаясь к сентенции Герцена, думаю, что, с медицинской точки зрения, быть несчастным все же хуже. Впрочем, и не каждый оптимист является глупцом. Важно не утратить реализма.

Как же определить меру трезвого восприятия действительности и надежд?

На это в силах ответить только один объективный судья — время. Говорят, оно работает на нас. Но надо и нам работать на него.

Существует старая притча. Два приятеля прогуливались вечером после дождя. Один заметил: «Осторожно — лужа!» Второй, посмотрев под ноги на отраженное в воде ночное небо, восторженно сказал: «Какие звезды!» К сожалению, сегодняшняя медицина — не звездное небо, но не следует замечать одни лишь лужи.

Важно четко осознать: что зависит от объективных возможностей медицины, что — от врачей и что — от отношения к себе и другим.

Одного понимания, однако, мало. Нужно, чтобы общество нашло в себе силы и мудрость эти проблемы решать. Сумеет ли оно это сделать?

ЛИТЕРАТУРА

- Аграновский А. А.* Избранное. М.: Известия, 1988. Т. 2. 496 с.
- Айрапетов С. Г.* Здоровье, эмоции, красота. Этюды. Ставрополь: Ки. изд-во, 1978. 104 с.
- Аквис Д.* Жажда чуда // Журналист. 1982. № 10. С. 46—49.
- Аксельрод А. Ю.* Оживление без сенсаций. М.: Знание, 1974. 94 с.
- Александрова М. Д.* Проблемы социальной и психологической геронтологии. Л.: Медицина, 1974. 136 с.
- Алексамян И. В., Кнопов М. Ш.* Главные терапевты фронтов и флотов в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М.: Медицина, 1987. 255 с.
- Амосов Н. М.* Книга о счастье и несчастьях. (Дневник с воспоминаниями и отступлениями). М.: Молодая гвардия, 1984. 287 с.
- Андерс Р. Л., Камаи-Пак М.* Пожилые люди в Японии // Здоровье мира. 1988. № 12. С. 8—11.
- Аржелье Ж.-Л.* Причины неправильного назначения лекарственных средств // Всемирный форум здравоохранения. 1983. Т. 3. № 1. С. 104—105.
- Базен Э.* Во что я верю: Эссе / Пер. с франц. М.: Известия, 1984. 128 с.
- Байнхауэр Х., Шмакке Э.* Мир в 2000 году: Свод международных прогнозов / Пер. с нем. М.: Прогресс, 1973. 240 с.
- Банковский Э.* Генетика, медицина и этика // Здоровье мира. 1988. № 12. С. 3—5.
- Бармина Н.* Медицина и пресса: мнения, размышления, выводы // Журналист. 1974. № 3. С. 34—37.
- Баскина А. Л.* Сто и одна проблема Гименя, или Брак с разных сторон. М.: Молодая гвардия, 1975. 112 с.
- Баталов А. А.* Врачебная профессия и нравственность // Тер. архив. 1979. № 5. С. 76—80.
- Бибель А.* Женщина и социализм. М.: Гос. изд-во полит. лит., 1959. 592 с.
- Бедрик Л. М., Виланский М. П., Голубев Д. П.* О некоторых спорных вопросах хирургической деонтологии // Проблемы медицинской деонтологии. Тез. докладов Второй Всесоюзной конференции. М.: Медицина, 1977. С. 94—96.
- Бейлин П. Е.* Поговори со мною, доктор. Киев: Радяньский письменник, 1980. 366 с.
- Бёжиг У.* Самопомощь при бессонницах, стрессах и неврозах / Пер. с нем. Минск: Полымя, 1975. 77 с.
- Бернадский Э.* Медицина, врачи и публика / Пер. с польск. М., 1903. 158 с.
- Бессараб М.* Страницы жизни Ландау. М.: Московский рабочий, 1971. 136 с.
- Билибин А. Ф.* Горизонты деонтологии // Вестник АМН СССР. 1979. № 5. С. 35—45.
- Билибин А. Ф.* О мышлении клинициста-практика // Клин. мед. 1981. № 11. С. 104—106.
- Билибин А. Ф., Вагнер Е. А., Корж С. Б.* Деонтология медицинская // БМЭ. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1977. Т. 7. С. 109—115.
- Биологические ритмы* / Под ред. Ю. Ашоффа / Пер. с англ. М.: Мир, 1984. Т. 1, 414 с.; Т. 2, 262 с.

- Блохин Н. Н.* Деонтология в онкологии. М.: Медицина, 1977. 69 с.
- Бобров Л. В.* По следам сенсаций. М.: Молодая гвардия, 1966. 272 с.
- Бобров Л. В.* Поговорим о демографии. М.: Молодая гвардия, 1974. 224 с.
- Боголюбов В. Л.* Личность врача в медицине // Казанский мед. журнал. 1928. № 1. С. 13—25.
- Бодалев А. А.* Восприятие и понимание человека человеком. М.: Изд-во МГУ, 1982. 200 с.
- Бодамер И.* Современный мужчина. Его облик и психология / Пер. с нем. // Смена. 1969. № 14. С. 24—25.
- Бодрияр Ж.* Порочная логика // Курьер ЮНЕСКО. 1987. Август. С. 7—9.
- Борисов В.* Некоторые вопросы мотивации при выборе врачебной профессии // Сб. мат. 3-й науч. сес. Моск. междунар. курсов организаторов здравоохранения. Варшава, 1974. Ч. 2. С. 5—11.
- Борисоглебский Л. Л.* В погоне за сенсацией. М.: Медицина, 1968. 31 с.
- Бородулин В. И., Шхвацабая И. К. А. Л. Мясников.* М.: Медицина, 1967. 72 с.
- Вагнер Е. А., Росновский А. А.* О самовоспитании врача. Пермь: Пермское книж. изд-во, 1976. 156 с.
- Валенкевич Л. Н.* Гастроэнтерология в гериатрии. Л.: Медицина, 1987. 240 с.
- Василенко В. Х.* На грани античной и новой медицины // Тер. архив. 1983. № 1. С. 133—139.
- Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А.* Брачный клиринг // Вопр. кибернетики. 1978. Вып. 28. С. 59—69.
- Василюк Ф. Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во МГУ, 1984. 200 с.
- Ваша работоспособность сегодня / Н. А. Агаджанян, М. М. Горшков, Л. А. Котельник и др.* М.: Советская Россия, 1978. 88 с.
- Веренцов М. М.* О методах оценки эффективности здравоохранения // Обзор литературы зарубежных стран // Здравоохранение Российской Федерации. 1985. № 7. С. 38—42.
- Вересаев В. В.* Записки врача. Соч., т. 1. М.: Гос. изд-во худ. лит., 1948. С. 461—687.
- Верещагин В. Г.* Физическая культура индийских йогов. Минск: Полымя, 1982. 144 с.
- Винничук Л.* Люди, нравы и обычаи Древней Греции и Рима / Пер. с польск. М.: Высшая школа, 1988. 496 с.
- Витек К.* Проблемы супружеского благополучия / Пер. с чешского. М.: Прогресс, 1988. 144 с.
- Витенко И. С., Леоненко И. Н.* Актуальные вопросы профессионально-психологической подготовки медицинских кадров // Врач. дело. 1983. № 3. С. 122—123.
- Вишневский А. А.* Дневник хирурга. М.: Медицина, 1967. 472 с.
- Вольперт И. Е.* Психотерапия. Л.: Медицина, 1972. 232 с.
- Вотчал Б. Е.* Психотерапевтические аспекты деонтологии в клинике внутренних болезней // Первая Всесоюзная конф. по проблемам мед. деонтологии. М.: Медицина, 1970. С. 50—54.
- Вотчал Б. Е.* Взаимоотношение психики и соматики в клинике внутренних болезней // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, Тез. докладов, М.: Медицина, 1972. С. 79—86.

