

Ю.К. Абаев

КАК БОЛЕЮТ И ЛЕЧАТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ

Нередко можно услышать, что медицинским работникам, когда они болеют, почему-то не везет – и болезни у них протекают тяжелее, и осложнения после операций возникают чаще. Ведь должно быть как раз наоборот. Если врач лечит заболевшего коллегу, то он проявляет особое участие, внимание и усердие. Да и сам заболевший медик наверняка правильнее и аккуратнее выполняет медицинские рекомендации, ибо он лучше «простого» больного понимает их смысл и важность. Однако в жизни приходится сталкиваться с такими огорчительными наблюдениями течения болезней врачей, что их трудно объяснить случайностью.

В чем же дело? Чем заболевший врач или медицинская сестра отличаются от «обычного» пациента? По-видимому, если человек обладает врачебными знаниями, он относится к своей болезни не совсем так, как пациент, не обучавшийся медицине. Вероятно, именно эта психологическая особенность и отличает заболевшего медика от прочих больных. Казалось бы, разница не велика, но именно она значительно влияет на ход болезни и результаты лечения. Неблагоприятные факторы следует искать с одной стороны в психологии, обладающего медицинскими знаниями, а с другой – в психологии врача, лечащего своего коллегу.

Медицинские работники часто недооценивают появление у себя начальных признаков болезни и не обращают внимания на них в течение длительного периода времени. Как правило, медик гораздо больше заботится о своих больных, чем о собственном здоровье. Исследования свидетельствуют – при раке легких врачи в среднем обращаются только через 7 мес после появления первых симптомов заболевания, при злокачественных новообразованиях желудочно-кишечного тракта – через 9 мес, при раке предстательной железы – через 14 мес. Кроме недооценки начальных симптомов болезни, позднее обращение к коллегам объясняется и чувством неловкости, сильно

развитом в среде медработников. Это сродни тому, что обычно наблюдается в поликлинике во время эпидемии гриппа. Участковым врачам, медсестрам, «неудобно» брать больничный лист и они сами, заболев гриппом, продолжают работать.

Заболевание вызывает тревогу у любого пациента. Болезнь как незнакомая опасность рождает страх перед неизвестностью. Особенно негативное воздействие оказывают заболевания сердца, глаз, половых органов. Малейшие изменения функционирования сердца вызывают опасения у большинства людей. Болезнь как незнакомая опасность рождает страх перед неизвестностью. Боязнь потерять зрение, операции на глазах иногда провоцируют развитие психоза. Вмешательства, связанные с половыми органами также оказывают тяжелое воздействие на психику. Страдающие глаукомой боятся слепоты, подверженные головным болям – опухоли мозга, при болезнях желудка и кишечника опасаются рака и т.д.

Страх и тревогу вызывает патологическое состояние само по себе: «Вынесу ли?», «До каких пор это может продолжаться?» В других случаях на первый план выдвигаются опасения, связанные с последствиями и осложнениями заболевания: «Таким и останусь?», «Смогу ли потом работать?». Эти страхи могут усиливаться, больной становится беспомощным, неуверенным, боится самых нелепых вещей, может впасть в ипохондрию [3, 4].

У всех заболевших тяжелой болезнью наблюдаются определенные фазы психологического состояния [6]:

- фаза отрицания тяжести своего состояния («Что-то я стал уставать. Надо отдохнуть... Но врач сказал, что я болен. Надо немного полечиться и все будет в порядке...»);
- фаза, в которой преобладает чувство негодования («Почему именно я заболел этим заболеванием?!»);
- фаза «ведения торга», самогипноза («Хоть бы пожить как можно дольше без этой мучительной боли»);

- фаза, в которой доминирует депрессия («Все ясно, я безнадежно болен, никто и ничто мне не поможет»);
- фаза примирения с неизбежностью близкой смерти, в которой больного больше всего волнует дальнейшая судьба домашних, забота о близких людях.

Стадии психологического состояния больного красочно описаны в повести Л.Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича» [4]. Психология заболевшего медика полностью соответствует описанным фазам, и в этом отношении он ничем не отличается от других пациентов, не имеющих медицинского образования. У медработника или, как ни странно естественная реакция на неблагоприятное заболевание значительно усугубляется именно из-за профессиональных знаний.

