Оригинальная работа

**DOI:** 10.17650/1683-3295-2021-23-3-122-125



# ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И СОВЕСТЬ ВРАЧА

# Л.Б. Лихтерман

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России; Россия, 125047 Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, 16

Контакты: Леонид Болеславович Лихтерман likhterman@nsi.ru

Врач — одна из «помогающих» профессий, связанных с высокой эмоциональной нагрузкой и ответственностью, что часто ведет к психическому и физическому истощению. Такое состояние получило название синдрома эмоционального выгорания. В статье ставятся вопросы о причинах и следствиях данного состояния, о риске профессионального кризиса и необходимости противодействия ему.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, стресс, психологическое истощение, эмоциональные нагрузки, профессиональная деятельность врача

**Для цитирования:** Лихтерман Л.Б. Эмоциональное выгорание и совесть врача. Нейрохирургия 2021;23(3):122–5. DOI: 10.17650/1683-3295-2021-23-3-122-125.

# Emotional burn-out and the doctor's conscience

#### L.B. Likhterman

N.N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Ministry of Health of Russia; 16 4th Tverskaya-Yamskaya St., Moscow 125047, Russia

### **Contacts**: Leonid Boleslavovich Likhterman *likhterman@nsi.ru*

Doctor is one of the most "helping" professions associated with high emotional load and responsibility which frequently lead to psychological and physical exhaustion. This condition was named emotional burnout syndrome. This article poses the questions on causes and consequences of this condition, risk of professional crisis and necessity of counteraction.

Key words: burn-out syndrome, stress, psychological exhaustion, emotional stress, professional activity of a doctor

**For citation:** Likhterman L.B. Emotional burn-out and the doctor»s conscience. Neyrokhirurgiya = Russian Journal of Neurosurgery 2021;23(3):122–5. DOI: 10.17650/1683-3295-2021-23-3-122-125. (In Russ.).

Совесть врача, его нравственное самосознание, имеет свои источники. Беда, случившаяся с больным, — одна из главных причин развития тяжелой профессиональной болезни, синдрома эмоционального выгорания. Глубокая астения, утрата интереса к работе, безразличие к пациентам, постоянная бессмысленная раздражительность, мрачное, подавленное настроение, нарушение сна, разыгрывающаяся психосоматика — все это «инвалидизирует» доктора.

Сострадание больным — всегда нагрузка для врача. Однако если по своей природе болезни неизлечимы, то, не отменяя эмпатии доктора и его профессиональных действий, они не являются чрезмерным грузом для его совести.

В нейрохирургии, например, к распространенным патологиям относится пока еще фатальная глиоблас-

тома. Ее удаление лучшими специалистами в лучших клиниках мира, сопровождаемое курсами лучевой терапии и химиотерапии, дает лишь сравнительно кратковременный эффект. Спустя 1—2 года больные обычно уходят из жизни. Доктора страдают от бессилия что-либо изменить — но совесть чиста. Сделано все возможное. И это чувство лишь дает стимул для поиска новых решений проблемы.

Когда же врач ощущает, что совершил грех, чувствует свою ответственность за случившееся с пациентом, то включается иной изнурительный механизм — обвинения себя, вплоть до самобичевания.

Выдающийся нейрохирург Александр Коновалов как-то сказал мне: «У каждого хирурга есть свое клад-бище. Есть оно и у меня». Я видел душевные муки Александра Николаевича, когда возникало непредвиденное

осложнение, которое было связано с его действиями во время операционного вмешательства и с которым порой не удавалось справиться. Вины — никакой, но собственная совесть не дает покоя.

Мой друг крупный нейрохирург Сергей Федоров очень тяжело переживал каждую неудачу, хотя никакой его вины не было. «Знаешь, Леня, — сказал он мне, — никак не могу привыкнуть к смерти. Все кажется, что я виноват».

И меня не отпускают пережитые страдания этого рода.

# ТРАГЕДИЯ

Я – грешен. Не о греховности жизни нашей – о грехах врача, связанных с профессиональной деятельностью, говорю я.

Расскажу об одном случае, потрясшем меня до глубины души.

Дело было в докомпьютерную эру. Я работал в нейрохирургическом центре города Горького (ныне Нижний Новгород). Меня как невролога часто привлекали к диагностике в сложных случаях.

