

## Предисловие к шестому изданию

Оглядываясь на открытия и изменения в медицине, которые произошли со времени последнего издания этой книги, можно сказать, что сейчас болеть более приятно, чем раньше. Новые подходы к лечению, которые охватывают полный спектр заболеваний, от стенокардии до синдрома Золлингера—Эллисона, настолько ярки и обнадеживающи, что смертность от таких болезней-убийц, как ишемическая болезнь сердца, снижается даже более быстрыми темпами, чем раньше. Эти новые разработки подробно изложены в данном справочнике. Однако при пристальном рассмотрении картина выглядит более тревожной. Масштабы пандемии ВИЧ выросли в 2–3 раза. Диабет расширяет свое господство, а глобальное потепление приносит новые заболевания в те области, где местное население практически не имеет к ним иммунитета. Этим аспектам уделено внимание в 9-й и 14-й главах справочника. Испытанные антибиотики становятся бесполезными на фоне развития устойчивости у возбудителей инфекционных заболеваний (с. 236). Самолеты разносят новые заболевания, например атипичную пневмонию, по всему миру. Никогда ранее не были так распространены болезни, вызываемые лекарственными препаратами. И, что важно, мир не стал богаче с тех пор, как мы написали эту книгу.

Несмотря на то что этот справочник, несомненно, показывает всю важность выбора между саморазрушением и медленным угасанием, некоторые читатели могут указать на то, что подобное утверждение можно считать в определенном смысле сомнительным. Действительно ли атипичная пневмония является наглядным примером исполнившегося мрачного прогноза? Во все времена появлялись новые заболевания. Новым для этой эпидемии является то, что она была «схвачена» сразу, на относительно раннем этапе ее развития, благодаря быстрому распространению информации через электронные СМИ. И зачастую люди в белых халатах были готовы к встрече с этой болезнью еще до ее прихода. Информация распространилась быстрее инфекции, и геном возбудителя был секвенирован сразу же, как только вирус был идентифицирован. Все не так плохо и в плане борьбы с ВИЧ-инфекцией. Богатые страны учатся, хотя весьма медленно и болезненно, делиться дорогостоящими препаратами с бедными странами. Для альтруизма не существует альтернативы. Даже если кто-то занимает позицию чистого эгоизма и приоритета собственных интересов. Альтруизм приносит плоды! (Если состоятельные люди благоденствуют за счет других, то результатом будет не «стабильное общество богатых», а, скорее, революция или что-то в этом роде).

Эти и многие другие процессы описаны в данном издании книги с особым акцентом на тех моментах, которые могут быть реализованы путем диалога и командной работы. Шестое издание справочника содержит новое вступление (пролог). Авторы предлагают конкретные примеры случаев, когда все идет не так, как надо, и показывают, что значит командная работа в таких ситуациях. Высокая доля случайностей в медицине — главная причина необходимости работы единой команды, что наглядно демонстрирует доказательная медицина. Фонды, инвесторы, статистики, врачи-клиницисты работают совместно, чтобы обеспечить наилучшее лечение пациентов. Результаты подобной совместной деятельности освещены в шестом издании справочника более подробно, чем в предыдущих. Мы используем новый значок диска, с номером под ним, чтобы указать читателям правильное расположение списка литературы и ссылок, доступных через Интернет на [www.oup.com/uk/medicine/handbooks](http://www.oup.com/uk/medicine/handbooks). Эти тексты можно распечатать и использовать как дополнение к главам данного справочника. Компактность и краткость изложения были нашей принципиальной задачей.

В структуре книги есть и другие изменения: появился небольшой раздел, касающийся важных лекарственных препаратов; новый раздел в главе «Клинические навыки»; приведено больше записей ЭКГ; множество новых алгоритмов, отражающих новшества в современной клинической практике; появились новые аспекты, от всеобъемлющих («Уход за больными») до редких деталей (таких, как разнообразные типы множественных эндокринных неоплазий и их генетические связи). Добавлены некоторые новые мнемонические правила — не слишком навязчивые и (обычно) не грубые. Больше всего изменений внесено в описание клинических проявлений заболеваний (например, сахарного диабета). Очень трудно показать наиболее важные изменения в тексте — это тысячи мелких модификаций в структуре разделов. Подобная стратегия постепенности привела в итоге к появлению полностью обновленного текста. В этом издании, кроме прочего, текст представлен на фоне ярких тропических оттенков — это наслаждение для глаза возникло благодаря неизменно творческому коллективу издательства.

М. Лонгмор,  
Я. Уилкинсон,  
С. Раджагопалан,  
2004

## Из предисловия к первому изданию

---

Эта книга, написанная молодыми специалистами, предназначена для студентов-медиков и младших врачей. Студент становится незаметно младшим врачом. Мы написали эту книгу для него не потому, что мы знаем так много, а оттого, что мы знаем, как мало мы помним. Проблема студентов заключается не просто в объеме информации, но и в том, что она рассеяна по различным источникам. Стоя за спиной хирурга, студент должен постараться не упустить важные моменты. Клочок бумаги, на котором они записаны, проводит много месяцев в кармане халата, после чего исчезает навсегда в недрах прачечной. Эти обрывки информации студент чаще всего получает в неподходящее время в самых разнообразных местах. Их обычно невозможно собрать воедино, и когда бывший студент становится хирургическим младшим врачом и сталкивается с конкретной ситуацией — нет ничего поблизости, что могло бы ему помочь.

Этой книгой можно пользоваться в больничной палате, на лекциях, в библиотеке и дома. Каждая тема занимает одну страницу, соседняя страница разворота остается пустой для дополнений, новых сведений и модификаций методов.

Если они занимают значимую страницу печати, они будут автоматически пронумерованы.

В клинической медицине есть традиция частично скрывать от пациента его проблемы, а также частично демонстрировать их. Цель этой книги — подбодрить молодого врача, показать, что он может нести радость пациентам. В конечном итоге мы надеемся, что книга поможет ему преуспеть в практической медицине. Длительное время младшие врачи должны были находить в себе силы, чтобы усвоить колоссальный объем материала, стоя одновременно на вершинах айсбергов клинической теории и практики. Мы надеемся, что наш справочник хотя бы немного облегчит этот процесс благодаря перемещению ноши знаний из головы в книгу, умещающуюся в кармане. Мы также надеемся, что она поможет избавиться от тех страхов, которые испытывают врачи на начальных этапах медицинской карьеры, позволяя тем самым накопить врачебный опыт путем медленного его преумножения в течение многих дней и ночей.

*Р. А. Хоуп, М. Лонгмор*

# Конфликт интересов

Этот том был рецензирован двумя врачами (М. Лонгмором и Дж. А. Б. Коллиером), у которых нет коммерческих интересов, например связей с фармацевтическими компаниями. Для того чтобы заверить читателя в отсутствии скрытого давления

на предмет включения того или иного препарата в текст книги, они придерживались тактики не брать образцы продукции какой-либо из этих компаний и следовали тому же принципу в отношении подарков или гостеприимности той или иной компании.

## Лекарственные препараты (и как отслеживать изменения)

При каждом прочтении данного текста сохраняется вероятность обнаружить ошибки. К тому же постоянно изменяются дозировки и схемы приема лекарств, выявляются новые побочные эффекты. *Oxford University Press* ни в коей мере не гарантирует того, что дозировки приводимых в книге лекарственных средств являются правильными. В связи с этим мы настоятельно рекомендуем перед назначением лекарств, описанных в данном справочнике, ознакомиться с инструкциями по применению в BNF (*British National Formulary*), на специализированных фармакологических сайтах или на сайтах фирм-производителей (см. сборни-

ки аннотаций лекарственных средств; [www.medicines.org.uk](http://www.medicines.org.uk)). В связи с отсутствием достаточных статистических данных, дозировки и рекомендации не рассчитаны на беременных и кормящих женщин.

