



Когда ты счастлив, писать книгу легче. И я счастлив. Почти все время. Потому что в мире есть четверо самых близких мне людей. Моя жена Ронда не врач, но она поддерживает мое умственное и физическое здоровье почти сорок четыре года. У нее просто сверхъестественная интуиция в том, что касается медицины. Она узнает, что я болен, раньше меня.

Моя старшая дочь Мелисса. Однажды после посещения врача она плакала, потому что ей не сделали укол. Она думала, что врачи всегда делают уколы, и ждала этого.

Моя младшая дочь Джессика бывала у врачей слишком часто. Ссадины тут и там. Переломы то там, то здесь. Ее все время латали, чтобы она могла получить новую травму.

Моя внучка Рейн обожает играть с тем же докторским набором, с которым когда-то играла ее мать. Она говорит, что не хочет быть врачом, когда вырастет, но пока еще слишком рано. Не проходит и дня, чтобы я не чувствовал себя счастливым оттого, что они есть в моей жизни.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	10
1 Бег ради жизни. Сунит Дас.....	16
2 Член семьи. Лиза дель Гадес	24
3 Меняя дух времени. Лоренс Клотц.....	32
4 Дар зрения. Уильям Диксон.....	41
5 Когда пациент — твой учитель. Карен Девон..	47
6 Хороший врач. Шел Краковски	52
7 Штормовая погода. Эндрю Линк	59
8 Вверх по течению, вниз по течению. Ак'ингейб Гийон.....	66
9 Избранная стезя. Джон Телнер.....	74
10 Аллергическая реакция. Стефан Малербе... ..	83
11 Падающие звезды. Аджанта Джаябаратхан... ..	89
12 Поступай с другими так... Шелдон Сингх.....	97
13 Никогда не знаешь, с чем столкнешься. Майк Эртель	103
14 Честность как политика. Питер Розенбаум..	109
15 «Я никогда не забуду». Робин Маклеод	116

СОДЕРЖАНИЕ

16	Единственный вдох. Гил Факльер	121
17	Испытание неопределенностью. Ник Дэйнман	126
18	Это круто! Донна Мэй Киммаларджук	134
19	Продлевая смерть. Ребекка Родин	141
20	В поисках неординарных решений. Майкл Чарнесс	146
21	«Что с тобой случилось?» Фелис Лэкман	151
22	Он должен был умереть. Сэм Кэмпбелл	157
23	Открывая глаза. Говард Льюис	164
24	Один хирург, две жизни. Джейкоб Лангер	170
25	Я вижу очень решительных женщин. Эрин Лури	179
26	Угроза здоровью. Фред Сайбил	185
27	Травматология в маленьком городе. Мохамед-Икбаль Равалия	191
28	Видя всего пациента. Рон Чарах	197
29	Там, где все тебя знают. Хизер Моррисон	202
30	Зная все почти ни о чем. Дункан Андерсон	206
31	Поступая правильно. Нил Иско	212
32	Девочка в желтом платье. Эндрю Фьюри	216
33	Одиннадцать минут. Джошуа Безансон	222

СОДЕРЖАНИЕ

34	От сглаза. Даниэль Каруччи	228
35	От пациента к врачу. Лора Тейт	234
36	Мой пациент, мой друг. Марк Уайз.	241
37	Перезагрузка мозга. Пол Аткинсон	248
38	Умирая на ложе из роз. Джордж Ибрагим . . .	254
39	Новый и улучшенный. Шейди Ашамалла . . .	260
40	Угроза здоровью номер один. Кортни Говард.	266
41	Решая головоломку. Артур Букман.	273
42	Высокая цена стигмы. Винсент Агьяпонг . . .	279
43	Изменяя жизнь в один миг. Стэн Файнберг. .	285
44	Зависимость от технологий. Шими Кан	290
45	Остановить убийцу. Дэвид Захар	297
46	Худший день в жизни кого-то другого. Джеффри Эшплер.	306
	Алфавитный указатель	314

ПРЕДИСЛОВИЕ

Первым, кто возложил на меня руки — еще прежде матери, — стал врач. Был Йом Кипшур, самый важный день в еврейском календаре. А врач был евреем. Так что, наверное, он не хотел идти в тот день в больницу. Но когда у моей матери начались схватки, он ответил на звонок и сделал то, что от него ожидалось: позаботился о своем пациенте (о моей матери, не обо мне).

Он встретил меня в этом мире и, поскольку еще не было одиннадцати утра, возможно, вернулся в синагогу весьма довольный положением дел. Надеюсь на это.

Я рад сообщить, что с того дня мои отношения с врачами были именно такими, как мне хотелось бы: отдаленными. Я пережил обычные детские болезни и медосмотры под присмотром семейного врача (который приходил на дом), но ничего серьезного. У меня до сих пор на месте миндалины и аппендикс.

Летом между окончанием школы и университетом я работал на мясокомбинате. За несколько дней до увольнения я умудрился отрезать кончик пальца, работая на ломтерезке для мяса. Один из супервайзеров отвез меня в больницу — ту же самую, где я родился. После того как кровотечение остановили, пластический хирург осмотрел мою руку и сказал:

— Какую карьеру планируешь? Как думаешь, тебе понадобится этот палец?

ПРЕДИСЛОВИЕ

Я не был уверен, что он шутит. Но если и так, я был не в том настроении. Я сказал, что собираюсь стать журналистом и травмированный палец — был один из тех двух, которыми я тарабанил по клавишам, набирая текст.

— Ладно, — ответил он. — Тогда нам лучше исправить его.

Так он и сделал.

Я до сих пор печатаю двумя пальцами — на протяжении всей долгой и успешной карьеры.

В течение нескольких лет после окончания университета я перевидал немало врачей: мы пытались найти причину болей в коленях. Прошло много времени, прежде чем у меня диагностировали болезнь Крона. Это заболевание кишечника, который далеко от колен, вот почему диагностика была столь долгой. Боль в колене — одно из так называемых внекишечных проявлений болезни Крона.

После того как у проблемы появилось имя, меня перенаправили к гастроэнтерологу (специалисту по желудочно-кишечному тракту). Довольно быстро я распрощался с двумя из них. С первым — потому что переехал из Монреаля в Торонто. А второй — уже в Торонто — не слишком внимательно отслеживал снижающийся уровень железа в моей крови. Это обнаружилось благодаря моему семейному врачу Биллу Вишински. Однажды около десяти вечера он позвонил мне на работу (в те дни я работал с одиннадцати утра до полдвенадцатого ночи) и спросил:

— Как вы себя чувствуете?