Осенью 1964 г. вызвали нашего нейрохирурга в волжский затон «Память Парижской коммуны». Затон — это место, где суда зимуют, ремонтируются, в общем, там находилось большое судоремонтное предприятие. При нем — поселок, в котором жили семьи речников, были магазины, школа, небольшая больница.

Начальник затона получил на воскреснике черепно-мозговую травму: на голову свалился камень, и крепкий мужчина 32 лет упал. На короткое время потерял сознание, была рвота. Когда пришел в себя, начала беспокоить сильная головная боль. Его положили в больницу, назначили анальгетики, но боль не только не исчезла, а напротив, приступообразно усиливалась. Особенно ночью, до такой степени, что этот сдержанный человек дико кричал и хватался руками за голову, сжимая ее. Это насторожило терапевта: черепно-мозговая травма протекала необычно.

Нейрохирург столкнулся с не вполне понятной симптоматикой. Пациент был заторможен, но на вопросы отвечал адекватно. Какие-либо нарушения речи и движений конечностей отсутствовали. Но наблюдались менингеальные знаки, особенно был выражен симптом Кернига. Пульс оказался замедленным, артериальное давление чуть повышено. Предположив субарахноидальное кровоизлияние, врач сделал поясничный прокол (на 4-й день после травмы). Высокое давление ликвора — более 300 мм рт. ст. и желтый цвет цереброспинальной жидкости подтвердили диагноз. После пункции больному стало значительно легче, и нейрохирург счел свою миссию выполненной. Через два дня его снова вызвали в затон: состояние пострадавшего ухудшилось. Сильные распирающие головные боли, гиперемия, оболочечные симптомы, брадикардия, субфебрильная температура. Теперь это уже мало

походило на разрешившееся субарахноидальное кровоизлияние. Заподозрили внутричерепную гематому, однако никакой сторонности поражения не было. Вернувшись в Горький, доктор изложил мне ситуацию и передал просьбу руководства речного флота приехать на консультацию в затон. Я понимал, что вряд ли разрешу сомнения на месте, но все же, не затягивая, добрался в больницу на «ракете», которую специально дали речники.

Попал в небольшую больничку. Старое деревянное здание, в котором чисто и уютно. Расспросил пациента. Кроме мучительных головных болей, особенно сильных в висках, и рвоты, других жалоб у него не было. Остальные находки мало чем дополнили результаты предыдущего обследования. По моей просьбе больного осмотрел офтальмолог и выявил начальные застойные явления на глазном дне, что служит признаком повышения внутричерепного давления. К дотравматическому анамнезу придраться не мог. Чтобы разобраться в причинах стойкой внутричерепной гипертензии, больного надо было перевезти в нейрохирургический центр. Ангиограмма вместо наложения многих поисковых фрезевых отверстий лучше ответит на вопрос, есть ли гематома и где она расположена. Либо мы имеем дело с тяжелым отеком головного мозга, и тогда можно смело усилить дегидратацию.

Перевозить пациента на вибрирующем скоростном транспорте я отказался. Быстро нашли самый щадящий вариант транспортировки — по реке. Мне предоставили буксир, который назывался весьма символично — «Академик Бурденко». И я вместе с пациентом тихим ходом направился в Горький. Больной перенес путешествие по Волге удовлетворительно. У причала ждала «скорая помощь», на которой нас доставили в нейрохирургический центр.

Было 6 ноября. Последний рабочий день перед трехдневным праздником. Оставлять больного на 3 дня без диагноза рискованно, потому что в праздники многие службы в больнице не работают, и единственный дежурный нейрохирург из-за большого числа поступивших больных может оперативно не заметить ухудшения состояния нашего пациента, если произойдет ущемление ствола мозга.

Волнообразное течение травмы могло свидетельствовать об отеке мозга, тем более что больной всегда хорошо реагировал на дегидратацию, но прежде надо было исключить внутричерепную гематому, вызывающую нетипичные симптомы. И я решил назначить считавшееся наиболее информативным на тот момент исследование — каротидную ангиографию. Она должна внести ясность: обнаружат гематому — успеем прооперировать до ухудшения состояния, в противном случае — усилим дегидратацию. Александр Петрович Фраерман, опытный нейрохирург, поддержал меня. На мне еще висели консультации в институте, и мы

договорились, что если он выявит гематому, то будет действовать не дожидаясь меня.

