



А.Л. Соколов

ЧЕМУ НЕ УЧАТ ДОКТОРОВ

врачебные хитрости



Ф Е Н И К С

Annotation

Эта книга — о клиническом мышлении, о взаимоотношениях врача и инструкции, о сотрудничестве с пациентом. Как нужно думать у постели больного, анализировать источники, авторитетные мнения, видеть за диагнозом и пациента, и патогенез его заболевания, как стать по-настоящему хорошим врачом? На эти и многие другие вопросы ответит Андрей Соколов — создатель нескольких московских клиник, врач, автор нескольких научных и научно-популярных книг. Также в этой книге вы найдете упражнения для развития клинического мышления. Этот захватывающий детектив о врачебных хитростях написан на основе реальных примеров из практики автора и его коллег. Книга будет полезна и познавательна как для врачей, так и для неспециалистов.

- [Чему не учат докторов: врачебные хитрости](#)
 - [1. УЧИТЕЛЯ, КОРИФЕИ И АВТОРИТЕТЫ](#)
 -
 - [А кто на самом деле лечит вашего пациента?](#)
 - [2. КАК УСТРОЕНА МЕДИЦИНА](#)
 - [ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ](#)
 - [4. ОБЩЕНИЕ С КОЛЛЕГАМИ](#)
 -
 - [Советы старших](#)
 - [ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ](#)
 - [6. ПЛАТНО И БЕСПЛАТНО. ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ](#)
 -
 - [Ожидание диагноза, болезни, лечения](#)
 - [Пугать или успокаивать пациента?](#)
 - [Диагноз](#)
 - [Диагнозы-индальгенции](#)
 - [Диагнозы, которых нет](#)
 - [Подогнать под диагноз](#)
 - [«Модные» диагнозы](#)
 - [Диагноз по анализу](#)

- [Привычка и упрощения](#)
 - [Диагноз «на автомате»](#)
- [7. КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ](#)
 -
 - [Как поставить диагноз?](#)
 - [Системный подход](#)
 - [От больного к диагнозу.](#)
 - [Алгоритм постановки диагноза](#)
- [8. ЧТО ЛЕЧИТЬ?](#)
 -
 - [Симптомы и симптоматическое лечение](#)
 - [Малые симптомы](#)
 - [Проверка диагноза](#)
 - [Подтверждение диагноза результатом лечения. Ex juvantibus](#)
 - [Анализы](#)
 - [Причина-реакция](#)
 - [От простого к сложному или от сложного к простому?](#)
- [9. ЛЕЧЕНИЕ](#)
 -
 - [Модные лекарства](#)
 - [Новые лекарства \(опасности и надежды\)](#)
 - [Тактика](#)
 - [Инструкции. Полезные и устаревшие](#)
 - [Результат лечения](#)
 - [Что такое клиническое мышление?](#)
- [10. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ](#)
 -
 - [Уменьшение страданий](#)
 - [Права пациента](#)
 - [Практические навыки](#)
- [11. УПРАЖНЕНИЯ](#)
 -
 - [Осмотр по памяти](#)
 - [«Что будет, если?..»](#)
 - [Гипотеза](#)
- [12. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА](#)

- [notes](#)
 - [1](#)
-

Чему не учат докторов: врачебные хитрости

А. Л. Соколов

1. УЧИТЕЛЯ, КОРИФЕИ И АВТОРИТЕТЫ



А кто на самом деле лечит вашего пациента?

Кто владеет нашими «диагностическими мыслями» после института? Учебники, лекции профессоров, мнения академиков и других авторитетов.

Некоторым из нас везет, и они встречаются в клиниках учителей, которые прививают им клиническое мышление, ведут за ручку в первые годы самостоятельной практики.

Но кто же лечит на самом деле ваших пациентов? Книжка, профессор, лекция, учитель? Нет, конечно, лечите вы сами. Это ваш больной, ваша ответственность, ваша победа или поражение, ваша удача или промах. Ваш успех, ваш авторитет. Все. Теперь уже без опеки. Все ваше.

Пора становиться суперврачом.

Говорят, что первые пять лет после института доктор считает, что он может вылечить все, вторые пять лет — что не может вылечить ничего, в третьи пять лет он наконец понимает, что он может реально вылечить, а что нет.

Отчасти данная книжка поможет вам не только ускорить прохождение опрометчивого первого и депрессивного второго этапа, но и поможет лечить эффективнее.

Вы не станете суперврачом после прочтения этой книги, но вы будете суперврачом, если будете думать, искать причину недуга, искать способ повлиять на эту причину. Если будете думать о больном, а не о диагнозе и контролирующих инстанциях.

2. КАК УСТРОЕНА МЕДИЦИНА



В настоящее время отечественная медицина устроена следующим образом: условно-бесплатная, условно-платная, платная.

Что это значит?

Условно-бесплатная, т. е, ОМС, — «скорая помощь», поликлиники, больницы.

Эта медицинская помощь требует наличия полиса обязательного медицинского страхования (ОМС). Пациент не платит за эту помощь врачу или клинике в явном виде. Отсюда возникает ощущение «бесплатности». Но это иллюзия. Каждый месяц из фонда заработной платы на нужды ОМС происходят отчисления у каждого официально работающего человека, независимо от того, болеет ли он, обращается ли он за медицинской помощью для себя или своих детей.

То есть ОМС — это вполне себе платная медицина, за которую платят все — и больные, и здоровые. Деньги поступают в некий «общий котел» и потом перераспределяются между больницами, поликлиниками, врачами, медсестрами, санитарками, административными работниками и прочими работниками государственных медучреждений и страховых компаний.

Как происходит это распределение, правильно ли оно, справедливо ли, мы обсуждать в этой книге не будем.

Единственное, что можно отметить касательно врача — по этой системе финансирования врач обязан заполнить огромное количество бумаг с оглядкой на массу инструкций и приказов, лечить так, как требуют инструкции, исходя из имеющихся у поликлиники, больницы

или «скорой» средств, лекарств, лабораторных и аппаратных возможностей.

В связи с этим в поликлинике возникает следующая ситуация. Врач должен принять больного, осмотреть, собрать анамнез, провести пальпацию, аускультацию, обдумать ситуацию, поставить диагноз, выписать направления и лечение, объяснить пациенту схему лечения, обсудить с пациентом дополнительные исследования, а также заполнить карту, статистические талоны и прочие бумаги, непосредственно не имеющие отношения к лечению, но влияющие на зарплату, премии, отчетность, взыскания и замечания к врачу со стороны контролирующих органов... и все это за считанные минуты. В зависимости от специальности врача, от 12 до 30 минут на пациента.

Можно ли сделать все вышеперечисленное качественно за эти минуты?

В случае «простых» заболеваний возникает иллюзия, что можно. Но, как мы убедимся в следующих главах, простых случаев не бывает. За видимой простотой скрывается автоматизм и желание идти по пути наименьшего сопротивления. В результате врач, желая избежать объяснений с заведующим, главврачом, медицинскими контролерами всех мастей, будет ставить тот диагноз, который сейчас на потоке. Например, в эпидемию гриппа всем будет поставлен диагноз «грипп» и никогда «ОРЗ». Даже грудным младенцам. И назначено соответствующее лечение.

Так появляются диагнозы «КИНЭ», «ОРЗ», «грипп», «аллергия» и многие другие. Врач ставит тот диагноз, который поставить проще, который не вызовет вопросов у контролеров, к пациенту, к дифференциальной диагностике, к качественному и верному лечению это все не имеет никакого отношения.

Врач, который в поликлинике ставит диагноз, «выбивающийся» из общей тенденции, рискует длительными объяснениями с заведующим, главврачом, контролерами, рискует зарплатой, рискует нарваться на выговор... Таким образом, если врач на участке ставит необычный для данного участка диагноз, то он, по сути, совершает подвиг во имя пациента.

Предположим, что участковый врач пришел по вызову к ребенку школьного возраста и обнаружил температуру, изменение цвета стула, небольшую иктеричность склер. Что доктору делать? Нужно

предположить гепатит А, поставить в карту этот предположительный диагноз, сообщить в СЭС, направить ребенка на обследование (кровь, стул), провести дифференциальную диагностику с иными гепатитами и желтушными состояниями.

Все верно... А что услышит доктор в поликлинике от начальства? Что ему «показалось». Что нет никакой желтушности склер, что цвет стула изменился из-за того, что ребенок что-то съел, что температуры нет, а просто сломался градусник, что доктор должен изменить диагноз на «ОРЗ»... И все это только ради того, чтобы не заполнять бумажки, не передавать данные в СЭС, что-бы в школе не было проверки столовой и т. д. Чтобы ничего не делать, как бы чего не вышло.

Имеет ли это какое-то отношение к больному ребенку? Но так бывает сплошь и рядом.

Результат: если это гепатит А, то т. к. не были проведены мероприятия «в очаге», да и сам очаг инфекции никто не выявлял, вирус продолжит распространяться и зараженных детей будет больше.

Ребенку, у которого доктор предположил гепатит А, но вынужден был изменить диагноз, будет назначено неверное лечение — не от гепатита, а от КИНЭ или ОРЗ, например.

Итог — чтобы избежать бумажек и проверок, под угрозу поставлено здоровье как минимум одного ребенка, а скорее всего, нескольких детей.

Что же было бы, если бы диагноз доктора подвергся не критике, а проверке?

Если бы диагноз подтвердился, то были бы проведены эпидемиологические мероприятия, выявлен источник, очаг распространения гепатита, от которого были бы изолированы дети, а детям, которые заболели, было бы назначено правильное лечение. Итог — меньше заболевших, больше хорошо излеченных пациентов.

А если бы диагноз не подтвердился? То СЭС и другие службы просто выполнили бы свою работу, за которую получают деньги от пациентов же. Или их родителей, которые платят налоги. Иных денег, кроме денег от налогов, кроме денег от людей, в бюджете нет — государство не создает денег, а лишь собирает с граждан и предприятий.

А что должен был бы сделать доктор? Какой диагноз он должен заподозрить? Какой диагноз должен проверить и исключить

(подтвердить) в первую очередь?

Разберем это на простом примере — перелом или ушиб. Перелом — это более грозное заболевание, чем ушиб. Если диагноз «перелом» поставлен неверно, точнее, не поставлен, то возможно повреждение окружающих тканей острыми краями кости, вплоть до артериального кровотечения, возможно образование ложного сустава при неправильном сращении костей, т. е. если врач поставит вместо предположительного диагноза «перелом» диагноз «ушиб», то он не будет проводить рентгеновское исследование, не будет накладывать гипс, не будет проводить лечение перелома. И у пациента с очень большой долей вероятности возникнут проблемы.

Значит, доктор должен в первую очередь думать о наиболее грозном заболевании, проводить обследования, подтверждающие или опровергающие это предположение. Иными словами, если доктор думает о максимальной пользе для пациента, то его предположительный диагноз имеет право быть наиболее грозным. И лишь потом, в результате обследования, анализов, консультаций, по мере развития болезни и прояснения клинической картины, отвергаться или подтверждаться. Так лучше для пациента. Но так хуже для бумажек, так больше работы всем, кто находится над врачом, так больше затрат для фонда ОМС, который аккумулировал отчисления из фонда заработной платы и может потратить их на оплату анализа, а может на оплату кресла для начальника фонда.

Давайте теперь посмотрим на работу «скорой помощи».

Это тоже вариант бесплатной медицины, за которую ежемесячно каждый работающий человек исправно платит, ибо именно от его зарплаты работодатель отчисляет в фонд ОМС процент, т. е. реальные рубли.

Работа «скорой помощи» регламентирована инструкциями и приказами еще больше, чем работа врача в поликлинике.

И в какой-то мере это правильно, так как задача «скорой» — оказать помощь на этапе «увидел — привез в больницу». Главная функция «скорой помощи» — довезти пациента живым до врачей-специалистов, до больницы.

Особенно ярко эта функция «скорой» проявляется в случае чрезвычайного происшествия — аварии, катастрофы.

Но для обычного человека сильная боль, изменение состояния, высокая температура — вполне себе чрезвычайное происшествие. И он вызывает «скорую».

Иногда на «скорой помощи» приезжает врач, который обладает необходимыми знаниями для решения вопроса о госпитализации. Иногда приезжает фельдшер, его задача — доставить пациента в больницу.

В принципе, «скорой» гораздо проще довезти пациента до больницы и «закрыть» вызов, чем разбираться и проводить лечебные мероприятия. Однако в некоторых случаях, если они вписываются в инструкцию, «скорая» может сбить температуру, сделать укол для понижения давления и т. п. Это именно скорая помощь — помощь в отношении симптома. Это не лечение причины. Причину нужно выяснять и лечить в стационарных условиях у врачей-специалистов.

Врачи-специалисты есть в поликлиниках, об этом мы говорили выше, и в больницах.

Больница также оказывает населению бесплатные медицинские услуги за деньги этого же населения.

Отличие больницы от поликлиники в том, что в больнице есть больше возможностей разобраться с пациентом. Чуть меньше бумаг, чуть меньше инструкций, чуть больше способов и времени для адекватной помощи пациенту в части обследования и диагностики.

Условно-платная медицина.

Это добровольное медицинское страхование.

Полис ДМС пациент может купить себе самостоятельно, но чаще за пациента это делает работодатель, включая этот полис в социальный пакет работника.

Таким образом, для многих работников данные услуги получаются «бесплатными» — работодатель платит за полис, а не использует эти деньги для зарплаты работнику. Но в реальности это такая же платная услуга, как и ОМС, как и самостоятельный поход к платному доктору. И тут возникает весьма неприятная ситуация.

Когда пациент вынимает деньги из своего кармана около кассы, он как бы заключает моральный контракт: я плачу — вы лечите — я

лечусь. Последняя часть контракта очень важна, ибо в случае ОМС и ДМС она как обязательная часть отсутствует. Пациент не испытывает потребности «отработать деньги», он просто считает, что ему должны. И контракт выглядит так: мне плохо — вылечите.

Иначе говоря, «мне должны, потому как бесплатно».

Но бесплатно никто никому ничего не должен. Пациент не замечает этого логического нарушения, как не замечает и того факта, что бесплатной медицины не существует.

И тем не менее пациент прав, ибо в реальности он платит и в поликлинике, и на скорой, и в больнице. Платит ежемесячно на протяжении всей своей рабочей жизни. И это весьма существенные деньги, если вдуматься.

Таким образом, требования хорошего лечения в «бесплатном» сегменте вполне оправданны. Но малоосуществимы.

И это очень большая проблема.

Если в случае операции пациент фактически не участвует в лечении на этапе операции, то во всех остальных случаях — при терапевтическом лечении, при реабилитации, в послеоперационном периоде — от пациента во многом зависит результат лечения.

Доказать это довольно просто. Терапевт назначает лечение, пациент назначения не выполняет, болезнь прогрессирует. Результат — хронизация процесса, инвалидность, смерть. Вы думаете, что это редкость? Но если бы пациенты выполняли назначения терапевтов качественно, то хронических заболеваний, жалоб на врачей и медицину было бы гораздо меньше.

В примерах можно утонуть.

Конечно, самый яркий пример — отказ от прививок... А когда потом ребенок все-таки заболевает, виноватым оказывается врач.

Или гинеколог, эндокринолог, или терапевт назначает женщине в менопаузе гормональные препараты для профилактики остеопороза. А пациентка их не пьет, ибо «это же гормоны»... Потом перелом шейки бедра, постельный режим на шесть месяцев или операция и искусственный сустав. И... жалобы на врачей.

Или доктор назначает антибиотик, подозревая бактериальную инфекцию... А пациент антибиотик не пьет, и возникают серьезные бактериальные осложнения.

О нарушениях назначений в отношении диеты и образа жизни не имеет смысла даже говорить. Они нарушаются повсеместно, но виноват всегда врач, который никак не может вылечить.

А еще пациент может изменить схему лечения, скомпилировать несколько схем. Разумеется, в этом случае схема или не будет работать, или будет работать плохо.

Но виноваты будут опять доктора. Ну не пациент же, в самом деле... Ведь это же доктор пропустил прием таблетки, не пришел на процедуру, изменил схему, добавил или убрал лекарство, совместил две схемы так, как ему казалось правильным...

Плох ли этот пациент?

Давайте вернемся немного назад, к разговору о поликлинике. Было ли у врача время на приеме, чтобы поговорить с пациентом? Физически это время было? Или, может быть, что-то объяснил врач «скорой», который даже диагноз не обязан ставить? Или объяснили в больнице? А, кстати, в больнице у доктора времени достаточно много, чтобы поговорить с пациентом. Но разговаривать с коллегами в ординаторской гораздо интереснее...

Итак. На выходе получаем пациента, который отсидел очередь, отлежал в палате, которого сводили на анализы, при котором многозначительно переглядывались, вздыхали, мычали, которому отдавали распоряжения... И ни разу не объяснили, что же с ним происходит, зачем и почему делается тот или иной анализ, процедура, исследование, назначается то или иное лекарство.

Пациент получает назначения, по сути, указания, как ему жить, что принимать, как лечиться. И должен слепо поверить, что все это истинно и обязательно к исполнению. Должен фактически выполнить приказ доктора.

Но пациент не в армии, и доктор не в армии. В армии авторитет заменяется количеством звездочек. В медицине звездочек и погон нет. И если доктор хочет, чтобы пациент прислушался к его рекомендациям, выполнил схему лечения в полном объеме, то у доктора должен быть авторитет. А пока ему неоткуда было взяться.

То, что доктор ходит в белом халате... Так и повар тоже... Что зовут по имени-отчеству, так и соседей иногда по имени-отчеству величают. Но медицинских назначений ни повар, ни сосед не делают.

А если повар готовит невкусно, а сосед шумит, то ни халат, ни имя-отчество не спасут от критики.

Отчасти авторитет у врачей может быть сосредоточен на бейджике или табличке — заведующий отделением, кандидат наук, профессор, главврач... Вот только нет совершенно никакой гарантии, что подобные погоны приведут к более верной диагностике и лечению, чем назначения рядового врача.

Врач может возразить — пациент хочет выздороветь, значит, будет выполнять мои назначения... Но это иллюзия.

Пациент действительно, в большинстве случаев, хочет выздороветь. Но кроме мнения конкретного врача есть мнения других врачей, статьи врачей или авторитетных для пациента людей в Интернете, в СМИ, выступления на ТВ. И пациент или выбирает более авторитетный, ПО ЕГО МНЕНИЮ, источник, или компилирует назначения не очень авторитетных источников ПО СВОЕМУ УСМОТРЕНИЮ.

Но ведь доктор, идя в медицинский институт, хотел ВЫЛЕЧИВАТЬ, а не писать назначения, которые пациент не будет выполнять. Ведь для доктора важно вылечить, вылеченный пациент — это плюс к самоуважению врача, к его авторитету, к его самореализации и самоощущению.

Так может быть, имеет смысл приложить усилия, чтобы завоевать авторитет у пациента?

Как же это сделать?

1. Говорить с пациентом, объяснять ему каждый шаг диагностики и лечения, буквально рассказывать о своих мыслях, о той дифференциальной диагностике, которая проводится при осмотре. Пациент имеет полное право знать, что подозревает доктор, о чем он думает, зачем назначает ту или иную таблетку, почему назначает укол, а не сироп, почему предлагает операцию, а не консервативное лечение, зачем направляет на тот или иной анализ или исследование. Это ЕГО здоровье, ЕГО тело, ЕГО жизнь. Он имеет право знать об этом все. И доктор должен уметь объяснить все это пациенту на понятном ему языке, избегая профессионализмов, сленга, умных медицинских слов, незнакомых пациенту. Доктор должен уметь объяснить «на пальцах», понятными пациенту словами и диагноз, и схему обследования, и назначенное лечение.

И тогда у доктора будет авторитет, и тогда его назначения будут выполнены, и тогда будут довольны и врач, и пациент.

2. Взять на себя ответственность.

У семи нянек дитя без глазу. Эта поговорка имеет прямое отношение к ситуации компиляции пациентом нескольких схем лечения. Лор назначил одно, нефролог — другое, терапевт — третье... И пациент, не сообщая докторам об иных назначениях, пьет все вместе. Это может привести к усилению эффекта одних лекарств и ослаблению эффекта других и даже может закончиться отравлением.

Каждый доктор должен знать, что назначили иные доктора, какие лекарства пьет или собирается пить пациент. И обязательно расспросить об этом пациента.

Идеальным было бы, если бы доктор, лучше всего терапевт, взял бы на себя ответственность за соединение всех схем.

Выглядеть это может так: «Я направляю вас к лору, окулисту, кардиологу... А потом вы приносите мне их назначения, направления, диагнозы и мы решим, как это соотнести, выработаем единую схему лечения».

Пациент будет счастлив, что кто-то обладающий знаниями готов взять на себя ответственность за его здоровье не частично, в рамках одного органа, а полностью, за весь организм, за все.

Вернемся к поликлинике.

Что же мы получаем в итоге в поликлинике по ОМС? Справки. Если все, что происходит в поликлинике, делается ради бумажек, а не ради пациента, то рассчитывать на что-то большее, чем справка, не имеет смысла. И бумажки поликлиника производит исправно. А эти бумажки нужны в детском саду, в школе, на работе...

Однако в поликлинике работают люди, врачи, которых шесть-восемь лет учили именно ставить диагнозы, лечить, люди, которые шли в медицинский институт, чтобы помогать больным, а не чтобы выписывать справки.

Как же сделать так, чтобы, кроме этого, врач смог оказать помощь? И вот тут от пациента действительно зависит чуть ли не больше, чем от врача. Во всяком случае, при современном состоянии контроля над врачами.

Вернемся к примеру с гепатитом А.

Итак, доктор, понимая, что в случае предварительного диагноза «гепатит А» ему грозят довольно неприятные беседы с начальством, а возможно, и более серьезные неприятности, а в случае неправильного диагноза на данном этапе — только недовольство пациента, взвешивает эти риски и ставит диагноз «кинэ».

Вдумчивый врач усмотрит в этих рассуждениях клиническую ошибку, вспомнив про дискинезии ЖВП, про некоторые формы АВИ и многое другое. И поймет, что для нормальной дифференциальной диагностики состояние ребенка описано весьма поверхностно и утрировано. Но это сделано намеренно, т. к. сейчас речь не о дифференциальной диагностике, а о взаимоотношении пациента и врача в рамках «бесплатной» медицины. И спасибо тем врачам, которые, читая эту главу, анализируют данную ситуацию и уже строят свои догадки относительно уточнения диагноза. Эти врачи, вероятно, могут дальше не читать, ибо они уже хотят докопаться до истинной причины болезни, а не ставить удобный диагноз.

Для таких врачей есть история про воронят, когда мама-ворона учит их безопасности. «Если у человека в руке камень — улетайте. Понятно?» «Понятно». И один вороненок спросил: «А если у человека рука в кармане?» «И что?» — спросила мама. «А в кармане камень?» — уточнил птенец. На что мама ответила: «Тебя уже учить нечему — ты осторожен».

Теперь вернемся к пациенту с предположительным диагнозом «гепатит А». Сейчас доктор и пациент находятся дома у пациента и могут поговорить откровенно. Если, конечно, пациент вызывает у доктора доверие. Вряд ли доктор будет откровенно говорить с пациентом, от которого он может ожидать скандала, жалобы.

Если же пациент адекватен, понимает положение, в которое сейчас ставят участкового врача инструкции, то доктор может в карту записать один диагноз, удобный для доктора относительно контрольных инстанций, а пациенту написать другие рекомендации, выйдя за рамки ОМС, но принеся данному пациенту максимальную пользу. Это, конечно, не выявит в данный момент очаг заболевания, но позволит, используя возможности платной медицины, платных лабораторий, подтвердить или опровергнуть предварительный диагноз.

А уж когда пациент принесет доктору анализ платной, но авторитетной лаборатории, доктор сможет вписать в карту подтвержденный диагноз и сообщить о нем эпидемиологам.

Теперь мы плавно подошли к разговору о платной медицине, когда пациент непосредственно оплачивает услуги врачей, анализы, обследования.

Плюсов у такой медицины довольно много: меньше бумажек, доктор может больше времени посвятить пациенту, можно назначить любые исследования, а не только те, которые возможны в рамках ОМС и ДМС, пациент, оплачивая лечение, более требователен не только к врачам, но и к себе, т. к. хочет, чтобы вложенные деньги оправдались, «отбились».

Минусы, конечно, тоже есть: существует искушение назначить лишнее исследование, лишний прием, лишнюю процедуру, если зарплата врача складывается из процента от этих услуг; пациент, по сути, дважды платит за медуслуги — один раз, отчисляя деньги из зарплаты по ОМС, второй раз — у кассы платного центра. Зачем тогда он отчислял на ОМС, если ходит всегда к платным врачам?..

Что касается минуса «лишних» исследований, то они лишние только на первый взгляд. Любой доктор знает, что существуют лабораторные находки и что тщательно и полно обследованных пациентов довольно мало. Значит, лишние исследования не совсем минус платной медицины. А может быть, даже плюс.

В принципе, доктор может достаточно эффективно действовать, используя как возможности ОМС, так и возможности медицины с прямой оплатой. Проблема в том, что в настоящее время доктору, работающему в системе ОМС, напрямую или косвенно запрещается использовать возможности медицины с прямой оплатой. Например, доктор в больнице не имеет права назначить пациенту лекарство, если его нет на складе больницы.

А это может снизить эффективность лечения. Да и странно, что заведующий складом (аптекой), главврач, бухгалтерия и работники АХЧ, Минздрава определяют, чем врачу лечить конкретного больного. Они же про этого больного ничего не знают, А иногда не знают вообще ничего про медицину, т. к. имеют иное образование. Но именно они определяют спектр препаратов, ассортимент больничной аптеки. И под них почему-то должны подстраиваться и врач, и пациент.

По сути, очень часто доктору и пациенту, если они хотят эффективно сотрудничать и добиться выздоровления, приходится обходить законы и инструкции. А это требует взаимного доверия. Не только пациента к доктору, но и доктора к пациенту.

Иногда доктор идет на хитрость. Например, одна моя знакомая пошла к гинекологу, и доктор выписал ей таблетки. Знакомая прямо в кабинете отказалась их пить, сказав, что отдаёт предпочтение травам. И доктор, хороший и умный доктор, сказала ей: «Ну ведь вы не будете...», а дальше перечислила травы, отвары, дозировки, курс лечения и способ приготовления. Т. е. в беседе, отрицая эти действия пациента, доктор назначила ей альтернативную схему лечения. В историю болезни она ее записать не могла — если бы она назначила это лечение в явном виде, то рисковала бы жалобой пациента главврачу, что доктор лечит «неправильными методами». От пациентов, к сожалению, этого можно ожидать, даже когда они просят назначить «вместо таблеток травки» или иным образом нарушить инструкцию. Не поможет — накатают жалобу. Но доктор придумала хитрый ход: «Вы же не будете...» Таким образом, гинеколог, формально возражая против назначения трав, изложила пациенту полную схему альтернативного лечения.

Можно было бы «в порядке дружеской беседы» назначить одно и рассказать: «А вот в Европе (Индии, Китае, США) это заболевание лечат так...»

Конечно, для подобной беседы требуется не только сообразительность и кругозор врача, но и банальное время.

Если доктор, работающий в системе ОМС или ограниченный в действиях иными инструкциями, все-таки хочет быть максимально полезен пациенту, лечить его как можно эффективнее, то, немного потренировавшись, он выработает довольно короткие, емкие, понятные пациенту формулировки. Захочет ли пациент их услышать, захочет ли выполнить — это уже вопрос пациента. Часто в системе ОМС даже авторитет и подобные хитрости врача не помогают вылечить хорошо, ибо пациент не лечится, не желает лечиться, выполнять назначения, но при этом хочет выздороветь.

Довольно часто можно наблюдать такую картину — из квартиры выходит «платный» врач и приходит «бесплатный». И наоборот.

И пациент выполняет назначения платного врача.

То есть для пациента более значимым становится тот совет, та консультация, за которую он заплатил явным образом.

Возьму на себя смелость утверждать, что далеко не всегда платный доктор обладает большей компетенцией, чем доктор, работающий в системе ОМС. И не всегда платный диагноз и схема лечения лучше, чем диагноз и лечение, назначенное доктором системы ОМС из поликлиники.

Если обобщить, то сказанное можно привести к одному важному тезису; если доктор хочет хорошо лечить, то он должен разговаривать с пациентом.

Это в равной степени относится и к терапевтам, и к хирургам, ибо если пациент понимает, что с ним происходит, понимает, что и зачем делает доктор, то он лечится сознательно. В противном случае происходит лечение вслепую и пациент как бы получает кота в мешке. С соответствующим отношением к доктору и лечению.

И если собирать анамнез, опрашивать пациента в мединституте учат, то объяснять пациенту понятным языком суть заболевания, рассказывать, зачем назначается тот или иной анализ, обследование, лекарство, проверять, все ли пациент понял и понял ли верно, выслушивать вопросы и внятно отвечать, вступать в диалог с пациентом — этому докторов не учат.

ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ



Разговор с пациентом — важнейший элемент лечения.

Можно провести аналогию. Если вы ничего не понимаете в машинах, а автослесарь сыплет техническими терминами, вам не станет понятнее, что происходит с машиной, сколько бы ни длилась ваша беседа. У вас сложится ощущение или что автослесарь очень умен, или что мастер вас пытается обмануть, повесить лапшу на уши, вытянуть дополнительные деньги. Важно, что в обоих случаях доверия к мастеру у вас больше не станет.

Или, например, предположим, что вы говорите с чиновником, который грубит, отделяется дежурными фразами, ведет себя высокомерно. Возникнет ли доверие, уважение? Вряд ли.

Аналогично и с пациентом. Если доктор хочет быть понятым, хочет лечить эффективно, то ему необходимо снизить с высот своих знаний и объяснять все пациенту так, как он объяснял бы своему ребенку, не изучившему еще в школе ни биологию, ни анатомию.

Доктор не должен пребывать в иллюзии, что если пациент использует медицинские термины, с НИМ можно говорить медицинским языком. Доктор должен помнить, что пациент, используя некий термин, услышанный, вычитанный в СМИ, в большинстве случаев не имеет ни малейшего представления о том, что этот термин означает.

Если бы мы спросили у пациента, какой флорой вызывается пневмония, какой микроорганизм является причиной гриппа, то наверняка получили бы неверный ответ.

Но пациент имеет право умничать и использовать термины, даже если это раздражает врача. А вот доктор должен максимально заменить термины понятными пациенту словами, а в случае

невозможности — объяснить термин, а иногда и весь патогенез болезни.

И это прямо противоречит тому, чему учат в институте, в институте чем больше терминов студент употребляет, чем меньше использует общеупотребительных слов, чем меньше говорит человеческим языком, тем выше оценку получает от преподавателя. А на практике, при общении с пациентом, должно быть все наоборот. Доктор должен объяснять все просто, на пальцах, используя общеупотребительные, человеческие слова, а не медицинский, птичий для пациента язык.

При этом важно не впасть в другую крайность — в сленг, примитивную речь. Доктор должен говорить грамотно, владеть русским литературным языком. Это предупредит не только панибратство, но и несерьезное отношение к доктору и его словам.

Грамотная и понятная речь доктора вызывает у пациента большее уважение, чем научное звание врача. Спокойный, уважительный к пациенту и к родному языку разговор доктора — основа получения авторитета в глазах пациента.

Нужен ли доктору этот авторитет? Да. Но не просто так. Авторитет доктора — залог успешного лечения, гарантия, что назначения будут выполнены. Авторитет доктора — одно из самых эффективных лекарств.

В общении с пациентом нужно быть собранным, объяснять кратко, понятно и не торопиться.

Если доктор торопится, спешит, то у пациента возникает ощущение, что доктору до него нет дела, что врач был не очень внимателен. Результат — пациент столь же невнимательно, необязательно отнесется к схеме лечения. И лечение будет неудовлетворительным.

Каждый доктор знает, что есть диагнозы, которые легко ставятся «с порога». Пациент еще ничего не сказал, но одного взгляда на него достаточно для предположительного диагноза. Иногда это можно использовать, повышая свой авторитет. Сообщив диагноз сразу. Выглядит это очень эффектно, как фокус, как гениальность врача, который видит насквозь. Но есть риск ошибки. И если диагноз будет ошибочен, то вместо плюса получится минус, так как пациент будет считать, что доктор тороплив и невнимателен.