Вязов О. Е., Дердяищенко А. А. Научно-технический прогресс и здоровье будущего поколения. М.: Знание, 1974. 64 с.

Гаргов К. Социологические аспекты медицинской профессии. М.: ЦОЛИУВ, 1969. 19 с.

Гейзер И. М. Чехов и медицина. М.: Медгиз, 1954. 140 с.

Гейзер И. М. В. В. Вересаев. Писатель-врач. М.: Медгиз, 1957. 148 с.

Геттинг Г. Встреча с Альбертом Швейцером / Пер. с нем. М.: Наука, 1967. 136 с.

Гигиена и культура супружеской жизни. (Советы и рекомендации). Факультет здоровья, М.: Знание, 1988, № 6, 48 с.

Гиляревский С. А., Тарасов К. Е. Этика советского врача. М.: Медицина, 1979. 144 с.

Гиппократ. Избранные книги / Пер. с греч. М.: Медгиз, 1936. 736 с.

Глязер Г. Драматическая медицина. Опыты врачей на себе / Пер. с нем. М.: Молодая гвардия, 1965. 215 с.

Гозман Л. Я. Психология эмоциональных отношений. М.: Изд-во МГУ, 1987. 176 с.

Голод С. И. Социологические проблемы сексуальной морали: Автореф. канд. дис. М.: 1969. 22 с.

Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев: Вища школа, 1988. 192 с.

Грекова Т. И. Странная вера доктора Швейцера. М.: Сов. Россия, 1985. 208 с.

Грибанов Э. Д., Георгадзе В. И. Эмблемы медицины. Тбилиси: Сабчота сакартвело, 1979. 112 с.

Гросс М. Л. Доктора / Пер. с англ. // Наука и жизнь. 1969. № 2. С. 86—89.

Грушин Б. А. «Слушается дело о разводе». О так называемых легкомысленных браках // Молодая гвардия. 1964. № 6. С. 164—191; № 7. С. 255—282.

Гудков Л. Н., Кондратов А. М. О тебе и обо мне. Ставрополь: Кн. изд-во, 1977. 143 с.

Гулыга А. В. Конец «двойной морали» // Лит. учеба. 1979. № 3. С. 142—152.

Гулыга А. В., Андреева И. С. Пол и культура // Философские науки. 1973. № 4. С. 63—69.

Гуляев А. В. Вопросы деонтологии в хирургии // Первая Всесоюзная конф. по проблемам мед. деонтологии. М.: Медицина, 1970. С. 71—81.

Гурев Г. А. История одного заблуждения. Л.: Наука, 1970. 192 с.

Гусаров Г. Н. Воины в белых халатах. Днепропетровск: Промінь. 1989. 142 с.

Данилевский В. Я. Врач, его призвание и образование. Харьков, 1921. 416 с.

Деонтология в медицине / Под ред. Б. В. Петровского. М.: Медицина, 1988. Т. I, 352 с.; Т. II, 416 с.

Дорозинский А., Блюэн К. Б. Одно сердце — две жизни / Пер. с франц. М.: Мир, 1969. 158 с.

Дягилев В. Я. Врачебные ошибки и жизненные следствия // Октябрь. 1968. № 9. С. 175—186.

Евдокимов П. П. К истории болезни Ф. М. Достоевского // Клиническая медицина. 1987. № 5. С. 145—147.

Евдокимов П. П. К истории болезни И. А. Гончарова // *Клин. мед.* 1987. № 10. С. 155—157.

Еренкова Н. В. Этика труда среднего медицинского работника. Киев: Здоровья, 1987. 116 с.

Ермаков В. В., Косарев И. И. О профессии врача. Некоторые аспекты высшего медицинского образования. М.: Знание, 1978. 64 с.

Жирнов В. Д. Проблема предмета медицины: Методологический анализ. М.: Медицина, 1978. 240 с.

Завилянский И. Я. Врач и больной. Вопросы врачебной деонтологии, этики и психотерапии. Киев: Здоровья, 1964. 89 с.

Заиграев Г. Г. Борьба с алкоголизмом. М.: Мысль, 1986. 157 с.

Зайченко А. С. США — СССР: личное потребление (некоторые сопоставления) // *США-ЭПИ.* 1988. № 12. С. 12—22.

Зальмунин Ю. С. Врачебные ошибки и ответственность врачей: Автореф. канд. дис. Л., 1950. 12 с.

Зацепин В. И. О жизни супружеской. М.: Молодая гвардия, 1984. 192 с.

Здравомыслов В. И., Анисимова Э. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. Алма-Ата: Казахстан, 1985. 272 с.

Здравоохранение зарубежных стран / Под ред. О. П. Щепина. М.: Медицина, 1981. 368 с.

Зотин В., Мытиль А. Осведомленность вступающих в брак о методах и средствах контрацепции // *Молодожены.* М.: Мысль, 1985. С. 80—90.

Зотина Р. К., Столпник Л. П., Крепких И. Ю. О состоянии здравоохранения в некоторых экономически развитых капиталистических странах // *Здравоохран. Российской Федерации.* 1979. № 5. С. 30—35.

Иванова А. Т. С. П. Федоров (1869—1936): Научная биография. М.: Медицина, 1972. 227 с.

Иванюшкин А. Я., Дубова Е. А. Эвтаназия: проблема, суждения, поиск, альтернативы // *Вестник АМН СССР.* 1984. № 6. С. 72—77.

Измеров Н. Ф., Капцов В. А. Врач, исцеля самого себя // *Всемирный форум здравоохран.* 1985. Т. 5. № 3. С. 78—80.

Ижелинский К. Психогигиена половой жизни / Пер. с польск. М.: Медицина, 1971. 256 с.

Казинс Н. Врачующее сердце // *Иностр. лит.* 1985. № 7. С. 216—242.

Кальченко Е. И., Киянов В. И., Сафонов В. Л. Медико-гигиенические аспекты образа жизни врачей // *Сов. здравоохран.* 1987. № 6. С. 37—39.

Канеп В. В. Болезни века и авторитет врача // *Наука и жизнь.* 1981. № 2. С. 71—73.

Караванов Г. Г., Коришнова В. В. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга. Львов: Львовский гос. ун-т, 1974. 84 с.

Караварский Б. Д. Неврозы как болезни личности // *Социальная психология личности.* Л.: Знание, 1974. С. 164—171.

Карсаевская Т. В., Шаталов А. Т. Философские аспекты геронтологии. М.: Наука, 1978. 215 с.

Кассирский И. А. О врачевании. Проблемы и раздумья. М.: Медицина, 1970. 272 с.