Начинается это еще в период обучения в медицинском вузе и колледже. Кто из студентов-медиков не перенес «болезни», когда будущие врачи, фельдшера и медсестры впервые приходят в клинику и находят у себя симптомы многих изучаемых болезней. Заболевший медик при появлении недомогания, слабости, да еще в сочетании с анемическим синдромом зная, что эти признаки характерны для злокачественных заболеваний, диффузных болезней соединительной ткани, сепсиса, нередко переносит это на себя. При задержке стула он вспоминает, что рак толстого кишечника нередко начинается точно так же. Короткий эпизод сжатия за грудиной вызывает мысли об ишемической болезни, инфаркте миокарда с последующей инвалидностью, о внезапной смерти. Ему хорошо известно – ноющие боли в пояснице могут быть не только следствием банального охлаждения или неловкого движения, но и остеопороза, опухолевого процесса, миеломной болезни и т.д.

А если медицинскому работнику предстоит операция, он обязательно начнет «просчитывать», какие осложнения могут случиться. Он вспоминает – даже простейшее хирургическое вмешательство в самых благоприятных условиях иногда оказывается неудачным или даже смертельным. Будет ли его лечащий врач полностью откровенным, не скроет ли, что положение безнадежно? Ведь он и сам иногда так поступает с несчастным больным.

Он знает о таких скрытых опасностях действия лекарств и «подводных камнях» хирургических вмешательств, о которых «обычный» пациент и не подозревает. Если же бремя таких знаний достается человеку с мнительным характером, то бодрость духа и воля к выздоровлению могут пострадать в такой степени, что ход болезни действительно изменится в худшую сторону [2]. Однако не только психологическая реакция на свою болезнь может вызывать неблагоприятные последствия. Зачастую и лечащий врач, беседуя с заболевшим коллегой, совершает ошибки, которых не допустил бы, имея дело с «обычным» пациентом. «Подводные камни» возникают уже с первых слов. Заболевший медик, желая облегчить и ускорить работу по диагностике и лечению, уже во время сбора анамнеза начинает говорить на профессиональном языке – вместо обычных жалоб использует медицинские термины (стенокардия, астма, перемежающаяся хромота, гломерулонефрит и т.д.), нередко даже сообщает диагноз, который поставил себе сам. Ему кажется – не стоит обременять своего коллегу подробным описанием своих ощущений, лучше сразу перейти к делу. Кроме того, употребляя медицинские термины, он как бы создает атмосферу обсуждения «на равных» и тем самым выходит из подчиненного положения обычного больного. При этом кроме возможной неверной оценки своих ощущений, использование привычных терминов ослабляет бдительность лечащего врача.

Со своей стороны, лечащий врач, слыша знакомый язык и готовое медицинское заключение, невольно уменьшает диагностические усилия. Вместо того чтобы дотошно проверить все утверждения заболевшего коллеги и непредвзято выяснить анамнез болезни, он может быстро перейти к формулировке диагноза и назначению лечения. Последнее возможно окажется ошибочным, так как будет основано на субъективном мнении пациента-медика. Обследовать заболевшего медицинского работника надо не по сокращенной программе («мы же с вами свои люди и понимаем друг друга с полуслова!»), а с особой тщательностью. Только так можно обезопасить себя

от навязывания мнения со стороны больного коллеги и составить независимое суждение о болезни – залог правильной диагностики и лечения.

Однако на этом трудности не кончаются. После того, как выяснена суть болезни, необходимо сообщить диагноз и дать рекомендации. Лечащему врачу иногда кажется, если пациент его собрат по профессии, то он относится к своей болезни объективно и беспристрастно. Беседа невольно приобретает характер консилиума, как будто два профессионала обсуждают другого больного. В такой ситуации, как правило, ограничиваются диагнозом и краткой рекомендацией. К чему тратить время на подробное объяснение и психотерапию? Ведь он знает все не хуже меня. Однако это глубокое заблуждение. Если заболевший медик старается разговаривать на привычном, профессиональном языке, это вовсе не свидетельствует о внутреннем спокойствии. Он тоже нуждается в психотерапии, порой даже больше, чем обычный больной.