Едва вечером я вернулся домой, как позвали к телефону: «Беда. Сделали ангиографию, получили тяжелый спазм мозговых сосудов. Больной потерял сознание, иногда открывает глаза и двигает конечностями». -«Что на ангиограммах?» — «Да ничего убедительного, есть, правда, небольшое смещение сосудов». Я вызвал «скорую» и помчался в больницу, от которой жил довольно далеко. Больной был в коме. С расширенными зрачками, гиперемией кожных покровов и тахикардией. На ангиограммах один бессосудистый участок казался подозрительным: была возможна гематома в теменновисочной области справа. Сделали костно-пластическую трепанацию и действительно обнаружили небольшую субдуральную гематому объемом около 20 см<sup>3</sup>. Также увидели резко отечное вещество мозга. Больной скончался.

Опытный судебно-медицинский эксперт сформулировал диагноз: «Тяжелая черепно-мозговая травма, перелом основания черепа, пластинчатые полушарные субдуральные гематомы с обеих сторон, отек мозга. Состояние после операции — костно-пластической трепанации в правой теменно-височной области и удаления субдуральной гематомы».

Но для меня было очевидно, что не эти находки обусловили смерть больного. Истину показала ангиография, которая выявила спазм сосудов, возможно вследствие аллергии на йодистый препарат, остальное послужило фоном, а не причиной гибели больного. Такие осложнения известны и, увы, иногда развиваются при ангиографии, особенно при прямой.

Однако меня это мало утешало. Беда случилась с больным, за которого отвечал я. Переживая, впал в такое состояние, которое трудно передать. Муки совести, самообвинение, самобичевание.

Конечно, я сталкивался со смертью моих больных после операции по поводу внутрижелудочковой опухоли, опухоли задней черепной ямки или иной локализации. Наблюдал летальные исходы при острых массивных внутричерепных гематомах и в ряде других ситуаций. Там печальный конец наиболее ожидаем, более оправдан для совести врача, сделавшего все. А здесь смерть наступила при осуществлении моего казавшегося безукоризненным — плана по уточнению диагноза. Показания к каротидной ангиографии были все. И тактика ведения больного представлялась безупречной. Но предвидеть сосудистый спазм я не мог, а каких-либо сведений о повышенной чувствительности к йоду не было. Всегда есть риск, на который мы часто вынуждены идти, особенно в срочной ситуации, когда без ангиографического исследования невозможно прояснить диагноз и решить, необходимо ли оперативное вмешательство. Обычно больные переносят ангиографию без осложнений, а врач получает доказательства наличия очаговой патологии мозга и выясняет ее расположение. Но порой правильная тактика оборачивается непредвиденной трагедией.

Погиб 32-летний инженер, хороший человек и семьянин, его любили в коллективе, он имел все перспективы долгой жизни и достойной карьеры. И все рухнуло. Осиротели дети, лишились сына родители, а жена — мужа. Конечно, я не виноват в том, что камень рухнул ему на голову. Я так старался спасти больного. Не совершил врачебной ошибки, но все равно виноват, грех на мне, совесть мучит меня до сих пор.

Грехи доктора при лечении больных — разные. И различаются по их причинам и по их последствиям.

Грех из-за неопытности, тем более у молодых врачей. Грех из-за предполагаемых и непредполагаемых особенностей организма пациента, грех как результат стечения обстоятельств и т.д.

Меня можно упрекнуть: зачем называть ошибку либо огорчительный результат лечения по вине врача грехом? Но я исхожу из того, как это переживается доктором. Знаю и по себе, и по коллегам.

\* \* \*

Тянет, так и тянет к тяжелым больным. Какое-то сцепление, какая-то особая зависимость и твоего настроения, и твоих мыслей от них. И идти не обязательно, и не идти не можешь: порабощающее чувство недоисполненного долга; но заявишься в воскресенье в реанимацию и в клинику — и легче на душе становится, особенно если твоему больному чуть лучше. Часто, не сговариваясь, мы собираемся вместе и чувствуем нашу общность. И все равно совесть болит, пусть она чиста. Ибо душа врача всегда с умирающим, с теми, кто в тяжелом состоянии, с неясным диагнозом. Чувство вины тоже всегда с тобой, даже если ты ни в чем не виноват. А ведь бывает — так или иначе — виноват.