- Келановски Т.* Пропедевтика медицины / Пер. с польск. М.: Медицина, 1968. 168 с.
- Киселева Н. В., Прохоров А. В.* Медицинские и социально-экономические аспекты табакокурения и борьба с ним. Ч. 1. Медицинские и социально-экономические аспекты // Тер. архив. 1987. № 9. С. 145—151.
- Китайгородский А. И.* Реникса. М.: Молодая гвардия, 1973. 192 с.
- Клибанов А. И.* Из мира религиозного сектантства. Встречи. Беседы. Наблюдения. М.: Политиздат, 1974. 255 с.
- Книга о здоровье /* Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: Медицина, 1988. 512 с.
- Кованов В. В.* Солдаты бессмертия. М.: Политиздат, 1985. 368 с.
- Ковригина М. Д.* Роль женщин-врачей в развитии здравоохранения нашей страны. М.: Знание, 1975. 40 с.
- Ковригина М. Д., Случанко И. С.* О кадрах младшего медицинского персонала в больницах // Здравоохранение Российской Федерации. 1972. № 1. С. 12—15.
- Коган Д. А.* Гомеопатия и современная медицина. М.: Медицина, 1964. 218 с.
- Козан Л. Н.* Человек и его судьба. М.: Мысль, 1988. 283 с.
- Кодкин А. С.* Маймонид как естествоиспытатель и врач // Тер. архив. 1982. № 10. С. 137—139.
- Комаров Ф. И.* Проблемы деонтологии в практике врача-терапевта // Проблемы медицинской деонтологии. Тез. докл. Второй Всесоюзной конф. М.: Медицина, 1977. С. 74.
- Комаров Ф. И., Рапопорт С. И., Еремичева Л. В.* Некоторые актуальные вопросы хрономедицины // Тер. архив. 1982. № 12. С. 34—38.
- Комаров Ф. И., Сучков А. В.* Размышления о врачебном долге // Тер. архив. 1981. № 5. С. 18—20.
- Комаров Ю. М.* Социальные факторы и здоровье населения. М.: ВНИИМИ, 1984. 85 с.
- Кон И. С.* Секс, общество, культура // Иностранная литература. 1970. № 1. С. 243—255.
- Кон И. С.* В поисках себя: Личность и ее самосознание. М.: Политиздат, 1984. 335 с.
- Кон И. С.* Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988. 320 с.
- Кондратенко Г. П., Ороховский В. И.* Подготовка молодежи к выбору медицинских специальностей. М.: Знание, 1976. 48 с.
- Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. Прага: Мед. изд-во, 1983. 405 с.
- Контский Ф. М.* Врач и больной. Культура медицинского обслуживания и основные элементы врачебной этики. Йошкар-Ола: Марийское кн. изд-во, 1964. 110 с.
- Коротич В. М.* Мы, врачи // Юность. 1962. № 10. С. 99—103.
- Коротких Р. В., Иванова О. Е., Миронов Е. И.* Международные документы, касающиеся вопросов медицинской этики // МРЖ. Р. XVI. 1984. № 8. С. 6—9.
- Косарев И. И., Бухарина Т. Л.* Путь в медицину. Челябинск: Южно-Уральское кн. изд-во, 1983. 88 с.
- Косицкий Г. И.* Цивилизация и сердце. М.: Медицина, 1971. 200 с.
- Костомаров М. И.* Очерк домашней жизни и нравов великорусского народа в XVI и XVII столетиях. Спб., 1860. 214 с.

- Котельников В. П. К 110-летию со дня рождения А. Швейцера // Клин. мед. 1985. № 10. С. 141—145.
- Кредин Ю. Семь дней в неделю // Новый мир. 1964. № 10. С. 112—145.
- Кузнецов О. Н., Лебедев В. И. Психология и психопатология одиночества. М.: Медицина, 1972. 336 с.
- Кузьмин М. К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны: Очерки. М.: Медицина, 1979. 239 с.
- Кук Ф. Дж. Заговор против пациента / Пер. с англ. М.: Медицина, 1972. 296 с.
- Кулагина Э. Н. Экономическая эффективность охраны здоровья. Горький: Волго-Вятское кн. изд-во, 1984. 159 с.
- Курашов С. В. О так называемом «кризисе в медицине» // Здравоохран. (Бухарест). 1963. № 4. С. 383—391.
- Курение табака в странах мира // Хроника ВОЗ. 1979. Т. 33. № 7. С. 333—336.
- Ламонт К. Иллюзия бессмертия / Пер. с англ. М.: Политиздат, 1984. 286 с.
- Леви В. Л. Я и мы. М.: Молодая гвардия. 1969. 288 с.
- Леви В. Л. Везет же людям... (Психология здоровья). М.: Физкультура и спорт, 1988. 256 с.
- Левиков А. И. Формула милосердия // Ищи себя, пока не встретишь. М.: Изд-во полит. лит., 1987. С. 173—235.
- Лериш Р. Воспоминания о моей минувшей жизни / Пер. с фр. М.: Медицина, 1966. 188 с.
- Лейцинский Л. А. Деонтология в практике терапевта. М.: Медицина, 1989. 208 с.
- Лик Э. Врач и его призвание. Мысли еретика / Пер. с нем. Днепропетровск, 2-е изд. журнала «Новый хир. архив», 1928. 120 с.
- Лисицын Ю. П., Жиляева Е. П. Союз медицины и искусства. М.: Медицина, 1985. 192 с.
- Литвак Л. М. Человек любящий. Размышления о природе пола, развитии половой жизни и о восхождении к человеческой любви. Пермь: Кн. изд-во, 1973. 217 с.
- Лихтенштейн Е. И. Помнить о больном: Пособие по медицинской деонтологии. Киев: Вища школа, 1978. 175 с.
- Лук А. Н. Плутовство в науке и облик ученого // Вестник АН СССР. 1980. № 1. С. 132—136.
- Лук А. Н. Эмоции и личность. М.: Знание, 1982. 176 с.
- Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и натрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.
- Люкас Дж. Сексуальное воспитание // Здоровье мира. 1969. Июль—август. С. 31—43.
- Лютер Э., Смольников А. И. Личность больного и деонтологическая тактика врача // Медицинская этика и деонтология. М.: Медицина, 1983. С. 113—122.
- Маслинска Г. Врач, пациент, общество (некоторые нравственные проблемы врачебной профессии) // Общество и здоровье человека. М.: Медицина, 1973. С. 314—322.
- Мастbaum М. И. Врач и больной // Здравоохран. Советской Эстонии. Таллин, 1957. Сб. 6. С. 74—83.
- Медицина и идеология. Критический анализ некоторых буржуазных

- теорий / Под ред. Г. И. Царегородцева. М.: Медицина, 1985. 288 с.
 Медицинский оккультизм. Парамедицина / Под ред. О. Прокопа / Пер. с нем. М.: Медицина, 1971. 232 с.
 Мезенцев В. А. О суевериях — всерьез. М.: Сов. Россия, 1989. 240 с.
 Мелан К. Г. Семья при социализме // Общество и здоровье человека. М.: Медицина, 1973. С. 191—199.
 Метса А. А. От студента к врачу: Учебное пособие по профессиональному общению студентов-медиков. Таллинн: Валгус, 1987. 288 с.
 Мечников И. И. Этюды оптимизма. М.: Наука, 1964. 339 с.
 Микулин А. А. Активное долголетие. (Моя система борьбы со старостью). М.: Физкультура и спорт, 1977. 112 с.
 Милтс А. Гармонические и дисгармонические личности: Философско-этический очерк. Рига: Авотс, 1983. 151 с.
 Михайлов В. М. Здоровье человека и прогресс медицины. М.: Медицина, 1976. 152 с.
 Михайлов Ф. А. Вопросы эстетики в медицине // Клин. мед. 1983. № 12. С. 3—11.
 Михлин В. М., Кирьяк В. А. Неклассическое врачевание: прошлое и настоящее. Кишинев: Штиинца, 1985. 200 с.
 Мишин Г. И. Отрицательные эмоции и их преодоление. М.: Медицина, 1984. 80 с.
 Моэль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. Спб., 1903. 414 с.
 Молодежь и наркотики: Доклад Исследовательской группы ВОЗ. Женева, 1974. 59 с.
 Молчанов Н. С. Преподавание внутренних болезней в медицинских институтах // Тр. XI Всесоюзной конф. терапевтов. Л.: Медицина, 1960. С. 178—184.
 Монтень М. Опыты. М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1958—1960. Кн. 1, 526 с. Кн. 2, 652 с. Кн. 3, 496 с.
 Морозов Г. В., Царегородцев Г. Н., Петленко В. П. Социальная и нравственная ответственность в современном мире // Медицинская этика и деонтология. М.: Медицина, 1983. С. 9—44.
 Моруа А. О призвании врача // Химия и жизнь. 1979. № 1. С. 79—86.
 Мудров М. Я. Избранные произведения. М.: Медгиз, 1949. 296 с.
 Мунте А. Легенда о Сан-Микеле / Пер. с англ. М.: Худ. лит., 1969. 384 с.
 Мур Ф. История пересадок органов / Пер. с англ. М.: Мир, 1973. 311 с.
 Мухин С. А. О некоторых вопросах гомеопатического лечения болезней сердца. (О новом подходе в лечении инфаркта миокарда). М., 1961. 42 с.
 Нагаев В. В. Становление чувств. Сыктывкар: Коми кн. изд-во, 1982. 112 с.
 Наумов Л. Б. Легко ли стать врачом. Ташкент: Медицина, 1983. 464 с.
 Неврозы и сексуальные расстройства. Воронеж: Изд-во Воронеж. ун-та, 1985. 160 с.
 Об основах медицинской деонтологии / Под ред. К. Т. Таджиева, В. И. Приписнова. Душанбе, 1981. 256 с.