Я ответил:

— Замечательно. А что, не должен?

— Ну, я получил результаты вашего анализа крови, и либо они неверны, либо вы покойник.

Кажется, большинство врачей должны были стать комиками. Он продолжал:

— Уровень железа очень низкий. Вы уверены, что чувствуете себя хорошо?

Он был так обеспокоен, что велел мне отправиться в отделение неотложной помощи в центральной больнице по дороге домой. Он собирался перепроверить там анализ крови.

Я появился в больнице около полуночи, сдал анализ, и тот несомненно продемонстрировал, что уровень железа в моей крови крайне низок (что типично для болезни Крона), а мой гастроэнтеролог это упустил.

Семейный врач посоветовал сменить специалиста. Что я и сделал.

Своему третьему гастроэнтерологу я остаюсь верен вот уже более тридцати лет. Его зовут Фред Саибил. И он — одна из причин, по которым существует эта книга.

Одно из «удовольствий» болезни Крона — необходимость регулярных колоноскопий. Практически каждый год Фред записывает меня на эту процедуру. Я выпиваю некоторое количество мерзкой на вкус жидкости, чтобы обеспечить пустой кишечник, на следующее утро приезжаю в больницу и въезжаю на каталке в комнату, где Фред улыбается мне, перед тем как

ПРЕДИСЛОВИЕ

«отключить», чтобы иметь возможность покопаться в моих внутренностях. Он оставляет мне записки, которые я читаю после пробуждения. Обычно там написано что-то вроде «Выглядит, будто ваши кишки пожевала собака». Доктор-комик наносит очередной удар.

Фред выписывал лекарства, надеясь, что какое-нибудь из них поможет. Этого никогда не случалось, но я привык к симптомам, и болезнь не мешала мне делать то, что я хотел, ни в качестве журналиста, ни в качестве отца и мужа. Тем не менее Фред упорно планировал колоноскопии и снова и снова рассказывал, насколько все плохо. Так продолжалось лет двадцать, прежде чем он убедил меня, что пора удалить поврежденную часть кишечника — моя первая (и единственная) операция.

Хорошая новость: с тех пор как я потерял пораженную часть толстого кишечника, колоноскопии мне больше не нужны. Но я не полностью соскочил с крючка. Фред все еще инспектирует мои внутренности. Для тех, кто не в теме, это называется сигмоидоскопией. Я все еще пью мерзкую жидкость для подготовки, но не так много, и процедура безболезненна, так что я остаюсь в сознании.

Во время последней сигмоидоскопии Фред, маневрируя инструментом у меня в тылу, спросил:

— Так когда вы собираетесь написать еще одну книгу?

За несколько лет до того я написал книгу про журналистов. Фред даже приходил на ее презентацию. Я сказал:

— Ну, у меня есть идея книги про врачей. Я хочу, чтобы врачи рассказали мне о случаях, произошедших за время их работы, которые подтвердили бы, что они были правы, решив заняться медициной.

Другими словами, я не хотел знать, почему они стали врачами. Я хотел услышать о некоем опыте, который принес им столько удовлетворения, столько радости, столько благодарности самим себе, что каждый из них подумал: «Вот почему я врач».

Фред заметил:

— Звучит неплохо.

— Проблема в том, что мне надо где-то найти множество врачей, чтобы побеседовать с ними, а я не знаю множества врачей.

Фред сказал:

— Зато я знаю.

Вместо того чтобы подождать, пока меня вытолкают в комнату отдыха, он пошел со мной и за пару минут согласился помочь найти нужных мне врачей. Он сдержал обещание — и вот результат.

Помогали мне и другие люди. Кен Шерман, писатель и поэт, работал со мной в волонтерской организации УМСА. А чтобы найти собеседников за пределами Торонто, я обратился к бывшим коллегам по CBC News с вопросом, не знают ли они хороших врачей. Особенно помогли Дэвид Кокрейн, Брюс Рейнни, Ненси Во, Каролин Батлер, Йен Ханомансинг и Стив Сильва. Даже мой зять, Алан Спирс, поучаствовал.

Я благодарен всем врачам за то, что они согласились побеседовать и неизменно проявляли терпе-

ПРЕДИСЛОВИЕ

ние, когда я просил их перевести медицинские термины на доступный английский. Я мог бы сделать эту книгу процентов на десять длиннее, просто перечислив их научные степени, звания, награды, должности и места работы, но решил, что сами истории наилучшим образом расскажут все, что вам нужно знать об их героях.

Я собрал разные истории — длинные и короткие. Истории о помощи миллионам людей и о помощи одному человеку. Истории, произошедшие в первые годы работы врачом и на поздних этапах карьеры. Мне рассказали истории практически о каждой части тела — от мозга до кончиков пальцев ног и обо всем, что расположено между.

Однако в некоторых рассказах и вовсе не упоминаются части тела. Вместо этого речь идет о политике в области здравоохранения. Эта часть медицины становится все более важной, и такие истории не только увлекательны, но и заставляют задуматься. Они позволяют взглянуть на медицину через призму, сквозь которую вы, возможно, никогда прежде не смотрели.

Что связывает все эти истории, так это чувство небезразличия. После бесед с врачами я обрел глубокое понимание того, насколько преданы они идее хотя бы ненамного улучшить жизнь всех остальных. Надеюсь, после того как вы прочтете их слова, вы тоже это испытаете.

БЕГ РАДИ ЖИЗНИ. СУНИТ ДАС



Для некоторых врачей экстренные ситуации – часть повседневной жизни. Но каждый экстренный случай особенный. И когда врач пытается разрешить кризис, спасая чью-то жизнь, правила не должны вставать у него на пути.

Сунит Дас – сейчас нейрохирург и специалист по опухолям головного мозга в больнице Святого Михаила в Торонто – нарушил правила однажды зимним днем и не жалеет об этом.

Фото предоставлено больницей святого Михаила

Позвольте начать с того, что во время учебы в медицинском институте я долго пытался понять, на своем ли я месте. Будучи студентом второго курса медицинского факультета, я подал заявку на стипендию Родса¹ и стал полуфиналистом. Если бы я победил, то наверняка занялся бы изучением гуманитарных наук. Но по-

¹ Стипендия Родса – международная стипендия для обучения в Оксфордском университете. – *Прим.ред.*

скольку я остался в медицине, то планировал стать психиатром. Наверное, из всех врачебных специальностей она имеет меньше всего отношения к медицине. Таковы были мои предпочтения. Но каким-то образом я стал хирургом. Я вовсе этого не ожидал. Я потратил много энергии, чтобы убежать от медицины.