Исправления и обновления доступны в Интернете на сайтах [www.oup.com/uk/medicine/handbooks](http://www.oup.com/uk/medicine/handbooks) и [www.emispdp.com](http://www.emispdp.com). Смотрите также раздел «Новое» на сайте [www.bnf.org](http://www.bnf.org).

Читатели должны помнить о необходимости следить за обновлениями информации, особенно это актуально при работе с данной книгой и ей подобными.

## Номенклатура лекарственных препаратов<sup>1</sup>

В этом справочнике используется британская<sup>UK</sup> номенклатура. В тех местах, где есть расхождение, используются рекомендованные международные непатентованные названия (МНН, обычно различий нет). Европейская директива требует использования МНН в Европейском сообществе. Исключение составляют те случаи, когда различие очень незначительное (амохусциллин<sup>UK</sup>/амохисцилин). При этом используется МНН, чтобы избежать разночтений. Среди новых МНН используются следующие:

- Алименазин (тримепразин<sup>UK</sup>)
- Амоксициллин (амоксициллин<sup>UK</sup>)<sup>2</sup>
- Бендрофлуметиазид (бендрофлуазид<sup>UK</sup>)
- Циклоспорин (циклоспорин<sup>UK</sup>)<sup>2</sup>
- Кломифен (кломифен<sup>UK</sup>)<sup>2</sup>

- Диэтилстильбэстрол (стильбэстрол<sup>UK</sup>)
- Досулепин (дотиепин<sup>UK</sup>)
- Эпинефрин (адреналин<sup>UK</sup>)
- Фуросемид (фрусемид<sup>UK</sup>)
- Гидроксикарбамид (гидроксимочевина<sup>UK</sup>)
- Лидокаин (лигнокаин<sup>UK</sup>)
- Хлорметин (мустин<sup>UK</sup>)
- Норэпинефрин (норадреналин<sup>UK</sup>)
- Сульфаниламиды (все) (сульфаниламиды<sup>UK</sup>)<sup>1</sup>
- Тригексифенидил (бензгексол<sup>UK</sup>)

В настоящее время рекомендованные для цефалоспоринов МНН начинаются с *cef* (а не с *ceph*). Чтобы быть последовательными и для того, чтобы избежать сбивающих с толку разночтений, мы пишем *sulphur* и его производные как *sulfur*, поскольку все сульфаниламиды в МНН начинаются с *sulf...*

<sup>1</sup> Полный список рекомендованных международных непатентованных названий см. на [www.bnf.org](http://www.bnf.org)

<sup>2</sup> Прим. переводчика. Разночтения у выделенных препаратов видны только в английской версии (то есть варианты с использованием *i/y* и *f/ph*, которые пишутся по-разному, но читаются одинаково).

## Благодарности

---

Мы хотим высказать сердечную благодарность нашим консультантам по отдельным главам книги. Каждый из них указан на титульной странице главы.

Мы благодарим за работу над текстом и восхищаемся стойкостью духа доктора J Collier, д-ра Ghassanhamad, д-ра H Jones, д-ра P Lawson, д-ра A Mafi, д-ра R Wilkins. Мы также благодарим Suman Biswas за его комментарии к различным разделам. Особенную благодарность мы приносим нашему редактору лекарственных препаратов, доктору Steve Emmett за его кропотливую работу.

Я Уилкинсон хотел бы также поблагодарить младших врачей-клиницистов Jim Holt и John Sockcroft. С. Раджагопалан особенно благодарен консультантам, оказавшим неоценимую помощь в составлении специальных хирургических разделов: Mr. R. Hardwick (верхние отделы кишечника), Dr. J. Stevens (анестезия), Mr. K. Varty (сосудистая

хирургия), Mr. A. Doble (урология) и Dr. C. Wilson (хирургическая онкология).

Мы также благодарим коллектив Egton Medical Information Systems (EMIS) за их вклад в работу: д-ра H. Thomas, д-ра P. Scott, д-ра D. Ward, д-ра J. Cox, д-ра S. Huins, д-ра H. Huins, д-ра L. Knott, Mr. C. Westerman и д-ра G. Brooks (директора проекта).

Мы благодарим д-ра P. Scally и д-ра J. Harper за предоставленные рентгенограммы, а также за вдумчивые комментарии ко всему тексту. Благодарим д-ра J. Burke и профессора J. McCormack за поддержку. Огромную помощь в работе с литературой нам оказал отдел абонемента Британской библиотеки (British Lending Library), персонал библиотеки Кэйрнс в Оксфорде (Cairns Library) и аспирантской библиотеки в Уэртинге (Worthing Postgraduate Library). И, конечно же, мы хотим поблагодарить персонал издательства «Оксфорд Юниверсити Пресс» (OUP) за их помощь и поддержку.

## Участие читателей

---

Немногие авторы могут быть столь щедро одарены вниманием читателей к деталям своей книги. В последнем издании справочника мы уделили их пожеланиям особое внимание. Огромный список людей, приведенный ниже, является доказательством того, что в медицине по-настоящему продуктивным подходом является именно сотрудничество. Мы получаем истинное удовольствие от подобной деятельности (работа над данным текстом дает нам это) и от возникших дружеских связей. Наши читатели более сведущи, чем наши учителя и все авторы толстых томов по медицине. Огромное наслаждение доставляет анализировать и классифицировать поступающую информацию.

Мы надеемся, что благодаря системе обратной связи с нашими читателями, через их замечания данное издание стало еще ближе к нуждам читателей. Мы попытались ответить всем, кто нашел время нам написать, и мы просим прощения у тех, кого мы пропустили. В некоторых случаях комментарии были отправлены без подписи или мы не могли разобрать подпись. Мы благодарим и этих людей за полезные замечания. Мы выражаем благодарность за ценные интересные советы и помощь следующим людям: профессору Tor Chiu (Гонконг); д-ру M. Onwuamaegbu; Julie Thomas, кардиологической медсестре в госпитале Сент-Ричард, Чичестер; Milanovic Dusan, научному сотруднику, Мангейм, Германия; Huw J. Davies, главврачу терапевтического отделения, Порт Толбот, Уэльс; Laura Clipsham, студенту, Ньюарк; Shayda Khoshnaw; д-ру H. S. Livingston, госпиталь Мангузи, Квангванас, ЮАР; N. Bhagrath, студенту, Западный Мидленд; д-ру Shakeel Ahmad, ординатору БИТ, госпиталь Абдул-Азиз, Биша; Jonathan C. Yu Jin, Мельбурнский университет;

д-ру Edwin E. Omohwo, младшему врачу, Брайтон; David Williams, студенту, Шеффилд; д-ру D. B. K. Mistry, Южный Эмселл, Йоркшир; д-ру Meto Edgar Onwuamaegbu, Бромптонский королевский госпиталь, Челси; M. Thomas, Сюрей; Pei Sze Liew, студенту, Куала Лумпур; Marcelino Ruiz Martin, врачу-терапевту, Стоук; д-ру Sudad Sofi, Walsall; Michael Murray, Ирландия; д-ру Asif H Osmani, хирургу, Карачи, Пакистан; Tong Sheau Wann, студенту, Малайзия; профессору Ng Tian Seng, Малайзия; Andrew Innes, студенту, Абердин; Nahla Al-Mansoori, студенту, ОАЭ; д-ру Familus, Ирландия; д-ру Amii Asthana терапевту, Илинг; м-ру S. Issa, студенту; д-ру Abdul Nasis, Пакистан; M. Rafay; S. Siddiqui, студенту, Эшфорд, Кент; E. Monair, медсестре (учащейся), Глазго; Katrina Glasson, студенту, Австралия; Bertrand Graz, Швеция; Alexakis Lyk Ch, студенту, Греция; F. Hodge, студенту, Брокли, Лондон; д-ру A. Madkhana, клиническому аспиранту, Лондон; д-ру Hossein Memarzadeh; Лондон; Cyrus C. Chan, студенту, Дублин, Ирландия; д-ру Sarah Cox, консультанту по паллиативной медицине, госпиталь Челси и Вестминстер, Англия; Medhal Mohamed Madbouly, Кэйри; Tariq Parvez, онкологу-консультанту, King Fahad Hospital, Саудовская Аравия; Muhammad Azam Gill, домашнему врачу, Allama Iqbal Medical College, Лахор; д-ру Glennis Roeserson; Daniel Goodare, студенту, Ковентри; Tasic Sas Juris, студенту, Словения; M. Bevan, читает лекции для медсестер в Университете города Лидс, Англия; д-ру Johan Wikner, Стокгольм; профессору Crispin Scully, декану Eastman Dental Institute, University College, Лондон; Artem Doletsky, Москва; C. I. Buis, студенту, Нидерланды; д-ру Dilin G. Ilapperuma, Шри Ланка; д-ру Bansal, Варрингтон; д-ру Ramaraj; д-ру D. J. Grant, Графство