- Обуховский К.* Психология влечений человека / Пер. с польск. М.: Прогресс, 1972. 248 с.
- Общественные науки и здравоохранение / Под ред. И. Н. Смирнова. М.: Наука, 1987. 264 с.
- О некоторых аспектах деонтологической и психологической подготовки врача / Н. Е. Бачериков, А. Я. Цыганенко, В. Л. Гавенко и др. // Проблемы медицинской деонтологии. Тез. докладов Второй Всесоюзной конф. М.: Медицина, 1977. С. 253—255.
- Орлов А. Н.* Исцеление словом. Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1989. 512 с.
- Основы общей и медицинской психологии / В. Н. Мясищев, Б. Д. Карвасарский, С. С. Либих и др. Л.: Медицина, 1968. 216 с.
- Отбор студентов для получения медицинского образования // Хроника ВОЗ. 1973. Т. 2. № 7. С. 312—320.
- Оценка экономических результатов здравоохранения / К. Гаргов, Д. Конитаров, И. Кацаров и др. // Здравоохр. (Бухарест). 1968. № 3. С. 265—275.
- Палкин Б. Н., Алексеев А. И.* О факторах, влияющих на выбор медицинской профессии студентами медицинского института // Сов. здравоохр. 1972. № 4. С. 40—46.
- Пекелис В. Д.* Твоя возможность, человек! М.: Знание, 1984. 272 с.
- Первомайский Б. Я.* Некоторые вопросы деонтологии и врачебного призвания в подготовке врачей // Проблемы медицинской деонтологии. Тез. докладов Второй Всесоюзной конф. М.: Медицина, 1977. С. 283—286.
- Петраков Б. Д., Петракова Л. Б.* Психическое здоровье народов мира в XX веке. М.: ВНИИМИ, 1984. Вып. 5. 69 с.
- Петров Б. Д.* Деонтология в истории отечественной медицины // Клин. мед. 1969. № 7. С. 8—14.
- Петров Б. Д.* Врач, больные и здоровые. М.: Медицина, 1972. 28 с.
- Петров Н. Н.* Вопросы хирургической деонтологии. Л.: Медгиз, 1956. 64 с.
- Петровский Б. В.* Перо и скальпель // Журналист. 1968. № 9. С. 5—7.
- Петровский Б. В.* Хирург и жизнь. М.: Медицина, 1989. 318 с.
- Пирогов Н. И.* Собр. соч. М.: Медгиз, 1961. Т. 5. 640 с.; Т. 6. 468 с.
- Писарев Д. И.* Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии. М.: Медицина, 1969. 192 с.
- Платонов К. К.* Урбанизация, технизация и психика человека // Общ. шество и здоровье человека. М.: Медицина, 1973. С. 242—253.
- Платонов К. К.* Способности и характер // Теоретические проблемы психологии личности. М.: Наука, 1974. С. 187—208.
- Пол, брак, семья / Под ред. П. Попхристова. Т. Бостанджиева, А. Бонева. София: Медицина и физкультура, 1977. 300 с.
- Поляков В. А.* Берегите врачей // Химия и жизнь. 1981. № 5. С. 26—29.
- Пондов Г. С.* Заметки врача. Тбилиси: Грузмедгиз, 1957. 208 с.
- Попов А., Михов Б.* Научно-техническая революция и ее влияние на здоровье населения в различных общественно-экономических формациях // Общество и здоровье человека. М.: Медицина, 1973. С. 113—132.
- Попов В. Ф.* Актуальные вопросы пропаганды медицинских и гигиенических знаний // Сов. здравоохр. 1986. № 11. С. 7—12.

- Попушой Е. П., Керцман С. Г.* Поиск панацеи. Кишинев: Картеа Молдовеняска, 1987. 144 с.
- Портнов А. А., Федотов Д. Д.* Неврозы, реактивные психозы и психопатии. М.: НИИ психиатрии, 1957. 126 с.
- Принципы медицинской этики // Хроника ВОЗ. 1983. Т. 37. № 4. С. 3—4.
- Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей: Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева: ВОЗ, 1979. 86 с.
- Психогигиена детей и подростков / Под ред. Т. Н. Сердюковой, Г. Гельница. М.: Медицина, 1985. 223 с.
- Радбиль О. С., Комаров Ю. М.* Курение. М.: Медицина, 1988. 160 с.
- Различие в успеваемости мужчин и женщин — студентов Ростовского-на-Дону медицинского института / А. С. Громов, Л. Б. Горикова, И. В. Крымская и др. // Сов. здравоохран. 1968. № 3. С. 21—24.
- Райт Г.* Свидетель колдовства / Пер. с англ. М.: Молодая гвардия, 1971. 208 с.
- Рапопорт Я. Л.* На рубеже двух эпох. Дело врачей 1953 года. М.: Книга, 1988. 271 с.
- Рарова В. Н.* Семейная врачебная практика за рубежом // Современные проблемы организации амбулаторно-поликлинической помощи. Тез. докладов Всесоюзной научно-практической конф. (Саратов). М., 1988. С. 184—186.
- Рахальский Ю. Е., Григорьевских В. С.* Психологические основы обучения в медицинском вузе и выбор профессии // Здравоохран. Российской Федерации. 1971. № 12. С. 35—40.
- Реклама фармацевтических препаратов // Хроника ВОЗ. 1969. Т. 23. № 6. С. 289—292.
- Ржевская И.* Социальные проблемы профессии медицинской сестры // Здравоохран. (Бухарест). 1974. № 1. С. 89—96.
- Рожановская З. В.* Половое воспитание и просвещение как профилактика сексуальных нарушений у женщин // Психоневрология, психотерапия, психология. Алма-Ата. 1972. С. 139—140.
- Рожнов В. Е.* Пророки и чудотворцы: Этюды о мистицизме. М.: Изд-во полкт. лит., 1977. 175 с.
- Розбери Т.* Размышления о кризисе в медицине // Мир науки. 1961. № 4. С. 15—19.
- Рюриков Ю. Б.* Три влечения. Любовь, ее вчера, сегодня и завтра. Изд. 2-е, доп. Кемерово, 1984. 256 с.
- Рюриков Ю. Б.* По закону Тезея. Мужчина и женщина в начале биархата // Новый мир. 1986. № 7. С. 174—198.
- Рюриков Ю. Б.* Любовь и семья на сломе времен. Книга чувств // Аврора. 1986. № 8. С. 100—125; № 9. С. 112—130.; № 10. С. 60—79; № 11. С. 91—108; № 12. С. 101—126.
- Саарма Ю. М.* Предисловие к книге Г. Селье «Стресс без дистресса». М.: Прогресс, 1979. С. 5—12.
- Сабонис И. И.* Изучение мотивов в времени выбора профессии у врачей Литовской ССР // Сб. мат. 3-й науч. сес. Моск. междунар. курсов организаторов здравоохран. Варшава, 1974. Ч. 2. С. 44—46.
- Самоубийство и его предотвращение // Хроника ВОЗ. 1968. Т. 22. № 11. С. 483—485.
- Селье Г.* Стресс без дистресса / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1979. 125 с.
- Семашко Н. А.* Избранные произведения. М.: Медицина, 1967. 379 с.