Надо очень внимательно вести себя с заболевшим медицинским работником и давать рекомендации, как и любому другому пациенту, не обучавшемуся медицине – подробно, четко и даже в письменном виде. Необходимо точно указать, в какое время принимать лекарства, до или после еды, какое из них – на ночь, сколько времени и т.д. Лечащему врачу необходимо помнить, что тем самым он не оскорбляет заболевшего коллегу, не сомневается в его знаниях и опыте. Следует понимать – став больным, медик неизбежно теряется перед обилием лекарств, которые можно применить при своей болезни. Кроме того, заболевшему медработнику, как и любому другому пациенту, хочется переложить бремя решения и ответственности на кого-то другого. Вот почему чем увереннее сделает назначения лечащий врач, чем детальнее будут рекомендации, тем легче будет на душе у заболевшего коллеги, тем охотнее и прилежнее он будет их выполнять. Ведь хаотичный, нерегулярный прием медикаментов является одной из причин неудовлетворительных результатов лечения и служит в свою очередь основой утверждения, что врачи всегда болеют тяжелее.

Но зачем заболевший медицинский работник вообще обращается к коллеге по профессии? Ведь во многих случаях он сам может выписать рецепт и начать лечение, не прибегая к посторонней помощи. Просто каждый врач и медицинская сестра знает, что лекарство действует гораздо лучше, если его снабдить психотерапевтической «приправой». Уверенный вид врача, четкая, подробная рекомендация, безапелляционное отклонение других вариантов лечения – все это убеждает больного, что доктор принял единственно правильное решение и выбрал самое подходящее лекарство. Себя убедить трудно. Вот он и обращается к коллеге, ибо нуждается не только в рецепте, но и в психологической поддержке.

В этом же заключается причина того, что заболевшие медработники лечатся, как правило, неохотно и нерегулярно. В глубине души они относятся скептически к целебному действию «голового» лекарства, то есть лекарства без психотерапевтической «оболочки». Каждый медик подсознательно ощущает исходящее от него психологическое воздействие на пациентов. Последнее вместе с фармакологическим действием медикаментов и оказывает лечебный эффект. Если же заболевший медработник принимает только лекарство, то откуда же взяться вере, энтузиазму и прилежанию, которые так необходимы для успеха лечения. Исключая возможность психологического воздействия по отношению к самому себе, заболевший не ожидает большого лечебного эффекта от «голового» медикамента и потому лечится кое-как. Сказанное подчеркивает особую важность психотерапевтического подхода к медику-пациенту. Только так можно избежать многих досадных ошибок в диагностике и лечении [5].

Заболевшего медицинского работника надо обследовать и лечить как обычного больного, не делая скидок на его профессиональные знания. Более того, поскольку он посвящен в секреты своей профессии, психотерапевтическое воздействие должно быть тщательно продуманно. Пусть наш пациент считает данное лекарство неэффективным. Но если это назначение сделать уверенным тоном и четко объяснить порядок его применения, больной не-

вольно подумает: «А может быть, мой врач имеет собственный опыт и в его руках данное лекарство не так уж плохо?». И скепсис, пусть даже обоснованный, не устоит перед желанием выздороветь. Даже если назначаемый препарат не окажет желаемое фармакологическое действие психотерапевтический эффект будет несомненным.

И все же общаясь с заболевшим медработником для уменьшения необоснованного страха в некоторых ситуациях можно апеллировать к его профессиональным знаниям. Так, весьма полезным может быть разговор с намеренным использованием медицинских терминов. В этой беседе надо привлечь внимание к положительным факторам и уменьшить роль отрицательных моментов, которые ему известны и которые его пугают. Разговор «на равных», в духе коллегиального обсуждения производит на врача-пациента убедительное воздействие, он чувствует, что от него ничего не скрывают. Иногда именно таким путем его легче зарядить спокойствием, уверенностью в благополучном исходе болезни, терпением и желанием точно выполнять все назначения.