Антрим; C. Symeonides, студенту; Adrian Root, студенту, Лондон; Linda Holmes, медсестре, Furness General Hospital, Барроу-ин-Фернесс; Gerald Matiko, студенту, ЮАР; Ngooy Kay Seong, студенту, Малайзия; д-ру J. Ngunu, младшему врачу, Лондон; д-ру Jeffrey Boss, Строуд; Ingrid S. Heaslip, студенту, Ирландия; D. Clitherow, студенту, Шеффилд; Jonathan Busst, врачу-криминалисту, Сюррей; Sarah Russ, младшему врачу, Шеффилд; PareshJogia, клиническому фармацевту, Northern General Hospital, Шеффилд; Ms Rozali, медсестре, Малайзия; Williamson, Mowbray, Sue Littles, клиническим медсестрам, Эссекс; Sowers, Dumfries & Galloway Royal Infirmary, Дамфрис; д-ру J. D. Henderson Slate; д-ру Botley; д-ру R. O'Shaughnessy, младшему врачу, Лондон; Chris Soper; д-ру Hajro Shyti, Албания; CSC Hill; д-ру Muhammad Asghar & д-ру Gulnaz Asgharai, Дублин; д-ру C. P. Мохол, Бирменгейм; Katie J. Adams, студенту, Лондон; Antonia Kwan, студенту, Лондон; Emily Hodkinson, студенту, Манчестер; Miss Pauleen Pratt, медсестре-консультанту, Leicester General Hospital, Лестершир; д-ру Mrmyint, младшему врачу, Йоркшир; S. Mohammad, студенту, Лондон; P. S. Ireland, терапевту, Бирменгейм; Samir Khan Kabir, HO, Oldham; Ian McKay, младшему врачу-хирургу, Абердин; Brian Jordan, главному терапевтическому отделению, Графство Корк; K. Guha, студенту, Ковентри; A. M. E. Englebrecth, диетологу, ЮАР; Yusef Mahomed, King Edward Hospital, ЮАР; Kedsheong Yong, врачу-специалисту, Малайзия; Kathy Ganpon, врачу-хирургу, Бирменгейм; Ahmed Abdelsalam Omran, главному, Каир; д-ру Matiul Haq, Пакистан; д-ру Siwashumugam, Малайзия; Ahmed Sokwala, Стамбул; Arne Skulberg, Дублин; д-ру A. Hammodi, Уэмбли; Numan Alishah, студенту, High Wycombe; Kathryn Mair, студенту, Эдинбург. D. Adams, G. Adamson, R. Adamson, A. Adan, A. Adele, M. M. A. Agbabiaka, A. Agbobu, X. Airton, N. Ahmad, S. Ahmad, A. Alexandroff, M. Al-Amin, L. Alan, S. Alan, A. Aldridge, C. Aldridge, A. Alhasnem, M. Ali, A. Alizai, B. Alkani, M. Allendorf- Burns, J. Allport, S. Al-Motari, R. Al-Okaili, A. Altaf, H. Al-Tuiur, A. Alvi, C. Antonetti, M. Anwar, R. Armstrong, A. Ashoush, R. Asser, P. Atack, M. Azam, C. Bache, D. Baddeley, B. Badgruddin, A. Baig, N. Balaswiya, D. Bansevicius, M. Barkham, M. Barry, J. Barth, H. Bhatti, G. Baumgartner, M. Beirne, J. Benbow, M. Beranek, E. Berinou, G. Bhari, A. Bhattarai, H. Bhatti, A. Bishop, J. Bishop, I. Bleehen, K. Boddu, M. Bhagrath, V. Bookhan, B. Bourke, M. Bowen, J. Bradshaw, E. Brewster, A. Broadbent, J. Brooks, J. Brown, P. Brykalski, H. Bueckert, K. Burn, M. и G. Butoi, P. Buttery, A. Byron, E. Cameron, J. Cameron, P. Camosa, C. Campbell, N. Caporaso, D. Carr, A. Carvejal, R. Casson, A. Caulea, S. Cembrowicz, R. Chaira, E. Chambers, V. Char, M. Charter, O. Chaudhri, W. Chicken, T. Chin, P. Chiquito, T. Choudhry, G. Chowdharay-Best, R. Ciobanu, V. Cleaver, L. D. Clark, J. Collen, E. Collier, M. Collins, B. Colvin, P. Conway-Grim, S. Cook, R. Coull, J. Cox, G. Crockett, C. Cuellar, T. Cuellar, T. Crockett, P. Culliney, E. Dankwa, A. Das-Gupta, N. David, G. Davidson, H. Davies, R. Davies, Y. de Boer,