- Сердечно-сосудистая система хирургов и влияние на нее профессиональной деятельности / С. И. Ашбель, А. А. Пенкнович, Р. Г. Хиль и др. // Гигиена труда и проф. забол. 1967. № 1. 23—29.
- Сердюковская Г. Н. Социальные условия и состояние здоровья школьников. М.: Медицина, 1979. 184 с.
- Симонов Н. В. На борьбу с курением — всем миром // ЭКО. 1987. № 5. С. 175—181.
- Скворцов В. Я. Врачи в литературе и искусстве // Сов. здравоохранение. 1987. № 3. С. 76—78.
- Скворцов В. Я., Скворцова А. И. Ф. М. Достоевский и медицина // Кляня мед. 1982. № 2. С. 112—116.
- Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев: Здоровья, 1977. 479 с.
- Смирнов Е. И. Война и военная медицина. 1939—1945 годы. Мысли и воспоминания. М.: Медицина, 1976. 462 с.
- Смольников А. В. Врач на войне. Л.: Лениздат, 1972. 182 с.
- Стеженская Е. И., Сачук Н. Н. Демографические сдвиги в современном обществе и трудовая активность населения старших возрастов // Ведущие проблемы советской геронтологии. Материалы к конгрессу. Киев, 1972. С. 249—262.
- Стоппард М. Тем, кто собирается бросить курить // Физкультура и здоровье. М., 1984. Вып. 2. С. 44—47.
- Сук Н. С. Врачебная тайна. Киев: Здоровья, 1981. 41 с.
- Сушенко В. А. Супружеские конфликты. М.: Финансы и статистика, 1983. 175 с.
- Токарева Л. П. Некоторые аспекты медико-социальной помощи лицам старших возрастов за рубежом: Обзор // МРЖ. Р. XVI. 1979. № 7. С. 4—8.
- Труд и здоровье медицинских работников / Под ред. В. К. Овчарова. М.: Медицина, 1985. 216 с.
- Угетти. Врачи и пациенты / Пер. с итал. Спб. 1901. 168 с.
- Федоровский Г. Шеренга великих медиков / Пер. с польск. Варшава. 1972. 159 с.
- Фомин А. Н. Вопросы врачебной деонтологии в повести Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича» (к 100-летию со дня выхода в свет) // Сов. мед. 1986. № 4. С. 77—81.
- Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ. Т. I. М.: Гос. изд-во, 1922. 252 с.
- Фурст Дж. Б. Невротик, его среда и внутренний мир / Пер. с англ. М.: Изд-во иностр. лит., 1957. 376 с.
- Халяпин М. И. Здравоохранение США // США-ЭПИ 1981. № 6. С. 120—127.
- Хананашвили М. М. Информационные неврозы. Л.: Медицина, 1978. 144 с.
- Харват И., Мак-Гир К., Парсонс В. Обзор практики проведения экзаменов в медицинских учебных заведениях / Пер. с англ. М., 1971. 86 с.
- Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Пер. с венг. Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1981. 286 с.
- Харчев А. Г., Голод С. И. Профессиональная работа женщины и семья: Социологическое исследование. Л.: Наука, 1971. 176 с.

- Хижняков В. В.* Антон Павлович Чехов как врач. М.: Медгиз, 1947. 136 с.
- Хорол И. С.* Стресс. Адаптационная энергия: миф или реальность? // Курьер ЮНЕСКО. 1975. Ноябрь. С. 5—9, 32.
- Хэнзел Ч.* Парапсихология / Пер. с англ. М.: Мир, 1970. 320 с.
- Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г.* Предмет и проблематика социологических исследований в медицине // Вестник АМН СССР. 1984. № 6. С. 13—25.
- Царегородцев Г. И., Шингаров Г. Х.* Философский аспект психосоматической проблемы // Общество и здоровье человека. М.: Медицина, 1973. С. 229—242.
- Чазов Е. И.* Вопросы деонтологии в практике кардиолога // Проблемы медицинской деонтологии. Тез. докладов Второй Всесоюзной конф. М.: Медицина, 1977. С. 71—73.
- Чазов Е. И.* Прекрасная цель // Знамя. 1984. № 2. С. 153—174; № 3. С. 200—215.
- Чазов Е. И.* Немедикаментозная терапия // Тер. архив. 1985. № 10. С. 3—6.
- Черняховский А.* Специфика популяризации медицинских знаний // Наука и журналист. М.: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1970. С. 194—206.
- Чечот Д. М.* Брак, семья, закон: Социально-правовые очерки. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. 208 с.
- Шамарин П. И.* Здоровье, болезнь и медицина. Саратов: Приволжское кн. изд-во, 1978. 200 с.
- Шантуров А. Г., Евсеева Н. П.* Кому доверить факел Гиппократ. Деонтологические аспекты коммунистического воспитания врача. Иркутск: Восточно-Сиб. кн. изд-во, 1977. 112 с.
- Шапиро В. Д.* Человек на пенсии. М.: Мысль, 1980. 208 с.
- Швейцер А.* Письма из Ламбарене. Л.: Наука, 1978. 390 с.
- Шенкман С.* Мы — мужчины. М.: Физкультура и спорт, 1987. 175 с.
- Шибалева А. Н.* Социально-гигиенические аспекты полового воспитания девочек и девушек. М.: ЦНИИСП. 1970. 116 с.
- Шибутани Т.* Социальная психология / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1969. 535 с.
- Шингаров Г. Х., Куликова Л. И.* Некоторые философские проблемы эмоций в современной медицине // Методологические проблемы современной биологии и медицины. М.: Медицина, 1969. С. 94—109.
- Шипковенски Н.* Обвинения против врачей и медицины // Медико-биологическая информация (София). 1972. № 1. С. 35—36; № 2. С. 33—36; № 3. С. 39—41; № 4. С. 31—34; № 5. С. 34—36; № 6. С. 38—44.
- Шнабель З.* Мужчина и женщина. Интимные отношения / Пер. с нем. Кишинев: Штиинца, 1982. 234 с.
- Штернберг Э. Я.* Психология старения и старости и ее значение для геронтологии и психиатрии // Журнал психиатрии и невропатол. им. С. С. Корсакова. 1988. № 8. С. 1238—1261.
- Шубин Б. М., Грицман Ю. Я.* Люди против рака. М.: Сов. Россия, 1984. 288 с.
- Щепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г.* Медицина и общество. М.: Медицина, 1983. 392 с.
- Эккерман И. П.* Разговоры с Гете в последние годы его жизни / Пер. с нем. М.: Худ. лит., 1981. 687 с.