Но как бы быстро доктор ни поставил диагноз, для его же пользы, для перепроверки, исключения ошибки важно подробно опросить пациента (здесь мы заменили медицинское слово «анамнез» на общепонятное — опрос), осмотреть, прослушать, пропальпировать, изучить историю болезни, анализы, подробно выслушать. Пока все это происходит, проходит время, пациент привыкает к доктору, проникается уважением. После этого доктору важно объяснить пациенту то, что с ним происходит, т. е. объяснить диагноз простым человеческим языком, а исходя из диагноза — объяснить и схему лечения: «Эту поломку мы будем лечить этой таблеткой, а эту поломку — этой». На подобное объяснение уходит подчас больше времени, чем на все остальное. Но если доктор заинтересован в успехе, оно того стоит.

Кроме речи, разговора, безусловно, важен и вид врача — опрятный, чистый. И скромный. Нет никакой необходимости сверкать перед пациентом дорогими часами, фирменными бирками и прочим. Тем не менее, если услуги доктора стоят дорого, если пациент богат, то врач вполне может подчеркнуть свой статус дорогой ручкой и иными аксессуарами, понятными пациенту.

Ценность фонендоскопа и иного оборудования пациент оценить не сможет.

Важно, если доктор заинтересован в успешном лечении, писать назначения понятным для пациента почерком. И если почерк плохой, то не лениться и написать все печатными буквами, дать пациенту схему, напечатанную на принтере, проговорить ее словами и убедиться, что пациенту понятен каждый пункт, каждое слово. Все это требует времени.

Не менее важны мимика и жесты. В принципе, чем естественнее себя ведет доктор, тем искренней с ним будет пациент.

Доктору необходимо воздерживаться от оценочных суждений как относительно действий пациента, так и относительно действий иных врачей. Все могут ошибаться и даже плохо себя вести. Но если за это может влететь, если пациент чувствует, что его отругают, то он вряд ли будет честен и искренен на сто процентов.

Резкие движения, громкий голос, категоричность будут пугать пациента, а значит, он может чего-то недоговорить, не спросить, не услышать и не сделать. Доктор должен быть приветлив, но не

фамильярен, недопустимо панибратство. Улыбаться, если пациент шутит, и шутить понятно для пациента.

Важно, чтобы мимика доктора выражала его заинтересованность. Доктор должен внимательно слушать, переспрашивать, уточнять. Полезно при изучении истории болезни задавать вопросы по анализам, выпискам. Тогда пациент видит, что доктор изучает историю болезни внимательно, что он хочет все подробно понять и узнать. В результате пациент может рассказать то, что не рассказывал другим врачам. А может «сознаться», что некоторые назначения не выполнял, что в выписке что-то не точно.

При общении с детьми важно разговаривать не «сверху», а опускаться на их уровень — присесть, встать на колени, улыбнуться. И если при этом испачкаются брюки или помнется юбка, то это издержки профессии.

Довольно опасно отзываться плохо о других врачах и их схемах лечения, диагнозах.

И дело не только в том, что это неприлично и противоречит принципам врачебной этики. Дело в том, что если другой доктор ошибся, то в глазах пациента ошибиться можете и вы. И если та схема лечения плоха, то чем хороша ваша? Аргументы в данном случае не работают. Если плохо одно, то может быть плохо и другое. Дискуссии о схемах и диагнозах лучше оставить для ординаторской. В разговоре же с пациентом уместно использовать следующие формулировки: «Мне больше нравится эта схема, лекарство, исследование», «Я больше доверяю этой лаборатории», «На мой взгляд, важнее это», таким образом оставляя за другим доктором право на его мнение, даже если ошибка коллеги для вас очевидна. Это дело только между вами и коллегой.

А вот скупиться на похвалу коллегам не стоит. Говоря хорошо о другом враче, вы укрепляете веру пациента во всех врачей, а значит, и в вас тоже. И если у вас есть достойный коллега, то тень от вашей похвалы падает и на вас тоже, И вы повышаете свой авторитет. Если же врач вам незнаком, но вы его похвалили, то пациент увидит, что вы прислушиваетесь к чужим мнениям, а значит, и к мнению пациента тоже. Ваш авторитет вырастет еще, а лечение будет проходить успешнее.

Кроме всего этого, хваля другого врача, направляя к нему пациента, вы выглядите открытым, искренним, внимательным и щедрым, и это, вне всякого сомнения, в глазах пациента плюс для вас.

Общение с разными пациентами

Вполне очевидно, что с каждым пациентом должно складываться особое, отличное от других общение. Все люди разные. С разными мыслями, привычками, установками и мифами в голове. С разным характером, дисциплиной, эмоциями.

Например, при общении с грудными детьми очень важно внутреннее спокойствие врача. Груднички очень точно чувствуют волнение — может, через тембр голоса, может, через интонацию. Входя к грудничку, врачу необходимо оставить за дверью все свои эмоции, все «взрослые мысли», выдохнуть.

Один врач определял, хорошо ли он был настроен на оказание помощи, по такому критерию — если он правильно настроился, собрался, привел свои эмоции к равновесию, то маленький пациент спокоен на осмотре. Если же доктор имел лишнюю эмоцию, то пациент плакал. Так вот, качество своего осмотра доктор определял по критерию: плакал ребенок или нет.

Как вы, разумеется, помните, зрение малыша несовершенно. Этим часто пользуются невропатологи, надевая разноцветные халаты, а то и вовсе не надевая их.

Один из частных докторов применял такой метод, чтобы расположить к себе грудничка: он приезжал на вызов в желтом пиджаке. Ребенка это веселило — к нему приходило желтое говорящее пятно. Огромная погремушка. И ребенок на осмотре был весел и доволен.

Если говорить о пациентах постарше — о дошкольниках и младших школьниках — то следует помнить, что сама поликлиника, кабинет врача, визит врача уже пугают ребенка. Это уже что-то необычное, неприятное, отвлекающее, и если доктор к тому же нависает над ребенком огромной горой, настроение пациента ухудшается дополнительно.

Но есть очень простой прием. Врач вполне может сесть на низкую скамейку, присесть на корточки, встать, в конце концов, на колено. Поставить ребенка на стул или стол. Оказаться, таким образом, на одном уровне с ребенком. И контакт наладится. Особенно если доктор будет спокоен, сосредоточен на общении с ребенком, если оставит все свои иные мысли и эмоции за пределами процесса осмотра.

При общении с пожилыми пациентами возникает иная ситуация. Ритм жизни пожилых людей замедлен, следовательно, доктору нужно замедлить темп речи, определить уровень громкости голоса, так как некоторые пожилые пациенты плохо слышат. При этом, повышая голос, важно следить за интонацией, чтобы речь не превратилась в окрик, а была громкой, но вежливой и доброжелательной.

Важно помнить, что доктор выплескивает на пациента довольно большой объем информации. Запомнить ее довольно сложно. Доктору необходимо составить больному памятку, записку, внятно расписать как минимум схему лечения. И убедиться, что пациенту понятен почерк, ясно каждое слово, сокращение. Оставить пациенту телефон или адрес почты, чтобы больной всегда мог уточнить непонятный момент.

При общении с мнительными больными, конечно, подобный сервис может изрядно подпортить жизнь врачу. Но ведь не пациент выбирал доктору профессию. С мнительным пациентом не стоит шутить — шутки в его голове переворачиваются с ног на голову. Нужно говорить очень четко, конкретно, уверенно. Малейшее сомнение будет раздуто мнительным пациентом до невероятных размеров. И нет, он не уйдет к другому врачу — он замучает вас. Однако если вы будете проявлять излишнюю категоричность с пациентом, склонным к анализу, логике, то вы, напротив, потеряете уважение этого пациента.

Важно понимать, что медицинский язык, а точнее, обычная речь, наполненная медицинскими терминами, звучит для неподготовленного человека как неизвестный иностранный язык. Тем не менее, есть пациенты, которые думают, что, употребляя тот или иной медицинский термин, они будут выглядеть образованнее или понятнее для врача. Однако в подобном поведении пациента таится довольно большая опасность, т. к. в большинстве случаев пациенты не понимают смысла термина, не знают, какие процессы стоят за тем или иным названием.

И, естественно, совершают ошибку. От врача в данном случае требуется некоторое усилие, чтобы не пойти на поводу у пациента. Иначе может оказаться, что «понос» — это однократный жидкий стул, а «аллергия» — пара пятнышек, причина которых, например, грязь или жара. Если пациент употребил какой-то термин, обязательно нужно подробнее расспросить, уточнить, задать такие вопросы, чтобы пациент вынужден был отвечать без терминов, обычным языком. Например, после сообщения о «поносе» выяснить, сколько раз в день был стул, как он выглядел. Разумеется, помня о возрастных особенностях, например, детей грудного возраста.

4. ОБЩЕНИЕ С КОЛЛЕГАМИ



Поговорим о коллегах. Если пациент придет к вашему коллеге и расскажет ему, что вы хорошо отзывались о его профессионализме, то, во-первых, коллеге будет приятно, а во-вторых, он, скорее всего, вернет вам в будущем другого пациента с лестным отзывом о вас.

А если вдруг вы ошиблись? С кем не бывает. Вряд ли коллега, которого вы рекомендовали пациенту, станет говорить о вас плохо, скорее всего, он постарается заретушировать перед пациентом ваш промах.

Если коллега попался неблагодарный и наговорил пациенту про вас гадости, то, скорее всего, эти гадости сработают не против вас, а против наговорившего, ибо в глазах пациента грубый доктор будет выглядеть неблагодарным и пациент будет ему меньше доверять, и вернется к вам с жалобой на некорректность коллеги. А что вы в этом случае? А вы отнесетесь к этому спокойно: «Ну, может, он был не в духе». Вы будете снисходительны. А если вы снисходительны к ошибкам коллег, то ошибку и огрех пациента простите тем более. И ваш авторитет вырастет еще больше.

В свое время в медицинской среде ходила легенда про проктолога, который уехал в Штаты, переучился, сдал все экзамены, потратил на это много сил, времени, денег... наконец открыл свою практику... и однажды к нему на прием пришел пациент. Проктолог осмотрел его и по старой советской привычке рубанул: «Кто ж это вас так изуродовал»... В течение года частная практика этого проктолога закрылась, он потерял всех пациентов и обанкротился. Никто не хотел

направлять к нему своих больных. Одной фразой этот доктор перечеркнул все свои знания, опыт, много лет практики, все свои усилия...

Легенда это или нет, не столь важно. Пусть это станет полезной притчей, которую будет помнить каждый доктор как в разговоре со своими пациентами, так и в разговоре с коллегами.

Очень важно помнить, что путей к выздоровлению, схем лечения может быть много, у каждого доктора свой подход, свои методики, своя школа. Уважая мнение коллеги, вы сможете не только завоевать его благосклонность, но и почерпнуть полезные сведения, которые, может быть, позднее примените в своей практике.

При работе в медицинском коллективе, постоянном общении с врачами в речь доктора может закрасться сленг — исковерканные медицинские слова, оскорбительно звучащие для пациентов. Важно научиться отслеживать эти слова и не допускать их появления даже в мыслях. Ибо если слово есть в голове, рано или поздно оно сорвется с языка, и будет это совсем не вовремя.

Сленг, сокращения, упрощения, конечно, ускоряют речь и передачу информации. Но стоит ли торопиться, рискуя при этом обидеть пациента? Лучше использовать полные, неудобные, иногда громоздкие слова, которые имеют нейтральную эмоциональную окраску.

Советы старших

В больнице, поликлинике врач часто может столкнуться с такой ситуацией, когда его мнение противоречит мнению заведующего отделением или мнению профессора, завкафедрой. В этом случае можно пойти по пути наименьшего сопротивления и согласиться с позицией старшего. А можно взять ответственность на себя... с риском получить нагоняй, а может, и выговор, иными словами, рискуя впасть в немилость.

Это весьма сложный выбор, так как на кону оказывается личный комфорт или успех в лечении. При этом часто успех лечения или его снижение будут незаметны для пациента. Но вы-то знаете... А если к тому же вы ошиблись, а старший и опытный коллега прав? А если правы вы?

Возьмем безобидный пример. Отделение больницы. Ребенок температурит. Вы, молодой доктор, еще не вполне уверенный в своих силах, идете советоваться с завотделением. И завотделением рекомендует назначить сульфаниламидный препарат.

А вы знаете, что, по последним исследованиям, это неэффективная тактика, что больному это не поможет, что даже может навредить. Конечно, ни отсутствие помощи, ни вред не будут заметны больному — не столь критична ситуация. Но зачем же делать заведомую ошибку? Вы сообщаете о своем мнении заведующему, он свирепеет и уже теперь приказывает дать лекарство. Вы в шоке, в панике. Доверительно сообщаете о разговоре авторитетному для вас старшему коллеге, мнением и знаниями которого очень дорожите, и слышите в ответ; «Ты прав, но сделай то, что сказал заведующий».

Все. Тупик. Вы в меньшинстве. Вы или рискуете своим положением, а может, и местом, или подвергаете риску пациента. То есть сознательно вредите ему с согласия окружающих коллег. Что делать? Решать вам. В этой книге будут еще и другие вопросы без ответа. Как и в жизни, в вашей работе будет много ситуаций, когда вам нужно будет решать — следовать указаниям старшего или следовать заповеди «не навреди». И чем больше вокруг вас будет проверяющих,

инструкций, контролеров и заведующих, тем сложнее вам будет делать этот выбор.

Внимательный доктор, конечно, усмотрит в этом описании явный недостаток в изложении клинической картины. Но сделано это намеренно, так как задача не в том, чтобы выяснить, прав ли заведующий или прав лечащий врач, а чтобы иллюстрировать суть конфликта «больной — инструкция». Так как врач в данном случае пытается исходить из интересов пациента, из заботы о его здоровье. А заведующий исходит из интересов отделения и действует согласно инструкции, так как ее соблюдение означает отсутствие проблем при проверке, а нарушение повлечет дополнительные вопросы от проверяющих, дополнительную нервотрепку для заведующего.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ



Элементарный пример — запись в карту или историю болезни. Кто будет читать этот документ кроме вас? Иногда — коллеги, к которым вы направите пациента за консультацией, врач, которому вы передадите больного. И для них нужно писать правду, все как есть, чтобы у коллег была четкая картинка. А еще этот документ будет читать контролер, сверяя ваши назначения, рекомендации с инструкцией, написанной, возможно, 50 лет назад, давно уже нежизнеспособной, но вполне годящейся, чтобы испортить вам жизнь и карьеру. А еще прокурор, если на вас пожалуется больной, а может, и по собственной инициативе. А он в медицине вообще ничего не понимает и будет трактовать любую запятую на свое усмотрение.

И как писать тогда? Если инструкция расходится со здравым смыслом, если давно применяются новые схемы, лекарства, обследования, если за это время изменился не только подход к лечению данной болезни, но и представление о ее патогенезе?

Не потому ли почерк врачей столь неразборчив, чтобы в случае проверки исхитриться и трактовать написанное вовсе не так, как написано, или для того, чтобы контролер и прокурор отложили бумаги в сторону, не разобрав написанное?

6. ПЛАТНО И БЕСПЛАТНО. ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ



Часто можно услышать жалобы коллег, работающих в системе ОМС — в больницах, поликлиниках, — что они лечат-лечат, стараются обследуют, иногда хитрят ради пациента, обходя инструкции, а пациент через какое-то время возвращается и выясняется, что он выполнял назначения врача вкривь и вкось либо вовсе не выполнял. А иногда еще и жалобы писал на этого врача.

И я слышал подобные разговоры. И я вполне понимаю отчаяние этих хороших докторов, в чем профессионализме я ни секунды не сомневаюсь, а в некоторых случаях считаю их своими учителями. При этом я подобных жалоб фактически никогда не слышал от врачей, которые лечат пациентов частным образом или в клиниках с непосредственной оплатой «в кассу». Подозреваю, что проблема именно в этом.

Когда пациент оплачивает услугу непосредственно, он хочет эти деньги «отбить», и это стимулирует его к дисциплинированному выполнению назначений врача. Если же пациент не платит в явном виде, то и назначения врача не имеют для него явной ценности. Конечно, не для всех, конечно, не всегда. Но такая тенденция есть, и об **ЭТОМ СТОИТ** помнить молодому доктору, и, конечно, как уже упоминалось выше, на самом деле бесплатной медицины не существует и пациент платит за лечение всегда. Просто при ОМС, в больнице, в поликлинике он эти деньги не вынимает из своего

кармана. За него это делает государство, изымая из фонда заработной платы платеж в фонд обязательного медицинского страхования, или работодатель, отчисляя деньги по системе добровольного медицинского страхования, создавая работнику соцпакет.

Минимизировать «саботаж» пациента в случае получения им медуслуг по системе ОМС могут помочь советы, приведенные выше, способствующие повышению авторитета врача и требующие дополнительного времени, которого, согласно инструкции, например в поликлинике, у доктора нет совсем.

И это еще один вопрос без ответа — где найти время врачу в поликлинике, чтобы полноценно поговорить с пациентом?

Ожидание диагноза, болезни, лечения

В платной медицине, когда пациент платит явным образом, доктору или в кассу, часто возникает иная ситуация, провоцирующая доктора к гипердиагностике, к излишнему лечению. Бывает так, что, заплатив, пациент подсознательно настроен лечиться. Это обратная сторона его дисциплинированности и «отрабатывания» средств. Подразумевается, что если у человека все в порядке, если человек здоров, то он должен быть доволен. Но нет. Заплатил — значит, болен. Значит, нужно непременно назначить лечение.

Иной раз на объяснение, что пациент здоров, что лечить ничего не нужно, что все в пределах нормы, уходит довольно много времени.

Часто на подобную проблему с пациентами жалуются пластические хирурги. Любой хороший, ответственный хирург понимает, что операция — это крайняя мера, что, решая одну проблему, операция создает другую. Как минимум, послеоперационный рубец. А люди хотят быть красивыми, и многие недовольны своей внешностью, формами. И есть деньги на операцию... Но доктор видит, что все нормально, что вмешательство не принесет пользы. Начинает отговаривать... И это целое искусство...

Но не только в пластической хирургии бывают подобные ситуации. Есть много мнительных людей, которым кажется, что они больны. Есть люди, которые используют свои явные или мнимые болезни для манипуляции окружающими — родителями, детьми, родственниками, друзьями, работодателем. Это тяжелые категории людей. По-хорошему, им нужно общаться с психологом... Вот только сами такие пациенты проблемы не видят, а потому к психологу не пойдут. И в данном случае у доктора всегда есть большое искушение назначить что-то и отправить пациента домой — это будет и быстрее, и риск недовольства пациента будет меньше.

И тут доктор опять встает перед выбором — назначать ли избыточное лечение и идти на поводу у пациента или следовать заповеди «не навреди» и становиться самому психологом, психотерапевтом и долго говорить с пациентом, не особо, кстати, рассчитывая на успех.

Но есть одна хитрость. Если доктор видит мнительного пациента, пациента, который хочет быть больным, то он может сделать вид, что готов сотрудничать, искать болезнь. Способов поискать сейчас множество — это и анализы, и функциональные методы исследования, и множество аппаратных методов, и консультации у коллег... и все это время можно «увиливать» от назначения подобному пациенту ненужных его организму лекарств под предлогом — нужно еще дообследоваться... а вдруг это... и т. д.

В надежде, что пациенту надоест тратить время, силы, деньги на все это. При этом совесть врача будет чиста — по сути, он делает углубленную и расширенную диспансеризацию по желанию пациента. И в случае так называемой лабораторной находки может и правда реально поймать начало заболевания, в том числе онкологию, и своевременно вылечить.

Можно также попытаться назначить плацебо, витамины. Но подобные пациенты склонны читать аннотации и могут раскусить эту врачебную хитрость. Можно использовать нетрадиционные методы, обладающие общеукрепляющим действием, но при этом довольно сложные для проверки пациентом — санаторное лечение, физиопроцедуры, ароматерапию, фитотерапию.

В педиатрии подобные ситуации встречаются реже. Все-таки большинство родителей хотят видеть своего ребенка здоровым. При этом мнительность родителей значительно выше относительно здоровья детей, чем своего собственного. Особенно ярко это проявляется, если пациенту несколько месяцев, и чем меньше, тем ярче. То стул изменился, то аппетит, то ручками и ножками подозрительно двигает.

Такая мнительность безобидна и даже полезна. Доктор должен уважать беспокойство родителей пациентов. Только они смогут вовремя заметить ранние симптомы болезни, если будут мнительны и внимательны. И это позволит вылечить ребенка быстрее и лучше. А то, что на десять родительских беспокойств приходится только одно существенное, а остальные девять — варианты нормы, а что-то серьезное встречается вообще в одном случае из ста, так в этом греха нет. Тем более родители, как правило, радуются, если доктор говорит, что с ребенком все в порядке, что угрозы здоровью нет, что ребенок справится сам... А если это все звучит недостаточно убедительно для

родителей, то всегда можно назначить безобидные витамины и иное общеукрепляющее лечение с аргументацией «ребенок справится сам — он сможет, смотрите, какой он сильный и хороший, мы только немножко поможем ему витаминчиками, кремами...» и т. д.

Пугать или успокаивать пациента?

Если в случае мнительного, беспокойного пациента задача доктора — успокоить, а иногда схитрить, назначив общеукрепляющее лечение, физиопроцедуры, дополнительные анализы, то есть создав видимость деятельности, которая не нанесет здоровью пациента вреда, то в случае беспечного пациента все ровно наоборот.

Искусство врача состоит в том, чтобы определить, с каким пациентом он общается — с мнительным или беспечным. И понять, какой тактики придерживаться. В случае беспечного пациента иногда полезно несколько сгустить краски, напугать пациента, чтобы он начал выполнять рекомендации врача, прошел качественное обследование, выполнил все процедуры, изменил образ жизни.

Яркие примеры такого подхода — антитабачная или антиалкогольная рекламная кампания. Это, конечно, не совсем медицина, и доктора редко ведут себя агрессивно с курильщиками, так как агрессия со стороны доктора — это моветон. Однако, например в педиатрии, иногда полезно сгустить краски.

Дело в том, что болезнь не у родителей, родители не чувствуют дискомфорта, неудобства, не могут полностью осознать, что болезнь делает с ребенком. Конечно, многое здесь зависит от эмпатии родителей, иногда их переживания даже чрезмерны, но бывают случаи, когда родители достаточно беспечны, и доктор в этом случае должен рассказать об опасных последствиях заболевания в случае его некачественного лечения или профилактики.

В данном случае наиболее ярким примером может быть как раз проведение профилактических прививок. Дело в том, что из-за того, что в окружении родителей нет сейчас рассказов о полиомиелите, дифтерии, столбняке, гепатите В, туберкулезе, кори, коклюше и прочих опасных заболеваниях, то психологически для некоторых родителей этих заболеваний как бы не существует. А если заболеваний «нет», то зачем делать прививку. Уколов-то все боятся, а тут еще антипрививочная кампания, нашептывание об «опасности и вреде» прививок. И еще знакомые, которые «не прививали, и ничего»... и ужастики, прочитанные где-то (именно прочитанные — мало кто

ссылается на реальных знакомых), о «проблемах после прививки». И личный опыт: «после прививки поднялась температура, была вялость, покраснело место укола». И это ужас-ужас...

И получается, что, с одной стороны, заболевания для пациента как бы не существует, а боязнь укола и «покраснения» вполне реальна. И родители хотят отказаться от прививки. Когда дифтерия или полиомиелит, в общем-то, не столь давно, были весьма распространены и родители вполне осознавали огромную опасность этих заболеваний, отказов от прививок фактически не происходило.

Теперь, когда опасность заражения меньше, меньше и беспокойство родителей, и это прекрасно, однако имеет один побочный эффект — отказ от прививок.

Доктор прекрасно понимает, что чем больше будет привитых людей, тем меньше вероятность заболевания. И знает, что при определенном проценте отказа от прививок эпидемия дифтерии, например, не замедлит вспыхнуть.

Поэтому задача доктора — убедить пациента в необходимости вакцинации. Для этого доктору нужно рассказать пациенту об опасности, о смертельной опасности этих болезней, об инвалидизации при полиомиелите, гепатите В или туберкулезе, о рисках, связанных со сроками диагностики и началом лечения, например при дифтерии.

Кроме этого, доктор должен объяснить пациенту, что на самом деле представляет собой то, что описано в антипрививочной кампании. Рассказать о том, что все это давно известно и написано в аннотации к прививке, объяснить различие между побочным действием и осложнением, рассказать, в конце концов, о проценте осложнений или побочных действий.

Но на все это нужно не только знание, но и время.

А потом уже родитель будет принимать решение, имея полную картину. И если он решит не прививать... Что ж... доктор будет уважать это решение, хотя и не согласится с ним. Но это не его жизнь, не его здоровье, а здоровье пациента или его ребенка.

Конечно, отказ от прививок ставит под угрозу не только пациента, но и окружающих. И доктор это понимает, и поэтому вдвойне важно потратить время на объяснения.

Что касается пациентов после восемнадцати и до глубокой старости, то чаще всего «пугать» взрослого больного приходится для

того, чтобы он не только выполнил все лечебные рекомендации, но и изменил образ жизни. Прекратил курить, употреблять алкоголь, а нормализовал режим дня и питание... и, как правило, успеха эти врачебные увещевания взрослого пациента не имеют.

С родителями пациентов немножко полегче, несмотря на то, что «не у них болит», но и не им «что-то менять». Поэтому родителей иногда проще убедить в необходимости изменений в жизни ребенка, особенно если это соответствует представлениям родителей о заботе и не требует чрезмерных усилий.

Например, довольно часто приходится объяснять, что необходимо принимать профилактически витамин D ребенку до года. А иногда и увеличивать дозу. Родители часто боятся любых лекарств, имеют сведения о передозировке витамина D... и, как ни странно, почти ничего не знают о последствиях рахита.

Что же происходит у постели больного? Доктор видит лысинку или иные ранние признаки рахита, сообщает родителям диагноз... И родителям неприятно слышать что-то плохое про своего ребенка. Они напрягаются, их отношение к врачу становится негативным, они готовы воспринять диагноз в штыки.

Что делать врачу? Использовать прием «как у всех». Если доктор сообщит родителям, что подобная проблема встречается почти у всех детей в этом городе (поселке, стране), то напряжение родителей спадет, так как их ребенок стал «нормальным, как все». После этого доктор может сообщить, что исправить ситуацию можно достаточно легко — капельками витамина D. «Но это же совсем просто, — думает родитель, — я позабочусь о малыше». И родитель оттаивает и уже опять хорошо относится к доктору.

Тут важно закрепить успех, чтобы пациент не забывал капать витамин D. Нужно рассказать, что может произойти с ребенком, если витамин D не капать, рахит не лечить. Нужно рассказать о последствиях рахита, деформации костей и т. д. Только простыми словами — «могут быть кривые ноги, впалая грудь». Родительское воображение нарисует себе достаточно кривые ноги и достаточно впалую грудь, чтобы перестать бояться лекарств или передозировки и начать лечить ребенка.

Та же ситуация происходит и со многими другими заболеваниями, вокруг которых выросли мифы «от бабушек», СМИ, разнообразных

шарлатанов. Например, атопический дерматит у детей до года, который, по мнению некоторых родителей, «сам проходит». Иногда проходит, особенно если это никакой не дерматит, а иногда перерастает в истинную аллергию, вплоть до бронхиальной астмы. Таким образом, если пациент беспечен, то имеет смысл рассказать ему о грозном возможном (пусть лишь в одном проценте случаев) последствии нелеченного состояния, чтобы превратить пациента в союзника в борьбе с заболеванием.

В принципе, в этом и есть основной смысл общения с пациентом. Если пациент — союзник врача, если он сотрудничает, то шансы болезни вредить пациенту резко падают, а качество жизни, здоровье — улучшаются.

Врач должен понимать, что не только пациент должен стремиться к сотрудничеству, но и он сам. Если врач не вызывает у пациента доверия, то союза не получится и результат лечения будет неудовлетворительным.

А как сделать пациента союзником? В принципе, вы только что об этом прочитали. Общаться, рассказывать, быть спокойным, уделять пациенту столько времени, сколько пациент считает нужным, а не столько, сколько кажется необходимым врачу.

Важно, чтобы разговор врача был прост по языку и честен по содержанию. В конце концов, врач говорит о пациенте, о его здоровье, о его жизни, и все это принадлежит не врачу, не кому-то еще, а как раз пациенту. И пациент имеет право получить о себе всю информацию, даже если она и не очень приятна, даже если она трагична.

Ведь если у пациента находят сифилис, СПИД, гепатит В или туберкулез — ему сообщают об этом. А это очень неприятно и в ряде случаев смертельно.

А если у пациента язва, инсульт, инфаркт, перелом — разве доктору придет в голову скрывать диагноз? Но онкологические диагнозы некоторые врачи почему-то скрывают. А ведь это очень важная для пациента информация. Важная для того, чтобы пациент жил и лечился «с открытыми глазами», чтобы сам мог распланировать свою жизнь, имея достаточно знаний о своем здоровье. Чтобы, если уж дело плохо, смог бы привести свои дела в порядок и посвятить отпущенное ему время тому, что, на его взгляд, важно. Ибо это его жизнь, его диагноз, его болезнь. Не доктора.

Диагноз

Раз уж мы заговорили о диагнозе, давайте обсудим, что такое диагноз. Этому тоже не очень-то учат в институте.

Конечно, окончив институт, доктор знает, что есть гастрит, есть хламидиоз, есть холецистит или уретрит. Но что это такое?

Для молодого врача все это — набор симптомов, возникающих при том или ином состоянии, при тех или иных жалобах. А симптом — это некое описание процессов, происходящих в организме.

Посмотрим на это сначала с точки зрения лечения. Лекарства действуют не на симптом, жалобы или диагноз. Лекарства оказывают влияние на некие процессы, происходящие в организме при развитии того или иного патологического состояния.

И вот все это, все понимание о процессе, о том, что реально происходит в организме, доктор, который оперирует понятием «симптом», игнорирует при назначении лечения. То есть доктор назначает лечение, исходя из симптома, а не из понимания патологического процесса. Так проще.

Но это еще полбеды. Ведь доктор должен собрать имеющиеся симптомы воедино и на их основании поставить диагноз.

А диагноз записать в карту. И когда доктора будут проверять, то проверяющий не будет думать ни о патофизиологии, ни о симптомах. Ибо для каждого диагноза есть утвержденная схема лечения.

Таким образом, доктор лечит уже не симптом, а тем более не пытается влиять на процессы. Он просто назначает лекарства по схеме, рекомендованной при лечении данного диагноза.

Доктор лечит диагноз. А где больной? А больного доктор не лечит. Больной изданной схемы, как вы можете заметить, давно исчез.

Почему же так происходит? Потому что так легче. Потому что проще. Потому что в какой-то мере подобная схема страхует от врачебной ошибки, «от дурака».

Однако эта же схема приводит подчас к менее эффективному лечению. Почему? Дело в том, что диагноз — это условное название, объединяющее ряд похожих по патофизиологическим процессам, по симптомам, состояний организма.

А что такое симптом — опять-таки нечто внешне похожее, но, конечно, имеющее свои особенности у каждого конкретного пациента. У кого слабее, у кого сильнее, у кого в процесс, вызывающий симптом, вовлечено больше тканей и клеток, у кого меньше.

Клинические классификации, конечно, пытаются это учесть, но невозможно усреднить всех больных.

Происходит двойное упрощение — сначала на уровне симптомов, потом на уровне диагнозов. И больной получает некое усредненное лечение с усредненным же результатом.

Отчасти эти упрощения и усреднения компенсируются неспецифическим действием лекарств. Пока еще фактически не существует строго избирательных лекарств. И это позволяет лечить более-менее эффективно по общепринятым схемам.

Тогда к чему этот разговор?

Дело в том, что ошибка «устранения» больного при такой постановке вопроса; симптомы — диагноз — лечение, — приводит к дальнейшим ошибкам. И вот уже доктор не только не думает о том, что происходит с человеком, он уже просто подгоняет жалобы и симптомы пациента под какой-либо диагноз. То есть разбирается не с больным, а с МКБ и иными классификациями болезней, а то и вовсе ставит диагноз, который в МКБ не указан.

Во многом из-за этого возникают жалобы пациентов на неэффективное лечение, на то, что доктор штампует диагнозы. И ведь это правда. Если доктор думает о том, какому диагнозу ♦подходят» имеющиеся симптомы, то у него возникает огромное искушение не заметить какой-либо симптом, не придать ему значения, ибо он портит всю картину и не дает возможности вписать все имеющиеся симптомы в диагноз. И, как вы видите, больной опять исчез. Зато стала очевидна штамповка.

Вот только за штамповку доктора будет ругать лишь пациент. Л за вдумчивый подход, за назначение лечения исходя из понимания патологических процессов на врача может быть наложены весьма серьезные взыскания проверяющими инстанциями.