U. Desai, A. de silva, M. de Silva, J. Devine, G. Dex, D. Dey, E. Dickinson, A. Ditri, J. Dobbie, J. Donkin, P. Dowds, M. Dusan, N. Duthie, T. Eden, V. Eden, D. Elridge, N. Elkan, D. Ellis, R. England, M. Erlwyn-Lajeunesse, E. Ersani, M. Essa, G. Evans, A. Ezigweth, M. Faragher, M. Farooq, C. Finfa, P. Fichella, E. Fitzpatrick, P. Flanagan, J. Foust, M. Gagan, J. Ganane, I. Ganans, M. Gardarsdottir, J. Germain, S. Ghaem, J. Gibson, K. Gibson, M. Gibson, J. Gilbody, C. Goddwin, S. Gott, J. Gotz, E. Goudsmit, H. Gray, F. Grima, J. Grimley- Evans, D. Groneberg, S. Gupta, C. Haase, D. Habart, T. Halbert, A. Halitsky, J. Haller, J. Halpern, E. Hammond, R. Hanlon, C. Hanna, R. Haynes, J. Hays, D. Heath, G. Heese, S. Hjordleifsson, P. HoUinshead, J. Hopkinson, K. Horncastle, A. Horsfall, A. Houghton, R. Houghton, L. Houlberg, P. Hrincko, S. Htwe, M. Hughes, M. Huqit, M. Hussian, I. Ibrahim, J. Igleisia, A. Iqbal, S. Jankovic, N. Jayasekera, A. Jennings, G. Johnson, J. de Jong, N. Joshi, A. Joshua, H. Kan, Z. Kango, R. Karplus, E. Katz, A. Kelly, A. Khalid, I. Khan, M. Klasa, W. Klei, B. Koh, Y. Kontrobarsky, S. Khoshnaw, N. Kovacevic, M. Kuepfer, H. Kuralco, L. Kwan, J. Lagercranbe, G. Lane, F. Larkin, R. Lawson, S. Lee, G. Lewis, J. Lewis, J. Lightowler, J. Lima, J. Under, D. Livingstone, F. Lloyd, H. Lockner, G. Lomax, A. Longmore, I. Low, M. Lowenthal, G. Lyons, H. MacDonald, P. Mackey, C. Maddok, P. Maher, Y. Mahomed, M. Malkawi, D. Mallett, C. Martin, T. Matteucci, G. Matthes, E. Mayer, J. McAughan, A. McCafferty, D. McCandless, F. McCormick, C. McDaniel, A. McDougall, J. McGregor, H. Mcintosh, J. McKenzie, F. McLellan, K. Marriott, D. Meeking, B. Melrad, M. Melvan, E. Merrens, W. Mgaya, R. Miller, K. Mitchell, A. Mohammed, S. Monella, S. Morariot, M. Morgan, B. Morton, D. Moskopp, S. Moultrie, M. Moutoussis, M. Muqit, M. Musa, H. Mutasa, K. Muthe, S. Muttu, T. Mutwirah, N. Naqui, A. Naraen, J. Nasir, M. Nassar, M. Nasson, B. Naunton, E. Neon, M. Nekhaila, M. Newell, F. Norman-Taylor, D. Novitt, N. Numan, K. O'Driscoll, B. Olalekan, O. Olarinde, J. Olson, S. Otchirov, B. Part, F. Palazzo, L. Pang, L. Pantanowitz, P. Papanicolaou, B. Parkin, C. Patel, N. Profo, E. Pringle, M. Procopiou, J. Pryce, J. Pryse, D. Puxley, B. Pynenburg, M. Quarraishi, G. Quiceno, H. Raeder, R. Raeder, H. Rahman, A. Ramachandran, G. Ramyad, R. Ranai, A. Rasheed, R. Rastogi, F. Regan, J. Revilla, D. Rharmi, N. Richmond, A. Ritchie, M. Robert, J. Roberts, H. Robertson-Ritchie, J. Robinson, F. Rosenberg, A. Rosenthal, S. Rothery, J. Rudd, D. Rym, S.-U. Safer, J. Salama, R. Salib, A. Samieh-Tucker, L. Sarkozi, P. Saunders, H. Sayanova, J. Schmitt, J. Schneider, H. Schumacher, A. Schutte, S. Schwarz, F. Scrase, M. Scrase, P. Sealey, F. Sellers, д-ру V. Seshan, Christie Hospital, Манчестер, D. Steeples, V. Sepe, A. Shab-lak, Shahnaz-Hayat, T. Shaikit, K. Sheehan, D. Shukla, I. Silva, A. Silverman, K. Simpson, T. Singh, S. Sivnanathan, E. Smeland, R. Smit, S. Soran, G. Spencer, P. Spranh, K. Spreadbury, K. Sri-Ram, M. Strahan, P. Statham, D. Stead, J. Stern, A. Stevenson, J. Steyn, D. Stredder, M. Strachan, A. Struber, R. Szabo, A. Taimoor, H. Talat, J. Tang, A. Tavakkolizadeh, A. Taylor, D. Taylor, N. Taylor, S. Taylor, M. Tengoe, F. Toe, J. Thomas, S. Thomas, W. Thomas, F. Thom-

pson, L. Thomson, T. Toma, S. Topiwala, B. Traynor, L. Trieu, J. Trois, P. Trotman, T. Tscherning, D. Turner, M. Turner, F. Uddin, K. Umanok, S. Vaidya, C. Vandebussche, C. van der Worp, J. Van-Tarn, M. Vaughan, J. Verghese, Y. Wahowed, L. Walker, S. Walker, M. Walsh, T. Walton, T. Wang, L. Wasantu, J. Watkins, L. Watson, K. Weerasinghe, H. Wee-

rasooriya, W. Westall, P. Whelan, T. Whitehouse, J. Wiesenfeldt, T. Wiggin, J. Wijbenga, P. Wijngaarden, R. Williams, J. Williamsen, J. Williamson, J. Winkler, M. Wong, S. Wong, J. Wood, X. Xiong, D. Yanui, A. Yawar, E. Yeoh, N. Yoo, K. Yuet, A. Zafiroopoulos, R. Zajdel, K. Zarrabi, M. Zeigler, M. Zein, and M. Zia.

## Обозначения и сокращения

▶	это важно
▶▶	не медлить — своевременные действия могут спасти жизнь
☞	дискуссионная информация
М:Ж	соотношение мужчин и женщин (М:Ж=2:1 означает, что данное заболевание, состояние встречается среди мужчин в два раза чаще)
∴; ~	означает «следовательно» и «приблизительно равно» соответственно
↑; ↓; ↔	возрастает, снижается и нормальное (например, содержание в сыворотке крови)
+; -	позитивный и негативный соответственно
A2A	антагонист рецептора ангиотензина-2
АБЛА	аллергический бронхолегочный аспергиллез
АГ	антиген
АД	артериальное давление
АДГ	антидиуретический гормон
АИГ	аутоиммунный гепатит
АКТГ	адренокортикотропный гормон
АКШ	аортокоронарное шунтирование
АМА (АМА)	антимитохондриальные антитела
АМФ (АМФ)	аденозин монофосфат
АНЦА (АНСА)	антинейтрофильные цитоплазматические антитела
АПФ (АСЕ)	ангиотензинпревращающий фермент
АРА (АРА, АТ-2, А2R, А1R)	антагонист (блокатор) рецептора ангиотензина
АС	аортальный стеноз
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
АТ	антитела
АТФ (АТР)	аденозин трифосфат
АФП (AFP, α-FP)	альфа-фетопротеин
АХЗ	анемия хронических заболеваний
АЧТВ (АПТВ)	активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время
АЯА (АНА)	антиядерные антитела
БЛНПГ	блокада левой ножки пучка Гиса
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВПЧ	вирус папилломы человека
ВЧД	внутричерепное давление
Г-6-ФДГ	глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа
ГАМК	гамма-аминомасляная кислота
ГЛЖ	гипертрофия левого желудочка
ГОКМ	гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия
ГРС	гепаторенальный синдром
ДВС	диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови
ДГЭА	дигидроэпиандростерон
ЖДА	железодефицитная анемия
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ЖТ	желудочковая тахикардия
ЗППП	заболевания, передающиеся половым путем
ЗС	задняя стенка левого желудочка
ЗСН	застойная сердечная недостаточность
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	искусственная вентиляция легких
ИЗСД	инсулинзависимый сахарный диабет
ИМ	инфаркт миокарда
ИМТ	идеальная масса тела
кг	килограмм

КК	клиренс креатинина
кПа	килоПаскаль
КТ	компьютерная томография
КФК	креатинфосфокиназа
КФК-МВ	сердечный изофермент креатинфосфокиназы
КЦВ	каолин-цефалиновое время
л	литр
ЛГ	лютеинизирующий гормон, лютотропин
ЛДГ	лактатдегидрогеназа
ЛЖ	левый желудочек сердца
ЛЖН	левожелудочковая недостаточность
ЛП	левое предсердие
ЛПВП	липопротеины высокой плотности
ЛПНП	липопротеины низкой плотности
ЛПОВП	липопротеины очень высокой плотности
МАО	моноаминоксидаза
мг	миллиграмм
МЖП	межжелудочковая перегородка
мин	минута
МК	митральный клапан
мкг	микрограмм
мл	миллилитр
мм рт. ст.	миллиметры ртутного столба
МНО (INR)	международное нормализованное отношение (уровень протромбина)
МР	митральная регургитация
МРА	магнитно-резонансная ангиография
МРТ	магнитно-резонансная томография
НПВС	нестероидные противовоспалительные препараты
ОАК	общий анализ крови
ОЕЛ	общая емкость легких
ОЖСС	общая железосвязывающая способность сыворотки
ОКС	острый коронарный синдром
ОЛЛ	острый лимфобластный лейкоз
ОМЛ	острый миелоидный лейкоз
ОПН	острая почечная недостаточность
ОРДС (СОДН)	острый респираторный дистресс-синдром (синдром острой дыхательной недостаточности)
ОФV <sub>1</sub>	объем форсированного выдоха за 1 с
ПБЦ	первичный билиарный цирроз
ПВ	протромбиновое время
ПЖ	правый желудочек сердца
ПЖН	правожелудочковая недостаточность
ПП	правое предсердие
ПСА (PSA)	простатоспецифический антиген
ПСХ	первичный склерозирующий холангит
ПТГ	паратиреоидный гормон
ПЦР	полимеразная цепная реакция (ДНК-диагностика)
ПЭТ	позитронно-эмиссионная томография
РА	ревматоидный артрит
РВ	реакция Вассермана
РС	рассеянный склероз
с	секунда
СВР	системная воспалительная реакция
СК	сывороточный креатинин
СКВ	системная красная волчанка