История, которую я собираюсь рассказать, произошла, когда я работал старшим ординатором в нейрохирургическом отделении. Дело было в Чикаго, в Северо-Западном университете. Когда ты старший ординатор, да к тому же нейрохирург, ты живешь в совершенно безумном режиме, потому что отвечаешь за все вокруг. Я дежурил через день, но чувствовал себя довольно закаленным. Мне казалось, что не может случиться ничего, с чем я бы не справился. Считайте это высокомерием молодости.

За шесть месяцев до того у нас с женой родился первый ребенок, девочка. Как происходит с большинством людей, у которых появляются дети, рождение дочери изменило мою жизнь. Я был ей очарован. Мы втроем жили в многоквартирном доме в центре Чикаго, в трех кварталах от больницы. И я всегда говорил себе, что в больнице не может случиться ничего такого, что заставило бы меня потерять достоинство и бежать туда всю дорогу от дома. Другими словами, в Северо-Западной мемориальной больнице не могло случиться ничего настолько срочного, чтобы не подождать, пока я приду.

Одним субботним днем в сезон рождественских праздников я был на домашнем дежурстве. Это озна-

чает, что в больнице находился младший ординатор, а я оставался дома на всякий пожарный. Родители жены приехали навестить нас из Вирджинии и решили пообедать в ресторане. Жена сказала:

— Если что-нибудь случится, мы будем в конце улицы. Просто позвони, и я тут же приду.

Наступило время дневного сна, и ровно через пять минут после того, как дочь задремала, зазвонил телефон. Это был Стивен Шафизаде, работавший в больнице четвертый год. Он сказал:

— Босс, я в отделении неотложной помощи. Тут восьмилетняя девочка, несчастный случай во время катания на санках. Она въехала в дерево и ударилась головой. Эпидуральная гематома. Ее нужно срочно оперировать, а до детской больницы она не доедет. Я начинаю подготовку к операции. Приходите.

Северо-Западная — взрослая больница. Детей лечили в Детской мемориальной. (Сейчас она называется Чикагской детской больницей Энн и Роберта Лурье.) Она находилась всего в нескольких минутах севернее нашей, и, как правило, если ребенок приезжал в Северо-Западную, мы перенаправляли его в Детскую. Но Стивен настаивал:

— Ребенок должен быть в операционной немедленно. Девочка не доедет до Детской.

Если бы так сказал кто-то другой, я бы ответил: «Нет. Делай то, чего требуют инструкции. Вызывай скорую и отправляй девочку в Детскую». Но я доверял Стивену: он знал свое дело... Он великолепно знал

свое дело. Когда он произнес, что девочка не доживет до Детской, я понял, что так и случится.

Я не мог отправиться в больницу, оставив спящую дочь, и позвонил жене в ресторан. Она тоже врач, так что наверняка услышала нетерпение в моем голосе. Я сказал:

— Ты нужна мне дома как можно скорее!

Она положила на стол кошелек, сказала родителям:

— Извините, пожалуйста. Наслаждайтесь обедом и расплатитесь одной из моих кредитных карт. А мне нужно идти.

И побежала домой.

Я стоял в дверях в медицинском костюме. Она вбежала — я выбежал. Я нарушил свои правила и пробежал три квартала до больницы.

Я торопился в отделение неотложной помощи, где ждали Стивен и родители восьмилетней девочки. Пока я бежал в больницу, она потеряла сознание. Было ясно, что все перепуганы до смерти.

Я сказал родителям:

— Прошу прощения, я не могу поговорить с вами прямо сейчас: нам нужно работать. Я поговорю с вами позже. Следуйте за нами.

Я вошел в травматологическое отделение и увидел, что ребенок умирает.

Эпидуральная гематома — это смертельно, о чем многие узнали из-за трагедии с актрисой Наташей Ричардсон. Несчастный случай при катании на лыжах

в Квебеке: она ударилась головой и умерла. Очень типичная история. У актрисы была серьезная травма головы, перелом черепа, потеря сознания. Но потом она пришла в себя, и наступило то, что мы называем светлым периодом. Она, казалось, чувствовала себя отлично. И даже не согласилась показаться врачу. А потом — катастрофа. Помрачение сознания, и мозг умер. Временное окно для вмешательства здесь очень короткое.

Анестезиологом в травматологическом отделении был аспирант, что означало: он старше ординатора, но пока не штатный врач. Он посмотрел на меня и сказал:

— Мы не работаем с детьми.

К счастью, в тот день дежурным штатным врачом был Энтони Кох, заведующий кафедрой нейроанестезиологии, с которым мы постоянно работали вместе. Он вошел в помещение и спросил:

— Что происходит?

— У нас ребенок с эпидуральной гематомой, и нужно что-то делать прямо сейчас, — ответил я.

Тони взглянул на аспиранта, который повторил:

— Мы не работаем с детьми.

Тони молча отпихнул его с дороги и интубировал девочку. Иначе говоря, он ввел трубку через рот в дыхательные пути. Так делают, чтобы подключить пациента к аппарату ИВЛ (искусственной вентиляции легких), который позволяет дышать во время анестезии. Слава богу, с нами был Тони. Он сказал:

— Погнали. Вперед. Вперед.

Мы перевезли девочку в операционную. Родителям, которые шли за нами, я велел подождать снаружи. Я позвонил штатному врачу, и он тоже велел начинать.

Каждый раз, когда возникает экстренный случай, все спешат в операционную. В тот день все осложнялось тем, что нашей пациентке было восемь, а мы в Северо-Западной прежде не имели дела с восьмилетними детьми. И не потому, что нам этого не хотелось. Есть веские причины, по которым в больницах для взрослых не лечат детей. Одна из них состоит в том, что существуют врачи – в других местах, – которые занимаются этим лучше, чем мы; врачи, которые и должны это делать.

Одна из главных мыслей, которую снова и снова слышат студенты-медики во время курса педиатрии: дети — это не просто маленькие взрослые.

Вот почему вокруг нас бегало множество людей, искавших внутривенные катетеры, достаточно тонкие для того, чтобы пройти в детские вены. Непосредственно перед операцией мы помещаем голову пациента в так называемую скобу – своего рода средневековый зажим, который должен удерживать голову на месте. Скобы для детей отличаются от тех, что используются для взрослых. Так что с лечением девочки в нашей больнице были сопряжены реальные проблемы.