Если вы думаете, что данная проблема надумана или что она встречается только у молодых врачей, то вы очень сильно ошибаетесь. Однажды мне пожаловался профессор, завкафедрой, что он получил

замечание от контролирующих органов за то, что применял в лечении детей с диагнозом «атопическая астма» антибиотики.

Комиссию не волновало, что в результате такой терапии дети выходили в длительную, очень длительную ремиссию. Что необходимость антибиотикотерапии была подтверждена анализами, обнаружившими оппортунистические инфекции у данных пациентов. Комиссия рассуждала просто; «При диагнозе «бронхиальная астма» антибиотики не назначают», и профессор получил взыскание, и ему испортили много-много нервов. За что? За то, что он думал о больном, лечил больного, влиял на патологические процессы, а не следовал инструкции. Лечил человека, а не его диагноз. А что было бы, если бы на его месте оказался обычный врач, не доктор наук, не кандидат, не профессор?

Вернемся к понятию диагноза. Возьмем, к примеру, самый распространенный диагноз — ОРЗ, острое респираторное заболевание. И что нам в этом описании говорит о причине недуга? Локализация указана. И, собственно, все.

Да, мы знаем, что ОРЗ — это совокупность симптомов. Это немножко приближает нас к понятию патологического процесса. Но сможем ли мы его понять, влиять на него, если будем лечить ОРЗ? Никогда. И по очень простой причине. Восемьдесят процентов ОРЗ вызываются вирусами, а двадцать процентов — бактериями. Лечение в этих двух случаях принципиально разное.

А вдумчивый доктор подумал бы и о других инфекционных агентах, которые могут вызвать подобные симптомы. Хотя бы о грибах. А это третий вариант тактики лечения.

То есть диагноз «ОРЗ» заведомо подразумевает, что если мы выберем тактику лечения вирусного заболевания, то получим двадцать процентов бактериальных осложнений (а может, и больше). А если выберем тактику лечения как при бактериальной природе болезни, то восьмидесяти процентам пациентов дадим лишнее лекарство.

А еще мы не подумали о казуистических причинах, о том, что данное якобы ОРЗ может быть продромом иных болезней.

Есть фраза, приписываемая Юрию Герману. Медицински она неверная, но суть ее точна. «Проказа начинается с малого — она начинается с простуды». И элементарный «школьный» пример: продром кори — типичное ОРЗ.

Но после постановки диагноза отменить или уточнить его довольно сложно. Как в глазах пациента, так и в глазах контролеров. Да и в собственных глазах. Это же неприятно — признавать, что ошибся. Значит, некоторое время доктор будет продолжать лечить ОРЗ, отказываясь менять диагноз.

На пользу это больному? Вопрос риторический.

А вот если доктор будет думать о том, какой процесс происходит в организме, что в реальности, на патофизиологическом, биохимическом уровне прячется за жалобой, за симптомом, если он будет анализировать процессы, то сможет предугадать, заподозрить, предусмотреть изменения. Вовремя, не зажатый инструкциями и диагнозами, изменить схему лечения. И в результате хорошо вылечить пациента.

Этот путь приятнее, интереснее, эффективнее, но и сложнее, и не только в плане проверяющих — доктор вполне может схитрить и написать нужный диагноз — писать одно, а лечить другое. Важно, что этот путь для не ленивых докторов, ибо подогнать человека под диагноз проще и юридически безопаснее, чем разобраться с тем, что происходит на самом деле.

Диагнозы-индульгенции

А есть в медицине еще прекрасные синекуры — диагнозы-индульгенции. Причем как для врача, так и для пациента.

Одна из излюбленных индульгенций — аллергия. Дело в том, что за симптомами аллергии может скрываться довольно большой спектр заболеваний. Это и, как было описано выше, оппортунистические инфекции, и гельминтозы и иные паразитозы, и другие патологии. Но. Диагноз «аллергия» удобен пациенту. И зачем разбираться в причинах симптомов...

Поначалу, может быть, и не очень удобно. Но со временем... можно прогулять физкультуру, можно что-то запретить или разрешить ребенку, можно манкировать своей аллергией, можно давить на жалость, можно... Аллергия — это прекрасная возможность для манипуляций. При этом качество жизни у таких манипуляторов страдает не сильно. Особенно когда им чего-то хочется. А вот когда не хочется... то нельзя завести домашнее животное, нельзя есть это, а нужно готовить что-то специальное — аллергия же!

Думаете, что это удобно только пациенту? А врачу это еще удобнее. Врач может вообще не думать. Вся его работа сводится к выписыванию очередного антигистаминного препарата. И все. И, главное, все довольны.

Но оставим взрослых и их манипуляции на их совести.

Ибо есть дети, и есть родители, жаждущие поставить ребенку диагноз «аллергия». Нет температуры и есть высыпания — все: аллергия. Родителям это, в принципе, простительно. Родителям, но не врачу, который знает, что есть много заболеваний, которые сопровождаются симптомами, похожими на симптомы аллергии. Который должен об этом знать, который, прежде чем ставить диагноз «аллергия», должен исключить все иные диагнозы.

Почему? Да очень просто. Если, например, причиной высыпаний явился аскаридоз или лямблиоз, то вылечить ребенка — дело пары недель. Потому что проблема «внешняя». Агента, вызвавшего жалобы, болезнь, можно ликвидировать, удалить. Быстро и просто. А аллергия

— это внутренняя поломка. И пока еще врачи не умеют эту поломку эффективно исправлять.

О других диагнозах-индульгенциях, например о повышении внутричерепного давления, мы поговорим в следующих разделах.

Диагнозы, которых нет

А еще есть диагнозы... которых на самом деле нет. То есть нет, например, в МКБ, в других международных классификаторах болезней. Многие подобные диагнозы — следствие огромных упрощений, некорректной систематизации и отсутствия в прошлом доступа к международным исследованиям и литературе.

Важно, что эти диагнозы не только не отражают изменения в организме ребенка, но и вводят врача в заблуждение, побуждая к избыточным назначениям и лишним лекарствам. К таким диагнозам, например, относится «модный» дисбактериоз, о котором мы поговорим несколько ниже, к ним же относятся некоторые неврологические диагнозы, например «ПЭП». Большинство детей, приходящих на прием к невропатологу или неврологу, имеют этот диагноз — «перинатальная энцефалопатия (ПЭП)».

Проблема с несуществующими диагнозами появилась отчасти из-за изолированности советских врачей от международных протоколов и школ, в результате возникла избыточная диагностика и неправильная трактовка функциональных и физиологических изменений нервной системы ребенка первого года жизни. Из советского прошлого в настоящее время перетекли устаревшие схемы и методики лечения, подчас чрезмерные.

Изолированное состояние отечественной неврологии привело к тому, что хорошие большие западные исследования были у нас неизвестны, как неизвестны и новые подходы и схемы диагностики и лечения. Одни симптомы оказались недооцененными, другие были переоценены.

Ошибки накапливались и выстраивались в довольно стройную, но ошибочную систему «Солнце вращается вокруг Земли, потому что восходит на востоке, проходит по небосклону и садится на западе. Аналогичным образом ведут себя Луна и звезды. Значит, Земля — центр Вселенной». И это не преувеличение. Это лишь образный пример. Если не интересоваться результатами исследований зарубежных ученых, то можно легко оказаться именно в такой ситуации.

Более того, преспокойно следовать устаревшим и ошибочным представлениям и схемам и лечить. С плохим результатом. Ну и что? Ведь, как мы помним, главное для безопасности врача — следовать инструкции. А инструкция написана давно. А в инструкции «Солнце вращается вокруг Земли»... Тем временем у пациента формируется хроническое заболевание.

Итак, ПЭП — перинатальная энцефалопатия. Диагноз, отсутствующий в международной классификации болезней. Отечественное изобретение. И в отечественной детской неврологии диагноз «ПЭП» был очень удобен. На этот диагноз можно было «списать» массу симптомов. Особенно удобно было ставить ПЭП в неясных, запутанных случаях. То есть это очень удобный диагноз для ленивого врача. Алгоритм такой: врач выслушивает жалобы, осматривает и сообщает высшую истину — у вашего ребенка ПЭП. «Ну что же вы хотите, у вас же ПЭП», «Вам нужно... у вас же ПЭП»... Итак до бесконечности, лет до десяти. Очень удобно, чтобы не утруждать себя поиском реальной причины жалоб. То есть диагноз «ПЭП» не только несуществующий, это еще и удобный для врача, а подчас и для родителей пациента «диагноз-индульгенция».

Диагнозом «ПЭП» можно описать практически любые настоящие или мнимые нарушения, возникающие вследствие патологии и мозгового кровотока и дефицита кислорода. В основе такого диагноза обычно располагаются один или несколько признаков вероятного нарушения, например гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС), синдром мышечной дистонии (СМД), синдром гипервозбудимости, и истинная причина жалоб, пусть даже и связанная с гипоксическим или травматическим поражением мозга, утонет в бесконечных симптомах и синдромах. А если причина жалоб не связана с поражением мозга?

Ведь если провести тщательный клинический осмотр, дополнительные исследования, то процент достоверных диагнозов перинатального поражения мозга (гипоксические, травматические, токсико-метаболические, инфекционные) снижается во много раз. И получается, что большинство детей, которым ставят ПЭП, лечат не от того, что на самом деле им мешает, лечат напрасно. Лечат зря. Лечить-то или вовсе не надо, или надо совсем от другого заболевания, исправлять совсем другой процесс.

Очень часто один ошибочный диагноз ставится на основе другого ошибочного диагноза. Например, «несуществующий» или «модный» диагноз ставится на основании «диагноза-индальгенции». Диагноз «ПЭП» можно поставить, используя «диагноз-индальгенцию» — ГГС (гипертензионно-гидроцефальный синдром) или ВЧД (повышение внутричерепного давления).

Диагноз «внутричерепная гипертензия» (повышение внутричерепного давления (ВЧД)) — один из наиболее распространенных и «любимых» диагнозов. Как у детских невропатологов, так и у педиатров. И этим словом опять-таки можно объяснить практически все жалобы родителей на состояние ребенка. Диагноз этот «универсальнее», чем ПЭП. «Срок» его действия неограничен. Им, например, вполне можно объяснить плохую успеваемость в старших классах. Точнее, повышением ВЧД объяснять плохие оценки нельзя... Но кого останавливает такая мелочь...

Конечно, подобные ситуации редки, а вот плохой сон, плач, вздрагивания, срыгивания, плохой аппетит или малую прибавку в весе, тремор рук и подбородка, ходьбу на носочках, задержку психомоторного или психоречевого развития, а иногда и «вытаращивание» глаз списывают на повышение внутричерепного давления сплошь и рядом. И неважно, что задержка вызвана банальной педагогической запущенностью, а проблемы веса и аппетита — неправильной диетой. ВЧД — удобный диагноз, он объясняет все. Очень удобно для врачей и родителей, которым недосуг.

Кстати, если вы полагаете, что педагогическая запущенность — это проблема детских домов или бедных семей, то вы рискуете сильно ошибиться. Встретиться с этим состоянием, когда в результате лени и невнимательности родителей ребенка уже записывают в аутисты, в коррекционные группы, можно в весьма обеспеченных семьях.

А происходит это так... Папа деньги зарабатывает, мама занимается собой, ребенок с няней. А няне главное поменять памперс и накормить. Большого от нее и не требуют. С ребенком никто не разговаривает, не играет, не занимается. И к году-двум-трем он начинает значительно отставать от своих сверстников как интеллектуально, так и в физическом развитии.

Давайте угадаем с первого раза, какой диагноз будет выгодно услышать родителям этого ребенка? Педагогическая запущенность

(что, впрочем, и не диагноз вовсе) или ПЭП, ВЧД и пр.? Первое — результат их родительских действий, вернее бездействия. Второе — «так уж получилось». В первом случае необходимо нанять педагогов, заниматься самим, тратить силы и деньги. Во втором — няня купит таблетки и отведет в коррекционную группу.

Неужели вы выбрали первый вариант?

Кстати... а как же будут лечить ВЧД у ребенка, который часто плачет и вздрагивает, плохо спит, много срыгивает, плохо ест и мало прибавляет в весе, вытаращивает глаза, ходит на носочках, у которого есть отставание психоречевого и двигательного развития? А лечить будут мочегонными. А никакого повышения внутричерепного давления нет. А каков механизм действия мочегонных, а какие у мочегонных лекарств побочные эффекты?

А ведь мы, при диагнозе «ВЧД», в подавляющем большинстве случаев имеем дело с банальной гипердиагностикой и некорректной трактовкой результатов обследования.

Таким образом, диагноз «ВЧД» — это «диагноз-индугенция». Однако, как и истинная аллергия, ВЧД — существующая и опасная болезнь, требующая лечения. Проблема в том, что, как и диагноз аллергии, этот неврологический диагноз доктора легко раздают направо и налево, не особенно вдумываясь в патофизиологию. А в действительности внутричерепная гипертензия — очень серьезная и довольно редкая неврологическая и нейрохирургическая патология. Она сопровождает тяжелые нейроинфекции, мозговые травмы, гидроцефалию, нарушение мозгового кровообращения, опухоли головного мозга и др. Госпитализация при этом обязательна и неотложна. Госпитализация, а не мочегонные таблетки и коррекционная группа.

Еще одним диагнозом, которого нет, но который можно встретить в картах многих детей, является ММД — минимальная мозговая дисфункция.

Патогенез понятен?

И это так удобно, особенно если нужно «проштамповать» гиперактивного ребенка. А если при этом он не очень-то послушен, если родители или учителя, вместо того чтобы найти индивидуальный подход, хотят, чтобы «сидел смирно»?

А между тем зарубежные врачи критиковали диагноз ММД очень давно, а в 1968 году (почти пол века назад) от него отказались. С 1994 года, согласно DSM-IV, существует СДВГ (синдром дефицита внимания, гиперактивности), что значительно сужает сферу постановки диагноза, отражает процессы, происходящие во время болезни, затрудняет «штамповку» диагноза.

Однако... загляните в карты и выписки своих пациентов... и вы найдете ММД, которого нет.

На ММД, как и на ПЭП, как и на аллергию, валят все, что не вписывается в строгое описание болезни, которая, как мы помним, описывается симптомами. И при описании которой мы совершенно забываем подумать — а что же происходит в организме на самом деле...

Так несуществующая болезнь превращается в «диагноз-индугенцию», позволяющий объяснить все, не разбираясь ни в чем, позволяющий штамповать, а не думать, назначать, а не искать истинную причину.

С помощью диагноза «ММД» можно, не вникая в суть процессов, не особенно задумываясь даже о симптоматике, объяснить родителям, якобы с позиции медицины, и гиперактивность, и плохую успеваемость, и плохое поведение, непослушание, неусидчивость их ребенка. Ну а если родители спросят, в чем же причина ММД, «находчивый» врач всегда имеет ответ — ПЭП. Круг псевдодиагнозов замкнулся.

В медицине есть понятие «порочный круг», его часто используют для описания патогенеза заболевания, а также для понимания того, в каком месте и каким лекарством (действием) этот порочный круг надо разорвать, чтобы вылечить больного.

В данном случае мы видим типичный «порочный круг» мышления врачей, которые на самом деле совершенно не хотят думать и анализировать причины изменений в организме пациента. И разорвать этот круг довольно просто. Если удалить диагнозы-обманки, ММД и ПЭП, то доктору волей-неволей придется задуматься: а что же происходит с ребенком, откуда берутся жалобы и симптомы, надо ли его лечить или нет. Ведь самое неприятное в диагнозах, которых нет, — это то, что они ставятся совершенно здоровым детям. И этим

здоровым детям назначается лечение, а назначаемые лекарства далеко не всегда безобидны.

Еще одна проблема для пациента, связанная с «диагнозами-индальгенциями» или диагнозами, которых нет, — после постановки диагноза уже никто — ни пациент, ни доктор — не задумываются, а так ли все на самом деле, верен ли диагноз, схема лечения? К чему это может привести? К хронизации, к развитию болезни, к появлению новых болезней и даже к вреду другим людям.

Ведь если ребенку вместо визита к психологу, логопеду, вместо создания индивидуальных условий и режима дня назначают при диагнозе «ММД» таблетки, которые просто глушат его активность, то чем это отличается от таких методов «воспитания», как розги или чулан?

Диагноз «ММД» почти всегда автоматически приводит к назначению большого количества бесполезных, а иногда и просто вредных лекарств. А если не лечить простейших, поставив диагноз «аллергия»? А если лечить ВЧД, которого нет, мочегонными препаратами? Хорошо ли будет ребенку?

Но до сих пор врачи используют эти диагнозы, а многие мамы школьников начинают свой рассказ сообщениями: «У нас ММД (ВЧД, дерматит, аллергия, дисбактериоз). И мы принимаем это...»

Говоря о несуществующих диагнозах, невозможно не упомянуть о ВСД — вегетососудистой дистонии. Вегетососудистая дистония — устаревший медицинский термин, который ранее объединял огромную группу совершенно разных по своей природе болезней, в советское время этот «универсальный» диагноз прижился в терапии, неврологии и психиатрии. На диагноз «ВСД» легко можно свалить практически любые незначительные или непонятные врачу жалобы пациента. И если пациент по симптоматике «не вписывается» в нужный врачу диагноз, то он может, не особо задумываясь о причинах жалоб, ставить вегетососудистую дистонию и «умывать руки»,

А от того, что в карте написано «ВСД», назначены таблетки и прочее лечение, яснее, что происходит с пациентом на самом деле, не стало. Что происходит с пациентом в реальности, так никто и не понял. А это неважно. Инструкция-то выполнена. И ведь не каждому пациенту хочется разбираться, что с ним на самом деле случилось... А если диагноз «ВСД» поставил профессор... И какой-то молодой врач

берет этот диагноз под сомнение... Много ли найдется таких смельчаков? И диагноз «ВСД» прекрасно себя чувствует и кочует из карты в карту.

На объяснение того, что такого диагноза нет, у доктора уходят дополнительные силы и время. При этом шансы, что врач может попасть в немилость к пациенту, вызвать его недоверие, довольно высоки. Ведь как же так... «попы нет, а слово есть». Ведь диагноз поставлен врачом, ведь есть книги, есть Интернет... на фразу «вегетососудистая дистония» поисковики находят сотни тысяч страниц, а на «ВСД» — миллионы.

Подогнать под диагноз

То, что у доктора возникает желание «подогнать больного под диагноз», мы уже разбирали. И разбирали даже объективные причины этого, когда понятие о патогенезе подменяется симптомами, а комплекс симптомов заменяется диагнозом. При этом неудобные симптомы, не вписывающиеся в диагноз, просто выпадают, игнорируются врачом. И доктору нужна хорошая самодисциплина, хороший ум и достаточно времени, чтобы не только остановить себя на этом пути, но и найти верное решение, основанное на патогенезе.

В принципе, в теории все довольно просто. Если у больного есть жалоба, доктор должен понять, в чем причина этой жалобы. А если у больного есть некий симптом, который заметил доктор, то важно понять, что было причиной появления этого симптома.

Классическим можно считать пример диагноза «ОРЗ» у детей трех, четырех, восьми месяцев жизни, т. е. у грудничков до года. Итак, мама вызывает доктора к ребенку с температурой, соплями, а может быть, и кашлем...

Что видит доктор — гипертермию, ринит, кашель. Эти **симптомы** прекрасно укладываются в диагноз «ОРЗ». И ребенок получает лечение по полной программе. А если быть немножко внимательнее, немножко поговорить с мамой, чуть дольше понаблюдать ребенка, то выяснится...

Во-первых, что мама кормит грудью, а у большинства детей на грудном вскармливании простудные инфекционные заболевания крайне редки, даже если простужается кто-то из родителей. Иммуноглобулины матери, как считается, ибо иного объяснения пока неизвестно, довольно хорошо защищают ребенка от вирусной инфекции. Это первый звонок, что что-то в диагнозе не клеится, и хороший доктор не имеет права игнорировать эти данные.

Во-вторых, оказывается, что ребенок почему-то все время пускает слюни и сует все что попало в рот — руки, пеленки, игрушки...

В-третьих, внимательный доктор задумается — а какие процессы в этот момент происходят с ребенком в норме.

И что получится?

Надеюсь, что вы уже прекрасно поняли ошибку нашего гипотетического педиатра. У ребенка режутся зубки.

Давайте еще раз проанализируем ситуацию, исходя из понимания процессов, а не из перечисления симптомов.

Итак, до года у ребенка в норме появляются молочные зубы. И мы прекрасно знаем, что этот процесс часто сопровождается слюнотечением, повышением температуры, местным раздражением, вынуждающим ребенка «чесать» десны.

Задумаемся: а как же происходит само прорезывание зубов? Откуда, куда и как они растут? Мы запросто обнаружим, что в челюсти есть зачатки зубов, что находятся они под слоем эпителия, слизистой. Чтобы зубу вылезти, ему нужно не только увеличиться в размерах, но и прорвать достаточно плотную ткань (хотя она и считается мягкой).

Зуб начинает увеличиваться. А вокруг него не воздух, который можно сжать, и даже не жидкость, которую можно перераспределить. Вокруг клетки, сосуды, нервы, ткань, и растущий зуб давит на них. А когда есть давление, возникает боль. А когда давление разрушает клетки, может возникнуть воспаление, высвободятся медиаторы воспаления, гистамин. А зуб продолжает давить, а кругом нервные клетки, рецепторы, а организм еще не столь умен, как организм взрослого, многие реакции столь же избыточны, как и крик, беспокойство малыша.

Маленький организм пытается придумать компенсаторный механизм, уменьшить боль, воспаление. Но как? И начинается усиленная продукция всего — движений, плача, слюней. А вслед за слюнями возникают сопли. А сопли, стекая по задней стенке глотки, раздражают ее, возникает кашель. А если есть воспаление, то повышается температура... И вот и получился сопливый, кашляющий ребенок с температурой... но без простуды.

Что же делать? Симптомы одинаковые, а патогенез разный. Лечение простуды, если речь о зубах, будет явно лишним. А если это не зубы, а простуда, то она может осложниться, например, пневмонией, а пневмония у грудничков весьма скоротечна...

Задача врача — найти выход.

Так как простуда у грудничков редкость, то врач может предположить, что, скорее всего, это все-таки зубы. Как помочь ребенку? Можно назначить специальный гель для прорезывания зубов

— обезболивающий гель для слизистой рта у грудничков, их много во всех аптеках с разными названиями. И рецепт не нужен. Возможно, только применение этого геля остановит «простуду», а эффективное лечение — лучшее доказательство правильного диагноза. Можно дополнить лечение антигистаминным препаратом, задача которого — повлиять на непосредственную причину всех жалоб — воспаление в десне. Антигистаминный препарат будет уменьшать отек, а значит, и боль, а значит, и все остальные системы начнут «успокаиваться». Меньше станет соплей, а это уменьшит кашель, и ребенок будет спокойнее, так как боль уменьшится. И температура снизится, если воспаление пойдет на убыль. И все это произойдет достаточно быстро.

В течение суток-двух можно будет оценить эффективность терапии. Врач при этом прекрасно помнит, что в его арсенале нет лекарств, которые могли бы влиять на вирусы, вызвавшие простуду (если это она). Все, чем располагает врач, влияет только на симптомы вирусной простуды — на кашель, на насморк, на температуру. Но не на вирус, не на причину. И врач помнит, что и насморк, и кашель позволяют выводить из организма и метаболиты, и вирусные частицы, а значит, не стоит без особой необходимости влиять на эти симптомы. А температура... если она ниже 38, то жаропонижающие лекарства на нее фактически не действуют. И доктор знает, что назначать антибактериальное лечение при простуде, как правило, неэффективно, что нужно подождать два-три дня, что ребенок может сам справиться с вирусом и не допустить присоединения бактериальной инфекции. А ведь мы как раз про пару дней и говорим. И все получается прекрасно, если исходить из патогенеза. Ведь мы, если вы заметили, пока даже не заикались о диагнозе.

Итак, первые пару дней мы предполагаем, что у ребенка прорезываются зубы, и стараемся облегчить его состояние. Если положительная динамика наблюдается, то мы продолжаем в том же духе. Если же нам не удастся облегчить ребенку жизнь, то мы понимаем, что дело не только и не столько в зубах, которые пока не сбрасываем со счетов, но и в чем-то другом.

Понимаем и начинаем копать и анализировать заново. Ибо прошло два дня, что-то изменилось, нужно опять «плясать от печки». То есть от понимания патогенеза, от понимания процессов, которые

происходят в организме и являются причиной жалоб и симптомов уже на этот, отстоящий на несколько дней, момент.

В данной книге у нас нет задачи подробно разбирать патогенез, симптоматику или дифференциальную диагностику отдельных заболеваний или состояний. Наша задача — увидеть, что не все и не всегда является тем, чем кажется на первый взгляд, что за самым простым и очевидным может оказаться что-то прямо противоположное, и задача врача — научиться это «что-то» видеть, научиться подозревать, искать, находить.

А вот пример еще одной распространенной ошибки, когда педиатр пытается подогнать пациента под диагноз, а не искать причину — аллергия на молоко. Очень часто грудным детям ставят такой диагноз.

Конечно, грамотный врач заметит здесь, что диагноза «аллергия на молоко» не существует. И будет прав. Вот только педиатры такой диагноз ставят, после чего отлучают ребенка от груди и переводят на соевые смеси.

А самое интересное в том, что аллергия на белок молока встречается крайне редко. По мнению некоторых немецких специалистов, не чаще, чем в двух процентах от всех аллергий у детей до года.

И тут нас поджидает новая цифра. А сколько у детей с высыпаниями аллергий? И оказывается, что, уже по отечественным данным, из всех состояний, сопровождаемых кожными высыпаниями, аллергий не более пятнадцати процентов. А все остальное не аллергии. То есть процент детей с аллергией на молоко ничтожно мал по сравнению с процентом детей, переведенных с грудного вскармливания на соевые смеси. Детей с аллергией на молоко менее трех десятых процента от всех детей с высыпаниями. Но и этих детей, и остальных начинают лечить от аллергии. В восьмидесяти пяти процентах случаев лечить не от того, чем болен ребенок.

Если вместо перелома руки лечить у больного несуществующий насморк, то вряд ли пациент это будет терпеть и несколько минут. Но в случае аллергии подобное «лечение» длится годами,

А все почему? Потому что лень проанализировать, лень прочитать книгу, услышать цифры на лекции, лень интересоваться и думать. И

опять пациенту ставится тот диагноз, который проще. В книге описано, симптомы похожи, решено — аллергия.

После появления модного диагноза «дисбактериоз» мода на диагноз «аллергия на молоко» несколько уменьшилась. И хотя дисбактериоз тоже не диагноз, при нем, как и при аллергии на молоко, тоже могут быть изменения стула, сыпь, и хотя дисбактериоз также нуждается в коррекции, как и аллергия в лечении, проблема постановки «удобного, модного» диагноза и назначение стандартного лечения — практика гораздо более широкая, чем выяснение истинных причин изменений в характере стула или причин, повлекших изменения на коже.

Что же делать?

Разбираться с тем, что же такое этот «модный» диагноз, ибо их будет еще много на врачебном веку. А главное «плясать» не от описания симптомов в книжке, а от попытки понять, что в данный момент происходит в организме. И может ли это «что-то» вызвать наблюдаемые симптомы и жалобы.

«Модные» диагнозы

Поговорим, раз уж начали, о дисбактериозе, помня, что перед нами не стоит задача досконально изучить это заболевание. Наша задача — научиться находить ошибки в своих рассуждениях, научиться хватать себя за руку, когда она тянется написать «удобный» диагноз.

Представьте себе, что к вам приходит пациент с анализом мочи, в котором есть некоторые изменения, но они более-менее в границах нормы, а если и выходят за границы, то существуют изолированно, без сопутствующей симптоматики. Например, обнаружены бактерии или слизь. Особенно у девочки. Или ацетон, но у ребенка после температуры.

Вы побежите лечить цистит, пиелонефрит, уретрит, сахарный диабет? Нет, конечно. Вы прекрасно знаете, что нужно анализ пересдать, что слизь и бактерии могут быть результатом плохо вымытой баночки или плохо подмытого ребенка. Вы знаете, что после высокой температуры в анализе мочи в норме бывает ацетон.

Но если к вам придет ребенок с анализом на дисбактериоз, пусть даже и без клинических симптомов, жалоб, вы начнете его усиленно лечить? А может, все-таки пересдать? А может быть, если, например, есть жалобы, не пытаться их «притянуть за уши к анализу», а поискать настоящую причину?

Есть такой анекдот. Пусть это будет лирическим отступлением от многословной медицинской темы.

Ползает под фонарем в луже пьяный мужик. К нему подходит полисмен и спрашивает:

— Ты что здесь делаешь?

— Ключи ищу

— А где ты их обронил?

— Да вон там.

Пьяница машет рукой в сторону канавы.

— А что же ты их здесь ищешь? — удивляется полисмен.

— А здесь светлее.

Для педиатра «фонарем» является бланк анализа: «Вот же изменения». И дальше не нужно думать — знай назначай пробиотики. Может быть, не стоит искать, как алкоголику из анекдота, «где светлее», а искать там, где потерял?

А ведь существует довольно большое количество изменений, которые совершенно истребуют никакой коррекции, не говоря уже об изменениях, которые вызваны иными причинами. Дело в том, что дисбактериоз — это, как правило, вторичное состояние. То есть не дисбактериоз является причиной запоров, а запор — причина дисбактериоза. Но проще назначить лечение того, что «под фонарем», чем рыскать в поисках настоящей причины «в темной канаве».

Вы, конечно, знаете, что даже анализ крови изменяется в течение дня. Состояние микрофлоры кишечника также весьма вариабельно. На показатели анализа могут влиять прорезывание зубов, ОРЗ, введение новых продуктов питания. Как правило, дисбактериоз, возникающий в этом случае, корректируется организмом самостоятельно. Исчезает без следа и лечения, как синяк, с течением времени.

И у детей, И у взрослых встречаются компенсированные формы дисбактериоза кишечника, когда возможностей организма хватает, чтобы дисфункция не развилась. Есть ситуации, когда в кишечнике присутствует условно-патогенная флора в большом количестве, но при этом опять же жалоб нет. Это может быть связано с низкой протеолитической активностью ферментов этой флоры или, иначе говоря, низкой патогенностью (болезнетворностью). в этих случаях можно оставить эту слабо патогенную флору в покое.

Существуют вторичные дисбактериозы кишечника, возникающие на фоне других заболеваний, сопутствующие им и проходящие практически самостоятельно при излечении от основного заболевания. Такими заболеваниями являются глистные и паразитарные инвазии, хронические инфекционные заболевания, эндокринные заболевания. Обычно дисбактериоз в этих случаях отягощает течение основного заболевания, но лечить нужно прежде всего главную причину, ограничившись минимальной микробиологической коррекцией нарушений состава микрофлоры кишечника.

Таким образом, при решении вопроса о необходимости коррекции дисбактериоза врач должен прежде всего ориентироваться на состояние пациента. Если дисбактериоз кишечника не сопровождается

стойкими проблемами со стороны желудочно-кишечного тракта, кожными реакциями (дерматит) и др., то можно избрать выжидательную тактику и коррекции не проводить.

Также не требуют микробиологической коррекции следующие отклонения в составе кишечной микрофлоры:

- ◆ Увеличение количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью (более 300–400 млн/г);

- ◆ Увеличение количества кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью (более десяти процентов), если нет жалоб;

- ◆ Увеличение количества энтерококков (более двадцати пяти процентов), если нет жалоб;

- ◆ присутствие негемолизирующих кокков (эпидермальный или сапрофитный стафилококк, стрептококки) до двадцати пяти процентов, если нет жалоб;

- ◆ наличие условно-патогенных микробов (гемолизирующая кишечная палочка, протей, клебсиелла, лактозонегативные энтеробактерии, золотистый стафилококк) в количествах, не превышающих десяти процентов, если нет жалоб (это могут быть транзиторные бактерии);

- ◆ наличие грибов *Candida* в количестве 10^5 или любых условно-патогенных бактерий в количестве, не превышающем 10^5

- ◆ любое увеличение числа бифидобактерий и лактобактерий;

- ◆ снижение числа бифидобактерий и лактобактерий до 10^6 ;

- ◆ снижение количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью до 100 млн/г у детей до I года и до 200 млн/г у старших детей и взрослых;

- ◆ снижение количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью не требует назначения колисодержащих препаратов (колибактерин), так как чаще всего такое снижение является вторичным в ответ на существование в организме очагов хронической инфекции (часто глистов) и кишечная палочка самостоятельно восстанавливается при ликвидации этих очагов.^[1]

Если врач видит выраженный дисбактериоз по анализам, но при этом отмечает отсутствие каких-либо существенных жалоб, т. е. несоответствие анализа клинической картине, нужно обязательно подробно выяснить, правильно ли собран анализ (стерильная посуда и

ложка для забора материала, сроки доставки в лабораторию). При сомнениях анализ желательно повторить.