СОДН (ОРДС)	синдром острой дыхательной недостаточности (острый респираторный дистресс-синдром)
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СТГ	соматотропный гормон, гормон роста, соматотропин
T <sub>3</sub>	трийодтиронин
T <sub>4</sub>	тироксин
ТГВ	тромбоз глубоких вен
ТИА	транзиторная ишемическая атака
ТПП	тромбоцитопеническая пурпура
ТР	трикуспидальная регургитация
ТСГ	тироксинсвязывающий гормон
ТТГ	тиреотропный гормон
ТЭЛА	тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	ультразвуковое исследование
УПА	узелковый полиартрит
ФЖ	фибрилляция желудочков
ФЖЕЛ	форсированная жизненная емкость легких
ФНО (TNF)	фактор некроза опухоли
ФП	фибрилляция предсердий
ФСГ	фолликулостимулирующий гормон
ХЛЛ	хронический лимфолейкоз
ХМЛ	хронический миелоидный лейкоз
ХОЗЛ	хроническое обструктивное заболевание легких
ХПН	хроническая почечная недостаточность
цАМФ (сАМР)	циклический аденозин монофосфат
ЦВД	центральное венозное давление
ЦМВ (CMV)	цитомегаловирус
ЦНС	центральная нервная система
ЦРБ (CRP)	С-реактивный белок
ЧТВ	частичное (парциальное) тромбопластиновое время
ЩФ (ALP)	щелочная фосфатаза
ЭБВ (EBV)	вирус Эпштейна—Барр
ЭДТА	этилендиаминтетрауксусная кислота
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭМГ	электромиограмма
ЭЭГ	электроэнцефалограмма
ЮИА	ювенильный идиопатический артрит
ЯК	язвенный колит
ЯМР	ядерный магнитный резонанс
A2A	антагонист рецептора ангиотензина-2
A <sub>2</sub>	аортальный компонент второго сердечного тона
ABC	базовая сердечно-легочная реанимация ( <b>A</b> irway — проходимость дыхательных путей, <b>B</b> reathing — дыхание, <b>C</b> hest compression — сдавление грудной клетки)
ACE (АПФ)	ангиотензинпревращающий фермент
AFP, α-FP (АФП)	альфа-фетопротеин
ALP (ЩФ)	щелочная фосфатаза
AMA (АМА)	анитмитохондриальные антитела
AMP (АМФ)	аденозин монофосфат
ANA (АЯА)	антиядерные антитела
ANCA (АНЦА)	антинейтрофильные цитоплазматические антитела
ARA, AT-2, A2R, A1R (АРА)	антагонист (блокатор) рецептора ангиотензина
ASO	антистрептолизин О (титр)

AT	антитела
АТФ (АТФ)	аденозин трифосфат
BCR (INR)	<i>British comparative ratio</i> ; международное нормализованное отношение (уровень протромбина)
BMJ/BMA	<i>British Medical Journal/ British Medical Association</i>
BNF	<i>British National Formulary</i>
сАМФ (цАМФ)	циклический аденозин монофосфат
CMV (ЦМВ)	цитомегаловирус
CRP (ЦРБ)	С-реактивный белок
DoH (DH)	<i>Department of Health (United Kingdom)</i>
E-BM	<i>evidence-based medicine</i> ; доказательная медицина (и журнал, выпускаемый BMA)
EBV (ЭБВ)	вирус Эпштейна-Барр
ELISA	иммуноферментный твердофазный анализ
FiO <sub>2</sub>	парциальное давление вдыхаемого кислорода
GAT <sup>Sanford</sup>	<i>Sanford guide to antimicrobial therapy</i>
HAV	вирус гепатита А
Hb	гемоглобин
HBsAg/HBV	поверхностный антиген к вирусу гепатита В /вирус гепатита В
HCV	вирус гепатита С
HDV	вирус гепатита D
HIV	вирус иммунодефицита человека
HSV	вирус простого герпеса
Ig	иммуноглобулин
INF-α	α-интерферон
INR (МНО)	международное нормализованное отношение (уровень протромбина)
JAMA	<i>Journal of the American Medical Association</i>
K	калий
MAI	<i>Mycobacterium avium intracellulare</i>
MCV	mean corpuscular volume; средний объем эритроцитов
MDMA	3,4-метилendioксиметамфетамин, экстази
NEJM	<i>New England Journal of Medicine</i>
NHS	National Health Service (UK)
NICE	National <sup>UK</sup> Institute for Clinical Excellence ( <a href="http://www.nice.org.uk">www.nice.org.uk</a> )
NMDA	N-метил-D-аспартат
OHCS	<i>Oxford Handbook of Clinical Specialities</i> , 6*OUP, Collier&Longmoore
ORh <sup>-</sup>	группа крови O, резус-фактор отрицательный
OTM/S	<i>Oxford Textbook of Medicine</i> (OUP 4 <sup>e</sup> , 2003)/ <i>Surgery</i> (2000)
P <sub>2</sub>	легочный компонент второго сердечного тона
PaCO <sub>2</sub>	парциальное давление CO <sub>2</sub> в артериальной крови
PaO <sub>2</sub>	парциальное давление O <sub>2</sub> в артериальной крови
PCV	гематокрит
PSA (ПСА)	простатоспецифический антиген
RBC	<i>red blood cells</i> ; красные клетки крови
S1, S2	первый и второй сердечные шумы
t °C	температура
TNF (ФНО)	фактор некроза опухоли
V/Q	соотношение «вентиляция»/«перфузия»
WBC	<i>white blood cells</i> ; белые клетки крови
WCC	<i>white cells count</i> ; лейкоцитарная формула, определение количества лейкоцитов
WPW	синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта

## Клятва Гиппократа — примерно 425 год до н. э.

---

**К**лянусь Аполлоном врачом, Асклеием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: почитать научившего меня наравне с моими родителями, делиться с ним своим достатком и в случае надобности помогать ему в нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

**Я** направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

**Я** не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство.

**Я** ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

**В** какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

**Ч**то бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

**М**не, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

# Новая клятва Гиппократы — примерно 2004 год н. э.

---

**Я** клянусь, что мои медицинские знания будут использованы для улучшения здоровья людей. Пациенты являются моей первой заботой. Я буду слушать их внимательно и лечить настолько хорошо, насколько это в моих силах. Я буду честным и вежливым по отношению к пациентам и относиться к ним с сочувствием.

**Я** сделаю все возможное, чтобы оказать медицинскую помощь людям в неотложных случаях. Я приложу все усилия к тому, чтобы гарантировать уважение прав любых моих пациентов, включая уязвимые группы, в которых отсутствует понимание необходимости сообщить о своих нуждах.

**Я** буду исполнять мои профессиональные обязанности настолько независимо, насколько это возможно, невзирая на политическое давление или социальное окружение моего пациента. Я не буду ставить личную выгоду или продвижение по службе выше моих обязательств по отношению к пациенту.

**Я** признаю особенную ценность человеческой жизни, но я также знаю, что увеличение срока жизни не является единственной целью здравоохранения. Если я соглашаюсь на проведение аборта<sup>1</sup>, то только в рамках закона и в соответствии с этическими принципами.

**Я** не назначу лечения, которое является бесполезным или опасным, а также в случае информированного отказа пациента. Я помогу<sup>2</sup> пациенту найти информацию и обеспечить его всем необходимым для принятия решения о лечении.

**Я** буду отвечать настолько правдиво, насколько я сумею, и буду уважать решение пациента, если это только не может причинить значительного<sup>3</sup> вреда окружающим. Если я не смогу дать свое согласие, я объясню причину.