- Эльштейн Н. В.* Некоторые вопросы взаимоотношений между больным и врачом // *Клин. мед.* 1958. № 3. С. 143—147.
- Эльштейн Н. В.* Врач как больной // *Клин. мед.* 1961. № 9. С. 12—21.
- Эльштейн Н. В.* Этика больного // *Здоровье.* 1964. № 1. С. 28—29.
- Эльштейн Н. В.* Выступление на Первой Всесоюзной конференции по проблемам мед. деонтологии // *Первая Всесоюзная конф. по пробл. мед. деонтологии.* М.: Медицина, 1970. С. 139—141.
- Эльштейн Н. В.* Медико-социальное значение профилактики хронических заболеваний внутренних органов и острая патология // *Методологические, социально-гигиенические и клинические аспекты профилактики заболеваний в условиях развитого социалистического общества.* М. 1984. С. 224—227.
- Эльштейн Н. В.* Сегодняшний пациент // *Наука и жизнь.* 1986. № 8. С. 71—74.
- Эльштейн Н. В.* В зеркале времени. Размышления о врачах и пациентах // *Таллин.* 1986. № 4. С. 72—79.
- Эльштейн Н. В.* Этика медицинская // *Большая медицинская энциклопедия.* Изд. 3-е. Т. 28. 1986. С. 368—371.
- Эльштейн Н. В.* Ятрогенные заболевания // *Большая медицинская энциклопедия.* Изд. 3-е. Т. 28. 1986. С. 537—538.
- Эльштейн Н. В.* Медицина: без розовых очков // *Таллин.* 1988. № 4. С. 90—95.
- Эренбурге И.* Чему научила меня жизнь // *Юность.* 1987. № 7. С. 77—79.
- Этика больного: Отклики на одноименную статью Н. В. Эльштейна в журнале «Здоровье» // *Здоровье.* 1964. № 3, 7, 12.
- Юдин С. С.* Творчество хирурга // *Вестник хир.* 1961. № 12. С. 3—16.
- Юдин С. С.* Размышления хирурга. М.: Медицина, 1968. 368 с.
- Юнда И. Ф.* Гармония и дисгармония в супружестве. М.: Знание, 1983. 96 с.
- Юркевич Н. Г.* Советская семья. Функции и условия стабильности. Минск: Изд-во БГУ, 1970. 208 с.
- Ягодинский В. Н.* Ритм, ритм, ритм: Этюды хронологии. М.: Знание, 1985. 192 с.
- Яновская М. И.* Ваше слово, доктор... М.: Советская Россия, 1985. 144 с.
- Янушкевичус З. И.* Проблемы внутренних болезней и технический прогресс. Каунас: Каунасский мед. ин-т, 1970. 64 с.
- Allsopp K. M.* Deal with a complaint by a patient // *Brit. med. J.* 1987. V. 295. N 6608 P. 1257—1258.
- Aujoulat, L.-P.* L'avenir de l'éducation sanitaire en France // *Concours méd.* 1964. V. 86. N 27. P. 4471—4478.
- Beeson, P. B.* Medical Education for the Future // *Canadian med. Ass. J.* 1971. V. 165. N 11. P. 1253—1256.
- Beeson, P. B.* Когда медицинское образование направлено на то, чтобы дать как можно больше знаний, достичь удается немногого // *Всемирный форум здравоохранения.* 1984. Т. 4. № 2. С. 67—68.
- Bernard, J.* Grandeur et tentations de la médecine. Paris: Ed. J'ai Lu. 1975. 284 p.
- Bogers, R.* Nurses flee the profession // *Health Soc. Serv. J.* 1987. V. 97. N 5046. P. 441—447.

- Bosomworth, P. P.** Health care in America — what does the future hold? // *Am. J. Hosp. Pharm.* 1975. N 2. P. 155—159.
- Boyd, D. M., Potter, B. T.** Priorities in the allocation of scarce resources // *J. med. Ethics.* 1986. V. 12. N 4. P. 197—200.
- Bowman, M., Gross, M. L.** Overview of research on women in medicine — Issues for public policymakers // *Publ. Hlth. Rep.* 1986. V. 101. N 5. P. 513—521.
- Brauerman, I.** Crisis in health care. Washington: Acropolis Ltd., 1978. 344 p.
- Brenner, G.** Euthanasie und Lebensrecht des Menschen. Medizinisch-juristische Fragen zur Sterbehilfe. // *Med. Welt.* 1977. N 14. S. 690—694.
- Bricklin, M.** Things here and there // *Prevention.* 1978. Sept. P. 81—86.
- Brody, S. J.** The graving of America // *Hospitals.* 1980. V. 54. N 10. P. 63—66.
- Buchborn, E.** Spezialisierung und Integration in der Medizin // *Der Internist.* 1986. Bd. 27. H. 4. S. 216—221.
- Bullough, V. L.** *Sexual variance in society and history.* New York, 1976. 715 p.
- Caldwell, J. A.** The pecuniary benefits of medical care // *J. Florida med. Ass.* 1985. V. 72. N 10. P. 857—859.
- Cappiolo, L. A., Troyer, R. E.** A study of the Role of Health Educators in Teaching About Death and Dying // *J. Sch. Health.* 1979. N 7. P. 397—399.
- Carson, R. A.** A Death of One's Own. // *Postgrad. Med.* 1979. V. 65. N 1. P. 197—200, 202—203.
- Cilva, M. C.** Science, ethics and nursing // *Am. J. Nurs.* 1974. V. 74. N 11. P. 2004—2007.
- Cohen, A.** Забота о тех, кто заботится о нас // *Всемирный форум здравоохр.* 1986. Т. 6. № 2. С. 52—55.
- Debre, R.** Réflexions sur la médecine préventive *Medecine Sociale et de Sante Publique* // *Rev. epidemiol.* 1976. N 1. P. 7—10.
- De Buda, Y.** Familienmedizin. Eine Perspektive aus Übersee // *Münch. med. Wschr.* 1987. Bd. 129. N 12. S. 206—208.
- Despierres, G.** Le malade devant la maladie: Charlatans, guérisseurs et médecines parallèles // *J. Med. Lyon.* 1981. V. 62, N 1357. P. 141—160.
- Deuxième enquête sur les motivations des étudiants en médecine de première année / M. Porot, A. Couadau, M. Plenat e. a. // *Presse méd.* 1971. V. 79. N 18. P. 823—825.
- De Vries, W. C.** The physician, the media, and the 'spectacular' case // *J. Am. med. Ass.* 1988. V. 259. N 6. P. 686—690.
- Dimond, E. G.** Women in medicine: Two points of view. I. The future of women physicians // *J. Am. med. Ass.* 1983. V. 249. N 2. P. 207—208.
- Dubach, U. C., von Rechenberg, K. N.** Krankheitsverständnis und Patienten-Arzt-Beziehung in der Ambulanz // *Dtsch. med. Wschr.* 1977. N 35. S. 1239—1244.
- Du und dein Arzt: Eine Vorstudie. Berlin: Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR. 1973. 57 S.
- Dyer, A. R.** Ethics, advertising and the definition of a profession // *J. med. Ethics.* 1985. V. 11. N 2. P. 72—78.