Предположим, у медицинского работника гипертонический криз – «тяжелая голова», мушки перед глазами, пошатывание при ходьбе, тошнота. Конечно, больше всего он боится мозгового инсульта. Именно поэтому надо не только измерить артериальное давление и выслушать сердце, но и провести добросовестное неврологическое исследование – проверить функцию черепно-мозговых нервов, нистагм, сухожильные рефлексы и т.п. Тогда в заключение осмотра можно будет авторитетно заявить: «Ничего тревожного нет. Сила в конечностях не нарушена, рефлексы симметричные, симптом Бабинского отрицательный, нистагма нет. Думаю, нарушение мозгового кровообращения Вам не грозит». И даже если пациент – опытный врач-невропатолог, а вы всего лишь молодой терапевт, больной вам поверит! Ведь в эти ужасные минуты он больше всего жаждет ободрения и потому с благодарностью и доверием воспримет ваши слова. Такое поведение будет не только актом сострадания и милосердия, но и реальным лечебным воздейст-

вием. Сняв тревогу, мы уменьшим тахикардию и гипервентиляцию, предотвратим дальнейшее повышение давления. В результате больной сразу почувствует себя лучше, еще до того, как начнут действовать таблетки или инъекции.

Заболевшего медика подстерегает еще одна опасность. Среди его друзей и знакомых, как правило, много медицинских работников. И они, искренне желая помочь, дают лечащему врачу различные советы и рекомендации. Конечно, каждое пожелание может быть пригодно, но ведь невозможно выполнять их все. Должен быть избран какой-то один план лечения, которого следует твердо придерживаться до тех пор, пока он представляется правильным. Вот почему необходимо вежливо, но твердо и решительно пресекать все попытки «со стороны» улучшить лечение, если лечащий врач убежден в правильности собственного плана лечения. Надо отвергать все предложения, хотя это может вызвать обиды и недовольство. Если же проявить слабость и уступить, лечение станет хаотичным, а сам лечащий врач не будет чувствовать себя единолично ответственным за благополучие своего пациента.

Коллективное лечение – плохая услуга. Английский врач-философ Б. Мандевиль утверждал: «Чем больше у больного врачей, тем скорее окажется, что у него их мало или нет ни одного и если дело примет дурной оборот, то каждый себя оправдывает и считает невиноватым».

Приведем историю заболевания выдающегося терапевта и блестящего диагноста С.П. Боткина подтверждающую сложность лечения заболевшего медицинского работника. Имея классическое течение ишемической болезни сердца и тяжелую сердечную недостаточность, Сергей Петрович считал, что ведущей у него является желчнокаменная болезнь, печеночная колика и связанная с ними вторичная «функциональная болезнь сердца». В 50-летнем возрасте С.П. Боткин впервые испытал жесточайший приступ «грудной жабы». Через 4 года у него умер сын. Тяжёлые переживания привели к возобновлению болевого синдрома в области сердца. После этого у Сергея Петровича развивается сердечная недостаточность в связи с чем лекции он читал

сидя. С большой вероятностью можно считать, что он перенес повторный инфаркт миокарда. Несмотря на это конец лета и начало осени 1887 г. С.П. Боткин проводит в Беаррице (Франции) где лечится морскими купаниями, которые неизменно вызывали ухудшение состояния (удушье). В ноябре он перебирается в Париж, где «лечится холодными душами»! На следующий год весной состояние ухудшается, возобновляются боли за грудиной и он едет для климатического лечения на Мраморное море. После морских купаний следует обострение болезни, усиление одышки, нарастают отеки на ногах.