Возможно, в будущем, когда вам попадется анализ на дисбактериоз, диагнозы «аллергия», «ВСД», «ПЭП» и прочее, вы вспомните этот анекдот и попыдаете найти причину болезни там, где она есть, а не там, «где светлее».

А вот еще один пример «модного» диагноза. Гипертонус.

Что же такое мышечный тонус и за что его так «любят» невропатологи? Посмотрите в медицинскую карточку. Практически у любого ребенка там есть диагноз «мышечная дистония», «гипертонус» или «гипотонус». Если нет, то, вероятно, этот ребенок еще не был на приеме у невропатолога. Изменения мышечного тонуса могут быть, в зависимости от степени выраженности, как вариантом нормы (чаще всего), так и серьезной неврологической проблемой, что бывает гораздо реже.

Рассмотрим сначала реально серьезные случаи — акушерский парез руки, травматический парез ноги. В этом случае и диагноз, и серьезная терапия оправданны. Бывают случаи дистонии, которые могут привести к кривошее или сколиозу. Их диагностировать уже труднее. Можно переборщить. Проблема с гипертонусом, с гипотонусом, с дистонией лежит не столько в плоскости ятрогенной ошибки, сколько в плоскости гипердиагностики.

Давайте посмотрим, на основании чего мы судим о тонусе. «Мышечная гипотония сопровождается снижением сопротивления пассивным движениям и увеличением их объема» (по С.В. Зайцеву). Этот критерий оценивается врачом субъективно. «Может быть ограничена спонтанная и произвольная двигательная активность, прощупывание мышц несколько напоминает мягкое тесто». И это врач оценивает на основании своих ощущений. А доктор не машина...

«Мышечная гипертония сопровождается увеличением сопротивления пассивным движениям и ограничением спонтанной и произвольной двигательной активности» (по С.В. Зайцеву). И опять субъективная оценка выраженности, да и наличия симптома.

Пожалуй, только дистонию можно более-менее «поймать», несмотря на субъективность, ибо врач сравнивает правую часть (руку, ногу) и левую, верх и низ (руки с ногами).

Но **и в** случае дистонии может возникнуть промашка, потому что к субъективности врача всегда добавляется настроение ребенка. Немудрено, что наиболее распространен симптом гипертонуса — ребенку страшно на осмотре, он «зажимается». И в этом случае можно не только ошибочно поставить гипертонус, но и неверно трактовать дистонию, поскольку при дистонии в покое может быть один тонус, а при стрессе, испуге, осмотре он может значительно возрасти.

Часто по результатам одного-единственного осмотра довольно трудно судить о мышечном тонусе. Особенно если осмотр проходит на фоне страха, голода, сонливости, плача, беспокойства ребенка.

Результат гипердиагностики «гипертонусов» — появление еще одной индульгенции. Еще одного диагноза, на который можно свалить не только медицинские проблемы, но и родительское невнимание — педагогическую запущенность.

Опора на анализы и исследования

Раз мы плавно с разговора об анамнезе и осмотре сместились в сторону анализов, то давайте обсудим роль анализов в постановке диагноза и то, какие ошибки нас могут подстерегать здесь.

Как вы уже, наверное, заметили, некоторым пациентам нравится, когда доктор «видит насквозь», когда он, как волшебник, без долгих опросов и анализов, сразу, едва взглянув на пациента, ставит диагноз. Возможно, виной тому нежелание обследоваться, торопливость, а возможно — вера в чудо.

Отсюда и увлечения разными целителями, компьютерной диагностикой и прочим. Но это — за рамками медицины, так как не имеет отношения ни к реальной диагностике, ни к качественному лечению. Однако это всегда искушение для врача — быстро и эффектно поставить диагноз, стать на мгновение волшебником так приятно. И типичнейший пример, когда доктор не может устоять перед искушением, — это УЗИ-исследование.

Диагноз по УЗИ встречается в практике довольно часто. При этом каждый врач УЗИ прекрасно знает, что есть понятие триады симптомов, что по одному исследованию, одному анализу, одному симптому диагноз ставить весьма рискованно, а иногда и просто нельзя. Тем не менее врач УЗИ часто ставит диагноз только на основании своего УЗИ-исследования, даже не опрашивая и не

осматривая пациента, не заглядывая в его карту. Тем же довольно часто грешат и рентгенологи.

Однако нам важно помнить, что все, что может сделать рентгенолог или врач УЗИ, — это качественно описать свое исследование, описать то, что он увидел, и отправить это описание лечащему врачу.

Очень часто диагнозы ВЧД, поставленные врачом-рентгенологом на основании «пальцевых вдавлений», никоим образом не подтверждались клинически. Популярный «поликистоз» — диагноз, который любят ставить врачи УЗИ в гинекологии и на основании его отправляют женщин на лечение, а то и на операцию, не имеет в реальности никаких иных доказательств и является ошибочным. И результатом такой ошибки может стать операция.

Отдавая дань уважения навыкам и знаниям врачей УЗИ и рентгенологов, все-таки следует признать, что они, также как и медсестры или фармацевты, не имеют права выносить клинические суждения, ставить диагноз и определять тактику лечения.

Важно, чтобы лечащий доктор не попал под обаяние или авторитет этих специалистов и не пошел по простому, но ошибочному пути их диагноза. Диагноз нужно ставить самому. И если больной попал к вам на прием, то какой бы академик до вас ни консультировал ребенка, какие бы диагнозы ему ни ставили, сейчас это ваш пациент и вам нужно «плясать от печки», заново собирая анамнез, анализируя, ища причину симптомов и жалоб.

Если подтвердится поликистоз, что ж — хорошо. А если нет — вы уберегли пациента от излишнего лечения. Сохранили ему время, деньги, нервы и здоровье.

В педиатрии часто встречается синдром гидроцефалии. И такое заболевание реально существует. Вот только определяют его часто лишь на основании НСГ. А это очень опрометчиво. Что видит доктор на НСГ? Увеличение внутричерепных и внутримозговых пространств, заполненных спинномозговой жидкостью.

Но доктор не может сказать — прогрессирует ли это состояние или оно было, сформировало расширенные полости, «пальцевые вдавления», другие анатомические дефекты и прошло, компенсировалось, излечено самим организмом.

А ведь у врача, который делает НСГ, рентген или даже томограмму, нет ни анамнеза данного ребенка, ни данных осмотра. Он видит только то, что видит в данный момент времени. Любая попытка экстраполяции этих данных как в прошлое, так и в будущее может привести к ошибке. Для решения вопроса о гидроцефалии нужно принимать во внимание не только данные исследования, но и результаты осмотра, жалобы и т. д. Но доктор, работающий за большим аппаратом — УЗИ, томографом, вызывает подчас у пациента большее доверие, чем обычный терапевт (педиатр), в распоряжении которого есть только голова и фонендоскоп.

Истинная гидроцефалия, которая требует лечения, так же как и внутричерепная гипертензия, встречается относительно редко... В большинстве случаев данный диагноз ставится именно на основании однократного исследования, незначительного увеличения желудочков, а то и просто на основании визуально «большой головы» и полном отсутствии жалоб или иных симптомов гидроцефалии.

Особо опасно торопливо судить о гидроцефалии только на основании большого размера головы. Это может быть обусловлено как банальной наследственностью (ведь к доктору пришла миниатюрная мама, оставив громадного папу дома), так и, например, рахитом.

В связи с развитием технических возможностей врачи стали видеть многочисленные «пороки» — хорды в сердце, псевдокисты и т. д. и все это звучит страшно, особенно для пациента, а опасно не более чем дополнительная сесамовидная косточка. Какие-то из этих «пороков» самостоятельно исчезают, зарастают с возрастом, какие-то остаются на всю жизнь. Долгую, здоровую и счастливую. Важно, чтобы врач потратил время и объяснил все это родителям, иначе можно получить залеченного ребенка. И не только врачами, но и знахарями, шарлатанами, самими родителями.

В то же время, если у доктора есть подозрения, в том числе на повышенное внутричерепное давление, то ребенка необходимо тщательно обследовать и наблюдать. Наблюдение и обследование безопасны для ребенка, в отличие от неадекватного лечения. В процессе этих наблюдений врач сможет уточнить или опровергнуть свои подозрения, найти точную схему лечения или убедиться в том, что здоровью ребенка ничто не угрожает. Так что лучше не искушаться волшебством быстрого диагноза. Любое излечение выглядит как

небольшое волшебство. Особенно когда вопреки всем окружающим авторитетам удастся разгадать реальную причину болезни и вылечить ее.

В качестве шутки можно заметить, что быстрее всего получается вылечить болезнь, которой нет.

Как это происходит в безобидном случае?

У детей довольно часто на аускультации можно услышать шумы в сердце, особенно если и фонендоскоп, и слух у врача хорошие. Логично в этом случае заподозрить порок и отправить пациента на УЗИ для исключения или подтверждения этого диагноза.

А на УЗИ врач сообщает: «У вас дополнительная хорда». Пациент почти в обмороке — это же УЗИ сердца, это же порок, но доктор тут же, увидев бледный вид пациента, сообщает, что это вариант развития, что все нормально. Шуметь будет всю жизнь, но не более того.

А если говорить серьезно, то вернемся к диагностике «по бумажке». На этот раз реального пациента нам заменит не рентгенограмма, а бланк анализа.

Диагноз по анализу

Начнем с того же дисбактериоза. Ни одному врачу не придет в голову ставить пациенту какой-либо диагноз на основании одного лишь анализа мочи, одного лишь клинического или биохимического анализа крови или посева на флору. Однако когда речь заходит об анализе «на дисбактериоз», который, по сути, является лишь расширенным анализом посева на флору, доктор зачастую запросто ставит «дисбактериоз» и назначает лечение, даже не особо соотнося данные анализа с клинической картиной.

Получается, что доктор ставит несуществующий диагноз, ибо дисбактериоз — это лишь описание микробиологической картины, которую видно в анализе, вернее, в чашке Петри, используя этот «диагноз» как диагноз-индальгенцию — «что же вы хотите — у вас же дисбактериоз».

Посмотрим на это внимательнее.

Предположим, что у нас есть анализ крови со сдвигом формулы влево, или с повышением количества эозинофилов, или даже с лейкоцитозом. Ни один доктор в здравом уме не будет лечить «сдвиг формулы» или лейкоцитоз, а будет искать причину этого сдвига, причину увеличения количества лейкоцитов.

В случае же с дисбактериозом в реальности доктор имеет тот же самый сдвиг — чуть меньше нормофлоры, чуть больше условно-патогенной флоры. Но считает это достаточным основанием для того, чтобы начать лечение дисбактериоза, не пытаясь найти причину, проанализировать ситуацию.

Однако если бы доктор у одного и того же ребенка взял анализ на дисбактериоз два-три дня подряд, он бы увидел, что картина в анализе довольно сильно меняется.

Но доктор этого не сделал. Да и дороговато это. И тогда он назначает лечение по бумажке (по бланку анализа), и лечение это он назначает той же бумажке — анализу. Он хочет исправить цифры анализа. Вот только лекарства придется пить пациенту, а не бумажке.

И что подчас получается. Очень часто параллельно с дисбактериозом у пациента есть запоры. А что такое запор, если

смотреть на это состояние со стороны микрофлоры кишечника?

Кишечник постоянно санируется. Это, в числе прочего, позволяет влиять на микрофлору кишечника и поддерживать ее нормальный баланс. При запоре, с одной стороны, прекращается нормальная ежедневная санация, а с другой — перистальтика кишечника значительно отклоняется от нормы (иначе и запора бы не было). Как первое, так и второе благотворно для размножения условно-патогенной флоры. То есть для развития дисбактериоза. Это значит, что при запоре можно сколь угодно долго лечить следствие — дисбактериоз, если не влиять на причину — запор.

Но, как мы помним, доктор назначил лечение бумажке, анализу. Его не интересовала причина, не интересовало докопаться до сути, понять, почему возник дисбактериоз, в чем его причина. И лень доктора породила ложный диагноз-индугенцию — дисбактериоз, и лечение бумажки, лечение следствия вместо лечения причины, а это, в свою очередь, породило следующую ложь, и когда пациент рассказал про запор, доктор поставил «телегу перед лошастью», то есть объявил дисбактериоз причиной запоров.

Если вы думаете, что приводимые примеры надуманны, то это, увы, не так. Все, что описано в этой книге, взято из практики моей или моих коллег.

Так почему же доктору раз за разом сходит с рук подобное лечение бумажки вместо лечения пациента, почему он сам не замечает порочности своих действий и логических изъянов в своих рассуждениях? Все очень просто — пациенты выздоравливают. Не все, не очень быстро, но выздоравливают.

А причина кроется в одной крылатой фразе: «Несмотря на все старания докторов, больной поправился». Именно это и происходит очень часто в практической медицине.

Дело в том, что арсенал врача, при всей кажущейся громадности, весьма скуден. Знания о человеческом организме и патологических процессах до сих пор весьма поверхностны. Лет через сто доктора будут с ужасом читать про наши методы лечения — они-то будут иметь строго избирательные лекарства, великолепную диагностику, более глубокое понимание патологических и нормальных процессов в организме. Мы будем казаться им цирюльниками, которые используют кровопускание при любом заболевании.

Так вот, кроме врача, лекарств, на пациента воздействует огромное количество факторов. Действия врача во многих случаях — не более чем костыль при переломе. Кость срастается не из-за того, что у пациента есть костыль, а из-за процессов, проходящих в организме.

Так и в нашем конкретном примере — организм прекрасно видит и ощущает неполадки. И лишь опосредованно сообщает нам о них через симптомы.

Вы прекрасно знаете, что ежедневно в наш организм попадает множество бактерий и вирусов, в нас постоянно образуются раковые клетки. Но мы этого не замечаем и не ощущаем. Мы здоровы. Организм вполне справляется сам.

Лишь изредка патологические процессы дают нам знать о себе в виде симптомов. Но это не значит, что организм не справился и забросил работу. Это означает лишь, что организму нужен костыль, чтобы ему было легче пройти путь от болезни к здоровью.

Иногда доктор с помощью анализов-индульгенций, подгонки под диагноз, ошибочной терапии не дает организму костыль, а ставит подножку. И это затрудняет путь к выздоровлению. Но все-таки доктору надо очень сильно постараться, чтобы значительно помешать пациенту выздороветь.

Особенно ярко **ЭТО** проявляется в педиатрии, когда организм растет, клетки быстро делятся, восстанавливаются, дифференцируются. Можно сказать, что дети выздоравливают сами — главное им не помешать.

Это и есть, иными словами, «не навреди». Если доктор назначает лечение, то он должен быть абсолютно уверен, что это именно тот костыль, который нужен больному, в противном случае лучше немножко подождать, подумать, оглядеться в поисках более подходящего лечения.

Еще один случай, когда лечение анализа, лечение бумажки подменяет лечение болезни, пациента, а порой является просто излишним. Это диагностика лактазной недостаточности.

Что происходит в этом случае? Приходит мама с жалобами на изменения в стуле, боли в животе, и доктор, идя по пути наименьшего сопротивления, вместо анализа состояния ребенка начинает искать «подходящий» диагноз. Диагноз, в который более-менее уложится симптоматика пациента. И, как вы уже заметили, в описанную

симптоматику может уложиться весьма большое количество диагнозов, в том числе и варианты нормального развития ребенка. Доктор отправляет пациента на анализ кала на углеводы, анализ на дисбактериоз и маму на посев молока (молоко на стерильность, микробиологическую чистоту грудного молока). И уж в одном-то анализе какие-нибудь изменения будут. Иначе доктор будет поставлен в тупик — к нему же пришли за диагнозом, за лечением, а ребенок здоров...

И если в анализе на дисбактериоз все хорошо, то уж углеводы точно будут повышены, и доктор радостно ставит диагноз «лактазная недостаточность». И хорошо еще, если он всего лишь назначит ферменты. А ведь врач может решить провести массированное лечение. И тогда он отменит грудное вскармливание и переведет малыша на безлактозную смесь. Облегчит ли он ребенку жизнь? Конечно, нет. Ведь сплошь и рядом лактазная недостаточность — транзиторное, проходящее состояние, в большинстве случаев категорически не требующее лечения.

Но теперь, так как доктор решил лечить бумажку, маленькому человеку, кроме адаптации к окружающему миру, роста, развития, придется утилизировать лекарство. И делать это без поддержки мамы, без естественного для младенца грудного вскармливания, без защиты материнскими иммуноглобулинами, без максимально удобного для переваривания материнского молока.

Конечно, ребенок в большинстве случаев справляется с этой нагрузкой. Вот только нужна ли она была? Стоило ли подвергать ребенка риску вирусной инфекции, отменив материнскую защиту? Стоило ли вообще все это делать, если цель была исправить показатели анализа? Ведь если бы доктор подождал пару месяцев, поискал бы истинную причину жалоб или понял, что это не жалобы, а вариант нормы, то цифры в анализе нормализовались бы без всякого лечения.

Так что мы будем лечить? Ребенка или бумажку?

Если нужно лечить бумажку, то давайте напишем в другой бумажке, карте ребенка, все назначения, а ребенка и маму отпустим домой расти и радовать друг друга?

Но мы забыли о том, что мама принесла еще и анализ молока на стерильность... А там тоже изменения. И вот доктор, не особенно

задумываясь о технологии анализа, о том, какая флора высеяна, о том, каким образом влияет это на ребенка и влияет ли вообще, отменяет грудное вскармливание и назначает маме массажное лечение.

Создается ощущение, что доктор считает, что человек постоянно живет в гнотобиологическом изоляторе. А между тем любой человек постоянно окружен бактериями и вирусами. Бактерии прекрасно живут и в кишечнике, и на слизистых, и на коже. Иногда просто живут, иногда даже приносят человеку пользу. Но в тот момент, когда доктор смотрит на результат посева сцеженного молока, он считает мир абактериальным. Он забывает, что бактерии и вирусы ежедневно попадают в ребенка через игрушки, через руки, через соску. Что все, что окружает ребенка, включая воздух, не стерильно. И доктор бросается лечить обнаруженный у мамы в посеве стафилококк... эпидермальный. То есть представителя нормофлоры кожи, который попал в пробу при сцеживании, который ребенку ничем не угрожает и безопасен и для мамы. Но он стафилококк, а в посеве написано, что он чувствителен к антибиотику, а этот антибиотик при грудном кормлении нельзя давать... И вот доктор отменяет грудное вскармливание и назначает этот антибиотик.

Зачем? А потому что бумажка! А бумажка важнее пациента. Помог доктор ребенку и маме или помешал? Вы думаете, что я все это придумал? К сожалению, нет.

Есть ли вина доктора в этих назначениях? Конечно. Но есть и вина пациента. Он хочет, чтобы его проблема была решена немедленно. Его довольно трудно бывает убедить, что ребенок — это не кукла, которая делает все по команде и молчит, если ее положили в коробку. А если ребенок живой, то у него есть свой характер, желания, потребности. Он растет, все в нем меняется. Иногда он набивает шишки, но это не повод накладывать гипс.

А еще, конечно, доктор должен сделать правильные записи в карте, ибо придут проверяющие, и они не будут анализировать ничего, они будут тщательно искать ошибки в записях, решать, соответствуют ли бумажки инструкциям.

И чем лучше развивается техническая база в медицине, тем больше хорд, кист, микробов обнаруживают приборы. И все это варианты нормы, и все это лечить не нужно, но пациент приходит с

анализом и хочет получить у доктора лечение. И доктор выполняет желание пациента.

Проблема тут в том, что доктор не официант. Его задача — не назначить то, что хочет пациент, а выяснить причину, решить, что с ней сделать, и назначить адекватное причине лечение.

Подобные отношения, превращающие доктора в официанта, существуют не только в педиатрии. Например, в урологии и гинекологии есть две замечательных нозологии — гарднереллез и уреаплазмоз.

В чем тут дело и где кроется проблема?

Начнем с гарднереллеза. По сути, гарднереллез — это изменение микрофлоры влагалища. То есть тот же дисбактериоз, только не в кишечнике. Женщине подобное состояние доставляет дискомфорт и требует лечения. Хитрость в том, что очень часто аналогичное лечение назначается и мужчине. А ему оно совершенно не нужно. Он не может ни заразить, ни заразиться гарднереллезом от партнерши. Но доктор, помня инструкцию, что при заболеваниях, передающихся половым путем, нужно лечить всех партнеров, и найдя изменения в половых путях партнерши, начинает «на автомате» лечить партнера. То есть мужчина становится жертвой автоматизма доктора.

И вот тут не получится свалить ответственность на пациента — мужчины, как правило, лечиться не любят. А уж лечиться от гарднереллеза! Так что доктор еще и убеждает мужчину начать ненужное лечение.

А что же уреаплазмоз? А это как раз следствие того, что лаборатории, при желании, благодаря современным техническим возможностям, могут обнаружить почти все что угодно.

Почему-то, когда они находят в анализе крови эритроциты, доктор не бросается назначать лекарства, когда в анализе на дисбактериоз есть нормальное количество бифидобактерий, доктор не назначает пробиотики. А увидев в посеве молока эпидермальный стафилококк, начинает лечение, прочитав в бланке анализа ПЦР-исследования, что уреаплазма положительна, назначает препараты.

А между тем уреаплазма может жить в половых путях в норме. И все дело лишь в том, что чувствительность исследований в лаборатории нужно специальным образом затрубить, дабы

обнаруживать только избыточное количество уреаплазмы, которое может повлечь заболевание.

Но это уже разговор о специфике современной лабораторной диагностики — тема для другой книги. А задача доктора помнить следующее. В любом анализе может быть аппаратная или человеческая ошибка, любой анализ делается вне, а не внутри пациента, любой анализ может лишь подтвердить или опровергнуть предположение врача. И один анализ не является сам по себе независимым и авторитетным мнением, на основании которого, и только на основании которого, доктор ставит диагноз. Анализ, исследование — это лишь помощь, а не приговор.

По мнению зарубежных исследователей, хорошо собранный анамнез, полноценно проведенный осмотр позволяют в семи-десяти процентах случаев поставить правильный диагноз.

О чем это говорит? о том, что главная диагностика происходит не в лаборатории, не в кабинете функциональных исследований, не на УЗИ и не на рентгене, а в голове у доктора. Все остальные методы вспомогательны, вторичны и не более. И сколь бы ни были совершенны приборы и технологии, сколько бы ни стоили исследования и аппаратура, какая бы фирма их ни выпускала, но человеческий мозг и совершеннее, и бесценнее. Иначе врачей давно заменили бы компьютерами.

Но справедливы ли наши обвинения? Так ли уж виноват врач, веля себя подобным образом, леча бумажку для бумажки и выводя зачастую пациента «за скобки»?

Человек — существо рациональное. Он приспособливает окружающий мир под себя, увеличивая свой комфорт, выдумывая лекарства, автомобили, самолеты, возводя здания, зарабатывая деньги, чтобы тратить их на свою жизнь, свой комфорт. И доктор точно так же рационален. Это нормально — быть рациональным.

И рациональный доктор хочет улучшить свою жизнь своей зарплатой. А его зарплата фактически никогда не зависит от качества лечения, от количества вылеченных пациентов. И зависит благополучие доктора исключительно от бумажек, которые он заполняет для фондов ОМС, ДМС, от бумажек, которые будут проверять различные контролирующие структуры, и ни одного из этих проверяющих не интересует — а каков результат деятельности врача?

Труд врача оценивается по количеству принятых больных, по соответствию назначений инструкциям.

Есть только одна причина, по которой доктор в системе ОМС или ДМС хорошо лечит, — это его обещание, данное самому себе, его желание вылечить и получить от этого моральное удовлетворение. При этом часто стремление к моральному удовлетворению ставит под угрозу благополучие врача. И доктор порой вполне рационально решает отказаться от своего решения хорошо лечить, ибо это риск, и предпочитает получать моральное удовлетворение от иных факторов, нежели от удовольствия видеть здорового пациента.

Единственная система, в которой благополучие врача связано с результатом лечения, — это система платной медицины, когда пациент расплачивается непосредственно с доктором или в кассе клиники за конкретную услугу. Вот тогда, если доктор хорошо лечил, если пациент доволен, то он порекомендует доктора, вернется к нему через год или два, приведет детей, а то и внуков.

Конечно, и в системе платной медицины существуют недостатки, связанные с избыточными иногда обследованиями, дополнительными консультациями, которых можно было бы избежать, что сохранило бы пациенту деньги. Но здесь пациент рискует в большей степени деньгами, чем здоровьем, т. к. доктору выгодно лечить хорошо именно этого пациента. И на данный момент этот вариант медицинской помощи более всего завязан на результат, на оказание пациенту качественной помощи.

Привычка и упрощения

Еще одной типичной ошибкой, которую совершают молодые доктора, является упрощение. Например, если повышены эозинофилы или общий IgE, то это аллергия. На самом деле эти показатели при аллергии могут оставаться в пределах нормы, а повышаться, иногда до значительных цифр, при ряде других заболеваний, например при паразитозах. Агельминтозы, аскаридоз, например, распространены достаточно широко.

Как вы понимаете, терапия паразитозов и аллергий кардинальным образом отличается. И врач, допустив подобное упрощение, не проанализировав все возможные причины изменения показателей, не проведя полноценной дифференциальной диагностики, будет лечить пациента совсем не от той болезни, которая на самом деле портит человеку жизнь.

Самое неприятное, что подобные упрощения рано или поздно входят в привычку и доктор не только перестает искать иные трактовки результатов анализов или симптомов, но и напрочь забывает о том, что иные трактовки существуют.

Конечно, на начальном этапе, для того чтобы провести качественную дифференциальную диагностику, доктору потребуются использовать различные книги. На это будет уходить очень много времени. Но со временем, когда это войдет в привычку, доктор будет тратить на дифференциальную диагностику все меньше и меньше времени, не забывая при этом, однако, каждый раз «плясать от печки», ища причину симптомов.

К сожалению, пациенты не очень жалуют врачей, которые заглядывают в справочники. А зря. Ни у одного доктора в голове не могут поместиться симптомы и патогенез всех болезней, не говоря уже о схемах лечения и дозировках лекарств.

Но доктор может схитрить, если опасается, что его авторитет упадет в глазах пациента, когда тот увидит у доктора книгу.

Всегда можно придумать повод отлучиться из кабинета, или направить пациента на обследование, или просто попросить подождать в коридоре. А в это время полистать книги.

Однако мнения отечественных специалистов подчас весьма сильно расходятся с мнением их зарубежных коллег.

Например, если мы почитаем описание нормального стула у грудничка в отечественных учебниках, а потом то же описание в одном из европейских или американских учебников, то мы увидим, что граница нормы в импортных книгах значительно шире, чем в отечественных. При этом авторитет и той и другой книги, безусловно, достаточно высок.

Когда доктор учится в институте, он довольно редко использует какие-то книги, кроме институтских учебников. Но когда он начинает работать, брать на себя ответственность за пациента, он обязан знать как можно больше точек зрения, а значит, не только использовать отечественную литературу, но и опираться на мнение врачей и ученых из других стран.

Даже элементарное расширение личной библиотеки врача за счет классических книг Харрисона, Мерка, Хертла значительно расширит кругозор врача и его результативность при проведении дифференциальной диагностики. А если при назначении лечения он будет использовать не только Машковского, но и Видаль, Вульфа, то польза, которую он сможет принести пациенту, значительно возрастет.

Диагноз «на автомате»

Когда вы советуетесь с коллегой о своем пациенте, получается некий мини-консилиум. Одна голова хорошо — а две лучше. Аналогично, когда вы направляете пациента на обследование, на консультацию к узкому специалисту, вы точно так же собираете виртуальный консилиум.

Консилиум — это очень распространенная форма обсуждения больного, проведения дифференциальной диагностики. Что же делать, когда коллег рядом нет или когда их советы не удовлетворяют лечащего врача?

Есть книги. Причем вы можете найти книги корифеев отечественной медицины, иностранных специалистов не только в книжном магазине, где книги стоят дорого, но и в Интернете — на сайтах или в электронных библиотеках. Это значительно дешевле. А ценность консультации книги столь же высока.

В вопросе дифференциальной диагностики очень важна самодисциплина врача. Нужно помнить, что фактически любой больной — это трудный случай, нужно приучиться перепроверять свои знания, свой диагноз по книгам. Иначе вы рискуете начать ставить диагноз «на автомате», с каждым разом сужая поле поиска. И рано или поздно вы перестанете видеть у какого-либо симптома разные возможные причины. А это неминуемо приведет к ошибке. Например, любую сыпь вы будете воспринимать как инфекционный симптом. Или, наоборот, как аллергию. Любое повышение температуры — как ОРЗ, любую боль в животе — как гастрит.

Книги дают очень важную возможность получить разные точки зрения на происхождение и трактовку одного и того же симптома. Очень часто вы будете замечать, что некоторые описания отечественных книг расходятся с данными из зарубежных источников.

Не нужно пытаться в этом случае «выбрать сторону». Ваша цель — не книга и не совет отечественного или иностранного корифея, ваша цель — ваш больной. Книга нужна лишь для перепроверки и упорядочения ваших мыслей. А иногда даже просто для того, чтобы сосредоточиться на обдумывании ситуации с вашим пациентом.

Если данные ваших источников расходятся — ищите общее. Вполне вероятно, что именно это общее укажет вам верное направление в диагностике и лечении вашего пациента.

Так же как на консилиум приглашают разных специалистов, так и вы можете пригласить на свой консилиум разные книги, разных авторов. Педиатры могут пригласить Бермана и Вогана, Хертла, использовать, помимо отечественных авторитетов, руководство по медицине Мерка. Терапевты могут посоветоваться с Хэгглин или Харрисоном. Узкие специалисты легко найдут своих авторитетов как в книжном магазине, так и в библиотеке или Интернете.

Иметь несколько книг-советников также важно, как важно иметь несколько симптомов для постановки диагноза. Иначе, если в одну из книг закралась неточность, доктор будет ее множить на своих пациентах и совершать ошибки.

Как для проведения прямой линии в геометрии нужны как минимум две точки, так и для постановки диагноза нужно несколько симптомов и несколько книг-советников. А для назначения правильного лечения необходимо четко понимать, какие процессы в организме стоят за этими симптомами.

7. КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ



Как поставить диагноз?

Собственно, все это и называется клиническим мышлением — умение понять, что же происходит внутри организма, что стоит за всеми симптомами, синдромами и нозологиями у конкретного больного с конкретными жалобами.

Задумаемся, а для чего мы собираем у пациента анамнез, записываем жалобы, описываем в истории болезни состояние органов и систем? Потому что так положено? Потому что это будет изучать заведующий, главврач, контролер, прокурор? К сожалению, да.

Для того чтобы коллега, к которому вы отправите больного на консультацию или лечение, имел полную картину? Конечно, да. И это очень важно и полезно.

Для себя?

Да. Для себя. Ибо правильно и неформально ведя историю болезни, полноценно используя полный алгоритм опроса, осмотра, качественно фиксируя все данные в карте, доктор волей-неволей получает объемную картинку. Это, в некоторой степени, защита от забывчивости врача. Если, конечно, доктор все это делает и записывает не формально, а в действительности осматривая, выслушивая и анализируя.

Этот первый этап позволяет не пропустить, не упустить что-то важное. Приучает врача воспринимать организм больного в целом, а не на уровне своей узкой специализации или больного органа.

Потом наступает этап обследования и трактовки анализов. И если в плане обследования врач часто может положиться на описание врача-диагноста, то анализы придут к нему с минимумом комментариев и ему придется расшифровывать их самостоятельно.

И тут опять на помощь врачу приходят книги. И опять не только отечественные руководства, учебники или методички, но и иностранные фолианты вроде Тица.

И опять имеет смысл использовать несколько источников, и пусть вас не пугает, если в источниках будут возникать разночтения. Для этого вас и учили в институте, на это у вас и есть голова, наполненная медицинскими знаниями, чтобы выбрать правильный путь.

Вообще постановка диагноза — это очень увлекательная работа. Это приключение. Это очень похоже на расследование. Любой врач вполне может считать себя Шерлоком Холмсом, когда он по крупицам собирает информацию, находит следы преступления, совершенного болезнью, и наконец обнаруживает преступника, например бактерию. Теперь осталось только нейтрализовать этого бандита. И в отличие от правосудия, у бактерии нет ни адвокатов, ни суда присяжных.