Я выбрил голову бедного ребенка. Эпидуральная гематома — это кровотечение, возникающее между черепом и твердой наружной оболочкой, покрывающей мозг. Причина, по которой эта травма так опасна, — кровь скапливается очень быстро, все сильнее и сильнее сдавливая височную долю мозга. При этом зрачок глаза становится неподвижным и расширенным, и этот симптом уже начал проявляться, когда мы укладывали девочку на операционном столе. Она определенно умирала.

Мы выполнили достаточно простую процедуру — вскрыли череп и удалили эпидуральную гематому. А когда закончили, зашили кожу. Некоторое время мы обсуждали, стоит ли будить девочку, или лучше под наркозом перевезти в Детскую.

— Нет, — наконец решил Тони. — Будите ее. С ней все в порядке.

Он извлек дыхательную трубку, девочка посмотрела на меня и произнесла:

— Извините, пожалуйста.

Потом мы привели ее родителей в коридор операционной, что всегда делают в детских больницах, но никогда — во взрослых. Они явно понимали, насколько их дочь была близка к смерти. Оба были очень напуганы. Они бросились к дочери, когда увидели, что та уже не спит. Я объяснил, что именно мы сделали и что будет дальше.

Мама девочки обняла меня, а следом — и папа. Мама сказала:

— Спасибо. Спасибо.

БЕГ РАДИ ЖИЗНИ. СУНИТ ДАС

Меня настолько переполняли эмоции, что сейчас трудно вспомнить, было ли что-то еще. Потом скорая увезла их в Детскую.

В этот день я кое-что узнал о том, что значит брать на себя ответственность. В день, когда штатный врач не участвовал в работе. То было мое испытание. Что случилось бы, если бы я сказал Стивену: «Нет, отправляй ее в Детскую»? Что случилось бы, если бы я сказал доктору Коху: «Да, мы наверняка благополучно доведем ее до Детской?» Это было мое бремя — сказать: «Знаю, что мы не работаем с детьми, но мы должны это сделать».

Не сомневаюсь: если бы я сказал что-то другое, девочка умерла бы.

Тот день сильно повлиял на меня еще и из-за той любви, что я испытывал к дочери, которой было лишь шесть месяцев от роду. Думая о том, как много она значила для меня, я не мог смириться с возможностью плохого исхода для родителей маленькой пациентки. И еще долгое время я думал: даже если я не совершу больше ничего значимого в своей жизни — того, что я сделал, уже достаточно.

ЧЛЕН СЕМЬИ. ЛИЗА ДЕЛЬ ГАДЕС



Современный большой город может быть очень холодным и безликим местом. Люди заняты собственными делами и не создают крепких связей друг с другом. Семейный врач не обязан быть вашим лучшим другом для того, чтобы обеспечить вам наилучшую медицинскую помощь. Лиза дель Гадес немного другая. Она ведет семейную практику не из маленького офиса в торговом центре, а из главной городской больницы Торонто. И все же временами она очень сближается со своими пациентами.

Вот две истории, и обе о раке. Одна произошла, когда я работала первый или второй год. Один из моих пациентов был замечательным человеком — из тех, кто приходит, и все вокруг начинают улыбаться, у всех вокруг поднимается настроение. Он уходит, и все говорят: «Ух ты, это был прямо глоток свежего воздуха. Не знаю, почему мне так хорошо, но это так». Исключительно замечательный человек. Однажды

он появился вскоре после того, как у него диагностировали первичный диабет. Он, как всегда, был в приподнятом настроении. Он сказал:

— Я это переживу. Я намерен сбросить вес и сделаю все, что от меня требуется.

Примерно через три месяца пришла его жена, тоже моя пациентка.

— Знаю, вы хотели, чтобы он похудел, но это уже смешно. Он сбросил довольно много килограммов, но думаю, что уже чересчур. Он плохо выглядит.

Я спросила:

— Почему бы вам не отправить его сюда, и мы посмотрим, как у него дела. Может, он делает что-то не совсем правильно. Скажите, чтобы заглянул ко мне.

Итак, он пришел, и мы поговорили о его диабете. Но потом, уже под конец визита, он добавил:

— Кстати, я что-то не очень хорошо глотаю. В последние дни давлось едой.

Я подумала: возможно, рефлюкс, обычная изжога.

Я назначила ему антациды, но порекомендовала также сделать рентген пищеварительного тракта. Когда я получила результаты, снимок показал шестисантиметровую опухоль между пищеводом и желудком. Рак. Неоперабельный рак. Я позвонила пациенту и сказала:

— Вам нужно прийти. Мы должны обсудить результаты рентгеновского обследования. И приведите с собой жену и еще кого-нибудь, кто может быть вам нужен.

Он пришел в тот же день с женой и сыном. Я не могла подобрать слов, чтобы сообщить ему диагноз. Я безудержно рыдала. Два или три раза мне пришлось выйти из кабинета. Я вела себя именно так, как во время учебы в медицинской школе советуют ни в коем случае себя не вести. Наконец я собралась и сказала, что рентгенограмма выглядит нехорошо, но я направлю его к специалистам, чтобы узнать, что они могут сделать. Ему не было и шестидесяти.

Он был раздавлен. Жена была раздавлена. Их сын тоже. Тогда я впервые увидела их сына. Он учился в университете и вскоре понял, что не в состоянии сосредоточиться на занятиях. Он попросил меня написать письмо администрации университета, подтверждающее, что ему необходим перерыв до конца семестра. Я согласилась. Пару раз ко мне приходила и жена. Для нее ситуация была по-настоящему тяжелой.

Через месяц или два пациент оказался в больнице — той самой, где я работала. Жена пришла ко мне со словами:

— Он хочет вас видеть. Хочет что-то вам сказать. Он будет очень признателен, если вы сможете заглянуть, чтобы повидаться с ним.

Он попросил остальных выйти, и я закрыла дверь. Он начал:

— Я больше не могу так обходиться с семьей. Скажите, что мне сделать, чтобы уснуть сегодня вечером и не проснуться завтрашним утром.

Я была потрясена. В те времена врачебная помощь в смерти была незаконной. Неосуществимой. Я спросила:

— Почему вы этого хотите?