Вот один из случаев. Одиннадцатилетней Светочке при автомобильной аварии металлическое колесо с зубьями вонзилось в голову. Сознание девочка не потеряла. Мать сама выдернула из черепа колесо. Через двое суток в местной больнице устранили вдавленный перелом в левой лобной области. Вскоре, однако, развился глубокий парез правых конечностей, нарушилась речь, возникли сильные головные боли, состояние было тяжелым, но без подъема температуры и менингеальных симптомов. В областной больнице Белгорода сделали ангиографию, при которой выявили объемный процесс в лобной доле слева.

Прислали ребенка к нам, в Институт нейрохирургии. Срочно проведена компьютерная томография: видим огромный гнойник с капсулой, смещающий срединные структуры мозга вправо на 19 мм. Решаем оперировать сразу. Но все операционные заняты — начатое хирургическое вмешательство не прервешь, хоть оно и плановое. Придется час-другой подождать.

Что поделаешь? Ситуация вроде бы терпит, не кома же, лишь умеренное оглушение. Руководитель клиники Александр Потапов отдает распоряжение готовить к операции. И мы садимся пить чай. Обсуждаем доклад на предстоящем симпозиуме в Японии.

Минут через двадцать вбегает ординатор — девочка внезапно потеряла сознание. Мчимся в палату. Глубокая кома с переходом в терминальную. Резчайшая анизокория. Слева предельное расширение зрачка без реакции на свет, арефлексия, атония с перебоем дыхания. Всем все ясно: острая дислокация с ущемлением ствола мозга в отверстии мозжечкового намета. Но уже поздно думать об операции по правилам. Прошляпили, прозевали – жизнь уходит из ребенка. Только пункция абсцесса. Только немедленное его опорожнение! Какая там операционная, какой там наркоз, когда уже расширился и застыл второй зрачок. В ближайшую перевязочную мчимся мигом. Прямо через кожу выполняем прокол, благо голову раньше побрили. Благо не надо возиться с костью, она уже удалена в Белгороде. Игла вошла в абсцесс, под давлением стал выделяться зеленый зловонный гной. Установили дренаж. Промыли антисептиком полость гнойника, ну и что? Кома-то остается. Все сделано правильно, но поздно. Судебных медиков бояться нечего, но собственная совесть! Смерть – на ней. Подавленно молчим.

На что рассчитывали, ведь знали же, что 19-миллиметровое смещение в любой момент может «рвануть». Не было операционной? Да, не было, и здесь ничего не поделаешь. Хотели как лучше, радикальнее, надеялись — пронесет. Верно, часто проносит. Час-два обычно не ухудшают процесс. Могло и с девочкой

пронести. Но ведь опытные, зубры, других учим, как надо срочно упреждать фатальное вклинение ствола мозга. Понимали ведь, что девочка на волоске от смерти. Так почему не решились вовремя выполнить то, что сделали сейчас, когда она умирает?

О, удивительный детский организм! Все ты способен перенести, даже терминальную кому! Через несколько минут расширенные зрачки сузились — это была ласточка надежды. А еще через полчаса они уже реагировали на свет. Светлана открыла глаза, начала вставать и, наконец, выполнила первую инструкцию — показала нам язык. Внешне малозаметное наше отчаяние прервал счастливый вздох. Слава Богу!

Через полтора месяца у Светланы восстановилась сила в правой руке и ноге. Обретя свободу речи, вместе со счастливой мамой попрощалась с нами. Мы улыбались Светочке, а внутри все холодело от мысли, что вполне могли из-за нескольких минут задержки потерять ее.

\* \* \*

Совесть врача, наверное, самое главное в нашей преданности больным, в нашем человеколюбии, в нашем профессиональном служении. Она — источник нашего удовлетворения от врачебной деятельности. Она же — причина профессионального стресса и эмоционального выгорания.

Чтобы сохранить себя для больных, врач должен научиться и соразмерно реагировать, и сохранять свое здоровье, и отвлекаться на чтение, искусство, путешествия... Это непросто, но необходимо, чтобы оставаться во врачебном строю!