Иногда, конечно, у агента болезни есть подельники, иногда их набирается целая банда, но и у доктора всегда есть в запасе спецназ из антибиотиков и других лекарств.

А чтобы эти преступники не очень-то вольготно разгуливали среди людей, доктор знает, как помочь внутренней полиции организма — витаминами, правильным питанием и образом жизни, режимом дня, прививками, общеукрепляющей терапией.

Когда доктор в случае сложного пациента (а других почти что не бывает) отгадывает причину болезни, находит преступника и понимает, как с ним справиться, — это огромное удовольствие. Это почти как совершить научное открытие или нарисовать великолепную картину. Это стоит всех усилий и времени, которые тратятся на обдумывание, консультации с книгами, проверку и перепроверку своих мыслей.

Системный подход

Итак, когда доктор собрал максимум возможной информации — анамнез, осмотр, анализы, исследования, консультации, — начинается собственно этап принятия решения. Формально он называется постановкой диагноза, неформально все также; что происходите больным — просто, доступно, понятно, на пальцах — какие процессы, какие структуры организма нарушены, повреждены, как и насколько сильно.

На этом этапе часто оказывается, что у доктора есть несколько симптомов, которые укладываются сразу в несколько нозологических картин. Вот тут-то на помощь и приходят книги. И не только по дифференциальной диагностике.

Во-первых, книга может поймать врача на ошибке. Во-вторых, книга может подсказать, какой симптом надо бы еще поискать. В-третьих, книга может подсказать нозологию, о которой доктор не подумал.

Но вот доктор вроде нашел, после консультаций с книгами, диагноз. Все? Нет. Теперь нужно взять пару книг, относящихся к разным медицинским школам, и внимательно прочитать в каждой описание данной болезни. Важно, чтобы все, что написано в книге, должным образом совпало с картинкой в голове врача или с картинкой, которую доктор описал в истории болезни.

Совпало? Прекрасно.

Не совпало — возвращаемся назад и ищем ошибку, ищем, что еще не заметили, о чем не спросили, что не исследовали. Иногда достаточно вернуться на один шаг назад и проверить другую нозологию, другой диагноз. А иногда приходится возвращаться к самому началу — к осмотру и анамнезу.

От больного к диагнозу. Алгоритм поиска причины

Важно при всем при этом не впасть в механистичность, не начать подменять больного синдромами и симптомами, умными медицинскими словами. Ведь одно дело думать и говорить.

Например, «понос», и совсем другое — рассуждать о жидком стуле, который имеет такой-то цвет, консистенцию, запах, частоту, сопровождается такой-то температурой и другими изменениями состояния. Это, конечно, длинно, но это о больном. А «понос» — это лишь о симптоме.

Когда диагноз наконец поставлен, остается определить, что есть причина недуга, что есть следствия. Что из этого можно подлечить, что невозможно, где можно облегчить состояние пациента, где этого делать не нужно. Что вообще нужно пытаться лечить, а что пройдет само.

В этом плане имеет смысл вспомнить мудрую медицинскую мысль, что при применении антибиотиков простуда проходит за семь дней, а без применения — за неделю.

Если доктор рассуждал над больным, используя описание состояний, а не перечисление симптомов, то, скорее всего, он уже догадался, что является причиной, а что следствием болезни. Если же доктор в своей голове оперировал названиями симптомов, то теперь он начнет думать — что может быть причиной того или иного симптома, а взаимосвязь между симптомами может и вовсе упустить.

Поэтому тут нужно «поспешать медленно». Лучше обдумывать больного, используя простые слова, чем козырять перед самим собой медицинскими формулировками.

Эта привычка, кстати, очень помогает и в общении с больным. Ибо больной видит в горшке именно жидкий стул, а не понос. Так как понос сам по себе — это уже собирательное понятие, означающее определенную консистенцию и частоту испражнений.

Алгоритм постановки диагноза

Давайте теперь, поняв некоторые возможные системные ошибки в диагностике, поставим наконец диагноз. То есть определим болезнь, поймем, что происходит с пациентом.

И мы обнаружим... что пациент дышит, моргает и даже двигается! Нужно срочно лечить эти изменения? Конечно же нет. и вы прекрасно это знаете. Так зачем же нужно было писать такую чушь?

А потому что подобный подход и, разумеется, лечение встречаются очень часто.

Вспомним хотя бы пример с насморком и температурой у грудничка, упоминавшийся в этой книге. Почему это произошло? Потому что мы совершенно забыли, что патология — это искажение нормы. А вот что есть норма в данное время и у данного пациента, мы и не определили.

Вы, разумеется, прекрасно понимаете, что норма для новорожденного и пенсионера будет очень отличаться. Процессы происходят с разной скоростью и интенсивностью. И даже если рассуждать с точки зрения только педиатра или только терапевта, то норма будет у разных людей разная. У двадцатилетних одна, у шестидесятилетних другая. У женщин одна, у мужчин другая. Ведь если мужчину, простите, тошнит, то мы будем, грубо говоря, думать об отравлении, инфекции или заболеваниях ЖКТ, а если тошнит женщину, то мы должны еще вспомнить про токсикоз. Если ребенок в три месяца не умеет ходить, то это норма, а если такая же ситуация в три года, то патология.

А можно еще сильнее сузить рамки сравнения. Особенно хорошо это заметно на грудничках. Если у ребенка в два месяца нет зубов — это норма, а если нет в восемь месяцев — возможна патология.

Таким образом, кроме понятия о норме, нам нужно помнить и о том, что все люди разные не только по полу, возрасту, генетическим особенностям, но и по образу жизни, питанию, месту жительства. И все это накладывает отпечаток на понятие нормы, создавая норму реакции, т. е. некую «вилку», в пределах которой нечто является нормой, и в то же время на границах «нормы реакции» появляются

ранние признаки патологии. Мастерство врача состоит в том, чтобы поймать начало патологии именно на этих границах, не дав заболеванию развиваться.

Ярким примером, конечно, в данном случае будет рахит. Ведь если у ребенка в шесть месяцев нет зубов, то по логике «нормы реакции», по мнению стоматологов, можно подождать еще пару месяцев, после чего проверять на рентгене, есть ли зачатки зубов. Но мы-то смотрим не на зубы, а на человека в целом. И видим у этого человечка ранние признаки рахита, например лысинку, потливость стоп, субъективно фиксируем изменения поведения. Важно помнить, что если потливость и лысинка — понятия объективные, то изменения поведения — это весьма субъективно, и мы можем впасть в ошибочное суждение.

Вы, наверное, обращали внимание и даже посмеивались «в усы» над мамами, встревоженными кряхтением или иными звуками, которые издает их ребенок. И объясняли, что это нормально, что ребенок живой, имеет право и покряхтеть, и подать голос. И что это вовсе не крик — «крик вы еще услышите, а это пока тихо». И вы, конечно, думаете, что диплом и годы практики и обучения исключают для вас подобную субъективность и ошибку? Не обольщайтесь.

Но вернемся к ребенку с отсутствием зубов в шесть месяцев и начальными признаками рахита, которые мы заметили, поскольку внимательно осмотрели ребенка и опросили маму.

Будем ли мы ждать еще два месяца, следуя стоматологическим инструкциям? Ведь мама жалуется только на отсутствие зубов. Если будем, то к восьми месяцам рахит «расцветет» и последствия его будут сопровождать ребенка всю оставшуюся жизнь.

Вы в этой ситуации представьте себе, что лет через двадцать десяток девушек, у которых вы просмотрели рахит, придут к вам со своими молодыми людьми и скажут: «Куда же ты глядел, посмотри теперь на наши ноги, а давай наши молодые люди тебе тоже ноги поправят, да и зрение исправят...»

И, честно говоря, они ведь будут правы. Поймать рахит довольно просто, если только не закрывать глаза. Да и подлечить тоже, особенно в начале. Ну а поскольку вы, к счастью, помните и ранние симптомы, и про молодых горячих парней, и про последствия рахита, то вы не будете ждать два месяца, а сразу увеличите ребенку дозу витамина D.

Вот вы и поймали болезнь на границе нормы реакции.

Однако в достаточно большом количестве случаев все не так очевидно, и врачу приходится анализировать и норму, и норму реакции гораздо глубже. Ибо если он начнет лечение здорового человека, то он нарушит заповедь «не навреди». А начать такое лечение, на самом деле, проще простого.

Вспомните про расширенные желудочки на сонограмме, на «пальцевые вдавления» на рентгене. Уж это точно патология, и ее точно надо лечить. Вы же хорошо учились, вы же помните, какой размер у желудочков в норме, да и врач УЗИ вам напомним.

Однако эти признаки — единственные симптомы у данного ребенка. Лечить?

И тут возникает ситуация, когда у пациента есть явные патологические изменения, но заболевания >оке нет. Вам же не придет в голову лечить рахит у тридцатилетнего человека, а все патологические изменения у него на виду — искривление ног, впалая грудная клетка, рахитические «четки». Но поезд-то ушел!

То же самое происходит и в нашем случае при расширенных желудочках. Организм ребенка справился сам. Сейчас его ничего не беспокоит. Назначение препаратов способно только повредить ему. Чтобы врачи в этом случае не бросались назначать таблетки, был даже выдуман термин «компенсированное состояние».

То есть да, вы, доктор, правы, есть изменения, их можно трактовать как патологические, но это на данный момент, а может быть, и в перспективе не угрожает ни жизни, ни здоровью, ни даже качеству жизни пациента. У пациента все компенсировано. Лечить его не нужно.

Обратите внимание, как сужаются границы для врачебного вмешательства. Как ни странно, но чем активнее развивается медицинская наука, тем меньше она вмешивается в жизнь пациента.

Далеко за примерами ходить не нужно. Раньше хирурги делали аденэктомию, тонзиллэктомию, т. е. удаляли аденоиды и железы при первой возможности, аппендэктомию проводили в профилактических целях, ушивали грыжи у грудничков немедленно по обнаружении. Сейчас все иначе. Конечно, никаких профилактических удалений аппендикса. Иногда кажется, что хирурги ленятся, оттягивая операцию, ожидая, когда малыш сам справится с дефектом. А не

справится, так подрастет — и оперировать будет проще, и перенести операцию тоже.

Хирурги как бы сами говорят себе «руки прочь, подождем». И с аденоидами, и с миндалинами, и с грыжами, и с некоторыми незначительными дефектами сердечно-сосудистой системы, *вплоть до* межпредсердных и межжелудочковых, и хирургов за это можно только похвалить. И терапевтам взять с них пример.

Важно также помнить, что врач не имеет на пациента никаких прав. Здоровье пациента, качество жизни, да и сама жизнь принадлежат только ему. Если пациент *хочет* лечиться — нужно помочь. Если не хочет — его право.

Отдельно можно посмотреть на понятие качества жизни. Возьмем, к примеру, миопию достаточно высокой степени. Ходить в очках, да и линзы постоянно менять неудобно. И вообще, вне всякого сомнения, миопия снижает качество жизни.

И врач предлагает альтернативу — операцию.

Но что мы получим в случае операции? Первое — конечно, есть риск, что операция пройдет хуже, чем ожидалось, что успех не будет сопутствовать хирургу. Во-вторых, у операции могут быть осложнения, в-третьих, после операции образуются рубцы, которые в свою очередь тоже наложат на жизнь пациента некоторые постоянные ограничения, в-четвертых, во время операции и некоторое время после нее качество жизни пациента будет снижено.

Таким образом, вопрос о хирургическом лечении миопии для конкретного, пусть и виртуального пациента выглядит совсем не так однозначно, как кажется «издали».

И так почти с каждым заболеванием. Теперь мы понимаем, что между диагнозом и назначением лечения может лежать большая пропасть не только медицинских взглядов, но и желаний пациента.

Но вернемся к диагнозу.

Если мы внимательно посмотрим на разные возрасты пациентов педиатров, то обнаружим, что понятие нормы у детей постоянно меняется, и не только по возрасту как можно было бы предположить, но и по полу, и в этом можно элементарно убедиться, бросив беглый взгляд на центильные таблицы.

Но, может быть, со взрослыми полегче? А вот и нет, у взрослых значительно нарастают гендерные различия норм. А внутри группы

«женщины» понятие нормы размывается гормональными циклами, беременностью, менопаузой.

Различается понятие нормы у молодых и пожилых. И хорошо бы, если бы это различие оставалось неизменным из десятилетия в десятилетие. Но это тоже не так. Например, раньше считалось, что цифры артериального давления с возрастом могут увеличиваться. А современный взгляд ученых состоит в том, что 120 на 80 (плюс-минус норма реакции) — норма и в двадцать лет, и в семьдесят.

А теперь посмотрим на эту проблему АД иначе. Предположим, что мы учили в институте, что норма АД изменяется с возрастом, возрастая у пожилых людей. Но мы же хорошие, ответственные доктора. Мы читаем журналы, ходим на курсы усовершенствования, посещаем конференции, стараемся следить за медицинскими новостями и тенденциями. И мы вовремя услышали о том, что представление о норме изменилось. И изменили свои представления, поверив авторитетам.

А через десять-двадцать лет оказалось, что это мнение ошибочно. Может быть такое? Конечно.

И как же быть? Колебаться параллельно линии ученых? Это относительно безопасно, но можно просто повторять ошибки. Остаться при старом мнении? И если ученые правы, безнадежно отстать, прослыть ретроградом, потерять авторитет коллег и пациентов?

А как быть, если теория выдвинута, но еще не общепризнана? Например, от момента первого сообщения об участии хеликобактер пилори в патогенезе язвы желудка, от сообщения, что при язве необходимо лечить от этого микроба, прошло... всего двадцать лет... до того момента, когда ВОЗ согласилась с этой теорией и включила антимикробную терапию в схему лечения язвенной болезни.

Похоже, что у врача есть только один вариант действий. Думать своей головой, анализировать, принимать свое решение.

Возможно, для пациента этот вариант тоже достаточно хорош. Ибо если доктор думает сам, его мышление будет настроено на постоянный анализ и он «автоматически» (в данном случае думать — полезный автоматизм) будет исходить из специфических особенностей каждого пациента, из специфичной для этого человека нормы. А значит, внимательнее отнесется к пациенту, точнее диагностирует его

состояние, назначит оптимальное лечение (или сообщит пациенту, что лечение не требуется).

В итоге выясняется, что чем схематичнее мы подходим к понятию нормы, тем схематичнее диагноз и лечение, тем большую ошибку мы в итоге можем допустить.

И чем точнее мы определяем, что есть норма для данного конкретного пациента, тем точнее будут наши выводы и рекомендации.

Если вспомнить гомеопатию и свести аллопатию и гомеопатию к примитивным схемам, то мы получим два типа организмов в аллопатии — мужчину и женщину. И шестнадцать типов в гомеопатии. Точнее ли тогда будет гомеопатическое лечение? Если рассуждать столь упрощенно, на уровне полов, то да. Но мы же заметили, что кроме половых различий в норме у аллопатов есть и возрастные, и генетические отличия, что мы определяем норму каждого конкретного пациента относительно всех известных фактов.

Однако когда мы определяем, что нормально для данного пациента, важно не впасть в другую крайность — это допустимо, и это тоже, и это... и в результате выпасть вообще из всех понятий нормы.

Если проанализировать вышесказанное, то путь доктора к верным рекомендациям подобен пути канатоходца, которому нужно идти, балансируя на тонком канате у всех на виду, из точки А в точку Б. А ведь еще есть зрители, которые кидают яйца и помидоры, взрывают петарды, всячески пугают и пытаются сбросить канатоходца с каната. Кто же эти зрители? Те, которые придут проверять историю болезни, инструкции, которые подчас противоречат друг другу или здравому смыслу.

К слову, об инструкциях, в одной лаборатории в конце прошлого века решили брать кровь у пациента не шприцом в стеклянную пробирку, а специальной системой, вакуэтом (вакутейнером). Сейчас эти системы — безопасные, менее болезненные, чем шприц, есть в любом кабинете у процедурной сестры. Но тогда это было в новинку.

Что сделала СЭС, вместо того чтобы разобраться? Конечно, вынесла предупреждение. Хорошо еще, что не оштрафовала или не запретила, но лаборатория попала в черный список.

Самое забавное, что контролеры в СЭС вполне соглашались, что новый вариант взятия крови удобнее, безопаснее, приятнее для пациента. Что он положительно влияет на результаты исследования,

что он безопаснее и для медсестры, и для врача-лаборанта. Но. У контролера была ИНСТРУКЦИЯ, которая с легкостью заменяла здравый смысл.

И было бы это еще полбеды. Но в работе клиники и врач, и руководство клиники часто сталкиваются с ситуацией, когда приходит один специалист из СЭС и на основании инструкции, которую он принес с собой, делает замечания и штрафует клинику. На исправление дается некоторое время, клиника все исполняет. Проверять исправления приходит другой контролер из той же самой СЭС... с другой инструкцией... полностью противоречащей первой. Делает замечание, штрафует и... обязывает вернуть «все как было». Как вы понимаете, пользы от такого контроля...

Подавайте вернемся к диагнозу. Когда мы определили, что есть норма для данного больного, мы волей-неволей поняли, что в норме должно происходить с этим пациентом. Причем поняли на органном и даже биохимическом уровне. То есть поняли, какие процессы должны происходить. И увидели изменения. Но так как мы при определении нормы ориентировались на процессы, то и изменения этих процессов мы видим на уровне патогенеза, а не на уровне «симптом — диагноз».

Позже мы решим, какими терминами мы опишем все это в истории болезни, а пока нам нужно понять, что есть у нас в арсенале, чтобы повлиять на процесс А, на процесс Б и т. д.

И вот уже мы назначаем лечение, даем рекомендации не исходя из того, какая схема лечения рекомендована для данного диагноза, а исходя из того, какие лекарства, процедуры и прочее повлияют на патологические процессы, какие препараты смогут эти процессы нормализовать или помогут их нормализовать организму.

Также мы будем понимать, на какие процессы нам влиять не нужно, какие процессы (например, кашель, насморк или диарея) в данный момент помогают организму самому справляться с заболеванием. И в эти процессы, разумеется, мы пока вмешиваться не будем.

И вот теперь, понимая, что происходите пациентом, понимая, как ему помочь, мы наконец можем подумать, а какой же диагноз нам писать в карту. Какой диагноз максимально совпадет с нашими назначениями. Ибо мы помним, что к любому диагнозу прилагается

инструкция, и нам хорошо бы помнить, какая инструкция для какого диагноза принята сейчас. Чтобы избежать лишней нервозности и замечаний от контролеров.

В принципе, мы уже пользовались данным алгоритмом при определении объема помощи грудничку с насморком и гипертермией. в том примере мы фактически исключили патологию, обнаружив, что у ребенка есть нормальный этап развития — лезут зубы. Но решили, что небольшая врачебная помощь все же нужна.

И это нормально. Мы имеем право облегчить страдания ребенка, предотвратить опасные последствия. Ведь когда родители страхуют ребенка, залезающего на лестницу, — они помогают, предотвращают возможную травму, если ребенок упадет. И когда ребенок падает, получает ссадину и синяк, родители успокаивают его, целуют разбитую коленку. Но и лестница, и синяки довольно естественны при развитии ребенка. А если ребенок плохо засыпает, мама поет ему колыбельную.

Так и с зубами. Мы просто спели растущему зубу колыбельную, успокоили воспаление в десне. Давайте посмотрим, как этот же алгоритм работает в других случаях.

Атопический дерматит. Очень распространенный диагноз у детей до года. Впрочем, данный термин мало что объясняет. Поэтому начнем с ребенка. Итак, мы видим ребенка, допустим, трехмесячного возраста. У него есть высыпания на коже. Мелкие красные пятнышки на щеках. Мама жалуется, что, по ее мнению, они чешутся, что ребенок беспокоен, плохо засыпает. Из беседы мы узнаем, что ребенок родился в роддоме, что первые сутки ему давали смесь, что за эти три месяца жизни были некоторые погрешности у мамы в питании в связи с праздниками. И вот, ни с того ни с сего, появились пятнышки.

Но ведь в норме их не должно быть. Значит, нам надо понять, что пошло не так в организме и запустило данный необычный процесс. Давайте подумаем, а где были отклонения от «обычного» процесса в развитии ребенка. Подумаем сточки зрения того, что заложено природой. А природой заложено, что ребенок рождается и получает мамино молозиво, потом молоко. Ведь смесей для искусственного вскармливания не было всего лишь сотню лет назад. А человек-то был таким же. А мы помним, что в роддоме ребенку давали смесь. Это первое «отклонение». Запомним его.

Во время кормления грудью все прошлые века мама ела привычную для себя пищу. Что было, то и ела. Кулинарных изысков, зефирчиков и прочего не было. Это второе отклонение. Но и погрешности в диете, и смесь в роддоме были довольно давно. А других отклонений мы пока не нашли.

Каким же образом тогда нарушения диеты или смесь могли вызвать изменения на коже? Ведь в большинстве случаев мы можем всегда связать причину и следствие. Контакт с инфекцией и клиническое начало болезни после инкубационного периода. Удар и клинику сотрясения мозга, последовавшую после. Съедание чего-либо необычного, испорченного, например в общепите, — и рвоту, понос на следующий день, чрезмерное употребление алкоголя, наконец, и головную боль следующим утром.

Здесь же такой прямой связи мы не видим.

Конечно, первое, что мы предположим, — это какая-то иммунная реакция. Но в наши представления об аллергии сроки воздействия аллергена и срок реакции организма никак не вписываются.

Но разве только за аллергии отвечает иммунитет, да и настолько ли хорошо и совершенно работает иммунная система у грудничка, как у взрослого человека?

Или тоже развивается, учится, как и остальные органы и системы? Ведь не умеет же грудничок ходить, читать, говорить? Ведь даже игрушку еще толком схватить не умеет, даже переварить молоко полностью не всегда получается, и в стуле обнаруживаются створоженные белые комочки.

То есть мамино молоко ребенку переварить бывает не так-то просто? А это вполне нормальная, естественная еда.

А с помощью чего организм переваривает молоко? С помощью ферментов, которые вырабатываются в ЖКТ. А совершенны ли эти ферментативные системы? Если почти все у ребенка еще не натренировано, не достроено, не дорощено, то логично будет предположить, что и ферментативные системы еще работают не столь совершенно, и это в норме. А ребенок, как мы помним, получил необычную еду еще в роддоме — смесь.

Теперь проанализируем, что же такого необычного в этой еде. Ведь в шесть месяцев, а может, и раньше, ребенок сможет спокойно есть эту смесь и все с ним будет в порядке.

Представим, что мы, взрослые, неожиданно оказались в экзотической стране. С экзотическим климатом и экзотической едой. Буквально все вокруг не похоже на привычное для нас окружение.

Мы едим нечто непонятное... и у нас начинает болеть живот...

Можно провести на себе эксперимент. Давайте сутки есть только ананасы и улиток или еще что-нибудь поэкзотичнее, как в Азии — насекомых, змей и т. д.

Весьма вероятно, что наш желудок будет очень недоволен подобной диетой, о чем не замедлит сообщить нам болью, расстройством стула, а то и рвотой. И это весьма щадящий пример. Наш ЖКТ сформирован, вырабатывает множество разнообразных ферментов в большом количестве.

А у малыша? Ведь до родов его кишечник не работал вовсе! Сердце билось, ручки и ножки двигались. Но кишечник находился в полном покое, и вот в первые же сутки, когда ребенок и так попадает в сверхэкзотические условия, после привычных и комфортных внутриутробных условий ему сразу предлагается не то, что генетически, из поколения в поколение он ел — молозиво, а нечто совсем иное — смесь.

Это все равно, если бы нетренированный человек пришел в спортзал и ему вместо разминки, гантелек сразу дали бы штангу в 100 кг. Да еще и заставили бы ее поднять несколько раз.

Взрослого человека трудно заставить сделать что-то.

А с младенцем, который не может ответить, такие штуки легко проходят.

Итак, в первые же сутки жизни мы не только накормили ребенка чем-то невообразимым для его организма, так еще сделали это в большом количестве.

Ведь, как вы помните, молоко у мамы приходит не сразу и даже молозиво не вырабатывается сразу в большом количестве. Поэтому в норме ребенок получает не только то, к чему генетически готов, но и получает это в малых количествах, в виде гантелек.

Странно В данном случае не то, что ребенка высыпало, а что высыпания не появились в первые же сутки. Но они не появились, так как дети, на счастье родителей и докторов, категорически хотят быть здоровыми, расти и развиваться. Их воле к жизни можно только позавидовать.

И тем не менее, несмотря на то, что высыпания не появились после смеси, в организме произошел срыв, который пока был не замечен клинически.

В конце концов, этот срыв вылез наружу, стал замечен клинически, на коже. Но как это произошло? Попробуем отгадать механизм. Нечто, что организм на данном этапе переварить не может, попало в ЖКТ. Но организм знает, что его задача — переваривать, и если в него попадает что-либо, он начинает вырабатывать ферменты. Взрослый организм за счет различных рецепторов уже знает, что и в каком количестве нужно выработать при приеме той или иной пищи. Но мы-то говорим про организм, который пока только знакомится с пищей, осваивает навыки по ее переработке, учится.

Вспомните, как ребенок выражает, допустим, радость. Он не только улыбается, он двигает и ножками, и ручками, всем телом. А ведь взрослому организму вполне достаточно только мимических мышц. Примерно так же организм реагирует на новую пищу — вырабатывает все ферменты, какие у него есть. А есть не так много, особенно в количественном выражении.

Но если у нас не хватает «обычной» дозы, силы, чтобы поднять штангу, мы напрягаем все мышцы. Также и организм ребенка. Ферментов явно не хватает для переработки новой пищи. И поджелудочная железа получает команду вырабатывать еще и еще. А ей это не под силу. Возникает точка напряжения.

С другой стороны, если в организм попадает нечто незнакомое, в первую очередь на этот агент реагирует иммунная система. Она должна связать агент и обеспечить его опознание, уничтожение или удаление.

И опять вернемся к общему пониманию о функционировании организма грудничка. Все, что мы можем наблюдать — взгляд, движения, — носит нескоординированный, отчасти хаотический характер. Ребенок пытается взять игрушку, но смахивает ее на пол. Ребенок хочет бросить игрушку, а кулачок не разжимается. И не из-за тонуса. Просто организм еще не понял, что для того, чтобы игрушка упала, необходимо разжать пальцы.

А ведь это довольно простые действия.

Стоит ли удивляться, что иммунная система часто действует столь же хаотично, нескоординированно, а порой и разрушительно.

Итак, нечто необычное попало в организм. Иммунитет начинает выполнять свою прямую функцию, блокировать незнакомый агент. Но делает это настолько неумело, что это начинает напоминать погоню за мухой с молотком в музее стекла, Осколки так и летят во все стороны. И один из этих осколков — кожная реакция. Но почему же через три месяца?

Все довольно просто. Здесь нет никакой аллергической или иной классической патофизиологической составляющей. Также как погрешности в диете могут, в конце концов, закончиться гастритом, алкоголизм — циррозом, а курение — раком, также как недосыпание подтачивает нервную систему, а недостаток витаминов постепенно превращается в авитаминоз, например в рахит, в цингу, так и нарушения диеты грудничка могут не пройти бесследно.

Ведь есть дети, которых не обсыпает, несмотря на любые погрешности в питании. У этих детей иные адаптативные возможности. Как и в спорте, как и в учебе. У каждого свои способности. А мама-то на протяжении этих трех месяцев нарушала диету. И какие-то молекулы попадали к малышу. А бывает и так, что мама или бабушка дадут пососать сушку, огурец, начинают вводить соки в месяц или чуть позже.

Все, что здесь написано человеческим языком, в некоторой степени описано научными словами в работах Казанцевой и Лусс. Но мы не на симпозиуме, наша задача — понять на родном языке, а не на латыни.

Давайте вспомним, какие есть способы лечения аллергии, И чем это похоже на введение прикормов.

Если мы заглянем в любую инструкцию по вскармливанию, то обнаружим, что введение любого продукта рекомендуется начинать с небольшой дозы. Когда мы приходим в спортзал, инструктор дает нам сначала меньшую нагрузку, нежели через месяц интенсивных тренировок. И если у нас есть установленный аллерген, доктор проводит нам курс десенсибилизации, вводя микродозы аллергена в организм.

Так чем отличаются эти три примера? Только тем, что понимается под малой первоначальной дозой. Миллиграмм, грамм, килограмм.

Можно в этом контексте вспомнить, как Шерлок Холмс приучал себя к нечувствительности к ядам. Или как то же самое делали

монархи, которые боялись отравления.

Логично предположить, что если во всех этих случаях два плюс два равно четыре, то же самое будет и при введении прикорма. И нам останется только определить, когда организм новорожденного уже достаточно адаптировался к окружающему миру и готов к новым дополнительным нагрузкам и с какой дозы должны начаться наши нововведения. Таким образом, все, что отделяет ребенка, в данном контексте, от болезни — срок и доза. Раньше, больше — болезнь. Позже, меньше — здоровье.

Раньше прикормы начинали вводить с месяца. Сейчас с шести. И это правильно. И это моментально сказалось на уменьшении количества атопических дерматитов и тяжести их течения. А что же нам нужно сделать, чтобы вылечить ребенка, чтобы нормализовать нарушенные процессы?

Мы имеем работающую «на износ» поджелудочную железу, «возбужденную» иммунную систему, кожные симптомы. Справедливости ради, учитывая, что описываемый пример весьма распространен в практике педиатра, отметим, что, как правило, данное состояние сопровождается еще и явлениями со стороны ЖКТ: нарушение моторики — поносы, запоры, нарушения количественного и качественного состава микрофлоры, т. е. дисбактериоз.

Происходит это по довольно банальной причине. Моторика кишечника несовершенна у малыша. Любой новый продукт, любое воспаление, любой дискомфорт могут влиять на ее характер. Впрочем, моторика кишечника малыша несовершенна и по вполне естественной причине — миелинизация одного участка нерва закончилась раньше, чем другого, следовательно, сигнал в одном случае идет быстрее, в другом медленнее, а следовательно, и сокращения кишечника в одном месте быстрее и сильнее, а в другом — медленнее. Этого вполне достаточно, чтобы создать в каком-то месте кишечника очаг для размножения условно-патогенных бактерий.

А если мы вернемся к разговору о работе иммунной системы, то поймем, что с этими условно-патогенными организмами она бросится бороться, и это дополнительный фактор для появления клинических симптомов, для разгара болезни.

Добавим понимание этого процесса к уже перечисленным. При этом будем помнить, что утверждение о дисбактериозе должно быть

подтверждено лабораторно. Это не клиническое состояние, а описание лабораторного исследования флоры кишечника.

Начнем решать проблемы поджелудочной железы, иммунной системы и решим, нужно ли нам решать проблемы кожи.

Как вы заметили, на состояние иммунной системы влияют две группы агентов — пища и бактерии. Таким образом, иммунитет участвует в двух, вероятно, порочных кругах заболевания. Иммунная система находится сейчас в состоянии возбуждения, «бежит с молотком за мухой». Ее нужно непременно успокоить. А как это сделать? Арсенал наших средств, которые могут тем или иным образом влиять на иммунную систему, весьма ограничен. Но мы сейчас его еще сильнее сузим. Давайте поймем, в чем же выражается «возбуждение» иммунной системы.

Выработка антител — процесс довольно специфичный, антитела вырабатываются в соответствии с антигеном. Есть ли у нас антиген? Безусловно. И у бактерий, и у пищи есть белки, которые могут выступать в роли антигена. Антиген и антитело связываются друг с другом. Но может ли это приводить к кожным проявлениям? Допустим. Но вряд ли это похоже на молоток, с которым иммунная система гонится за мухой.

У иммунной системы есть менее специфичные механизмы — медиаторы воспаления, в том числе гистамин. И мы знаем, что, используя антигистаминные препараты, мы можем достаточно легко купировать воспаление при прорезывании зубов, комарином укусе и т. д.

Можем ли мы что-то сделать с медиаторами воспаления? Можем. Мы можем блокировать их в кровеносном русле. И это стандартная тактика при atopическом дерматите.

Но есть ли смысл блокировать медиаторы в крови? Эффективна ли стандартная практика?

Что происходит, когда мы удаляем, например, гистамин при помощи антигистаминных препаратов? Вырабатывается новый. Ведь если чего-то становится мало, организм при помощи обратной связи пытается восполнить недостаток. Организм считает, что гистамин был использован эффективно, что на него есть «спрос», и вырабатывает еще. И так до бесконечности. Очень похоже на тактику при диагнозе-индульгенции. Впрочем, atopический дерматит иногда используют как

диагноз-индугенцию, меняя одно антигистаминное средство на другое до бесконечности, пока дерматит или не пройдет, так как ребенок, несмотря на терапию, вылечится сам, или не перерастет в истинную аллергию, когда иммунитет привыкнет находиться в «перевозбужденном» состоянии и возрастная особенность станет реальной «поломкой». Примерно так же, как образуется ложный сустав при неверно леченном переломе.