— Мой сын должен вернуться к учебе, а жене нужно жить дальше. Сейчас я лишь тяжкое бремя для них. Я просто хочу принять горсть таблеток и умереть, чтобы они могли жить собственной жизнью.

Мы говорили долго. Помню, я сказала:

— Как, по-вашему, что предпочла бы ваша семья? Думаете, сын предпочел бы сидеть в аудитории университета, слушая скучную лекцию? У него будет еще целая жизнь для того, чтобы выслушивать лекции. А ваша жена? Чего бы она хотела? Я знаю, что она очень активно участвует в жизни общества и часто работает волонтером, но неужели вы думаете, что она предпочла бы быть где-то еще, а не с вами? Разве она не хотела бы провести с вами каждое из последних драгоценных мгновений?

Помню, я сказала:

— Ваш сын вернется к учебе. Пропустить год, когда ему двадцать, — невеликое изменение в общем порядке вещей. И все дела вашей жены тоже могут подождать. Но сейчас она хочет каждый драгоценный миг, что еще остался, провести с вами. Она хочет помогать вам в повседневных делах. Я уверена, что она не хочет заниматься чем-то другим. Никто из них не пожалеет о том, что был с вами в это время. Что может быть важнее?

Ничто из того, чему меня учили, не подготовило меня к подобному разговору, но было еще кое-что. Мой брат покинул нас, когда мне было восемнадцать. Инсульт. Он умер всего через шесть дней, перенеся за это время пару операций, и я помню, как мне хотелось упиваться каждым мигом рядом с ним.

Я хотела быть с ним. Я не хотела оказаться где-то еще. Я хотела сидеть у его постели, и думаю, что если бы я в то время была в другом месте, то ужасно сожалела бы сейчас. Поэтому то, что я сказала пациенту, скорее всего, исходило из моего собственного опыта.

Это отозвалось в нем. Его жена пришла ко мне примерно через неделю и сказала:

— О чем бы вы ни говорили с моим мужем, это полностью его изменило. Он пишет мемуары и совершенно по-другому смотрит на вещи. Сейчас он хочет жить. Он созвал всю семью. Он хочет повидаться со всеми. С каждым другом. С каждым родственником. Он хочет поговорить со всеми и хочет, чтобы все его навещали.

Он умер четыре месяца спустя. Вскоре после этого я встречалась с его родными и продолжаю с ними общаться. На днях я видела его невестку. Я знакома с его внучкой. Благодаря тому, что я стала частью их жизни в столь сложное время, и благодаря всем этим трудным разговорам между нами возникла особая связь. Я до сих пор очень близка с этой семьей и во многом стала частью ее. Я ощущаю себя членом семьи, вроде племянницы или дочери.

Вторая история — еще об одной семье, с которой я познакомилась на заре своей профессиональной деятельности. У родителей — моих пациентов — было четверо детей: дочери-близняшки и два сына по-младше.

У матери семейства диагностировали меланому. Она прекрасно справилась с ней, но позже у одной из дочерей в возрасте около двадцати нашли очень редкий вид рака. Во всей Северной Америке им ежегодно болеет всего около сорока человек, так что он невероятно редок. Мать по всему миру искала людей, которые специализируются на исследованиях этого заболевания. Она связывалась с ними, желая убедить-ся, что все делает правильно, что ее дочь получает наилучшее лечение.

Какое-то время — два или три года — дочь чувствовала себя хорошо. Потом примерно в течение двух месяцев у матери диагностировали еще один рак, а у дочери произошел рецидив. Очевидно, то было очень трудное время для всей семьи. Особенно для одного из сыновей. Он не мог этого вынести. Да и отец справлялся не слишком хорошо. Встречаясь с ними, я старалась поддерживать их. Мать одолела свою болезнь; состояние дочери то ухудшалось, то улучшалось, пока наконец не стабилизировалось. Но однажды мать внезапно потеряла сознание. Ее привезли в больницу, а дочери поднялись ко мне в кабинет.

— Что-то случилось с мамой. Она без сознания и находится в реанимации.

Я спустилась, и действительно: ее подключили к системе жизнеобеспечения. У женщины было массивное кровоизлияние в мозг. Коллеги показали мне снимки, и я увидела, что ее мозг сместился в спинномозговой канал. Не было ни единого шанса, что она сможет дышать без системы жизнеобеспечения.

Врач отделения неотложной помощи сообщил родным:

— Мы можем поддерживать в ней жизнь, пока вы не решите, что делать.

Мы с ее семьей долго обсуждали возможные варианты. Мы говорили о том, что стоит отпустить ее, и вскоре решение было принято. После этого я покинула палату, и женщину отключили от системы жизнеобеспечения. Вероятно, смерть наступила довольно быстро.

Я сидела в отделении неотложной помощи, дожидаясь, пока мне не скажут, что все кончено. Потом я вернулась и весь вечер провела с семьей, помогая справиться с горем. И снова я почувствовала себя членом семьи. У больной дочери дела тоже шли нехорошо, и она последовала за матерью где-то через полтора года. С того времени прошло пять или шесть лет, но мне до сих пор кажется, будто я потеряла двух членов семьи.

Я продолжаю видеться с отцом, второй дочерью и одним из сыновей, который все еще живет в нашем городе, и это все равно что встречаться с родными.

ЧЛЕН СЕМЬИ. ЛИЗА ДЕЛЬ ГАДЕС

Мне кажется, что у меня есть навык вести сложные разговоры и быть рядом с людьми ради них самих.

Это даже не трудно. Все происходит само собой.

Мне в самом деле хорошо, когда я с ними.

Вот почему я врач. В обоих случаях я не просто лечила пациента. Я лечила всю семью и поддерживала их в сложные времена. Мне казалось, что я часть семьи, и я до сих пор чувствую себя членом семьи.

МЕНЯЯ ДУХ ВРЕМЕНИ. ЛОРЕНС КЛОТЦ



Если вы мужчина определенного возраста или вторая половинка этого мужчины, вам почти наверняка знакомы буквы ПСА. И вы знаете, что, если врач видит в анализе крови слишком высокие значения ПСА, с вами будут говорить о раке. Но сегодня этот разговор сильно отличается от беседы, которую с вами провели бы еще не так давно. Сейчас все гораздо проще. Во многом благодаря Лоренсу Клотцу – хирургу-онкоурологу, работающему в больнице Саннибрук в Торонто.