- Eisenberg, C.** Women as physician // *J. med. Educ.* 1983. V. 58. N 7. P. 534—541.
- Elšteín, N.** Reisisimuljeid Rootsist ja Taanist // *Nõukogude Eesti Tervishoid.* 1972. Nr. 2. Lk. 178—181.
- Elšteín, N.** Muljeid Jaapani reisi // *Nõukogude Eesti Tervishoid.* 1973. Nr. 2. Lk. 175—180.
- Elšteín, N.** Mõtteid pärast Sveitsi reisi // *Nõukogude Eesti Tervishoid.* 1983. Nr. 3. Lk. 219—220.
- Elšteín, N.** Reisisimuljeid Lõuna-Ameerikast // *Nõukogude Eesti Tervishoid.* 1987. Nr. 3. Lk. 221—223.
- Engelhardt, K.** Ober das Arzt-Patienten Verhältnis // *Fortschr. Med.* 1974. N 24. S. 917—918.
- Frenkel, D. A.** Focus: Current Issues in Medical Ethics. Law and Medical Ethics // *J. med. Ethics.* 1979. N 2. P. 53—56.
- Fritsche, P.** Grenzbereich zwischen Leben und Tod. Klinische, juristische und ethische Probleme. Stuttgart: G. Thieme Verlag, 1979. 124 S.
- Gilder, S. S. B.** Natural medicine // *S. Afr. med. J.* 1987. V. 71. N 1. P. 2.
- Graff, L.** Health care good, one survey finds // *Hospitals.* 1980. V. 54. N 7. P. 129—136.
- Günzel, M.** Sozialpsychologische Fragen der Zusammenarbeit in Krankenhaus // *Krankenhaus Umschau.* 1968. N 13. S. 137—140.
- Habeck, D., Engel, H. J., Münstermann, W.** Patientenmeinungen zur ärztlichen Informierung // *Münch. med. Wschr.* 1977. N 25. S. 861—864.
- Heridge, F. G.** Human experimentation and medical ethics: International guidelines for biomedical research involving human subjects // *WHO chron.* 1981. V. 35. N 6. P. 212—215.
- Hiatt, H. H.** Здоровье американцев на чаше весов. Выбор или случай? // *США-ЭПИ.* 1988. № 1. С. 80—88; № 2. С. 82—91; № 3. С. 69—79.
- Holland, W. W.** Experiences of Medical Care in the United States // *Lancet.* 1970. V. 2. N 7665. P. 202—204.
- Hoymann, H. S.** Sweden's Experiment in Human sexuality and Sex // *Education J. Sch. Health.* 1971. N 4. P. 172—183.
- Huant, E., Dussert, A.** Les Maladies de notre société. Paris: Debrasse, 1961. 124 p.
- Huey, F. L., Hartley, S.** 3500 nurses tell their stories // *Am. J. Nurs.* 1988. V. 88. N 2. P. 181—188.
- Isaev, D. N.** Learning about Sex // *Wld. Health.* 1979. N 10. P. 20—23.
- Jovanović, U. J.** Chronomedizin. Neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten // *Z. Allgemeinmed.* 1981. Bd. 57. N 4. S. 261—273.
- Junker, Ch., Schaufelberger, H. I.** Einstellungen zu Gespräch und Technik in der Medizin // *Soz.-Prävent. Med.* 1985. Bd. 30. N 4/5. S. 239—240.
- Kapp, M. P.** Defensive medicine // *J. Am. med. Ass.* 1987. V. 258. N 9. P. 1176—1178.
- Keegan, G. T., Self, D. J.** High technology medicine and the physician-patient relationship // *J. crit. Care.* 1987. V. 2. N 4. P. 282—287.

- Kenner, Th.** Der Wert des Lebens in der Medizin // Wien. med. Wschr. 1986. Bd. 136. N 14. S. 345—350.
- Krause-Brewez, F.** Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient aus der Sicht der Patienten // Therapiewoche. 1979. Bd. 10. N 29. S. 1650—1655.
- Kurtzman, J., Gordon, Ph.** Да сгинет смерть. Победа над старением и продление человеческой жизни / Пер. с англ. М.: Мир, 1987. 223 с.
- Laroche, Cl.** L'information du public sur le médicament // Actual. pharm. 1983. V. 197. N 3. P. 73—83.
- Last, J. M.** Снизить опасность вредных последствий медицинских вмешательств // Всемирный форум здравоохранения. 1986. Т. 6. № 2. С. 40—48.
- Lecomte, J.** Гомеопатия: наука или догма? // Всемирный форум здравоохранения. 1984. Т. 4. № 2. С. 12—14.
- Leduc, F., Rondinet, D.** Droits de l'homme et vieillissement // Rev. Méd. 1983. V. 24. N 29—30. P. 1359—1364.
- Leibbrand, W.** Musikalität und Medizin // Fortschr. Med. 1966. V. 84. N 24. S. 939—940.
- Leverly, I. P.** The physician's reaction to a malpractice suit // Obstetr. Gynecol. 1988. V. 71. N 1. P. 138—141.
- Link, R.** Sex ohne Scheuklappen // Schweden heute. 1970. N 2. S. 46—49, 52.
- Lockwood, M.** Ethical dilemmas in surgery: Some philosophical reflections // J. med. Ethics. 1980. V. 6. N 2. P. 82—84.
- Mahler H.** Курение или здоровье: выбирайте сами // Всемирный форум здравоохранения. 1989. Т. 9. № 1. С. 66—70.
- Maillart, V.** Высшее сестринское образование // Хроника ВОЗ. 1973. Т. 27. № 10. С. 473—476.
- Malewska, H.** Normy wspolzycia seksualnego i ich korelaty // Studia Socjologiczna. 1966. Nr. 3. S. 129—136.
- Mattern, H.** Der Hausarzt im Grenzbereich zwischen Leben und Tod // Z. Allgemeinmed. 1979. Bd. 55. H. 23. S. 1247—1252.
- Mc Michael, J.** Chance and the Unexpected // Scot. med. J. 1977. N 2. P. 185—186.
- Mehdi, Y., Radisse, A.** Les rites de la mort // J. Méd. Légale Droit. 1983. V. 26. N 6. P. 659—668.
- Meischke, M.** Wie behandle ich meinen Arzt? Leipzig (Jena), Berlin: Urania-Verlag, 1961. 180 S.
- Monnerot-Dumaine.** Deshumanisation de la médecine // Presse méd. 1967. V. 75. N 3. P. 157—161.
- Monnerot-Dumaine.** «Medice, cura te ipsum». Névroses et dépressions des médecins // La nouvelle Presse Méd. 1973. N 10. P. 663—664.
- Morache, G.** Врачебное сословие, его обязанности, его права / Пер. с фр. Сумы, 1904. 298 с.
- Morimoto, F. R.** Favoritism in Personnel-Patient Interaction // Nursing Research. 1955. III. P. 109—112.
- Morrow, H. M.** Медицинские сестры, сестринская помощь и женщины. — Хроника ВОЗ. 1986. Т. 40. № 7. С. 9—15.
- Mozsgay, G.** Kórokozó személyek a lélektani környezetszennyeződes létrehozói // Egészségnevelés. 1987. V. 28. N 5. P. 208—212.
- Nauman, H. H.** Arzt und Patient in der heutigen Zeit // Münch. med. Wschr. 1986. Bd. 128. H. 34. S. 567—570.

Nichols, B. L. The Role of the American Nurses Association in Maintaining Professional Accountability // *J. Am. publ. Health. Ass.* 1979. V. 28. N 3. P. 147—149.

Paine, L. Hospital liability // *Wld. Hosp.* 1981. V. 17. N 3. P. 35—38.

Pascal, D. W., Wilson, A., Worsfold, J. B. Patients Attitudes to Health Care: a literature review // *Wld. Hosp.* 1978. V. 14. N 3. P. 165—170.

Patientenzufriedenheit / I. Harych, H. Küttner, S. Kurella u. a. // *Z. ärztliche Fortbildung.* 1972. H. 13. S. 682—687; H. 14. S. 741—747.

Pedrero, E. Ethics in medicine // *J. Florida med. Ass.* 1986. V. 73. N 11. P. 835.

Pellegrino, E. D. Medical Ethics Education and the Physician's Image // *J. A. M. A.* 1975. V. 236. N 10. P. 1043—1044.

Philipp R. Public awareness of healthy life-style factors and sources of advice // *Hlth. Ed. J.* 1988. V. 47. N 1. P. 26—28.