А можем ли мы гистамин поймать где-то еще, а заодно и другие медиаторы? А где эти молекулы бывают еще? Конечно, там, где вырабатываются — в тучных клетках.

А можем ли мы повлиять как-то на выработку медиаторов в тучных клетках? Напрямую — нет. Но мы можем повлиять косвенно.

Что происходит, например, с гистамином? Он вырабатывается в тучных клетках, а потом выходит через мембрану наружу. Мы не можем повлиять на продукцию внутри напрямую, мы не можем эффективно удалить снаружи. А можем ли мы подействовать на барьер, на границу между «внутри и снаружи», на мембрану тучной клетки?

Оказывается, можем: есть специальная группа лекарств — стабилизаторы мембраны тучной клетки. Эти лекарства препятствуют выходу медиаторов воспаления в кровяное русло. Применим это лекарство. Заблокируем выход.

Что произойдет тогда внутри тучной клетки? Если в ней накопятся медиаторы в больших количествах, то тучная клетка прекратит их производство. Для этого в ней есть специальные механизмы обратной связи. Когда медиаторов становится много, происходит «затоваривание на складе», и «медиаторный завод» клетки останавливается. А если гистамин не может выйти из клетки, если в клетке его много, то нет никакой нужды хранить его «про запас», и клетка начинает утилизировать медиаторы, перерабатывать. Организм решает, что эти вещества больше не нужны, и прекращает их выработку. В результате иммунная система «успокаивается».

В этом месте мы разорвали порочный круг. Но что произойдет, если мы на этом остановимся?

Процессы, продолжающиеся в поджелудочной железе, поступление излишней нагрузки извне, условно-патогенные бактерии могут в любой момент запустить процесс опять.

Внешняя нагрузка, новая пища влияют на процесс, запуская его. Но мы понимаем, что эта нагрузка в норме должна нарастать. Ведь нам довольно скоро нужно будет вводить прикормы, переводить ребенка на взрослый стол. То есть мы не можем отменить прикормы. Это приведет к торможению развития ферментативных систем и ЖКТ. Все, что мы можем, — разработать щадящий режим введения прикормов, ограничив нагрузку количественно и качественно. Например, уменьшив начальную дозу новой пищи до минимума, буквально до капли, снизив интенсивность нарастания дозы, то есть ежедневно прибавлять капли, а не ложки или десятки миллилитров, ограничив разнообразие, качественную составляющую прикормов — вводить один продукт в течение некоторого времени, например недели, и не вводить два и более продуктов одновременно.

А вот на условно-патогенную флору, если мы ее найдем в результате посева, мы воздействовать можем. И должны. Однако, применяя пробиотики, или бактериофаги, или иные препараты, мы должны помнить, что если мы будем излишне активны, если выберем слишком большую дозу пробиотиков или слишком агрессивное антибактериальное лечение, то мы можем подавить аутофлору ЖКТ. А это приведет к хронизации процесса и к лишней лекарственной нагрузке.

В отношении поджелудочной железы нам тоже надо применить «успокаивающую тактику», ведь она уже «устала» работать «на износ». И это бывает заметно даже на УЗИ. Косвенно, конечно. На УЗИ выявляется увеличение поджелудочной железы.

Можем ли мы успокоить ее, дать ей передышку, «найти гипс» для ее поломки? Можем, у нас есть ферментативные препараты. И мы их применим точно так же, как ортопед применяет гипс. И точно так же потом проведем курс реабилитации, то есть постепенного включения органа в активное функционирование.

Для этого мы сначала назначим дозу ферментов, превышающую возрастную норму. В ЖКТ возникнет избыток ферментов, и благодаря обратной связи железа прекратит или значительно снизит их выработку.

После этого постепенно, например один раз в неделю, начнем снижать дозу ферментов до возрастной, до половины от возрастной, до

четверти от возрастной, давая железе время плавно увеличивать производство ферментов.

Мы разорвали порочный круг в трех местах. Это уже довольно серьезно.

Осталась кожа. На ней есть воспаление. Будем ли мы его лечить или предоставим организму справиться с этим самостоятельно? Как мы помним, высыпания на коже — единственная четкая и наглядная жалоба пациента. Мы знаем, что причина жалобы — в изменениях внутри организма, мы лечим эти изменения. Мы также знаем, что если мы поможем высыпания антигистаминным средством или гормональным препаратом, то высыпания пройдут или уменьшатся. И мы знаем, что это явление будет временным, если не разорвать порочные круги, если не устранить внутреннюю причину болезни.

Таким образом, высыпания на коже, с одной стороны, нужны нам как маркер эффективности лечения, с другой стороны, они сами по себе способны запустить порочный круг, «возбуждая» иммунную систему, с третьей, у нас есть чем повлиять на процессы в коже, и, с четвертой, изолированное воздействие только на кожу будет неэффективно.

При любой болезни для возникновения клинических симптомов, для возникновения болезни должно быть определенное количество факторов. Для простуды — большое количество вирусов. с несколькими вирусными единицами организм справится сам. Для сотрясения мозга или перелома — большая сила удара. При малой будет лишь синяк, который мы даже не будем лечить. Для гастрита — длительное воздействие комплекса факторов. При разовой погрешности в диете или незначительном стрессе гастрит не возникнет.

Логично предположить, что то же самое произойдет и с кожей. Если высыпания только на щеках, если нет расчесов, вторичного воспаления, нагноения, то можно оставить щеки как маркер эффективности лечения. А на ногах, руках, теле высыпания замазывать — это уменьшит дозу воздействия кожных процессов на иммунную систему и не приведет к повторному запуску порочного круга.

Обратите внимание. Только что, не используя фактически ни одного названия симптома, ни одного диагноза, мы не только отгадали, что происходит с организмом, но и нашли точные способы влиять на

эти изменения. И не только способы. Понимание процессов помогло нам подобрать лекарства, продолжительность лечения, дозировки, и помочь пациенту.

А в карту мы, конечно, напишем «атопический дерматит» и все остальные «правильные слова», которые от нас требует инструкция.

Рассмотрим теперь другой клинический пример, точно так же взятый из практики, проверенный многократно, подтвержденный очень солидной статистикой вылеченных пациентов.

Наш пациент — ребенок двух-трех лет.

Жалобы. Высыпания на ногах (но могут быть фактически на любом участке тела), некоторые эпизодические боли в животе, небольшие изменения стула. Все довольно размыто и нечетко. То есть, то нет. Не удастся проследить никакой связи с приемом пищи, с диетой, со временем года и т. д.

Начнем с любимой индульгенции — аллергии. Проверим, есть ли какая-то связь, используя понятие элиминации аллергена, чего-либо с жалобами. Пыльцевую аллергию мы можем исключить сразу, т. к. связи между сезонами и жалобами мы уже не обнаружили. Может быть, животные? Тоже нет. Дома животных нет. Может, домашняя пыль? Тоже нет — недавно ездили на отдых — все осталось, как и прежде. Может быть, пищевые аллергены? Но на том же отдыхе пришлось довольно сильно изменить диету. Так что и пищевые аллергены не подходят. Давайте забудем тогда об аллергии и подобном способе диагностики — подгонке симптомов под диагноз. Перебирая все известные нам заболевания, мы не только рискуем впасть в ошибку «упрощения и подгонки», но и рискуем забыть ту или иную болезнь.

Итак, мы имеем высыпания, которые начались ни с того ни с сего. Боли, которые то есть, то нет. Которые не связаны с приемом пищи, и какие-то нечеткие изменения стула.

А давайте начнем как раз с них. У ребенка — то задержка стула, а то жидкий и частый стул. И это никак не связано ни с питанием, ни с акклиматизацией, ни с другими факторами.

Что в организме отвечает за стул? Разумеется, моторика кишечника. И мы видим, что моторика не просто изменена, а то ускоряется, то замедляется. Можно предположить, что есть некий фактор, который действует непостоянно. Расспросим маму подробнее.

И выясним, что моторика изменяется независимо от диеты, режима дня и т. д. Буквально — вчера было то же самое, а стул изменился.

Предположим, что фактор не снаружи, а внутри организма. Вспомним теперь про боли. Они тоже — то есть, то нет. Странный какой-то фактор. А еще есть высыпания. То есть можно предположить, что есть какой-то фактор, который одновременно влияет и на моторику кишечника, и на состояние кожи, и на ощущения, создавая боли.

Если у вас появились предположения, то хорошо. Если нет, то давайте спросим маму подробнее и определим норму для ребенка этого возраста.

Поскольку пример и мама у нас «собираательные», то из разговора с ней можно узнать, что ребенок некоторое время назад подкашливал, что стул неприятно пахнет (или пахнет изо рта), что педиатр подозревал дисбактериоз и даже отправил на анализ, но никаких плохих бактерий не нашли.

Запомним эти жалобы (они могут быть, а могут отсутствовать, т. к. пример «собираательный»).

Посмотрим теперь на ребенка. В этом возрасте ребенок начинает довольно активно сам передвигаться, в том числе и на прогулке. Изучать все закоулки квартиры (часто на четвереньках). Все подряд хватать и тащить в рот.

А может ли ребенок «затащить» в рот таким образом какой-нибудь фактор, который будет вызывать высыпания и боли?

А почему бы и нет? Если мы чуть выше всерьез обсуждали пищевую аллергию, то почему бы нам не обсудить то, что происходит на самом деле. Вот прямо по дороге к доктору, а может быть, и в его кабинете. Вот и игрушку зачем-то только что ребенок облизнул...

И мы знаем, что подобное поведение нормально. Языком очень удобно изучать окружающий мир. Во-первых, с языка, со рта ребенок как раз и начал изучать мир сразу после рождения. И начал с очень приятной и полезной его части — с маминого соска. И был награжден за это изучение порцией вкусного молока.

А теперь оказывается, что тащить в рот «все подряд» нельзя... а все такое интересное, разное на вкус... правда, иногда попадается песок и приходится отплевываться. Но мало ли какие неприятности случаются у человека в этом возрасте. Взрослым этого не понять...

Итак. В норме в этом возрасте дети могут получить некий фактор, назовем его пока «грязь», через рот.

Но не у всех же высыпания и боли. Совершенно верно. Значит, эта «грязь» бывает разной. Значит, дело не в том, что ребенок съел «грязь», а в том, что в этой «грязи» что-то содержалось...

А что содержится в земле? Да все что угодно. Можно и отравиться. Но описываемые жалобы — явно не отравление.

И вспомним, что фактор, попав, как мы предположили, через рот, оказал влияние на кожу. Каким же образом? Вариантов два — или сам, непосредственно, всосавшись в кровь и мигрировав в кожу, либо опосредованно, повлияв на какую-то систему организма.

Давайте рассуждать об известном. О системах. Какие системы в организме «вездесущи»? Кровеносная, нервная, иммунная. Механизма, с помощью которого нервная система может что-то «передать» из ЖКТ на кожу, мы не знаем. Кровь может перенести инфекционный агент. Но инфекции, как правило, имеют более выраженные симптомы, относительно внятную локализацию и вид сыпи, повышение температуры, наконец.

И так как инфекций все-таки не столь много, мы можем бегло прикинуть — вписывается ли симптоматика, локализация и характер сыпи в какую-либо известную нам инфекционную болезнь. Не вписывается. При этом мы, конечно, помним, что сейчас инфекционные болезни часто имеют стертую, смазанную картину.

Это была, конечно, подгонка под диагноз, а точнее — исключение диагнозов. Но мы могли заменить это на исключение агентов, факторов. Например, может ли этот фактор быть шигеллой, сальмонеллой и т. д. И может ли этот фактор или его компонент быть перенесен кровью к коже.

Пока идентифицировать фактор и связать ЖКТ с кожей не получается. Но мы не посмотрели еще на иммунную систему.

Давайте посмотрим.

Некий фактор попадает в организм. Он должен быть в обязательном порядке «осмотрен» и идентифицирован иммунной системой. Необходимо выяснить — «свой» это или «чужой», оставить его в покое или уничтожить. Судя по тому, что фактор вызывает боли и нарушения моторики, он все-таки чужой. Но как же получилось так, что борьба с фактором идет в ЖКТ, а проблемы появляются на коже?

Вспомним несовершенную иммунную систему новорожденного и ее «гонки с молотком» из-за пустякового сока или смеси.

Но сейчас-то ситуация другая. Сейчас иммунитет пусть ненамного, но совершеннее. За эти годы он успел познакомиться с очень большим количеством инфекционных агентов и других факторов.

Давайте предположим, что, как и в случае прикормов, организм не может «переварить» новый фактор. И вспомним, что этот фактор, вероятно, взялся из земли, с пола, с грязных рук.

Вспомним также, что иммунная система не реагирует на проглоченные части игрушек, монетки, камушки и т. д. Конечно, дети редко развлекаются подобными вещами, тем не менее бывает и такое. Какие же еще известные нам факторы могут попасть к ребенку с грязных рук?

Глисты, конечно. Как же мы про них забыли-то? Ведь мы прекрасно помним, что и в песочнице, и в общественном транспорте, в магазине, в детском саду можно через грязные руки получить яйца глистов. Мы даже проходили путь передачи возбудителя — фекально-оральный.

Одними из наиболее распространенных глистов являются аскариды и острицы. И вполне вероятно, что они есть и в рассматриваемом населенном пункте, где живет наш пациент. Может ли данный фактор объяснить нам изменения, которые произошли в ребенке?

Начнем с болей. Например, аскарида. Взрослая особь размером до 20 см. Может ли она взаимодействовать со стенками кишечника? Может. Может ли это вызвать боль, нарушение перистальтики? Конечно. Если уж малюсенькая шигелла на это способна, то здоровенная аскарида тем более.

А будет ли аскариду принимать за «своего» иммунная система? Вряд ли. Она начнет уничтожение агента. Получится? Нет. Агент великоват. А что происходит с иммунной системой, когда она не может «решить вопрос» с агентом? Происходит ее «перевозбуждение», которое мы хорошо наблюдали в примере с введением прикорма, которое мы наблюдаем в случае аллергии (только немножко иной молекулярный механизм). И мы получаем следствие «перевозбуждения» — высыпания.

Здесь нужно отметить, что при энтеробиозе мы на осмотре увидели бы еще, возможно, проблемы и покраснения в промежности, вульвит у девочек, например.

Также нужно помнить, что, кроме глистов, достаточно часто сейчас встречается заражение простейшими, лямблиями.

Итак, у нас есть три агента «под подозрением» — аскариды, лямблии, острицы. И, разумеется, отрицательный анализ на яйца глистов и соскоб на энтеробиоз в карте ребенка.

Пусть даже они будут и недельной давности. Их можно спокойно проигнорировать. Достоверность этого анализа, в связи с технологией забора, исследования, жизненным циклом паразита очень низкая. В восьмидесяти-девяноста пяти процентах случаев наличия глистов в ЖКТ в анализе их яйца не обнаруживаются... Зато после проведения противоглистной терапии симптомы и жалобы у пациента исчезают.

У нас есть еще анализ на дисбактериоз. И в этом анализе все хорошо, кроме резкого, на один-два порядка, снижения количества кишечной палочки. А такое снижение — это признак аскаридоза и энтеробиоза.

Но давайте усложним задачу. Все-таки нам дважды повезло. В первый раз, когда пациент сделал анализ до визита к нам, а во второй, когда мы помнили, что снижение нормального количества кишечной палочки — это признак аскаридоза или энтеробиоза.

Теперь у нас нет этого анализа. Мама его потеряла. Что же делать?

Комбинируя понимание нормы, процессов, метод исключения и перебирая варианты факторов, мы пришли к подозрению, что у пациента или аскариды, или острицы, или лямблии.

Конечно, при острицах мы будем ожидать покраснения и раздражения возле ануса. Но его может и не быть, так как данное раздражение — реакция организма на поведение остриц. А каждый организм имеет свой порог, когда он начинает реагировать, и свою выраженность реагирования.

Конечно, мы знаем, что при лямблиях сыпь локализуется чаще на теле, чем на конечностях. Но это не обязательно. На то они все и паразиты, чтобы путать врача, прятаться за чужими симптомами, минимизировать сообщения о своем нахождении в организме.

Кстати, все эти обвинения в отношении данных паразитов относятся и к таким симптомам, как изменение вкуса, «волчий»

аппетит или, наоборот, потеря веса и снижение аппетита.

При большинстве паразитозов симптомы стерты, потому как паразит старается как можно лучше замаскироваться, как можно меньше навредить жизни хозяина — иначе он рискует своей жизнью при обнаружении или может «умереть голодной смертью», если доведет хозяина до смерти.

Так что же нам делать? Конечно, мы попробуем получить лабораторные подтверждения, например лямблиоза, по анализу крови на антитела.

И мы проделаем иные возможные анализы. И будем надеяться, что сможем подтвердить нашу догадку.

Но пациент не очень-то расположен ожидать наших подтверждений. Да и мы сами знаем, что даже при наличии паразитов в данном случае мы можем получить отрицательный ответ из лаборатории.

Что же делать?

Мы стоим перед выбором. Лечить сейчас без подтверждения или ждать результатов исследования, которые могут быть ложно-отрицательными, то есть не дать нам ничего полезного.

Давайте тогда проанализируем и взвесим. Велик ли риск для пациента, если мы назначим ему противоглистное лечение, используя известные нам препараты и схему лечения? Подобным образом необходимо поступать всегда перед определением схемы лечения, да и самой необходимости вмешательства.

Можно вспомнить, что совсем недавно одним из «любимых» диагнозов стоматологов у грудничков был «короткая уздечка» с неременной рекомендацией «подрезать». К счастью, данная рекомендация наконец отменена, т. к. при анализе выяснилось, что никакие функции у большинства детей с «короткой» уздечкой не страдают. Ни развитие речи, ни сосательные возможности. Так зачем же резать то, что не мешает, что само по себе может растянуться, под воздействием элементарных логопедических тренировок, а то и вовсе без них.

Так же, как хирург взвешивает потенциальную пользу от операции и риск вмешательства для пациента, так и нам нужно решить, будет ли польза от таблеток значительно выше побочных

эффектов лекарств, принесет ли предполагаемая схема лечения ощутимую пользу.

Примерно так, правда, не обсуждая это соотношение, мы поступали при определении терапии у грудничка с насморком и гипертермией, избегая излишней лекарственной нагрузки.

В случае с подозрением на аскариды и острицы в нашем арсенале есть хорошие антигельминтные средства, которые можно

применить очень кратким курсом, исключая возможным вред лекарства, проявляющийся, например, в случае длительного курса лечения эхинококкоза.

Лечебная схема при аскаридозе или энтеробиозе аналогична профилактической схеме лечения, опыт применения которой огромен. То есть фактически, вместо того чтобы профилактически дать антигельминтные средства ребенку в начале осени, мы в данном случае назначим эту же схему раньше — тогда, когда к нам пришел пациент с жалобами.

А что же делать с лямблиями? Терапия лямблиоза и сложнее, и имеет больше потенциальных рисков. Стоит ли назначать это лечение без лабораторного подтверждения?

Пока мы лечим аскариды или острицы, можно попросить пациента сдать анализы, попробовать подтвердить или опровергнуть диагноз лямблиоза лабораторно. По калу, по крови. К моменту окончания лечения гельминтозов у нас будут на руках результаты этих исследований и будет результат лечения.

Если результат положительный, а лямблиоз не подтверждается, то можно посчитать, что мы успешно вылечили пациента.

Если результата лечения нет, а в лямблиоз удалось лабораторно подтвердить, то мы имеем право назначить его лечение.

Если же и результат антигельминтного лечения отрицательный, и подтвердить лямблиоз не получилось, то у нас есть два выхода.

Первый — вернуться к самому началу обдумывания болезни и искать иную причину жалоб.

Второй — счесть, что в анализы могла вкратиться ошибка, т. к. при лямблиозе, так же как и при аскаридозе, возможен ложно-отрицательный результат диагностики по калу, а у ИФА-диагностики лямблиоза по крови есть ряд технических ограничений, которые в пятнадцати-двадцати пяти процентах случаев обуславливают

неточность исследования и ошибку анализа. В этом случае можно принять решение о лечении лямблиоза «без подтверждения».

В принципе, врач всегда стоит перед выбором — лечить или не лечить, лечить по одной схеме или по другой. Доктор решает, какую «выбрать» болезнь, то есть какие дифференциально-диагностические аргументы «перевешивают» чашу весов в пользу одной из болезней, патологических процессов. Это вырабатывает полезную привычку думать, анализируя каждый шаг, каждого пациента, каждую ситуацию как бы заново, «с нуля».

Третий пример, который хотелось бы привести здесь для иллюстрации алгоритма мышления врача, — пример пациента с длительным кашлем.

Предположим, теперь наш пациент будет школьного возраста. Жалобы у него на постоянное подкашливание, иногда приступами. Потливость по ночам, субфебрилитет.

В школу ребенок ходить продолжает, т. к. предыдущие доктора не нашли у него оснований для домашнего режима. Ребенка обследовали — есть анализ крови, есть даже рентгенограмма, консультация фтизиатра... Но все эти обследования не смогли выявить ничего существенного. Жалобы есть, болезнь есть, а понимания, что это такое, — нет.

Осматривая ребенка, обнаруживаем, что в его легких дыхание фактически в пределах нормы, немножко жесткое (но это на наш взгляд — ведь данное исследование субъективно). Дает ли нам это что-либо? Фактически нет. Вряд ли при кашле мы услышим идеальный звук в легких.

Из рассказа мамы узнаем, что ребенок несколько раз в день подкашливает, кхекает. А иногда заходит в кашле, никак не может остановиться. В связи с этим подозревали бронхиальную астму, но так и не поставили (а могли и поставить, например, астматический бронхит). Приступы чаще всего утром или вечером. Но температуры фактически нет — 37,4-37,6... И все это тянется уже пару месяцев.

Что мы понимаем? Процесс, конечно, расположен в легких. Но болезнетворный агент не совсем типичный.

Начнем «от печки». В норме в данном возрасте у данного ребенка должен быть кашель или нет? Нет. Какие причины могут вызвать кашель? Аллергены, инфекции, невротические реакции и некоторые

другие состояния (давайте вы их сами найдете, используя отечественное или импортное руководство по дифференциальной диагностике).

Попробуем найти какие-то закономерности по сезону, помещению, животным, пище, то есть по группам аллергенов. Конечно, аллергеном может выступать множество разных молекул. Однако всегда можно найти место и время, в котором данный аллерген отсутствует. А значит, должна отсутствовать и симптоматика, то есть кашель. Но в нашем случае такое «время-место» не выявляется.

Конечно, кашель может быть одним из невротических симптомов. Давайте попросим помощи у невропатолога — пусть оценит состояние ребенка. Подтвердит или опровергнет наше предположение. Так же поступим и во всех других случаях.

Допустим, что все предположения будут опровергнуты. Останется единственный вариант — инфекция. Но инфекций, которые могут вызывать кашель, — множество. Конечно, мы легко отвергнем подозрения о вирусной природе, а вместе с тем и диагнозы простуды, ОРЗ — есть явный недостаток симптомов, недостаточная иммунная реакция и т. д.

Давайте попробуем понять, а почему же данный, предположительно инфекционный, агент вызывает такую симптоматику, а не иную.

Исходя из того, что у нас есть кашель и, по сути, больше ничего нет, можно предположить, что инфекционный агент локализуется в трахее, бронхах, легких, откуда организм, используя кашлевой рефлекс, пытается его выгнать.

Так может быть, это банальные бактерии, вызывающие пневмонию? Но для подобных бактерий характерен достаточно мощный иммунный ответ, сопровождающийся значительным повышением температуры.

Конечно, иммунитет может быть ослаблен, как, например, при иммунодефицитных состояниях, но у нас нет никаких данных, чтобы считать нашего пациента «иммунодефицитным».

Таким образом, наш агент, несмотря на то что довольно сильно вредит организму, вызывает незначительный иммунный ответ.

Это возможно, например, при герпесе, вирус которого «умеет договариваться» с иммунной системой и не вызывает мощного ответа,

уничтожающего все вирусные единицы, как это бывает при гриппе. Так и наш агент — вредит, но «договаривается». Поэтому у больного и нет сильного иммунного ответа, нет значительного повышения температуры как показателя данной реакции.

Туберкулез, как вы помните, исключил фтизиатр, к которому мама водила ребенка до нас. Грибковую инфекцию исключим самостоятельно — при подобном агенте температурная реакция — ответ организма — должна быть более явной и значительной.

Иногда кашель встречается в анамнезе при том же аскаридозе, но он эпизодичен, существует только на легочной стадии инвазии, а она кратковременна. То есть в анамнезе кашель был бы, но не на протяжении месяцев.

Давайте вспомним, куда ходит наш пациент. А ходит он в школу. При этом не прогуливает. А есть ли в школе другие кашляющие дети (или не в школе, а в семье, например, и не дети, а взрослые, в том числе курильщики)? Скорее всего, есть.

Даст ли нам эта информация какую-нибудь пищу к размышлению? Конечно. В тесных коллективах — группах детского сада, классах школ, семьях — инфекционный агент, даже обладая незначительной контагиозностью, довольно быстро распространяется. Именно поэтому и в школах, и в детсадах часто объявляют карантин по поводу детских инфекций.

Но карантин объявляют при определенной контагиозности, при ярко выраженном течении заболевания и только для ограниченного круга инфекций. А этого у нас нет. У нас есть несколько (а может, один-два) ребенка с кашлем в классе. А остальные здоровы.

Но ведь все дети разные — у кого-то иммунитет получше и ловит всех агентов, которые атакуют организм, у других — хуже, и они простужаются «при малейшем сквозняке». И, кстати... очень часто подобные «частые ОРЗ» связаны с тем, что иммунитет «подорван» постоянной борьбой с паразитами, а паразиты любят «прятаться» и иметь как можно меньше симптомов, как можно менее ярко выраженных. А еще есть кашляющие дети с аденоидитом...

Придется нам опять открыть руководство по дифференциальной диагностике, а может быть, и заглянуть в учебник по микробиологии.

И мы выясним, что существуют так называемые оппортунистические инфекции. Их изучение началось сравнительно

недавно — с начала эпидемии СПИДа, когда выяснилось, что из-за угнетения иммунитета при иммунодефиците больной умирает от довольно безобидных инфекций. Появились понятия пневмоцистной и микоплазменной пневмонии, а также были обнаружены такие формы хламидий, которые вызывают заболевания не половой сферы, а легких.

В норме (мы опять вернулись к понятию нормы) этими инфекциями не так-то просто заразиться. И контагиозность мала, и иммунитет всегда на страже. Но мы именно это и видим. Из двадцати-тридцати одноклассников кашляют только двое.

Можем ли мы предположить, что эти дети были выписаны в школу после простуды слишком рано и пошли на урок, когда их организм был ослаблен? Ведь мы прекрасно понимаем, что после любого заболевания возникает некоторая астения, после любой болезни нужна реабилитация. Мы понимаем, что спортсмен после перелома, после снятия гипса не сразу выскакивает на поле играть в футбол, а некоторое время возвращает себе «форму», разрабатывает конечность, наращивает мышцы, проходит курс реабилитации. И если этого не сделать, то и за мячом он будет бегать плохо, и вероятность новой травмы высока. Также и при простуде или ином инфекционном заболевании.

А может быть, наш кашляющий пациент просто устал. Ведь учеба в школе — это нагрузка и стресс. А если еще и дома проблемы, а если еще есть кружки и дополнительные занятия... Возникнет ли астения? Вполне возможно. Конечно, она будет связана с нервной системой. Но мы прекрасно знаем, что утомленный человек заболеет скорее, чем отдохнувший.

Можем ли мы этим объяснить, что заболели двое из тридцати? Те, кто был несколько ослаблен, и микроб смог «зацепиться», преодолеть иммунный барьер.

И произошло это по тем же причинам, по которым инфекционные или иные повреждающие агенты проникают через плацентарный или гематоэнцефалический барьер. Если все нормально, если процессы в человеке находятся в пределах нормы, то преодолеть эти барьеры невозможно. А если процессы сбоят, если организм дал слабину, то агент непременно проникнет через защитный барьер.

Посмотрим теперь на клиническую картину этих оппортунистических инфекций.

При пневмоцисте возникает подкашливание, ххеканье. И других симптомов может вовсе не быть. Это, конечно, неудобно, так как хотелось бы иметь триаду симптомов для постановки диагноза. Но это лучше, чем ничего.

Но у нас есть еще приступообразный кашель, субфебрилитет, потливость... Это похоже на картину микоплазменной инфекции.

И на рентгене особо ничего не увидели — а это не минус, это плюс для нас, так как для микоплазмоза характерны облаковидные изменения, незначительно усиленный легочный рисунок, т. е. довольно трудно различимые на снимке изменения, особенно если по каким-либо причинам снимок сделан не очень качественно.

Наверное, пора отправить нашего пациента в процедурный кабинет для забора проб. Будем делать анализы,

К нашей радости, сейчас существует диагностика всех этих инфекций как на уровне агента методом ПЦР, так и на уровне определения иммунного ответа организма методом ИФА.

Раз есть симптом, кашель, то мы будем рассчитывать найти методом ПЦР микоплазму, хламидии или пневмоцисту.

Как вы понимаете, мы будем искать геном именно легочных форм этих агентов — хламидии пневмония, микоплазмы пневмония. Урогенитальные виды — хламидия трахоматис и микоплазма хоминис — нас сейчас не очень интересуют.

Аналогично мы будем искать и встречную реакцию организма — антитела к микоплазме, хламидиям, пневмоцисте. За несколько месяцев болезни иммунная система уже должна выработать достаточно большое количество антител класса G к этим микробам. А вот антитела класса M уже могут и исчезнуть.

Мы будем очень рады, если найдем антитела и антигены одного или нескольких этих микробов в анализах. Тогда нам останется только лишь подобрать правильный антибиотик. И это делается уже очень просто. Не так много антимикробных препаратов эффективны при данных возбудителях.

Помните историю про профессора, который лечил бронхиальную астму антибиотиками? У всех этих детей были найдены один или два из перечисленных агентов. И после лечения «приступы» бронхиальной астмы не повторялись более семи лет! То есть у тех «астматиков» не было никакой астмы. А была просто микоплазменная, хламидийная

или пневмоцистная инфекция. Кстати, бронхиальная астма, наравне с аллергией, тоже довольно распространенный диагноз-индульгенция.

Хорошо, конечно, если мы нашли лабораторное подтверждение наших рассуждений. Гораздо печальнее будет, если мы инфекционных агентов или ответ организма на их проникновение не найдем.

Тогда мы начнем сначала. И опять осмотрим пациента и опросим маму. А может быть, ребенок храпит? А может быть, у него бывает гнусавый голос, заложенный нос?

Чтобы услышать вовремя ответы на эти вопросы, необходимо хорошо опрашивать. Но еще важнее — внимательно слушать и давать пациенту рассказать все. Лучший способ — молчать и лишь задавать уточняющие вопросы (сухой кашель или с мокротой, утром или днем, единичный или приступами и т. д.). Если дать пациенту выговориться, он, конечно, наговорит много лишнего и это отнимет некоторое время. Но все же мы потратим меньше времени, чем если сделаем поспешные выводы и пойдем по неверному пути.

Если дать пациенту время высказаться, он обязательно «проговорится», упомянет внешне ничем не примечательный, но важный для нас момент или симптом.

Именно это сейчас и произошло. Ведь гнусавый голос, храп, заложенность носа дают нам все основания отправить ребенка на консультацию к лору. А то и самим взглянуть на заднюю стенку глотки... и обнаружить там нехарактерную, то есть отсутствующую в норме слизь.

И от лора ребенок вернется к нам с диагнозом «аденоидит». И если лор не догадается связать аденоидит, раздражение задней стенки глотки и кашель, то мы, помня о патогенезе «простуды» при прорезывании зубов, сделаем это довольно быстро сами. И лечение назначим совсем другое, совместно с лором.

Мы, конечно, технично забыли про субфебрилитет и потливость. Да и кашель у нас приступообразный утром и вечером. Но субфебрилитет может быть и при аденоидах. Что касается потливости и приступов кашля, то мы их сейчас «отменим» у нашего гипотетического пациента. Наша задача в данный момент всего лишь определить схему мышления, убедиться в удобстве использования патогенетического способа постановки диагноза над симптоматическим подходом. Показать, как это можно сделать, на

собираемых виртуальных примерах. Хотя какими бы виртуальными они ни казались, все это — реальные примеры, взятые из многолетней практики.