ПСА – сокращение от «простатспецифический антиген». Это белок, который называется так потому, что его вырабатывают только клетки простаты и никакого другого органа. Все клетки простаты синтезируют ПСА, даже здоровые, но в гораздо больших количествах он попадает в кровь из раковых клеток простаты – раз в десять больше, чем из здоровых. В 1970–1980-х годах измерение ПСА стало скрининговым методом для выявления рака простаты. Вы дела-

ли анализ крови для измерения уровня ПСА. Если он оказывался повышен, пациенту говорили, что у него велик риск рака простаты.

Идея была великолепной, но появились две проблемы. Прежде всего, ПСА синтезируется и в раковых клетках простаты, и в здоровых, так что у людей с увеличенной простатой тоже нередко находили повышенный уровень ПСА. Таким образом, этот скрининговый тест мог давать ложноположительные результаты.

Вторая и более серьезная проблема состоит в том, что низкоккачественный рак простаты в норме развивается с возрастом. По мере того как мужчина становится старше, вероятность того, что у него рак простаты, возрастает.

**В любой группе шестидесятипятилетних мужчин
около двух третей имеют тот или иной рак простаты.**

Но риск умереть в течение оставшейся жизни именно от этого заболевания составляет около трех процентов. Имеется огромная диспропорция между теми, у кого есть небольшие участки злокачественных изменений в простате, и теми, кто на самом деле умирает от этой болезни — разница в двадцать-тридцать раз. Однако в конце 1980-х использование ПСА в качестве скринингового теста вызывало большой энтузиазм. Если уровень ПСА был повышен, делали биопсию, которая часто показывала эти небольшие

участки низкорискового рака. Почти всем этим мужчинам назначали агрессивное лечение.

Позвольте подчеркнуть, что я хирург-уролог. За свою карьеру я провел около двух тысяч радикальных простатэктомий. Таким образом, я не терапевтический нигилист (так называют тех, кто верит, что делать операцию нет смысла). Хирургия — великолепное средство для определенных пациентов — тех, чьей жизни угрожает рак. К сожалению, лечение рака простаты совсем не то же самое, что аппендэктомия. Когда вам удаляют аппендикс, вы выздоравливаете и становитесь таким же, как прежде. Радикальное лечение рака простаты влечет за собой долговременные последствия и снижает качество жизни. Оно может привести к эректильной дисфункции и потере контроля над мочеиспусканием. Кроме того, облучение влияет на прямую кишку.

Еще одно, что вы должны понимать: смерть, которую вы предотвращаете операцией или облучением — это не смерть, которая наступила бы в течение года или двух. До нее еще лет десять-пятнадцать. Средний пациент, умирающий от рака простаты, довольно стар. Ему в любом случае остается не так много лет.

Когда ПСА-скрининг начали делать в Канаде, рак диагностировали у неожиданно большого числа пациентов. Рост заболеваемости оказался впечатляющим — огромный скачок. Высокий уровень ПСА у пациентов мог отмечаться из-за увеличенной простаты или из-за того, что у них и впрямь был рак. Им делали

биопсию. И если обнаруживали низкорисковый рак, то девяносто пять процентов таких пациентов лечили радикально — прибегали и к операции, и к лучевой терапии. Неудивительно, что они страдали от побочных эффектов. В результате начало возрастать беспокойство по поводу гипердиагностики и чрезмерного лечения. В то время было известно или, по крайней мере, многие полагали, что у некоторых из пациентов болезнь вялотекущая — то есть опухоль росла медленно и не метастазировала. Она увеличивалась так медленно, что не могла создать каких-либо настоящих проблем. Но способа консервативного лечения этих пациентов не существовало.

Как-то раз я обедал с двумя радиологами-онкологами, Ричардом Чу и Сирилом Данжу, и мы решили, что к концу обеда должны придумать какую-нибудь стратегию, помогающую снизить частоту чрезмерно интенсивного лечения. Так что мы сидели и в прямом смысле пережевывали различные идеи.

Тогда было хорошо известно, что у большинства пациентов уровень ПСА повышен лишь незначительно. Кроме того мы знали, что у большей части пациентов с тяжелой формой рака простаты уровень ПСА гораздо выше. Но лечили их одинаково. И мы пришли к простой идее: почему бы не взять людей с относительно низким ПСА и не понаблюдать? Если уровень маркера растет быстро, мы приступаем к лечению. Но если он стабилен, мы ничего не делаем, просто продолжаем наблюдать и время от времени повторяем биопсию, чтобы проверить, есть ли изме-

нения. Действительно простой план. Тогда не было слова, чтобы описать подобный подход, и я остановился на термине «активное наблюдение», который с тех пор стал известен всему миру. Но не сразу.

Мы получили грант от Канадского общества изучения рака (Prostate Cancer Canada) и приступили к консервативному ведению пациентов с низкорисковым раком простаты. Мы отслеживали ПСА. Мы повторяли биопсии. Примерно у четверти мужчин — а со временем и у трети — обнаруживали более серьезную форму рака, и таких пациентов лечили. Но с остальными не делали ничего. Просто продолжали наблюдать. Мы опубликовали результаты спустя пять лет, в 2002 году.

У нас было двести пятьдесят пациентов и ни одной смерти.

Это породило бурю споров. Как вы можете представить, среди тех наших коллег, которые зарабатывают на жизнь, удаляя простату или облучая простату, идея не лечить пациентов не встретила серьезной поддержки.

Но кое-кто искренне беспокоился из-за того, что пациенты окажутся недолечены и умрут, что увеличится число смертей, которых можно было избежать. Итак, на первых порах наша идея встретила немало критики, ее обсуждали, и многим она не нравилась. Я слышал что-то вроде: «Доктору Клотцу плевать, что пациенты будут умирать от рака простаты — а это не-

сомненно случится с теми, кто воспользуется его подходом». Ну и прочие подобные удары в спину.

В нашей первой публикации мы описали три года наблюдений, но проблема с раком простаты в том, что он становится смертельным через десять-пятнадцать лет. Он прогрессирует медленно, и чаще отмечаются локализованные формы заболевания, так что его можно контролировать в течение многих лет. Одним из главных критических посылов было: «Вы слишком рано делаете выводы. Вот увидите. Понаблюдайте этих пациентов еще пять или десять лет, и вы обнаружите, как все посыплется. Уровень смертности возрастет слишком быстро».