Pierach, C. A. «The Living Will» — ein Sterbetestament // *Münch. med. Wschr.* 1987. Bd. 129. N 24. S. 464—465.

Poletti, R. Специальный уход за умирающими // *Всемирный форум здравоохран.* 1984. Т. 4. № 4. С. 28—32.

Quel chiffre d'affaires doit-on réaliser pur s'assurer un revenu net de 6000 F par mois? // *Méd. prat.* 1976. N 619. P. 115—119.

Raphael, D. D. Handicapped infants: Medical ethics and the law // *J. med. Ethics.* 1988. V. 14. N 1. P. 5—10.

Reed, R. P., Evans, D. The deprofessionalization of medicine. Causes, effects and responses // *J. Am. med. Ass.* 1987. V. 258. N 22. P. 3279—3282.

Reiman, A. S. Here come the women // *N. Engl. J. Med.* 1980. V. 302. N 22. P. 1252—1253.

Rhodes, Ph. Women Doctors // *Brit. med. J.* 1983. V. 286. N 6368. P. 863—964.

Rieger, H.-J. Führen von Schußwaffen durch Ärzte bei Hausbesuchen // *Dtsch. med. Wschr.* 1983. Bd. 108. N 44. S. 1692—1694.

Robin E. D. Medical care can be dangerous to your health. A Guide to the Risks and Benefits. New York: Harper and Row, 1986. 271 p.

Roemer, M. I. Частная медицинская практика — препятствие на пути к достижению здоровья для всех // *Всемирный форум здравоохран.* 1985. Т. 5. № 3. С. 3—9.

Saarma, J. Meditsiinipsühholoogia. Tallinn: Valgus, 1985. 220 lk.

Sanson-Fisher, R. W., Poole, A. D. Training Medical Students to Empathize. An Experimental Study // *Med. J. Australia.* 1978. V. 1. N 9. P. 473—476.

Schipperges H. Aspekte einer zukünftigen Medizin // *Med. Monatschr.* 1975. H 4. S. 145—149.

Schipperges, H. Die Medizin in der Welt von morgen. Düsseldorf, Wien: Econ Verlag, 1976. 318 S.

Schlögell, R. The General Practitioner and His Problems // *Wld. med. J.* 1969. N 2. P. 26—29.

Schwabe, Ch. Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen. Leipzig: J. A. Barth, 1978. 248 S.

Schwartz, F. W. Allgemeinmedizin — Wunsch und Wirklichkeit // *Münch. med. Wschr.* 1981. Bd. 23. N 12. S. 453—454.

Schweisheimer, W. Das Problem der «Professional courtesy». Sollen

- Arzte andere Arzte und ihre Familien Unentgeltlich behandeln? // H. N. O. (Berl.). 1974. N 8. S. 254—257.
- Secundy, M. G., Katz, V.* Factors in patient / doctor communication: a communication skills elective // J. med. Educ. 1975. V. 50. N 7. P. 689—691.
- Sider, R.* Patients' ethical obligation for their health // J. med. Ethics. 1984. V. 10. N 3. P. 138—142.
- Siegenthaler, W.* Die innere Medizin und ihre Teilgebiete // Der Internist. 1986. Bd. 27. H. 4. S. 222—224.
- Society, stress and disease. Oxford: University press. London, N.-Y., Toronto, 1971. 477 p.
- Soutter, K.* Women and alcohol. Challenging the stereotypes // Hith Ed. J. 1988. V. 47. N 1. P. 12—14.
- Standard, K., Kaplun, A.* Санитарное просвещение: новые задачи и подходы // Хроника ВОЗ. 1983. Т. 37. № 3. С. 22—26.
- Streuli, R. A., Hinohara, S.* Die Fachausbildung des Internisten im internationalen Vergleich: USA, Japan, Schweiz // Der Internist. 1986. Bd. 27. H. 4. S. 244—249.
- Stynitz, I. V.* Ausbildung, Einkommen und soziales Ansehen der Ärzte in den Vereinigten Staaten // Rheinisches Ärzteblatt. 1969. S. 4—24. Цит. по: Здравоохр. (Бухарест). 1976. № 3. С. 281—288.
- Tedremaa, M.* Biblioteraapia // Nõukogude Eesti Tervishoid. 1975. N 4. Lk. 409—412.
- Thom, A., Weise, K.* Medizin und Weltanschauung. Leipzig. Jena, Berlin: Urania, 1973. 116 S.
- Trachtenberg, S. J.* Can medicine's tarnished image be restored // Postgrad. Med. 1983. V. 73. N 3. P. 309—312.
- Van de Lisdonk, E.* Familienmedizinische Aspekte für den Hausarzt // Münch. med. Wschr. 1987. N 12. S. 192—194.
- Vatsyayana's Kamasutra. Delhi: Orient Paperbacks, 1977. 208 p.
- Vigy, M.* Faut-il annoncer a quelqu'un sa mort prochaine? // Concours med. 1975. N 39. P. 6333—6334.
- Vithoulkas, G.* Гомеопатия: терапия будущего? // Всемирный форум здравоохр. 1984. № 4. С. 3—5.
- Whelan, C. J.* Litigation and complaints procedures: Objectives, effectiveness and alternatives // J. med. Ethics. 1988. V. 14. N 2. P. 70—76.
- White, K. L.* Новый подход к информации по вопросам здравоохранения // Всемирный форум здравоохр. 1984. Т. 4. С. 79—84.
- Williams, P. A.* Women in Medicine: Some Themes and Variation // J. med. Educ. 1971. V. 46. N 7. P. 584—591.
- Windom, R. E., Jones, D. S.* A measure of crisis // J. Florida med. Ass. 1983. V. 70. N 3. P. 178—183.
- Winstow, C. E.* The cost of sickness and the price of health. Geneva: WHO, 1951. 106 p.

Содержание

От автора	3
Из предисловия к 5-му изданию книги «Диалог о медицине»	6
Почему мы недовольны медициной	11
Сегодняшний врач	26
Техницизм и «ветеринаризация» врачевания	38
Семейный доктор: от реалий к будущему	43
Сколько стоит бесплатность	49
Возможность выбора	56
Эффектность и эффективность	67
Сегодняшний пациент	73
Медицина и моды	79
И молчание не бессловесно	84
На ком держится лечение	92
«Последний лист» не должен опадать	104
От псевдокультуры к полужнанию	109
Человек с таблеткой в кармане	116
Просвещать или воспитывать?	126
Блеск и нищета парамедицины	138
Синусоиды жизни	156
Здоровье и здравый смысл	166
Нерегистрируемые самоубийства	177
Как преодолеть себя	185
Сексуальная культура: медицинские аспекты	203
Компромисс с неизбежностью	219
Ошибка: вина или беда?	232
О смерти	246
Этика больного	259
Нравственность и должное	268
Авторитет: имя или звание?	285
Когда заболевает доктор	308
Стать или быть	324
Послесловие	332
Литература	334

Научно-популярное издание. Натан Владимирович Эльштейн.
Медицина и время. Редактор В. Лаане. Художественный редактор
М. Хенно. Технический редактор У. Рохт. Корректор И. Нурм.
ИБ № 6702.

Сдано в набор 26.10.88. Подписано в печать 27.07.89. МВ-03104.
Формат бум. 84×108/32. Бумага № 2. Гарнитура Литературная.
Усл. печ. л. 18,48+0,84 (вклейка). Усл. кр.-отт. 19,76. Уч. изд. л.
20,17. Тираж 100 000. Заказ № 1516. Цена руб. 2.50. Издательство
«Валгус», 200090, Таллинн, Пярусское шоссе, 10. Типография «Ваба
Маа», 200001, Таллинн, ул. Пикк, 58.