Несмотря на столь длинное описание, в «полевых» условиях — на вызове, в кабинете — все эти рассуждения у опытного врача занимают считанные секунды. Важно лишь усвоить правильный алгоритм.

Более того, рассуждения, которые отталкиваются от понимания процессов, в реальности занимают гораздо меньше времени, чем подгонка под диагноз. Не считая, конечно, большей точности, удовлетворения от работы и радости от результата лечения.

8. ЧТО ЛЕЧИТЬ?



Симптомы и симптоматическое лечение

Итак, диагноз поставлен, патогенез понят. Что же дальше?

«Лечить, конечно!» — воскликнет доктор и будет не совсем прав. Теперь нужно определить — что лечить, а что нет. И вот почему.

У человека при заболевании есть ряд симптомов, которые необходимы ему для сохранности, для выздоровления. Например, боль при переломе заставляет человека бережно относиться к поврежденной кости, что в свою очередь предотвращает смещение, повреждения мягких тканей и осложнения перелома. И очень многие симптомы преследуют ту же цель — помочь человеку выздороветь, и если доктор, желая помочь, начнет ликвидацию этих симптомов, то он нанесет пациенту вред, «загонит» болезнь внутрь, где она расцветет буйным цветом со всеми возможными осложнениями.

Ярким примером такого симптома может быть кашель. Продуктивный (мокрый) кашель необходим пациенту для того, чтобы выводить из организма микробы, продукты их жизнедеятельности, поврежденные клетки организма и прочее ненужное и бесполезное в легких.

Может доктор с помощью лекарств так повлиять на кашлевой рефлекс, что человек перестанет кашлять? Может. Есть такие лекарства. Они эффективны и полезны в случае иного кашля — сухого, изнуряющего, непродуктивного.

К чему ЭТО приведет? Разумеется, к пневмонии. Ибо запертые в легких и бронхах микробы и яды вызовут некроз, дополнительное воспаление, активизацию аутофлоры.

Но бывает и так, что симптом необходимо уменьшить. И только что мы привели пример сухого кашля. Аналогично нужно уменьшать болевой синдром, чтобы он не был чрезмерным, температуру, чтобы она не стала «токсичной» для нервной системы и других клеток, отек, чтобы избежать излишнего сдавления и некроза окружающих тканей. То есть опять нужно думать, анализировать, решать. И иногда уговаривать пациента потерпеть.

Особенно часто приходится просить потерпеть в случае ринита. Как ни странно, но текущие сопля нервируют пациента подчас

значительно сильнее, чем боль или температура, хотя от боли или температуры он лежит пластом, а с соплями весело скачет.

В случае лечения, например, аллергии или нозологий, имеющих иной патогенез, но сходных по клинике с аллергией, симптомы (сыпь, насморк, кашель) часто являются показателем эффективности лечения.

Но хитрость тут в том, что симптомы, как правило, снаружи — например, сыпь на коже, а причина — внутри.

Так бывает при лямблиозе или аскаридозе. Причина — аскарида или лямблия — находится внутри, в ЖКТ. Для лечения врач разумно использует таблетки. В течение довольно короткого времени — не более двух недель, как правило, причина исчезает — паразиты умирают от таблеток, и кожа очищается от сыпи сама.

Но пациент может начать уговаривать врача помочь с сыпью немедленно. Или врач может поддасться искушению «поиграть в волшебника» и назначить мазь.

Сейчас есть довольно много мазей, которые могут убрать фактически любую сыпь за считанные дни или даже часы. Только вот пользы от такого назначения в данном случае ноль.

Ведь если с причиной, с паразитами, проблема будет решена, то кожа очистится сама. И это будет для доктора и для пациента дополнительным контролем качества, успешности лечения.

А если замазать, то доктор и пациент лишают сами себя этого дополнительного контроля. А этот контроль весьма важен, чтобы понять — эффективно ли сработало лекарство, полностью ли убиты паразиты или нужно проводить дополнительное или иное лечение. Или даже укажет на ошибку в диагнозе или упущение, когда причина сыпи не одна, а несколько. Например, у пациента есть и аскариды, и лямблии, а доктор пролечил только от аскарид.

Опять нужно думать, анализировать.

Собственно, в этом и есть огромное удовольствие от врачевания. Как шахматист обожает думать над шахматной партией, так и доктору нравится разгадывать медицинские загадки, которые ему подбрасывают пациенты и природа.

Малые симптомы

В медицине принято использовать латынь и описания состояний на основе латыни. Например, вместо повышения температуры врачи говорят «гипертермия», вместо частого мочеиспускания — «полиурия» и т. д. То есть доктор разговаривает на иностранном языке. Что же в этом такого?

Дело в том, что мы думаем, анализируем на родном языке. Любые импортные слова, если мы хотим понять их суть, мы обязательно переводим. В противном случае слово остается, а смысл теряется.

Да, в институте нас учат латыни, да, в работе мы часто ее используем для обозначения симптома, т. к. этот путь короче и быстрее. Однако мы не думаем на латыни. Мы думаем на родном языке.

В этом кроется еще одна хитрость. Мы можем представить жидкий стул — мы видели его, но мы не можем представить диарею. Диарея — это лишь термин из учебника. Для того чтобы начать представлять, анализировать, искать причину этого симптома, наши мозги обязательно переведут термин на родной язык.

Если вы сейчас подумаете о пятнисто-папулезной сыпи, то вы заметите, что представляя, как это выглядит, пытаетесь объяснить себе этот термин, вы начнете переводить, использовать привычные слова — покраснение, пупырышек и т. д. — кому что удобнее, в зависимости от личного лексикона.

Попробуйте открыть учебник и запомнить латинские названия симптомов болезни именно так, как они написаны, — ринорея, гипертермия и т. д. Попробуйте удерживать в голове эти симптомы хотя бы сутки. Вы заметите, что, во-первых, вы зубрите, тупо запоминаете латинские термины, а во-вторых, это требует от вас значительных усилий.

А теперь давайте переведем это на родной язык. Получится насморк и повышение температуры. Слов вроде стало больше, но мы даже не прилагаем усилий для того, чтобы запомнить эти симптомы, они сами в виде образов всплывают у нас в памяти.

Конечно, для записи в карту, для выступления на симпозиуме или написания умной медицинской статьи используют латынь. Такова традиция и привычка. Но нужно ли это при общении с пациентом, для собственных рассуждений?

Конечно, нет. Одно дело международная конференция, когда необходим некий общий язык, некое медицинское эсперанто, коим и является латынь, и совсем другое дело — общение с соотечественниками.

Массированное использование латыни в разговоре с пациентом не принесет вам совершенно никакой пользы. Вместо авторитета вы получите недоверие, так как пациент начнет думать, что вы пытаетесь повесить ему лапшу на уши, а то и вовсе просто не умеете говорить по-человечески, на родном языке.

И если вы думаете, что коллегам приятна ваша латинообразная речь, то вы также ошибетесь. Они вежливо выслушают вас, пропустив мимо ушей половину информации.

Если же вы будете использовать латынь в своих личных рассуждениях, то можете банально запутаться, т. к. ваш мозг будет хотеть образов, а образ возникает при использовании родных слов.

Единственное, в чем латынь может помочь, так это в общении с проверяющими. Вот тут чем больше латыни, чем непонятнее ваш почерк и ваша речь, тем скорее от вас отстанет проверяющий и пойдет искать более легкую жертву.

Существуют симптомы, которые очень хорошо и образно запоминаются именно на родном языке и которые фактически невозможно столь же ярко описать на латыни.

Вот вам пример такого симптома. Маленький ребенок пьет воду из унитаза. Правда, яркий образ. И если я сейчас скажу вам, симптомом какого заболевания это является, вы никогда не забудете ни этот симптом, ни этот пример, ни этот образ ребенка, который пьет воду из унитаза.

Но давайте сначала разберем, что происходит. Ибо этот разбор нам не менее полезен, чем запоминание нозологии. Итак, о чем может говорить то, что ребенок пьет воду из унитаза?

Родители в шоке. Они не понимают, что с их ребенком, в доме чистота, родители хорошо и опрятно одеты, а ребенок и вовсе наряжен как на парад. Подозревать родителей в отсутствии культуры, в плохих

сангигиенических условиях, равно как и в невнимании к ребенку, не приходится. Так в чем же дело?

А когда вы пьете воду? Когда хотите пить. Когда испытываете жажду, сухость во рту. Давайте предположим, что ребенок поступает так же, что он пьет просто потому, что испытывает жажду, хочет пить. Что с его психикой все в порядке.

Ведь с этим симптомом родители могут привести ребенка не к терапевту, а к психиатру.

Но ведь вы не считаете себя сумасшедшим, когда наливаете стакан воды? А почему мы отказываем ребенку в здравом уме?

Итак, с ребенком все нормально, он просто хочет пить. И пьет. Но почему из унитаза?

А **ВОТ** тут родителям и врачам хорошо бы посмотреть на квартиру глазами ребенка. Увидеть стулья и диваны, которые находятся у ребенка на уровне шеи или груди, а никак не на уровне колена. Увидеть совершенно недостижимые чашки, кувшины, пакеты с соком, бутылки с водой, которые стоят на столе. А под стол можно вообще легко пройти, как мы входим в дверь, даже не пригибаясь.

А кран, из которого можно налить воду, — еще выше, заботливые родители отодвигают от края все, что может разбиться, и вода в бутылочке или поильнике уже давно закончилась.

Но, к счастью для ребенка, в доме есть туалет. И стульчак туалета ниже сиденья любой табуретки или стула. А в доме чисто, и в туалете хорошо пахнет — родители же следят за гигиеной, и туалет сверкает той же чистотой, что и кухня. Так чем же тогда, скажите, туалет хуже? А пить очень хочется. Вот прямо сейчас.

И ребенок проявляет находчивость и интеллект и идет в туалет, зачерпывает воду из унитаза ладошкой и пьет.

И тут приходит заботливая мама — она уже налила воду в бутылочку или поильник и несет ее ребенку. Она же заботливая мама. Просто не успела. И видит, как ее малыш, едва научившись ходить, пьет из унитаза. В полуобморочном состоянии мама хватается малыша и едет к психиатру или невропатологу.

А куда ей надо ехать? К эндокринологу. Потому что подобное поведение ребенка — всего лишь один из ранних признаков сахарного диабета. Скажите, вы когда-нибудь сможете забыть этот симптом?

Я помню об этом уже несколько десятков лет, не прилагая к этому никаких усилий. Эту историю нам рассказали на эндокринологии, когда я учился в институте.

А вы помните, что к симптомам сахарного диабета у детей относятся также полиурия, полидипсия, полифагия? Ну, вот и я о том же. И прежде чем написать эти умные латинские термины, я заглянул в руководство по педиатрии.

Если доктор хочет быть хорошим диагностом, ему обязательно нужно развить в себе привычку коллекционировать и запоминать подобные «малые» симптомы. И дело не в том, чтобы рассказать медицинскую байку, а в том, что такие симптомы и помогают понять патогенез и основаны на реальных клинических случаях. А раз один ребенок пил из унитаза, то и второй может догадаться сделать то же самое, когда испытает жажду, страдая от еще не диагностированного диабета.

Я думаю, что преподаватель, который рассказал нам этот клинический случай, хотел добиться именно такого эффекта — что-бы мы запомнили хоть что-нибудь.

Другие преподаватели выдумывают стишки;

«Если ваш малыш потеет, беспокоен, плохо спит,
И затылочек лысеет — начинается рахит».

В принципе, этого вполне достаточно, чтобы запомнить начальные, ранние симптомы рахита и вместо лечения рахита в период разгара немного увеличить дозу витамина D и этого разгара просто не допустить.

А теперь попробуем запомнить симптомы, описываемые в «Руководстве»: «Грудные дети становятся беспокойными, плохо спят» (не правда ли, очень специфичные симптомы для грудного ребенка, узкоспецифичные). «У них наблюдается недостаточная минерализация костей (краниотабес)» — а это, конечно, уже далеко не ранний признак, это уже начало костных изменений, и если бы мы увидели более ранние симптомы, то до краниотабеса дело бы просто не дошло. «Они позже, чем здоровые, начинают сидеть и ползать». Заглянем в другое руководство — «двадцать пять процентов детей пытаются

сесть, начиная с трех месяцев, сидят с четырех с половиной месяцев, а все девяносто процентов детей садятся в норму к одиннадцати месяцам...» так что такое «позже, чем здоровые», если граница нормы у здоровых размыта более чем на пол года, а разгар рахита в отсутствие лечения ждать нужно лишь около месяца... Помогло ли нам руководство? Или стишок оказался точнее и полезней для ребенка?

Далее я не буду переписывать описание рахита из руководства, ибо там идет уже речь об изменениях костей — искривлениях, утолщениях и пр. А мы можем не допустить этого, используя всего лишь старый педиатрический стишок.

Нет, конечно, мы можем ждать полной и развернутой клинической картины рахита. Потом подтвердить это анализами, потом назначить лечение и героически справиться с болезнью... Вот только костные изменения; бугры на черепе, рахитические четки на ребрах, кривые ноги, впалая «грудь сапожника» — при подобном подходе уже, скорее всего, сформируются и останутся с ребенком навсегда, на всю его жизнь.

А ведь чтобы всех этих неприятностей не произошло, доктору нужно было всего лишь помнить стишок и вовремя, увидев ранние признаки, увеличить дозу витамина D.

И признаки-то простейшие. Из разряда — симптом «видно от двери». Вот входит доктор, мама встречает его с ребенком на руках, столбиком, затылком к доктору. И доктор видит лысинку. А лысинка — это подозрение на рахит.

Позже доктор выяснит и дозу профилактического приема витамина Z), и про потливость ступней и ладошек, и про общую потливость, беспокойство, сон. Потом поставит диагноз, увеличит дозу витамина D и объяснит маме, что лысинка получилась не от того, что ребенок терся головой об подушку, а что волосы вытерлись от того, что начался рахит. И что сколько взрослые люди или дети старшего возраста ни трутся о подушку, лысинок у них не возникает, волосы не вытираются.

Но заподозрил доктор диагноз еще у двери, помня веселый студенческий стишок, и ребенок, которому вовремя начали увеличивать дозу витамина D, которого не доводили до разгара и появления костных изменений, вырастет красивым, с прямыми

стройными ногами, нормально развитой грудной клеткой, красивой формой черепа.

Стоит это того, чтобы запомнить стишок?

Коллекционирование «малых симптомов» очень полезно для доктора.

Как правило, ни в книгах, ни в лекциях им не уделяется должного внимания, хотя именно они помогают в диагностике на начальном этапе заболевания, когда больному можно быстро и эффективно помочь. Помочь так, что он и не будет в будущем вспоминать о своей болезни.

Примером может быть такой симптом, как «малые припадки».

Иногда у детей, даже у грудных, наблюдаются некоторые стереотипные состояния, выражающиеся в непонятных вздрагиваниях, кивках, произвольных движениях глаз, «замираниях», «зажиманиях», «обмяканиях», в особенности с остановкой взгляда и отсутствием реакции на внешние раздражители.

Это может быть ранним симптомом эпилепсии, которую можно довольно эффективно лечить на этом раннем этапе. Еще одним «малым симптомом» можно считать раннюю диагностику кариеса у детей.

Большинство родителей, а подчас и врачей считают, что кариес — это коричневое или черное пятно на зубе. Это, конечно, так, на этапе дырки, когда без пломбы и бормашины не обойтись, но в действительности ранний признак кариеса иной.

Сначала при кариесе на эмали зуба образуется матовое пятно. Это довольно хорошо видно, ибо вся остальная эмаль этого и других зубов глянцевая, а тут вроде тоже белая, но не блестящая, а матовая. И это кариес. Только в данном случае, если вовремя заметить, можно обойтись без бормашины, используя терапевтические средства.

Одним из широко известных «малых симптомов» является асимметрия складок на бедрах у грудного ребенка. И хотя этот симптом не строго коррелирует с подвывихом бедра у грудничков, задача «малых симптомов» и знания этих симптомов в том, чтобы доктор заподозрил болезнь и как можно раньше подробно обследовал ребенка на предмет подтверждения или исключения патологии. Все, что требуется от педиатра, обнаружившего асимметрию складок, —

отправить ребенка на консультацию к ортопеду и на УЗИ тазобедренных суставов.

Проверка диагноза

После того как доктор принимает решение о предположительном диагнозе, он должен проверить свою догадку. Делается это и для проверяющих, и для убеждения пациента, и для собственной уверенности. Именно для этого чаще всего доктор отправляет пациента на лабораторные и инструментальные методы исследований. Для подтверждения или опровержения своей догадки.

Далеко не всегда анализы и исследования позволяют подтвердить или опровергнуть диагноз. Бывает так, что результат анализа расходится с клинической картиной. Это может происходить как из-за ошибки в диагнозе, так и из-за лабораторной ошибки, заложенной технологически, самой процедуры выполнения анализа или человеческой ошибки, когда лаборант путает пробы пациентов, а также может объясняться особенностями заболевания или особенностями выполнения теста.

Если диагноз не совпадает с результатом анализа, то это повод для доктора задуматься и проанализировать ситуацию еще раз.

При этом врач должен помнить, что основная ответственность за пациента лежит именно на нем, а не на лаборатории, не на анализе. Помнить, что анализ лишь дополняет и уточняет. Помнить, что, в конце концов, у любого метода есть граница достоверности, то есть в самой технологии постановки анализа уже заложена некоторая погрешность. Иногда эта погрешность достаточно велика. Так, например, при выявлении антител чувствительность и достоверность метода колеблется в пределах семидесяти пяти процентов. А значит, уже из-за технологии выполнения анализа вероятность ошибки примерно двадцать пять процентов. Это довольно большая цифра.

При выполнении ПЦР-исследований вероятность ошибки, конечно, поменьше, но в этом случае иногда возникает обратная ситуация — гипердиагностика, когда тестирование проводится в загрязненной лаборатории или чувствительность анализа завышена. И получается, что размножается геном не из пробы, а тот, который попал в пробу извне, иногда буквально из воздуха.

А вот в случае посева вероятность роста микрофлоры значительно ниже, что зависит не только от сред, на которые происходит посев, сроков инкубации, температурного режима, но и от вида микроба. То есть в посеве может вырасти далеко не все, что есть в пробе. Одни бактерии могут расти активнее, другие медленнее. Все это влияет на ответ, искажает картину.

При микроскопии проб на яйца глистов, соскоба на энтеробиоз достоверность результата будет еще ниже. Нет, если яйца доктор найдет и идентифицирует, то диагноз будет подтвержден. Проблема в том, что в связи с технологией анализа, жизненным циклом паразита существует вероятность, что в восьмидесяти процентах случаев яйца паразитов, которые в организме есть, в анализе найдены не будут. И это в случае хорошей лаборатории и точного выполнения методики.

А если лаборатория работает не очень хорошо, то достоверность анализа снижается до пяти процентов. То есть яйца глистов находят у пяти детей из ста зараженных. А у девяноста пяти — не находят.

Про все эти тонкости, по идее, врач должен знать. Более того, мониторировать и отслеживать изменения, которые происходят в лабораторной диагностике.

Подтверждение диагноза результатом лечения. *Ex juvantibus*

Как ни странно, но в большинстве случаев врач обходится без лабораторного подтверждения диагноза.

И причин тут несколько.

1. Больной страдает «сейчас», и ждать результата анализа ему совершенно некогда. Терапию нужно начинать немедленно.

Подобная картина возникает не только при банальных простудах, но и при «скоромощных» ситуациях, болевых синдромах, интенсивной терапии.

2. Лаборатории необходимо время для диагностики. Иногда это часы, а иногда, как в случае с посевом, дни и даже недели. «Микробы денег не берут», как говорила одна моя знакомая в ответ на просьбу «ускорить результат» микробиологического посева.

Нередко, пока из лаборатории приходит подтверждение, пациент уже выздоравливает. Например, в случае ротавирусной инфекции, кишечных инфекций, некоторых иных инфекционных заболеваний.

3. Результат анализа не повлияет на тактику лечения. Элементарный пример — простуда, ОРВИ. Можно, конечно, взять у пациента посев и на вирусы, и на бактерии. Только пока все это будет в лаборатории расти, доктор уже вылечит пациента. А может быть, пациент и сам справится, без медикаментозной помощи.

Важно также, даже если допустить, что диагностика будет выполнена практически мгновенно, если, например, пациент сдал кровь на антитела к различным вирусам и на следующий день у доктора есть лабораторный ответ, доктор не будет менять тактику лечения. Кроме того, в патогенезе ОРВИ может принимать участие множество вирусов, причем на некоторые из них еще не сделаны тест-системы, а какие-то и вовсе еще не идентифицированы. А терапия-то та же самая — симптоматическая.

А если бактерия? Посев будет делаться пять-семь дней. Но в случае если температура у пациента держится три дня выше 38 градусов, то доктор уже назначит антибиотик.

Таким образом, результат исследования будет неоправданно дорог, а ценность анализа для пациента и врача будет близка к нулю.

4. Симптомы слишком очевидны. Наиболее типичным примером можно считать ветрянку — ветряную оспу. Симптомы этого заболевания настолько ярки и специфичны, что лабораторное подтверждение, как правило, не нужно.

Или все-таки нужно? Но если делать посев, то результат придет как раз к окончанию лечения. Если делать анализ на антитела, то нужно брать кровь из вены. Оправдано ли такое вмешательство в жизнь больного ребенка? Ему и так плохо, а тут еще медсестра со своей иглой.

5. Качественная диагностика еще не придумана.

Бывает и так, что болезнь есть, описана, но качественной диагностики еще не придумано. И не нужно искать подобное заболевание среди редких болезней. Паразиты, гельминты, простейшие — аскаридоз, энтеробиоз, лямблиоз — распространены достаточно широко, однако лабораторная диагностика этих заболеваний пока еще далека от совершенства.

6. У врача просто нет возможности сделать анализ. Иногда в связи с ОМС- или ДМС-инструкциями, иногда в связи с удаленностью лаборатории, иногда из-за платежеспособности пациента.

Во всех этих случаях подтверждением диагноза будет результат лечения. То есть если больной выздоровел, значит, доктор был прав.

Как вы уже только что прочитали, подобный подход оправдан практически всегда при банальной простуде, некоторых детских инфекциях, а также при гельминтозах.

Анализы

Конечно, если доктор может подтвердить анализ лабораторно, то и ему легче, и пациенту спокойнее.

Но, как мы только что заметили на примере посева, микроскопии, ИФА или ПЦР, у любого метода есть свои ограничения и вероятность ошибки.

Причем если говорить о ПЦР, то ошибка может возникнуть достаточно неожиданно. Вот было все хорошо, лаборатория давала очень верные ответы... а тут раз... и почти у всех обнаруживается хламидиоз.

Конечно, хорошая лаборатория имеет свою систему контроля, хороший врач-лаборант сам заметит неполадку. Но как бы быстро это ни происходило, часть ответов уйдет к докторам с ошибкой.

И с определением антител бывают неточности. И опять-таки это связано с особенностями метода, с особенностями строения самих молекул иммуноглобулинов, с их способностью «прилипать» не только к своим антигенам.

И с точки зрения природы, с точки зрения самозащиты человека — это прекрасно. А вот с точки зрения врача-лаборанта, разработчика тест-систем — довольно неприятно.

Однажды мои коллеги обнаружили, что автоматический анализатор очень авторитетной фирмы, фактически корифей лабораторной диагностики, создает гипердиагностику ЦМВ, то есть находит антитела к ЦМВ в «положительном» титре. И данный «положительный» ответ не коррелирует ни с клиникой, ни с данными других лабораторий и тест-систем.

Оказалось, что проблема даже не в методике или диагностикмах, а в том, что неправильно определена граница «положительного» ответа. Стоило изменить эту границу, и гипердиагностика исчезла, и результат анализа стал совпадать с клинической картиной. Но чем более тонким является исследование, чем точнее должна быть диагностика, тем больше в нее порой закрадывается ошибок, обусловленных особенностями организма. Например, анализ на аллергены.

Про скарификационные пробы мы не будем даже и говорить. Их неспецифичность настолько высока, а риски проведения обследования для пациента столь велики, что лучше просто не использовать этот метод.

Но есть исследование на выявление аллергена по анализу крови. Суть этого метода — в обнаружении в достаточной концентрации иммуноглобулинов класса Е — антител к аллергену, то есть к антигену. Ситуация, похожая на описанную выше ситуацию с ЦМВ.

И проблема возникает та же самая — на антиген-аллерген налипают не антиаллерген-антитела, а похожие, ибо у организма всегда есть в запасе широкий выбор антител — это необходимо ему для быстрой организации защиты от любой внешней агрессии.

Конечно, ученые придумали разные хитрые способы «отмывки», чтобы к антигену прилипло только специфичное антитело... Но природу перехитрить довольно сложно. И как бы лаборанты ни отмывали, в результате анализа на аллергены доктор может обнаружить «береза 2+», например.

Что же делает доктор? Воскликает; «О, у вас аллергия!» А аллергия, как мы помним, частенько выступает как диагност-индугенция — есть аллергия, и больше думать не нужно.

Самое интересное, что ученые, придумавшие этот диагностикум, пишут и на бланке, и в инструкции, что «1+» или «2+» являются сомнительными результатами. Таким образом, разумнее их считать отрицательным анализом и искать причину жалоб где-нибудь еще. И там же, в бланке, написано, что только «3+», а еще лучше «4+» могут свидетельствовать об аллергии. Могут. Всего лишь могут.

Но ни доктор, ни пациент этого не видят. По причинам, которые были описаны ближе к началу книги, им выгодно не видеть, им выгоден диагноз «аллергия».

Но мы сейчас говорим о подтверждении диагноза. Есть подтверждение? Нет. А что решили доктор и пациент? Кстати, подобные ситуации возникают иногда и при УЗИ-исследовании, когда возникает «удобный» диагноз, и при посеве, особенно из носа и глотки, в котором всегда есть чему вырасти, и врач легко «притягивает за уши» к результату посева любые симптомы, подгоняя пациента под диагноз и заканчивая все назначением антибиотиков, которые в данном случае, чаще всего, вовсе не нужны.

Ну и что же у нас остается в сухом остатке от подтверждения диагноза?

Лишь голова доктора, которая в курсе не только патологических процессов, того, какие симптомы эти процессы вызывают, но и того, что происходит в лаборатории, чему и насколько можно доверять.

Причина-реакция

Раз уж мы обмолвились об антигенах и антителах, то давайте поговорим о них в том контексте, в котором написана эта книга. Что происходит, когда мы учимся в институте, и потом продолжается в больнице или кабинете? Мы изучаем заболевание, и одним из пунктов этого изучения является диагностика. И в этом пункте написано; «Для подтверждения диагноза необходимо выполнить следующие исследования: посев, ИФА, РСК, ПЦР и т. д.»

И мы приходим на работу именно с этими понятиями: есть болезнь — есть набор подтверждающих анализов. Мы редко задумываемся, а что же эти анализы подтверждают на самом деле. О чем они в действительности говорят? Мы ихтак и именуем — анализ на гепатит, анализ на корь, анализ на сифилис.

И когда к нам приходит ответ из лаборатории «+», «положительно», «обнаружено», то мы радостно ставим окончательный диагноз и сообщаем пациенту; «Вот плюстик — надо лечить».

А между тем все не так уж просто. По сути, мы имеем дело с маркерами всего двух состояний — с маркером причины и с маркером реакции организма.

Давайте отвлечемся ненадолго от анализов и посмотрим несколько шире.

Повышение температуры — это маркер чего? Маркер инфекции, маркер воспаления, маркер реакции иммунитета? А ведь все просто. Повышение температуры — это маркер реакции организма. На что, почему — это уже второй вопрос. И задача врача в том и состоит — определить, на что, на какую причину отреагировал организм повышением температуры. То ли на прорезывание зубов, то ли на перегрев, то ли на инфекцию (а на какую?), то ли на аутоиммунный процесс (на какой?) и т. д.

То же самое происходит в лаборатории — почти все анализы можно распределить на две группы — на анализы, показывающие реакцию организма, — анализ крови, анализы на определение уровня антител, анализ на скрытую кровь и т. д. И на анализы,

маркеры причины — посевы, ПЦР и иная ДНК-диагностика, микроскопия (в ряде случаев) и т. д.

Иногда, конечно, как, например, в результате гинекологического анализа мазка на флору, при микроскопии можно увидеть и реакцию организма — лейкоцитоз, и причину (возможную) — ключевые клетки.

Важно понимать, что, обнаружив маркер причины, мы обнаруживаем не более чем маркер возможной причины. Ведь мы могли забыть сделать другой анализ. Например, при длительном кашле в обычном анализе мокроты на посев мы никогда не найдем ни микоплазму пневмония, ни легочные формы хламидий, ни иных инфекционных агентов, которые *могут* вызвать длительный кашель. А ведь у этого симптома могут быть и не инфекционные причины.

Итак, обнаружение маркера причины, например, в ПЦР-анализе, в анализе на антигены — еще не основание для постановки диагноза.

А что значит в этом случае обнаружение маркера реакции, например, С-реактивного белка, ЦИК, положительного титра антител и т. п.? Да почти ничего. Мы обнаружили лишь, что реакция есть. Причина этой реакции для нас пока не ясна, нам ее еще предстоит выяснить. И в большинстве случаев нам придется выяснять это с помощью книг и на основании наших логических рассуждений.

С маркерами реакции все и проще и сложнее одновременно. Если есть маркер реакции, то реакция точно есть. Вопрос — на что. Это как с температурой — температура есть, реакция есть. Осталось лишь понять, какой причиной вызвана эта реакция. Аутовоспалением, бактериальной, вирусной, грибковой инфекцией или иными причинами.

В случае обнаружения антител, кажется, все проще, т. к. антитела мы проверяем к конкретному антигену. Например, к конкретной бактерии или вирусу. Но это только кажется.

Проблема в том, что организм по-разному реагирует на разные инфекции. В случае с классическими инфекциями реакция выражена достаточно ярко как в плане температуры, других симптомов, так и антител. И ведут себя в этом случае антитела «классически». Сначала нарастают антитела класса М, потом, через пару недель, они снижаются, и нарастают антитела класса G, которые остаются уже на

многие месяцы или годы, в зависимости от агента. То есть организм даже в этом случае реагирует по-разному.

При «менее классических» инфекциях — хронических вирусных заболеваниях, оппортунистических инфекциях и т. п. — реакция организма также отличается. Смена *M* на *G* происходит несколько иначе. По-разному, конечно, в каждом конкретном случае, но уже не столь классически.

И это может затруднять постановку диагноза, определение стадии процесса, путать врача, а иногда и приводить к неверной трактовке. Ведь часто клиническая картина смазана, и доктор радуется случайной находке в анализе. Но может статься, что то, что он нашел, не участвует в образовании патологической симптоматики и вообще не мешает жить. Ведь при ряде заболеваний, например при ветрянке, краснухе, антитела класса *G* остаются на всю жизнь. Но если доктор находит антитела класса *G* к хламидиям, ЦМВ, ВПГ, он часто начинает лечить пациента. И вовсе не всегда это ошибка. Однако важно, чтобы доктор понимал, что ошибка возможна, что не всегда наличие антител класса *G* указывает на наличие в организме антигена, агента, на который выработалась эта ответная реакция организма. Или на его активность, опасность для организма. Возможно, агента уже и нет, а может быть, он еще есть. Отчасти об этом можно судить по титрам антител, а точнее по изменению титра со временем. И это в любом случае будет «сообщение» о реакции на агент, а не обнаружение агента, причины.

Вспомните... есть люди, которые реагируют на критику очень болезненно, а есть такие, что «с гуся вода». Так и с организмом, с иммунным ответом. При неких общих принципах индивидуальные различия тоже есть.

И тут невозможно обойтись без углубленного изучения каждой инфекции и способов ее диагностики. Причем углубляться необходимо довольно сильно, ибо диагностика антител на тест-системе одного производителя может очень сильно отличаться от диагностики на тест-системе другого производителя. И по точности, и по специфичности, и по нормам.

Чтобы в этом разобраться, необходимо не только читать статьи про заболевание, но и выяснять у врача-лаборанта особенности тест-

системы. Заодно поймете — разбирается ли врач-лаборант в своем предмете.

Давайте теперь вспомним про аллергию. Диагностика аллергенов — это определение маркера болезни или это поиск реакции на маркер? Конечно, определение аллергена — это всего лишь определение: есть ли у организма неадекватная реакция, повышенное образование антител на какое-либо вещество, аллерген.