Но этого не произошло. В нашем докладе по итогам пятилетних наблюдений смертность равнялась нулю. Через десять лет было несколько случаев. Мы наблюдали около четырнадцати тысяч пациентов, из которых умерли, может быть, пятнадцать или двадцать человек. Да, некоторые пациенты умерли от рака простаты, и, конечно, каждая такая смерть была трагедией. Но достичь стопроцентной выживаемости невозможно. При этом примерно в пятнадцать раз больше человек умерли от других причин и около семисот пациентов избежали лечения и его побочных эффектов. Мрачные предсказания критиков не оправдались вовсе. Пациенты с раком простаты не стали умирать толпами, и уровень смертности остался очень низким.

В самом начале пациенты тоже были скептически настроены. Вы говорите пациенту: «Биопсия показа-

ла рак, но лечение вам не нужно». И он смотрит на вас, будто думая: «Что за псих достался мне во врачи?»

Идея благоприятного течения рака, гипердиагностики рака, рака как естественной части старения не соответствовала духу того времени. Насыщенные дискуссии продолжались лет десять. Но в конце концов, к моему удивлению, мир принял наш образ мыслей, и сегодня активное наблюдение считается предпочтительным методом лечения низкорискового рака предстательной железы практически повсеместно. И еще позвольте рассказать, как эта идея вернулась ко мне.

Года два или три назад я побывал на конференции Американского общества клинической онкологии. Это одно из крупнейших медицинских мероприятий, в котором участвуют около двадцати тысяч человек. Я не посещаю эти собрания регулярно, но на том обнаружил секцию, посвященную гипердиагностике и чрезмерному лечению, что, очевидно, меня привлекло. Я подумал: «Ладно, это интересно. Схожу-ка посмотрю».

Оказалось, секция посвящена гипердиагностике и чрезмерному лечению рака груди. И вот сижу в зале, где находится около двух тысяч человек, большинство из которых — специалисты по раку груди.

Правда в том, что врачи работают в своего рода изолированных бункерах. Я знаю множество людей по всему миру, которые специализируются на раке простаты или онкоурологии в целом, но совершенно не знаю тех, кто занимается раком груди, а им ничего

не известно обо мне. Так что я сидел в зале, где было около двух тысяч человек, среди которых не нашлось ни одной знакомой души.

Собравшиеся завели разговор о том, как сильно они обеспокоены чрезмерно интенсивным лечением рака груди. И начали показывать мои данные. Один слайд за другим. Какая-то женщина сказала: «Это выяснили те парни, что занимаются раком простаты». Я подумал: «Они используют термин “активное наблюдение” и демонстрируют мои данные». Ух ты! Я повлиял не только на свою область деятельности, но и на другие. Это действительно нечто!

Когда та докладчица закончила презентацию, я подошел к микрофону и сказал: «Потрясающий доклад. Хочу, чтобы вы знали: я Лоренц Клотц — автор исследований, которые вы только что цитировали».

Две тысячи человек, ни одного из которых я не знал, аплодировали мне стоя. Они признали, что это был прорыв.

На мой взгляд, то, что активное наблюдение признали эффективным способом ведения пациентов с раком простаты, само по себе вызывало удовлетворение.

Но теперь я увидел, что повлиял и на лечение рака молочной железы — болезни, с которой я никогда не имел дела, которая вообще не относится к моей области. То был один из кульминационных моментов всей моей карьеры.

МАРК БУЛГАЧ

С тех пор активное наблюдение приобретает все более широкое признание. При раке яичек, почек и множестве других онкологических заболеваний продвигается консервативная терапия. Я не знаю ни одного медика, который не заботился бы о том, правильно ли он лечит пациентов. Поэтому я знал: если удастся убедить врачей, которые оперируют пациентов при первых признаках рака, что это неправильно, что их выбор больше не находится в серой зоне, что есть только черное и белое, то они изменят подход. Так и произошло.

ДАР ЗРЕНИЯ. УИЛЬЯМ ДИКСОН



За последние годы медицина достигла поразительного прогресса. Но когда появляются новые процедуры, порой требуется длительное время, чтобы их улучшить, и первые пациенты могут столкнуться с неудовлетворительными результатами. А те, кто слышит о плохих результатах у других, неохотно следуют их примеру.

Уильям Диксон – офтальмолог из Торонто. Ему пришлось преодолеть сопротивление пациентки, которой он надеялся вернуть дар зрения.

Жили-были две сестры. Назовем их Дороти и Бетти. Дороти старшая. У обеих развилась макулярная дистрофия роговицы. Это редкое состояние, но оно генетически обусловлено, так что неудивительно, что обе сестры его унаследовали.

Из-за болезни передняя часть их глаз, роговица, стала мутной. Ближе к тридцати пяти годам они могли лишь отличить свет от тьмы и, возможно, разглядеть собственную руку, если поднести ее прямо к ли-

цу. Они видели мир словно через покрытое инеем стекло. Они знали, что снаружи что-то есть, и могли различать тени, но не более того.

Дороти начала лечение ближе к концу 1940-х годов или, возможно, в начале 1950-х. В то время пересадку роговицы делали только в Нью-Йорке, так что она отправилась туда к знаменитому офтальмологу. Опыт был не из приятных. Швы, удерживавшие трансплантат, оказались довольно толстыми. Уверен, каждый раз, когда Дороти моргала, они ощущались как горсть камешков в глазах. К тому же швы были наложены так, что соединение оказалось не водонепроницаемым, так что она должна была оставаться в постели как минимум две недели после операции, совершенно ничего не делая. Ее кормила нянечка. Дороти не могла встать и пройтись. Ей приходилось пользоваться судном.

Швы сняли только через полтора-два месяца. И в довершение всего операция не помогла. Вернувшись домой, Дороти продолжила жить так же, как и до операции.

Ее сестра Бетти посмотрела на все это и решила: «Что ж, не буду ничего делать». Она была вполне счастлива и независима. Она вышла замуж и родила дочь. Когда она окончательно ослепла, завела собаку-поводыря, которую везде брала с собой, если шла пешком. Если ей надо было попасть куда-то подальше, муж отвозил ее на машине. Многие годы она была здоровой, хорошо адаптированной слепой женщиной.

Но однажды она поступила в отделение неотложной помощи с резкой болью в глазу. Один из наших ординаторов осмотрел ее и увидел, что роговица непрозрачная, но на одном глазу есть что-то вроде царапины, именно это и вызывало боль. Бетти пролечилась, и все прошло.

Однако довольно скоро Бетти стала приезжать к нам с болью в глазу примерно раз в месяц. Ординатор спросил, почему она не сделала трансплантацию роговицы, и Бетти сказала:

— О, моя сестра ее делала, и ей не помогло, так что не хочу рисковать. Сейчас я довольно независима и могу делать все, что хочу.