**Е**сли мои пациенты имеют ограниченные умственные способности, я попытаюсь поддержать их и дать им возможность принять участие в решении настолько, насколько они смогут. Я сделаю все для сохранения врачебной тайны всех моих пациентов.

**Е**сли есть первостепенные причины, мешающие сохранению конфиденциальности информации о пациенте, я изложу ему их. Я обещаю осознавать границы моих познаний и буду при необходимости обращаться к коллегам за консультацией. Я обещаю переосмысливать свои ошибки.

**Я** обещаю приложить все усилия к тому, чтобы я и мои коллеги имели свежую информацию о новых разработках. Я убежден, что плохие стандарты или методы видны тому, кто их пытается усовершенствовать.

**Я** буду выражать благодарность всем тем, с кем я работаю, и буду готов делиться своими знаниями с другими, обучая их. Я буду использовать мой опыт и профессиональную позицию для улучшения работы коллектива.

**Я** обещаю справедливо лечить пациентов и поддерживать честное и гуманное распределение ресурсов здравоохранения. Я буду пытаться положительно влиять на власти, чья политика приводит к разрушению здоровья людей.

**Я** буду противостоять политикам, которые нарушают международные законы по правам человека. Я буду бороться за изменение тех законов, что противоречат интересам пациента или моей профессиональной этике.

**М**не, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена.

---

Приводится по тексту клятвы Гиппократы, пересмотренной Британской медицинской ассоциацией (БМА), с изменениями:

<sup>1</sup> Вариант БМА не угодает людям, верящим в неэтичность абортов.

<sup>2</sup> БМА использует в данном месте более сильную формулировку, требуя от нас *быть уверенными*, что пациент действительно *воспринимает* эту информацию (поскольку часто это требование невозможно выполнить).

<sup>3</sup> Слово «значительного» было введено для предотвращения серьезных нарушений конфиденциальности во имя незначительной выгоды другой стороны. В противоположность версии БМА последний параграф о счастье в жизни был взят из старого текста клятвы. Остальные изменения минимальны.

Все хорошие врачи отлично работают в команде, поскольку здравоохранение — весьма сложная сфера деятельности, где никто не может знать все и никто не знает, как относиться к каждому из пациентов и его/ее нуждам. Поскольку все мы совершаем ошибки, мы нередко видим примеры слабой командной работы, где плохое взаимодействие между членами группы, силовые решения и личные конфликты приводят к плохим результатам. Часто, хотя и не всегда, к этому прилагаются стресс, перенапряжение, нехватка ресурсов. Таким образом, действительно необходимо в начале этого путешествия по клинической медицине убедить каждого из читателей в необходимости хорошей работы в команде. Вам помогут три правила: (1) Все члены команды ценны, но нет незаменимых людей. Работники ценны сами по себе, а не по тем ресурсам, которыми они располагают. 2) «Невиновность не является оправданием». То есть, Вас могут не обвинить в неправильном действии всей группы, но в итоге каждый член группы несет ответственность за все совместные действия. 3) Каждый член команды нуждается в поощрении. Приведенный ниже пример из опыта одного известного политика показывает всю важность этого пункта<sup>1</sup>:

«Он был невыносим. Не то чтобы он не уделял внимания работе, но его манера общения ввергала его в состояние конфликта со всеми окружающими... Когда наступал полный кризис и необходимо было выяснить всю правду, он сваливал всю вину на нас. В его версии проблемы лично его невозможно было упрекнуть ни в чем. Его уважение к себе было столь велико, особенно идея о его невинности, что каждый при общении с ним чувствовал себя просто животным, поскольку этот человек обнажал все его возможные пороки, буквально «раздевая» его. Но справедливость к другим требовала этого.

Когда он выдал последние остатки лжи и мы решили, что сказать больше нечего, он вышел, еле сдерживая слезы.

«Но почему вы никогда не пытались мне помочь? Вы знали, что я всегда ощущал ваше негативное отношение ко мне. Страх и незащищенность толкали меня все дальше и дальше по пути, за который вы меня сейчас осуждаете. Все это было так трудно! Однажды, помнится, я был так счастлив, потому что один из вас сказал, что я действительно хорошо сделал свою работу...»

Таким образом, в итоге, мы винили себя. Мы не озвучивали нашу критику, но мы позволяли ей умерить наше желание высказать ему благодарность, и это перекрыло ему все дороги для дальнейшего развития. Обвинитель всегда сильнее».



## Размышляя о медицине

Идеалы . . . . .	2
Идеальные и не столь идеальные методы ухода . . . . .	2
Подход к больному и навыки коммуникации . . . . .	3
Постановка вопросов . . . . .	4
Каков механизм? Находите ответы в рассказе больного . . . . .	5
Смерть: диагностика и посмертные мероприятия . . . . .	6
Перед лицом смерти . . . . .	7
Искусство и наука диагностики . . . . .	8–9
Назначение лекарств . . . . .	10
Профилактика . . . . .	11
Что хорошего в этом новом препарате (анализ и мета-анализ)? . . . . .	12

Выжить на страже здоровья . . . . .	13
Качество, ОГЗЖ и исполнение желаний . . . . .	14
Обратный закон о медицинской помощи и дистрибутивное право . . . . .	14
Психиатрия в терапевтических и хирургических отделениях . . . . .	15
Пожилой пациент в стационаре . . . . .	16–17
По поводу занятости: потайная дверь Корригана . . . . .	18
Здоровье и медицинская этика . . . . .	19
Трудные больные . . . . .	20
Медицина, искусство и гуманитарные науки . . . . .	21

### Идеалы

*Решение и вмешательство* — суть действия, *раздумье и умозаключение* — суть мышление. Сутью медицины является объединенное царство действия и мышления, стоящее на службе у людей. Мы предлагаем список идеалов, чтобы стимулировать как действие, так и мышление. Эти идеалы в своей недостижимости подобны звездам, но помогают прокладывать путь во мраке ночи.

- Не обвиняй больного в его болезни.
- Если известны желания больного, выполняй их.
- Трудись для своих больных, а не для своего начальника.
- Делай обходы, чтобы поднять не собственный дух, но дух больных.
- Лечи больного, а не болезнь и не палатную сестру.
- Принимай на лечение людей, а не «инсульты», «инфаркты» или «развалины».

- Уделяй время понесшим утрату; ты в силах помочь им осушить слезы.
- Спрашивай свой рассудок, насколько уверенно он диктует тебе действия.
- Палатная сестра обычно бывает права; уважай ее мнение.
- Будь добр к себе — твои силы не безграничны.
- Давай больному (и себе) время: время задать вопросы; время подумать; время, необходимое для того, чтобы излечение состоялось, и время на приобретение автономии.
- Даруй больному преимущество сомнения. Если можешь, будь оптимистом; оптимистичные больные, которые чувствуют себя хозяевами положения, живут дольше и чувствуют себя лучше (Lancet, 1999. — 354. — 1320).

### Идеальные и не столь идеальные методы ухода

Расскажем историю, которая пояснит существо рассматриваемой проблемы. Один мужчина порезал руку и отправился к соседу за помощью. Этот сосед был врачом, но дверь отворил не он, а его трехлетняя дочка. Увидев, что мужчина в крови, она впустила его, прижала к ране свой носовой платок и усадила гостя в ближайшее кресло так, чтобы его ноги были приподняты. Она погладила его по голове и по руке и рассказала ему о своих бархатцах, а потом о своих лягушках и лишь спустя какое-то время — о своем папе, который, наконец, появился. Он быстро превратил соседа в пациента, после — в кровоточащую биопроблему, а далее направил его в травматологический пункт «для наложения швов». В травматологическом пункте он ждал три часа, получил два ненужных шва и одну беседу со студентом-медиком, предложившим ввести противостолбнячную сыворотку, на которую у нашего героя, как выяснилось, была аллергия. К соседу-врачу мужчина вернулся через несколько дней, чтобы поблагода-

рить свою юную спасительницу, но не доктора, который сделал из него пациента.