Во время лекции 6 апреля 1889 г. у С.П. Боткина возник приступ сильнейших болей в области сердца, однако летом он лечится в окрестностях Берна (Швейцария) «восхождениями в горы»! Состояние не улучшается. Доктор Боткин мечется по городам Франции (Аркашон, Биарриц, Ницца, Ментон) где принимает морские купания и климатическое лечение. Состояние остается тяжелым, беспокоят приступы удушья, боли в области сердца, он с трудом ходит, не может спать лежа, в основном сидит в кресле. Биограф С.П. Боткина пишет: «...молочное лечение опротивело, сердечные средства не принимает, раздражается, когда заходит разговор об их использовании. Как-то взял фонендоскоп, послушал свое сердце и сказал: «Да, шумок довольно резкий» [1]. Шум в сердце мог быть результатом относительной недостаточности клапанного аппарата вследствие аневризмы сердца, инфаркта сосочковых мышц, расширения полостей сердца на фоне кардиосклероза. А может быть, это был шум трения перикарда при очередном инфаркте миокарда. Для купирования болевого приступа С.П. Боткину в ноябре 1889 г. вводят морфин. В декабре к нему приглашен английский хирург Лаусон Тэт для решения вопроса об операции, по поводу, как предполагалось, ущемления камня в желчном протоке. Хирургическое вмешательство не было произведено в связи с выраженной недостаточностью кровообращения, хотя сам Сергей Петрович на нем настаивал, считая, что после удаления камня «пройдет функциональная болезнь сердца». 24 декабря 1889 г. С.П. Боткин умер.

На вскрытии обнаружены: значительное жировое перерождение миокарда; выраженный атеросклероз коронарных артерий; выраженный стеноз коронарных артерий; свободно лежащие камни в желчном пузыре.

Из описания видно, как сильно болезнь изменила образ мышления знаменитого врача. При всей очевидности тяжелого поражения миокарда С.П. Боткин упорно считал, что у него «функциональная болезнь сердца» связанная с рефлексом с желчного пузыря. Изменить мнение его не заставила даже диагностика *ex juvantibus* (пробное лечение) – морские купания, отказ от приема сердечных средств, климатическое лечение вдали от дома только ухудшали состояние.

К сожалению, заболев, многие медицинские работники не могут объективно оценить свое состояние, не выполняют то, что сами рекомендуют пациентам, которые к ним обращаются, не хотят и не могут жить в соответствии с известными правилами, обеспечивающими оптимальное функционирование сердца, других органов и систем собственного организма. М. Монтень писал: «Хромые мало пригодны к тому, что требует тяжелых усилий; также и те, кто хромает душой, мало пригодны к тому, для чего требуются усилия духа.... Встретив дурно обутого человека, мы говорим себе: неудивительно, если это сапожник. Равным образом, нередко бывает, что врач менее чем всякий другой печется о врачевании своих недугов, теолог – о самосовершенствовании, а ученый – о знаниях» [3].

Обсуждая проблему лечения заболевшего медицинского работника, необходимо привлечь внимание и к их детям, в отношении которых также существует мнение о том, что они болеют не как «обычные» дети. Казалось бы, здесь всегда должны присутствовать ранняя диагностика и своевременное лечение. Однако поздние поступления в стационар детей медиков (в т.ч. хирургов), с острым аппендицитом, гематогенным остеомиелитом и другими заболеваниями свидетельствуют, что это не так. Сознание того, что болен наш собственный ребенок, вносит смятение в нашу душу и нам, поэтому трудно беспристрастно оценить заболевание и выбрать оптимальную лечеб-

ную тактику, несмотря на весь наш опыт! По-видимому, здесь присутствует определенная психологическая установка, недооценка и нежелание смириться с наличием заболевания у своего ребенка, требующего хирургического вмешательства, проведение самостоятельного лечения и надежда на самоизлечение, что в итоге приводит к развитию осложнений и поздней госпитализации. Не зря в некоторых зарубежных руководствах по хирургии детей медицинских работников относят к группе риска.

Заболевший медицинский работник является нелегким объектом для диагностики и лечения. При этом основные трудности лежат в области психологии. От лечащего врача требуются не только профессиональные знания, но и понимание переживаний и опасений медика-пациента. При этом не нужно переоценивать значение медицинского образования коллеги, пусть даже он опытный специалист.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоголовый Н.А. Воспоминания и другие статьи. – СПб, 1901. – 148 с.
2. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983. – 405 с.
3. Монтень М. Опыты в 3 кн. – М., 1979. – Кн. I–II. – 703 с.
4. Толстой Л.Н. Собр. соч. в 12 т. – М., 1958. – Т. 10. – С.133–186.
5. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1978. – 400 с.
6. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Будапешт, 1972. – 286 с.