Так продолжалось еще несколько месяцев, но наконец Бетти согласилась встретиться со мной и поговорить о трансплантации. Я обследовал ее и увидел, что поверхность глаз разрушается. Если вы когда-нибудь царапали глазное яблоко, то знаете, что это очень больно. И вот почему: клетки на поверхности глаза расположены в пять слоев. Нервы, обеспечивающие чувствительность глаза и сообщающие вам, что с его клетками что-то не так, обычно заканчиваются примерно за два слоя от поверхности. Если вы поцарапаете глаз ногтем или кусочком бумаги, то как раз достигнете третьего слоя, который содержит много нервов. После этого каждый раз, как вы моргаете, становится больно. Но при макулярной дистрофии царапины не нужны. Верхние слои просто отходят, обнажая нервы и вызывая боль. Именно это произошло с Бетти.

Я сказал:

— Трансплантация может не удалиться, но в целом результаты сейчас значительно лучше, чем двадцать лет назад, когда операцию делали вашей сестре. У нас есть новые техники. Вашу сестру очень беспокоили швы, но сейчас шовный материал в два раза тоньше человеческого волоса. Вам не придется лежать в кровати. Швы будут сохраняться в течение года, и они не причинят вам неудобства. У вас есть реальный шанс увидеть все своими глазами.

Решение далось ей нелегко. Вы, возможно, скажете: «Она уже была слепа. Хуже не стало бы». Но на самом деле хуже могло стать: на тот момент Бетти по крайней мере различала свет и тьму. Если бы трансплантация не удалась, то лишилась бы и этой возможности. А если не отличаешь свет от темноты, то не можешь сказать, день сейчас или ночь, и не знаешь, следует ли бодрствовать или спать. Это сильно дезориентирует. Поэтому, когда пациент говорит: «Я хочу сохранить восприятие света», — это имеет немалое значение.

Бетти немного поразмыслила и в конце концов пришла к выводу, что вполне может пойти и сделать операцию. Ей пересадили роговицу, что до сих пор остается единственным возможным лечением в подобных случаях.

К счастью, все прошло хорошо. Она излечилась, как и ожидалось. Разительные изменения можно было заметить, даже просто взглянув в ее глаза. Стали различимы радужка и зрачок. До операции вы бы ни-

чего этого не увидели. В передней части каждого ее глаза было нечто вроде белого облака.

Бетти надела очки и впервые за двадцать восемь лет увидела свою дочь. Думаю, она еще кое-что различала, когда малышка только родилась, но с тех пор не могла видеть ее ясно. Бетти любила дочь, но никогда ее не видела.

Мы спросили Бетти, не согласится ли она поучаствовать в рекламе, чтобы побудить людей жертвовать глаза после смерти в глазной банк. Она согласилась и во время интервью ее спросили:

— Что вам действительно нравится в возможности видеть?

Она почти разрыдалась:

— Мир так прекрасен!

Я подумал: «Ух ты, как здорово! До чего хорошо, что я этим занимаюсь!» Но на этом история не заканчивается. Через два или три года после операции Бетти вошла ко мне в кабинет, и я подумал, что она выглядит как-то иначе. И впрямь. Она посмотрела на себя в зеркало — на лицо, которое она не видела тридцать лет, — и сказала: «Это ужасно. Я вся в морщинах». Так что она пошла и сделала подтяжку лица. Что же, вполне обоснованный поступок.

А еще через десять лет Дороти решилась:

— Возможно, мне стоит попробовать снова. Может быть, в этот раз все получится.

Она поехала и сделала операцию, и, к счастью для нее, вторая пересадка удалась. Она прожила много лет и стала немного более независимой, потому

МАРК БУЛГАЧ

что теперь благодаря хорошему зрению видела, куда идет.

На днях я сидел с друзьями, и мы разговорились о том, что бы мы сделали, если бы могли начать все сначала. Один из них сказал, что стал бы космонавтом. Другие говорили, что занялись бы тем или сем. Я же ответил, что стал бы офтальмологом. Я и правда наслаждаюсь тем, чем занимаюсь.

КОГДА ПАЦИЕНТ – ТВОЙ УЧИТЕЛЬ. КАРЕН ДЕВОН



Когда мы размышляем об отношениях врача и пациента, почти всегда подразумеваем, что больной ищет помощи у обученного профессионала-медика. Что врач может сделать для пациента? Но иногда бывает и наоборот.

Карен Девон работает хирургом-эндокринологом в больнице женского колледжа в Торонто. Она пережила незабываемый опыт общения с пациентом – опыт, который глубоко взволновал ее.

В годы учебы я никак не могла решить, какую специальность выбрать. Я склонялась к хирургии, потому что в ней есть и технический, и творческий аспекты. И мне нравится работать руками. Многие пытались отговорить меня, поскольку считали, что я могу применять свои навыки более эффективно.

Но потом я повстречала пациента, который все прояснил.

Я работала в больнице под руководством хирурга-онколога. Однажды он отвел меня в сторону и сказал:

— Карен, я хочу, чтобы ты познакомилась с одним пациентом.

Это необычно. Обычно вы просто идете по списку и осматриваете всех по порядку. Итак, я познакомилась с пациентом — женщиной лет сорока пяти, христианским пастором, которому уже довольно давно поставили диагноз «метастатический рак». После нескольких операций он и хирург сблизились благодаря своим духовным и религиозным убеждениям. Эти убеждения отличались от моих собственных, но связь между врачом и пациентом была очень убедительной. Таким образом, хирург занимался не только медицинскими проблемами пациента. Все было гораздо глубже.

В тот день мы осматривали пациента, потому что оставалась возможность для еще одной процедуры, которая могла бы немного продлить его жизнь и немного улучшить ее качество. Но в конечном счете он знал: что бы мы ни делали, у него остается от трех до шести месяцев. Ему сообщили об этом в конце июля, так что его целью было дожить до зимы и провести еще одно, последнее Рождество с семьей.

Вот и все, что я знала о нем на тот момент. Только позже я услышала о проповеди, которую он произнес в своей церкви, после того как ему сообщили, что он умирает. В конце концов я отыскала запись. Он говорил прихожанам о своем заболевании и о хирурге, которого называл деликатным и сострадательным. Он сказал: «Если и есть слезы, я говорю вам, что это