На самом деле только трехлетняя малышка оказалась его подлинной нянкой, одновременно врачом и универсальной работницей здравоохранения, которая приняла его таким, какой он есть, и позаботилась о нем, а также уделила ему время и выказала уважение. Сомневайтесь сколько угодно в ее инстинкте заботы и участия, укажите, что ее действия могли причинить больному вред и что все это не имеет никакого отношения к научной медицине, а больница просто-напросто пала жертвой собственного успеха. Но запомните вывод из этой истории: *в лучшем случае, по словам Т. С. Элиота, в знании, выведенном из опыта, есть только ограниченная ценность*<sup>1</sup> — например, в знании, суммированном в этой книге. Ребенок обладал пониманием и естественным состраданием, которые все мы легко теряем в мире науки, познаний и нашей вселенной организованного здравоохранения, выкованной из нержавеющей стали.

<sup>1</sup> Тот же вывод подкреплен трудами Карла Юнга (см. «Воспоминания, сны, размышления»): приобретение знания выводит нас из мифического мира инстинктивного познания, но жизнь, в процессе которой накапливаются огромные знания, преподает иной урок — эти два мира совместимы при условии определенных способностей к рефлексивному самоанализу. В этом сокрыт секрет достойного существования на больничной постели — в том числе в мифическом смысле.

## Подход к больному и навыки коммуникации

Наш подход к больному важен тем, что по нему пациенты видят, можно ли нам *доверять*. Где нет доверия, там вряд ли можно говорить об исцелении. Хороший подход к больному лишен статичности: он развивается в свете потребностей пациентов, но коренится во вневременных клинических ценностях честности, чувства юмора и скромности перед лицом людской слабости и страдания.

Ниже приводится ряд примеров из бесконечного множества вариантов общения, которые могут возникать при встрече врача с пациентом. Одним из великих искусств (и удовольствий) клинической медицины является научение тому, как наши действия и установки влияют на больных и как учитывать это знание при оценке валидности и значимости выявляемых нами признаков и симптомов. Информацию, которую мы получаем от наших пациентов, нельзя отнести к категории «неопровержимых данных», в гораздо большей степени это пластичное нечто, которое сформировано отношением врача и обстановкой в больнице или консультационном кабинете в той же мере, в какой собственными надеждами и страхами больного. Наша работа заключается в том, чтобы приспособить наше отношение к больному и окружающую его обстановку так, чтобы эти скрытые надежды и страхи вышли наружу, а каналы для коммуникации всегда оставались открытыми.

**Снижение или интенсификация тревоги.** Простое объяснение того, что вы собираетесь сделать, зачастую разряжает чрезвычайно напряженную обстановку. Работая с детьми, применяйте более тонкие приемы — например, обследуйте живот ребенка при помощи его собственных рук или начните с обследования плюшевого мишки.

**Снижение или интенсификация боли.** Сравните: «Я собираюсь надавить вам на живот. Если будет больно, кричите» с фразой: «Я собираюсь дотронуться до вашего живота. Давайте посмотрим, что вы почувствуете» или «Сейчас я положу руку вам на живот. Если что почувствуете — песню запевай!». Осмотр можно сделать страшным, нейтральным или веселым, и пациент будет, соответственно, напрягаться или расслабляться.

**Тактичное или неуклюжее вторжение в личное пространство.** В процессе офтальмоскопии, например, нам приходится приблизиться к пациенту больше, чем это принято нормами социального общения. Конечно, и доктор, и больной могут затаить дыхание, но это ничуть не поможет

ни больному держать глаза полностью неподвижными, ни доктору произвести подробный осмотр. Просто объясните пациенту: «Мне сейчас понадобится очень сильно приблизиться к вашим глазам». (Но не «Для проведения осмотра нам придется очень сильно сблизиться» — одного из авторов после этой фразы больная с лобной симптоматикой начала целовать в процессе выполнения офтальмоскопии.)

**Индукция трансподобного состояния.** Понаблюдайте за опытным врачом, когда он пальпирует живот: правая рука лежит пассивно, подальше от больного места. Он встречается взглядом с больным: «Вы когда-нибудь бывали на море?» (Рука скорее гладит, чем внедряется вглубь.) ...«Представьте, что вы сейчас снова на пляже, вам очень хорошо, вы смотрите в синее-пресинее небо». (Нажимает с силой, которая требуется.) ...«Теперь расскажите мне, где вы родились и выросли.» Если пациент перестанет говорить и поморщится лишь тогда, когда рука доктора окажется над правой подвздошной ямкой, то врач уже выяснит нечто для себя важное.

**Коммуникативность.** Ваши врачебные навыки бесполезны, если вы не умеете достойно общаться с пациентами. Держитесь просто и открыто. Избегайте жаргона (10% больных думают, что желтуха означает желтые рвотные массы). Слова «ремиссия» и «рост» пациенты часто понимают неправильно. В первую очередь сообщайте самые важные детали. Будьте конкретны: «Пейте по 6 чашек воды в день» звучит конкретнее, чем «Пейте больше жидкости». Выдавайте письменную или записанную на видео информацию, изложенную в доступном виде. Доступность вычисляется по формуле Флеша. Доступность для восприятия =  $207 - 0,85W - S$ , где  $W$  — среднее количество слогов на 100 слов, а  $S$  — среднее количество слов в предложении. 100 очень просто для вычисления; подразумевается количество слов  $> 70$ . Не исходите заранее из того, что ваш больной умеет читать. Тактично выясните это позволяет название рисунков, но не слов при взгляде на нашу таблицу для проверки зрения (с. 63).

Обеспечьте гармонию между тем, что, по-вашему, следует сделать, и мнением об этом больного. Мы часто говорим о *соблюдении* наших режимов, тогда как правильнее говорить о *конкордантности*, ибо во всяком хорошо спланированном лечении главная роль остается за самим больным.



## Постановка вопросов

Нет правильных или неправильных вопросов. Иногда нужно использовать один тип вопросов, иногда — другой. И вы можете довольно быстро научиться определять, какие именно вопросы надо задать сидящему перед вами пациенту. Хорошие диагносты задают наиболее эффективные вопросы — искусство, которому можно научиться при наличии времени, практики и достаточного количества пациентов. Цель постановки вопросов — получить *описание*, но не с точки зрения интеллектуального империализма («Описав мир, ты сможешь им овладеть»), а с точки зрения практической пользы: того, что нельзя описать, нельзя и вылечить, а тем, что описано, но все-таки неизлечимо, можно поделиться, смягчить это и, таким образом, частично преодолеть. Как явствует из двух примеров, приведенных ниже, различные виды вопросов либо проливают свет на эти вещи, либо затемняют их.

**Наводящие вопросы.** При виде окровавленного носового платка вы спрашиваете: «Как давно вы кашляете кровью?» Больной отвечает: «Шесть недель, доктор». В результате вы предполагаете, что он страдает кровохарканьем в течение 6 недель. На самом же деле пятна могли быть связаны с пораненным пальцем или с носовым кровотечением. Выяснив это позднее (и, вероятно, после дорогого и неприятного обследования), вы приходите в раздражение из-за того, что больной якобы ввел вас в заблуждение, тогда как тот всего лишь старался быть вежливым и дать вам ответ, которого вы явно ждали. При наводящих вопросах такого рода у пациента не остается возможности опровергнуть ваши догадки.

**Вопросы, подсказывающие ответ.** «Какими были рвотные массы — красными, желтыми или черными, цвета кофейной гущи?» — классическое описание рвоты с кровью. «Да, доктор, черные, как кофейная гуща». Ожидания врача и его нетерпеливое желание уложить необходимые ему данные в традиционный шаблон настолько сказались на истории болезни этого пациента, что сделали ее бесполезной.

**Открытые вопросы.** Самым открытым из всех вопросов является вопрос «Как дела?». Он не предполагает никакого конкретного ответа, поэтому направление, которое избирает пациент, предоставляет ценную информацию. Другими образчиками являются мягкие императивы, например: «Расскажите мне о рвоте». «Она была темная». «Какая темная?» «В ней были темные комочки». «Похожие на ...?» «Похожие на комочки земли». Эта информация бесценна, хотя и не подана в таких словах, как «кофейная гуща».

**Вопросы, направленные на пациента.** «Как вы думаете, что случилось?» «Можем ли мы изу-

чить какие-то другие аспекты вашего состояния?» «Хотели бы вы еще о чем-то спросить?» (закрытый вопрос). Лучше все же спросить: «Вас еще что-то тревожит?» «Как это действует на вас?» «Что вас больше всего беспокоит?» «При этом вы чувствуете...» (доктор замолкает).  
**► Если вы не настроитесь воспринимать пациента, ваш больной никогда не будет до конца удовлетворен общением с вами и не станет сотрудничать.**

**Распрашивание всей семьи.** Это особенно полезно при попытке выяснить, не вызваны или не поддерживаются ли симптомы психологическими механизмами. Такие вопросы зондируют сеть причин и способствующих условий, которые позволяют неясным симптомам расцветать на фоне определенного уклада жизни семьи. Кто еще может занимать более важное место в вашей жизни? Они беспокоятся о вас? Кто по-настоящему понимает вас? Подобные недуги могут не поддаваться лечению до тех пор, пока не будут заданы эти вопросы. Например: «Кто находится рядом, когда у вас болит голова? Кто замечает это первым — вы или ваша жена? Кто больше всего (или меньше всего) из-за этого переживает? Что в это время (или до этого) делает ваша жена?» Про себя задумайтесь, кто *является его головной болью*. Мы с нарастающим интересом следим за исследованиями, которые показывают, что при кластерах трудно диагностируемых симптомов именно супружеское мнение по их поводу является лучшим предсказателем исхода: если это мнение гласит, что симптомы имеют соматическую природу, то исход оказывается хуже, чем в случае, когда супруг(а) считает, что некоторые или большинство симптомов могут иметь психогенный характер.

**Манера вторить словам.** Старайтесь повторять несколько последних слов пациента, подталкивая его к новым откровениям (в противном случае недоступным), как это бывает, когда врач отступает на задний план, а пациент ведет монолог: «Я всегда с подозрением относился к моей жене». «Жене...» «К моей жене... а заодно и к ее отцу». «Отцу...» «Я никогда не доверял им обоим». «Не доверял им обоим...» «Нет, ну я всегда чувствовал, что знаю, кто был настоящим отцом моего сына... Я ни в чем не могу доверять этой парочке». Без всяких вопросов вы можете наткнуться на неожиданную, важную подсказку, которая прольет новый свет на историю болезни.

**► Если вы только задаете вопросы, то получаете только ответы.** Если вы обратитесь с вопросом к малиновке, она упорхнет, в то время как лесное безмолвие придаст ей смелости сесть вам на руку.

У нас на устах, как у малых детей, постоянно должен вертеться вопрос «Почему?» Причина не в том, что мы всегда ведем поиски исходной причины явлений (хотя и это имеет место): так происходит потому, что таким образом можно выбрать простейший уровень для вмешательства. Какого-то незначительного изменения в начальных звеньях цепи событий бывает достаточно, чтобы привести к излечению, тогда как воздействие на последующие звенья не всегда предоставляет такую возможность.

Например, мало диагностировать сердечную недостаточность у вашего задыхающегося пациента. Задайтесь вопросом: «Почему возникла сердечная недостаточность?» Если вы этого не сделаете, то удовлетворитесь тем, что назначите ему диуретический препарат, и любые побочные эффекты этого, вроде уремии или недержания мочи, вызванного полиурией, будут отнесены на счет неизбежных последствий необходимой терапии.

Если бы вы только спросили: «Каков механизм сердечной недостаточности?», то, может быть, нашли бы основную причину — например, анемию в сочетании с ишемической болезнью сердца. Вы не можете вылечить последнюю, но не исключено, что устранение анемии — все, что нужно для излечения больного от одышки. Но не останавливайтесь на этом. Спросите: «Каков механизм анемии?» Вы обнаружите низкое содержание ферритина в сыворотке крови (с. 601), так что в конечном счете сможете поддаться соблазну сказать себе: все, мне известна первопричина.

Неверно! Забудьте о первопричинах и продолжайте спрашивать: «Каков механизм?» Вернитесь к пациенту (никогда не думайте, что процесс сбора анамнеза завершается после первого контакта с вашим пациентом). Возвращение к истории болезни помогает выяснить, что пациент плохо питается. «Почему больной неполноценно питается?» Невежествен он или слишком беден, чтобы придерживаться нормальной диеты? Еще раз вернитесь к сбору анамнеза, и вы, может быть, выясните, что год назад у пациента умерла жена, он пребывает в депрессии и не заботится о еде. Умри он завтра, его бы это не взволновало. (Сбор социального анамнеза, зачастую имеющего первостепенную важность, слишком часто сводится к вопросам о курении и употреблении алкоголя.)

Теперь вы начинаете понимать, что обычное лечение анемии не слишком поможет этому больному, а потому продолжайте спрашивать: «Почему?»: «Почему вы вообще озаботились явиться к врачу, если вовсе не заинтересованы в своемздоровлении?» Выясняется, что он пошел к врачу лишь затем, чтобы сделать приятное своей дочери. В высшей степени маловероятно, что такой

пациент примет ваше лечение, если вы не докопаетесь до самой сути его переживаний. В данном случае значимым фактором является его дочь, и пока вы не заручитесь ее помощью, все ваши терапевтические инициативы будут завершаться провалом. Поговорите с его дочерью, предложите помочь в лечении депрессии, расскажите ей о богатых железом продуктах, и, в случае успеха, одышка у вашего пациента пойдет на убыль. Даже если она не отступит, вам, может быть, удастся завязать дружбу со своим пациентом, и эту дружбу можно будет использовать, чтобы он принял помощь в каком-то ином виде. Этот диалог, вероятно, поможет вам сделаться более гуманным и добрым врачом, что особенно важно в минуты усталости и изнеможения под грузом многочисленных технических задач, которые вам надо как-то ухитриться выполнить в день наплыва больных.

**Построение предположений дает новые знания.** Врачи часто ведут себя как редукционисты и люди, имеющие сверхмеханистическое мировоззрение. Выше было показано, что, задаваясь постоянно вопросом «Как?», можно, скорее, расширить границы нашего исследования, чем сфокусироваться на чем-то одном. Другой путь сделать это — спросить: «Что означает этот симптом?» — для данного больного, его семьи и человечества. Например, хромота может означать нейропатию или неспособность рассчитаться с долгами (если вы танцор), или необъяснимый медицинский симптом, который неуловимо изменяет семейную иерархию как буквально (во время семейных поездок за город), так и в переносном смысле слова. Наука дает упрощенную, объективную, теоретическую картину окружающего нас мира. Но есть и другой путь восприятия мира — субъективный, эмоциональный, двусмысленный, который позволяет увидеть связи между феноменами, казалось бы, никак не связанными между собой. Медицинские гуманитарии (с. 21) пошли дальше, особенно в последнее десятилетие, что привело к образованию двух лагерей — гуманитарной и научной медицины. Если, читая эти строки, вы с нетерпением ожидаете получить какие-то реальные «болты и гайки» медицинских технологий, то вы относитесь к сторонникам второго лагеря. Мы не призываем вас покинуть его, но считаем, что надо учиться смотреть на проблему с обеих позиций. Если откажется от этого, ваша профессиональная жизнь будет полна неудач (которые, однако, вы можете отрицать или игнорировать). Если же вы постараетесь учесть обе точки зрения, то это не оградит вас от неудач, но вы поймете, что они означают и как преодолеть их последствия.

[ . . . ]