А если это скарификационная проба, то мы заносим микродозу аллергена в ранку и смотрим, есть ли реакция организма — покраснение, то есть выделение медиаторов воспаления. Именно поэтому этот тест опасен — пациенту, у которого мы подозреваем аллергию, мы насильно добавляем этот аллерген. И именно поэтому тест неточен — реакция воспаления, вызванная медиаторами, очень неспецифична.

А вот когда мы исследуем кровь пациента на аллергены, мы ищем специфический ответ в виде иммуноглобулинов класса *E*, в виде антител, в виде реакции на причину. Но это все равно всего лишь ответ. Сам аллерген мы обнаружить не можем.

То есть, конечно, можем — вот молоко стоит, вот береза растет, вот кошка бегает. Но хитрость аллергии, в отличие от гриппа или холеры, в том, что большинство людей абсолютно спокойно переносят общение с кошкой, молочный завтрак или прогулку в березовой роще, в отличие от попадания в насыщенную вирусом гриппа или холерным вибрионом среду. В последнем случае реакция на попадание агента будет выражаться в клинической картине заболевания.

А у человека с аллергией происходит поломка механизма правильного иммунного ответа. Он становится неадекватным, бурным. Это как если бы в ответ на приветствие, на «спасибо» собеседник бросился бы на вас с кулаками.

Итак, мы можем обнаружить реакцию организма на антиген, на аллерген. Но антигенов-то много, аллергенов тоже может быть много. Проверить «на все» невозможно не только финансово, но еще и технически — не все тест-системы еще придуманы, не все надежны.

И «опять неизвестность», и опять нам никак не обойтись без самого главного анализа — дифференциальной диагностики, размышлений, которые происходят в нашей, врачебной голове.

От простого к сложному или от сложного к простому?

Так же как все анализы можно разделить на две большие группы, так и алгоритмы постановки диагноза можно условно представить в виде двух групп.

Первый и наиболее часто встречаемый вариант — это предположение, что причиной жалоб является наиболее безобидный процесс.

Например, когда доктор при повышении температуры сначала думает о простуде. Или когда при взгляде на анализ крови ищет, нет ли воспаления, а не задумывается о том, нет ли в анализе признаков онкогематологии.

Конечно, подобное сравнение немного утрировано, но вы легко вспомните случаи из своей практики, когда коллега или вы предполагали «страшный» диагноз и предлагали начать с его исключения, прежде чем приступить к подтверждению более «легких» диагнозов. И коллеги говорили; «Ну ты и хватил, будь проще»...

Иногда подобную сложность называют настороженностью. И есть большое подозрение, что если бы у докторов было чуть больше настороженности, то у нас было бы меньше запущенных случаев онкозаболеваний и других крайне неприятных болезней.

Поэтому более разумным представляется алгоритм обдумывания диагноза «от сложного к простому». С опытом такой алгоритм будет занимать считанные секунды. Но риск пропустить «серьезную» патологию значительно снизится.

Для тренировки этого навыка очень хорошо подходят руководства по дифференциальной диагностике, так как в них довольно редко разбирают у́ж очень простые случаи. А вот сложные, опасные заболевания эти книги упоминают почти все. Откройте любое руководство по дифференциальной диагностике на симптоме «гипертермия». Сколько места в этой главе будет занимать описание наиболее частого состояния, сопровождаемого повышением температуры, вариантами простуды, ОРЗ? Считанные строки. Зато чем тяжелее состояние, сопровождающееся гипертермией, чем опаснее оно

для пациента, тем больше места ему уделено. Кроме того, в этом же разделе будет упомянута масса диагнозов и состояний, о которых вы и не подумали, не помнили и, возможно, не знали. И это очень полезно не только для саморазвития, но и для профилактики «автоматических диагнозов», когда врач настолько упрощает свой ход мысли, что постановка диагноза происходит в «один клик»: симптом — диагноз. Может быть, это и эффективно, может, это и быстро, но насколько быстро, настолько и ошибочным может оказаться.

9. ЛЕЧЕНИЕ



[9]

Так когда же мы начнем лечить, спросит нетерпеливый читатель. Сколько можно рассуждать?

Рассуждать не только можно, но и нужно много. И если научиться делать это правильно, то от момента встречи с пациентом до момента назначения лечения у доктора будет проходить совсем немного времени. Примерно столько, сколько нужно для того, чтобы прочитать несколько страничек этой книги.

Однако если алгоритм мышления неверный, если доктор будет подменять причину болезни симптомом, то есть причину — реакцией, и вместо поиска причины будет искать подходящий диагноз, то довольно сложно будет не совершить ошибку в диагностике, а значит, и в лечении.

Итак, предположим, что мы поставили наконец диагноз и приступаем к лечению. Какую схему, какие лекарства выбрать?

А какие они бывают, если посмотреть на них с точки зрения этой книги?

Как вы уже догадались, рассматривать лекарства с точки зрения общепринятых фармакологических групп мы в этой книге не будем. Но сколь бы новыми ни выглядели подача и рассказ о таблетках на этих страницах, все, что вы здесь читаете, взято из Машковского, Видаля, Вульфа и других совершенно обычных руководств.

Отличаются лишь взгляд, угол зрения, акценты.

Но вы легко сможете освоить подобный взгляд и алгоритм для повышения эффективности вашей терапии.

Итак, какие же лекарства есть в нашем арсенале?

Есть старые, проверенные, привычные лекарства, например анальгин или аспирин.

Есть модные лекарства, например пробиотики, биологически активные добавки (БАД), иные лекарства, активно рекламируемые в данный момент в СМИ и Интернете. Перечислять их в данном случае не имеет смысла, ибо мода, что на одежду, что на лекарства, весьма переменчива и зависит и от рекламного бюджета, и от ежеминутных пристрастий людей.

Есть новые лекарства, недавно появившиеся на рынке. Конечно, новое лекарство, как и старое, может попасть в разряд модных, в зависимости от желания фармкомпании влиять на его продажи с помощью рекламной кампании. Конечно, через какое-то время лекарства из группы «новые» перейдут в разряд «привычные» — это вопрос времени. Однако какими же лекарствами мы будем лечить данную болезнь у данного пациента?

Конечно, мы будем применять те лекарства, которые лучше всего повлияют на патологические процессы, возникающие у данного конкретного больного при данном конкретном заболевании, обладая при этом минимальными побочными эффектами, минимальным риском для пациента.

И это могут быть лекарства любой из этих групп.

Так зачем же мы тогда создали эти три виртуальные группы?

Все очень просто. У каждой группы есть свои плюсы и минусы, исходя из которых отдельные препараты можно объединить в эти группы.

Начнем с привычных лекарств. Применение этих препаратов, давно изобретенных, давно проверенных и перепроверенных, имеет большое преимущество — об их действии и достоинствах, об их дефектах и недостатках мы знаем максимально много. Не все, но больше, чем о лекарствах из других групп.

Так давайте тогда лечить только этими лекарствами, скажете вы. Но мы еще не обсудили их минусы. А минусы тоже есть, и довольно серьезные.

Во-первых, лекарства этой группы могут обладать меньшим лечебным эффектом, чем лекарства из другой группы.

Во-вторых, эти лекарства в большинстве случаев имеют серьезные побочные эффекты, и далеко за примером ходить не нужно. Возьмем димедрол, который обладает меньшим антигистаминным эффектом, чем супрастин, и более выраженным побочным, в данном случае седативным, эффектом. А можно продолжить и сравнить супрастин с зиртеком. Кстати, совсем еще недавно зиртек относился к группе новых препаратов, но вот уже несколько лет как покинул ее, перейдя в группу привычных.

В-третьих, старые лекарства в большинстве своем менее избирательны, то есть будут действовать не только на то, что нам нужно, но и на то, что нам совсем не нужно. Вот для чего полезно понимать механизм, патогенез болезни!

В-четвертых, у части старых препаратов по мере использования и применения, по мере появления более совершенных лекарств обнаруживаются совершенно неприемлемые побочные действия, и тут можно привести популярный исторический пример, когда давно-давно сифилис лечили препаратами ртути. А теперь — антибиотиками.

Но не только столь далекие от нас препараты, бывшие ранее привычными, теперь вышли из употребления, как, например, ртуть, стрихнин или опий.

Например, анальгин, олететрин, тетрациклин или левамицетин, очень популярные у старшего поколения, сейчас заслуженно забыты, ибо обладают гораздо меньшим лечебным эффектом и гораздо большими побочными действиями, чем лекарства, пришедшие им на смену.

В США есть специальные институты, следящие за фармакологическими исследованиями, за появлением новых лекарств и углублением знаний о привычных. Есть специальные руководства, ежегодно обновляемые и содержащие рекомендации относительно новых и старых препаратов.

Модные лекарства

Подобная «слежка» и рекомендации противостоят, с одной стороны, врачебной привычке, когда доктор «на автомате» прописывает привычное лекарство, и, с другой стороны, — рекламному давлению фармкомпаний.

Особенно важны такие предупреждения относительно модных лекарств.

Сейчас одни из самых модных препаратов — это БАДы, биологические добавки, пищевые добавки. В описании этих препаратов указано, что побочных эффектов нет, а спектр применения и эффективность, если ориентироваться на рекламу и описание, — огромны.

Однако в реальности БАД — это вообще не лекарство. Отсутствие в описании побочных эффектов объясняется банальным отсутствием клинических (и не только) испытаний препарата. Пусть вас не успокаивает, что концентрация действующего вещества в БАД, как правило, значительно меньше терапевтической.

В принципе, все, что нужно знать про БАД, — то, что это не лекарство, а нечто, что никто не проверял и неизвестно кто и как составлял. Результат применения БАД предсказать невозможно.

Еще один недостаток БАД, как и некоторых многокомпонентных лекарств, — чем больше компонентов, составных частей, действующих веществ, тем сложнее предвидеть результат их действия. Каждый компонент, взаимодействуя с организмом, может ослабить или усилить действие другого компонента. Подчас непредсказуемо. К тому же каждое действующее вещество имеет свои побочные негативные эффекты. И если веществ несколько, то количество негативных эффектов суммируется.

Среди модных лекарств есть, вне всякого сомнения, настоящие, хорошие препараты. Иногда даже весьма хорошие. Так в чем же дело?

Дело в том, что врач должен быть насторожен не только относительно онкологии, туберкулеза или иных заболеваний. Доктор должен также иметь иммунитет к рекламе.

Мало ли что пишут или показывают! «А вы дайте аннотацию, а покажите результаты клинических испытаний, а где прочитать про применение данного препарата при такой-то нозологии в авторитетной клинике?» Не только на основании этих данных, а уже по реакции на эти вопросы часто можно понять, проверен ли препарат в достаточной мере, что в нем приукрашено и что реально от него можно ожидать.

Новые лекарства (опасности и надежды)

Чаще всего, конечно, рекламируются не только БАДы, о которых мы и говорить больше не будем, но и новые лекарства.

И это как раз хорошо. Откуда же доктору еще узнать о новом препарате, как не из рекламы. Порядочный производитель, представляя врачу новый препарат, обязательно предоставит информацию об обнаруженных у него побочных действиях, о клинических исследованиях. И такая информация крайне важна. Иначе бы мы до сих пор лечили кашель наркотическими средствами, а сифилис ртутью.

В принципе, все, что доктору нужно знать относительно группы «новые лекарства», емко и четко изложено в книге *Sidney M. Wolf* «*Worst pills Best pills*»¹.

По соображениям безопасности следует избегать применения всех новых лекарственных средств. Новые препараты *a priori* являются самыми опасными, поскольку очень мало известно о том, насколько они безопасны.

Перед выпуском на рынок новые лекарственные средства испытываются на сравнительно небольшом числе людей, и информация об эффективности этих средств является гораздо более полной, чем информация о безопасности их применения.

Хотя информация об эффективности новых лекарственных средств и является достаточно полной, очень редко известно, насколько они более или менее эффективны, чем ранее существовавшие препараты.

Опасные побочные эффекты или представляющие угрозу для жизни пациента взаимодействия нового препарата с другими лекарственными средствами могут не быть выявлены до тех пор, пока не будет накоплен достаточный опыт применения препарата; речь может идти о сотнях тысяч случаев использования.

Выявление опасных побочных эффектов или даже изъятие препарата из продажи обычно осуществляется в пределах пяти лет после выпуска препарата на рынок». Давайте запомним эту цифру — пять лет, и немножко подождем. Особенно если у нас есть более

старое, проверенное и пока устраивающее нас лекарство. А за пять лет врачи и фармацевты проведут достаточно много исследований не на наших пациентах (побудем немножко эгоистами) и выявят максимальное количество как плюсов, так и минусов нового препарата.

В принципе, такого подхода следует придерживаться и при решении о применении новых методов исследования, и при трактовке их результатов. Аналогично и с методами лечения. Новый аппарат, новый метод, новый подход в хирургии требуют накопления статистики, перепроверки. На этапе новизны — это эксперимент. Если у больного нет иных вариантов, то экспериментирование оправдано. Если есть что-то надежное и проверенное, то, вероятно, не стоит гнаться за модой или новизной и желательнее критичнее относиться к рекламе.

Тактика

Давайте теперь, владея всеми этими знаниями, а также информацией из лекций, учебников и руководств, определим нашу тактику на примере самой частой болезни — простуды, ОРЗ.

Возможно, интереснее было бы разбирать тактику при гастрите, пиелонефрите или атеросклерозе. Но с этими заболеваниями, как минимум в своей профессиональной практике, сталкивается не каждый доктор. Педиатры, например, в атеросклерозе явно не сильны — это болезнь не их возрастного контингента.

А лор может ни разу не столкнуться с необходимостью терапии гастрита. Что же касается простуды, то на работе ли, дома ли, на себе ли врач обязательно столкнется с этим состоянием.

Также нам важно, что это состояние вроде бы простое и известное со всех сторон. Вроде совершенно, на первый взгляд, понятно, что нужно делать при простуде. Однако в этой простоте и заложена масса ошибок, заблуждений, опрометчивых назначений или несвоевременного назначения лечения. На примере ОРЗ очень легко понять свои ошибки и поймать себя на автоматизме, пристрастии к модным лекарствам, избыточным назначениям и прочим огрехам, которые мы разбирали выше.

Давайте же представим себе простуду... Высокая температура, насморк, возможно, кашель, слабость-вялость. Эти симптомы будут у большинства больных. Значит, с них и начнем. В процессе, говоря об осложнениях, мы обсудим и пневмонию, и отит, и синуситы.

Конечно, в первую очередь мы должны понять, что же произошло. Вероятно, предположим мы, что в организм попал некий агент, с которым борется иммунная система, который вызывает воспаление, что сопровождается температурной реакцией. Кашель и насморк необходимы организму, чтобы выводить из тела как сам инфекционный агент, так и продукты его метаболизма, а также и результаты борьбы иммунной системы с этим агентом. Ну а слабость и вялость достаточно естественны, так как организм занят не производством энергии для жизни, а тратит все свои силы на борьбу с агентом.

А что же это за агент?

Мы знаем, что в восьмидесяти процентах случаев ОРЗ вызвано вирусом. С одной стороны, это хорошо, так как более-менее понятно, что делать.

Риск связан с тем, что в остальных двадцати процентах случаев ОРЗ может быть вызвано бактериями. А это прямая дорога к развитию всех возможных осложнений. И перед нами встает первый выбор — если вирус, то антибиотики не нужны, а если бактерия, то назначение антибактериальных препаратов абсолютно оправданно — чем раньше, тем лучше, тем меньше риск осложнений, тем быстрее выздоровление, тем меньше итоговая лекарственная нагрузка.

Но если это вирус, а мы назначим антибиотик, то мы не только не ускорим выздоровление, не только увеличим лекарственную нагрузку, не только дадим лишнее лекарство, но и поставим пациента, и не только его, перед риском последующей резистентности бактерий к этому антибиотику.

Посмотрите. Мы еще толком не начали разбирать заболевание, а уже оказались перед весьма сложным выбором. И это в случае такой банальной и распространенной болезни, как простуда. И, кстати, хорошо, если заболевание вызвано риносинцитиальным вирусом или аденовирусом, а если это продром кори? А если этот продром у взрослого? А если корь будет протекать атипично? А в этом случае возможен, между прочим, летальный исход. Не правда ли, простое и понятное заболевание — простуда?

А кроме кори? Есть ли заболевания, которые начинаются с насморка, кашля и температуры? А давайте вы откроете руководство по дифференциальной диагностике и попробуете сами себе ответить на этот вопрос...

А кроме вирусов и бактерий... Есть ли состояния, сопровождающиеся кашлем, насморком, гипертермией? Одно из таких состояний мы рассматривали в этой книге. Помните?

Вот так простейшая болезнь превращается в сложную загадку с большой вариабельностью подходов.

И мы не будем на этих страницах решать, как нам поступить, что случилось с нашим виртуальным пациентом и как его лечить. Каждый больной индивидуален, и обдумывать его нужно каждый раз конкретно

и максимально индивидуально. Иначе мы просто сменим один автоматизм на другой. То есть одни ошибки на другие.

Предположим, что мы определились с агентом. Решили, что это типичный для простуды вирус. Упростилась ли наша ситуация?

Если честно, не очень. Теперь мы будем двигаться вперед, при этом постоянно помня о том, что могли совершить ошибку выбора, помня обо всех дорожках, состояниях, заболеваниях, которые временно исключили. Но не только память об иных заболеваниях будет «осложнять нам жизнь». Впереди, на выбранной нами дорожке, тоже не все так уж ясно.

У пациента температура, насморк и кашель. Что это? Надо ли нам воздействовать медикаментозно на эту симптоматику? Являются ли температура, насморк и кашель чем-то, что вредит организму? Или это его защитная реакция? Если вирус — это агент, то гипертермия, ринит и кашель — реакция на агент. Стоит ли уменьшать эту реакцию? Поможет ли это выздоровлению? Если температура 38, а самочувствие больного нормальное — стоит ли ее сбивать? А если температура 40?

Возвращаемся «к печке». Что происходит с организмом, если температура 38? В организме идет борьба, активное уничтожение вируса, активная продукция защитных молекул. Жарко на этом «поле боя».

Если мы сейчас вмешаемся жаропонижающим средством, «успокаивая» воспалительные процессы, не обманем ли мы иммунную систему, которая решит, что «дело сделано» и можно отдохнуть? А вирусы тем временем займут новые позиции. А может, и бактерии подтянутся...

А если температура 40? Бой очень жаркий. Есть ли разница с предыдущим случаем? Ведь, как вы понимаете, в этом случае наш пациент уже точно не бегаёт бодрчком. Вероятно, он лежит пластом, а может быть, у него даже немного спутанное сознание. Почему? Бой слишком жарок, и его жар начал опалять командный центр — мозг. Нужно отвести командование немного подальше от поля боя, иначе могут возникнуть осложнения уже от гипертермии.

А что делать с насморком? Если из носа непрерывно течёт, и это очень огорчает пациента? Ведь есть у нас в арсенале капли, позволяющие значительно снизить интенсивность насморка. Может, применим?

А зачем нужен насморк? Чтобы выводить из организма вирус, продукты метаболизма, разрушенные клетки и их содержимое. Полезен ли пациенту в этом случае насморк? Конечно, полезен.

А если мы назначим лекарства, уменьшающие интенсивность насморка, мы поможем пациенту или навредим? Сиюминутно, возможно, и поможем. И пациент будет благодарен. А на самом деле, что мы сделаем? Конечно, навредим. И не только лечение будет длительнее, но и вероятность осложнений увеличится. А если нос заложен? И не дышит, и соплей нет. В чем будет заключаться наша задача? Разумеется, нужно помочь организму начать выводить продукты метаболизма и вирус. И мы можем это сделать.

Для этого нам нужно понять, что происходит внутри. До какой степени мы можем уменьшить воспаление, какими лекарствами сделать отделяемое менее вязким.

И важно не только подобрать препарат, но и определиться с его применением. Когда можно прекратить прием, какие дозировки нужны. Ведь если мы передозируем, то реакция может быть прямо противоположная — застой увеличится. И как объяснить все это пациенту, чтобы он смог понять и вовремя прекратить терапию, предоставив организму дальше справляться самому?

С кашлем, в принципе, ситуация аналогичная. Если есть мокрота, то организм эффективно выводит из себя результат битвы с вирусом. Если же кашель сухой, то организму нужно помочь с продукцией мокроты.

Конечно, если мы имеем дело с ОРЗ. Ибо в случае некоторых других болезней, например коклюша, сухой кашель остается у пациента уже после того, как организм справился с агентом, и тогда пациенту нужно помочь, «успокоив» его кашлевой рефлекс. Точно так же как мы успокаиваем процесс в деснах при прорезывании зубов или используем рукавички для предупреждения расчесывания у грудничков.

Давайте посмотрим. А что же мы только что делали? Мы лечили простуду, убивали вирус? Нет. Мы влияли на реакцию организма. А часто ли на практике происходит подобное, когда мы не можем влиять на причину, а влияем на реакцию организма? Очень часто. И не всегда оправданно. На то, чтобы сломать руку, нужны секунды. На то, чтобы перелом сросся, — недели и месяцы. Лечит ли гипс перелом? Нет,

конечно. Он лишь не позволяет костям сместиться относительно друг друга. Это как когда нужно что-то приклеить. Вы прижимаете. Но склеивает не ваше действие, не нажатие, а клей. Так и здесь, не гипс лечит перелом, а сам организм. И не за секунду, а за много дней.

«Ломать — не строить» — это целиком относится к медицине: «заболеть — не выздоравливать». Заболеть можно за мгновение, выздоравливать придется гораздо дольше. И, к сожалению, не всегда успешно.

Какой же вывод мы можем сделать из этого сравнения? Когда мы не можем влиять непосредственно на агент болезни, ускорить выздоровление мы не можем.

К счастью, в нашем арсенале есть антимикотики, антибактериальные средства, которые могут влиять непосредственно на причину заболевания, на инфекционный агент. Тем не менее в большинстве случаев единственное, что мы можем, — это облегчить больному состояние, улучшить его качество жизни на время болезни, незначительно помочь организму выздоравливать, предупреждать чрезмерные реакции, способные нанести повреждения самому же организму (подобно тому как родители надевают на кисти новорожденных варежки, чтобы ребенок сам себя не царапал).

Вернемся к пациенту с простудой. Прошло несколько дней. Мы пытались ему помочь, облегчить жизнь, при этом не помешав организму бороться с болезнью.

Если мы «переусердствовали» в помощи, то у больного мог начаться отит. Как? Мы хотели остановить обильный насморк и преуспели в этом. В итоге все результаты борьбы - слизь, микробы — остались в организме. Возникли отек, закупорка евстахиевых труб. В результате — катаральный отит.

Механизм подобного осложнения рассматривается в институтском курсе, поэтому будем надеяться, что вы сами его вспомните. Теперь можно смело утверждать, что мы создали у пациента с простудой ятрогенный отит.

А давайте не будем этого делать. Ведь назначая лечение, мы всегда должны помнить о возможных осложнениях. И о тех, которые могут произойти независимо от наших действий, и о тех, которые могут возникнуть в результате того, что мы «недоглядели» или переусердствовали.

А давайте вспомним, сколько лекарств мы назначаем или сами пьем при простуде? Прописывая эти препараты себе или пациенту, всегда ли мы задумываемся о механизме воздействия лекарственного средства? А о побочных действиях? А о том, может ли назначение тех или иных препаратов привести к негативным последствиям, спровоцировать осложнения?

Если наша задача где-то помочь, а где-то не мешать организму, нужно ли столько назначений? Давайте откроем карту и поймем, без чего можно обойтись. Подозреваю, что в некоторых случаях вы, обдумав патогенез заболевания и механизм действия лекарства, вычеркнете абсолютно все назначения.

И это нормально. Правда, совершенно не согласуется ни с вашей внутренней потребностью помочь, назначить, ни с потребностью пациента что-то делать, получить назначения, начать влиять на болезнь. Суммирование этих усилий может создать схему лечения, которая будет мешать организму справиться с болезнью, вместо того чтобы помогать. Иногда нужно удерживать и себя, и пациента от подобных действий, лишних назначений.

Опять вернемся к нашему больному с ОРЗ. На третий день болезни. Мы опять встретились (а это бывает не так часто, если пациент находится дома, а не в поликлинике). Во время осмотра мы отметили, что дыхание пациента не очень хорошо слышно.

То ли фонендоскоп барахлит, то ли наши уши, а то ли и правда имеет место быть приглушенность звука. Нам нужно, в первую очередь, решить, какая из трех причин наиболее вероятна. Предположим, что мы решили, что и уши у нас, и фонендоскоп в порядке. А больной все три дня температурил. То есть в каждый из дней у него были подъемы температуры выше 38 градусов.

Что делать?

Мы знаем, что приглушенный легочный звук может возникнуть незадолго до появления других симптомов пневмонии, и теперь нам предстоит решить — ждать ли еще сутки-двое в надежде, что организм не допустит развития воспаления легких, последовать ли инструкции, которая позволяет назначить антибактериальную терапию при гипертермии более трех дней, посетить ли больного на следующий день.

А давайте все это обсудим с пациентом. Или с его родителями. Ведь это его жизнь и здоровье.

Давайте скажем, что согласно инструкции можно назначить антибиотик. Согласно вашему обследованию, вашему субъективному ощущению, то есть тому, что вы слышали при аускультации, лучше назначить антибактериальный препарат (или вы решите иначе, решите подождать?).

Давайте скажем, что возможна ошибка, что симптомов пока мало, выражены они неярко. Пациент имеет право это знать.

Как имеет право получить назначение антибактериального лечения, чтобы заранее купить антибиотик и быть готовым к его применению, если вы с пациентом решите еще подождать. Ибо есть доля вероятности, причем не такая уж маленькая, что организм справится сам, криз заболевания благополучно разрешится и завтра состояние значительно улучшится, уменьшится воспаление, а вместе с ним и температурная реакция.

Предположим, что мы удачно избежали всех «подводных камней» и организм пациента был достаточно силен, чтобы справиться с вирусной инфекцией и не допустить бактериального осложнения. Что же дальше? На работу, в школу, в детский сад?

И каков будет результат?

Что сейчас происходит с организмом? Устал ли он от борьбы с заболеванием, ослаблен ли? Разумеется. Так же как нам после тяжелой работы хочется отдохнуть, так и организму необходимо время для восстановления сил. И не только время, но и строительный материал — питание, витамины, сон, щадящий режим.

Получает ли он его? Или мы выписываем ребенка в школу сразу после окончания заболевания? А потом удивляемся появлению часто болеющих детей, когда ослабленный ребенок идет в школу, «цепляет» новый вирус и опять заболевает.

Мы же не отправляем футболиста на поле сразу, как только сняли гипс? Мы проводим некоторые реабилитационные мероприятия — массаж, ЛФК, физиотерапию.

А после простуды не даем организму даже пары дней для восстановления сил. Довольно жестоко по отношению к нему. Значит, нужно пожалеть пациента, дать ему время на восстановление сил, реабилитацию. И значит, деятельность врача, даже обычного

терапевта, должна охватывать не только весь период болезни, но и период реабилитации, необходимый и для восстановления организма, и для профилактики новых заболеваний.

Инструкции. Полезные и устаревшие

Уже много раз выше мы говорили об инструкциях, и, как правило, в негативном аспекте.

Давайте же разберемся, так ли плохи инструкции, как это могло показаться. И зачем они вообще-то нужны. И нужны ли.

Что такое инструкция? Набор неких правил, алгоритм действий, утвержденный на некотором уровне. Например, методичка института утверждена на уровне института, инструкция Минздрава — на уровне министерства, рекомендации ВОЗ — на уровне Всемирной организации здравоохранения.

Инструкции есть весьма полезные, более того, без них невозможно представить нормальную и безопасную жизнь. Примером такой инструкции являются... правила дорожного движения. И эта инструкция полезна абсолютно всем. Пешеходам, которые, следуя инструкции, безопасно переходят дорогу по зебре, на зеленый сигнал пешеходного светофора или по подземному переходу. Водителю, который использует знаки для безопасной езды, в первую очередь для безопасной езды, ибо зная, по какой стороне дороги ему ехать, он поедет в потоке, а не заедет на встречу. Знак крутого поворота предупредит об опасном участке, и водитель избежит кювета.

Возможно, не все знаки, не все правила дорожного движения столь очевидно полезны, нехороший преподаватель в автошколе с легкостью объяснит их необходимость и полезность. Но бывает так, что из-за нерадивости дорожных служб знаки вредят водителю, а не помогают. Вот только вины инструкции, правил, знаков в этом нет.

Ведь если стоял знак ограничения скорости во время ремонта дороги, то его нужно было просто убрать по окончании, а не оставлять, создавая неудобство водителям и позволяя нерадивым контролерам, дорожной полиции притаиться вблизи знака и штрафовать нарушителей.

Или представим ситуацию, когда дорога перестроена, создана новая развязка, эстакада, а знаки оставлены прежние... и водитель, ориентируясь на знаки, уезжает совсем в другую сторону, чем ему было нужно. Не правда ли, это очень похоже на историю с

вакутейнерами (вакуэтами), когда старая инструкция мешала врачам и пациентам делать безопасный и удобный анализ крови.

Инструкции очень часто запаздывают. Хорошо, если они носят характер рекомендаций, как инструкции ВОЗ, и за их нарушение никто не наказывает. И выше приведен пример «признания» хеликобактера.

Однако за нарушение инструкций Минздрава наказывают. А эти инструкции тоже довольно часто опаздывают. Достаточно вспомнить пример с профессором, который лечил «бронхиальную астму» антибиотиками.

Можно привести и еще один пример. Раньше, по инструкции, прикормы начинали вводить с месяца, и с месяца же отправляли на молочную кухню. Все это приводило к многочисленным срывам адаптации и диагнозу «атопический дерматит». А этот «дерматит» позднее перерастал в астму и другие заболевания. Почему это происходило, мы рассмотрели выше, разбирая пример с атопическим дерматитом у грудничка. Инструкцию наконец изменили. Прикормы теперь вводят гораздо позже. И атопического дерматита стало гораздо меньше.

Несколько лет назад, при участии В.П. Немсадзе, была разработана инструкция, позволяющая проводить профилактику аппендицита. И после ее принятия количество аппендицитов снизилось на пятьдесят процентов.

Таким образом, инструкция может как заниматься профилактикой болезней, создавая условия, чтобы болезней было меньше, так и создавать «инструкциогенные» заболевания (по аналогии с ятрогенными).

Кроме этого, инструкции в медицине, да и не только в ней, обеспечивают «защиту от дурака», говоря языком программистов. То есть в некоторых случаях инструкции, диктуя алгоритм действий, позволяют избегать врачебной ошибки. Подобными инструкциями наполнена медицина ЕС и Северной Америки, страховая медицина Запада. В нашей стране также эти инструкции внедряются, например для лечения язвенной болезни, сердечно-сосудистых заболеваний. Ярким примером полезных инструкций является календарь вакцинации.

Как же отличить полезную инструкцию от опасной? Только с помощью анализа. У врача всегда есть выбор — слепо следовать

инструкции или подвергнуть ее подробному изучению и анализу. Первым путем идет большинство. Вторым — единицы. Но именно эти единицы улучшают качество медицинской помощи, находя ошибки в инструкциях, схемах лечения, обнаруживая более удачные диагностические, терапевтические или хирургические ходы, и если бы этих единиц не было, то мы до сих пор лечили бы сифилис ртутью, а депрессию кровопусканием.

Ведь И правила дорожного движения менялись с течением времени, появлялись новые знаки, например движение по полосам, скоростные ограничения, предупреждающие или информационные знаки.

Хотелось бы, конечно, чтобы всевозможные медицинские контролеры меньше напоминали дорожных полицейских в засаде, никоим образом не обеспечивающих дорожной безопасности. И больше походили на регулировщиков, позволяющих безопасно и максимально быстро проехать перекресток. Но эта книга все-таки для врачей, а не для контролеров.

Как же анализировать инструкцию?

Большинство инструкций, какими бы нелепыми они сейчас ни казались, в момент своей разработки были актуальны и необходимы. Например, когда не было эффективных средств для лечения педикулеза, требование инструкции о состригании волос было актуальным. Однако сейчас есть средства, которые позволяют этого избежать, охраняя качество жизни пациента.

Когда инструкция требовала переносить стеклянные пробирки в штативе, а штатив в биксе, это было оправданно — тогда еще не было пластиковых пробирок с завинчивающимися крышками. Стеклянная пробирка могла разбиться, что привело бы не только к потере пробы, но и к вероятному инфицированию или травме. То есть двадцать-тридцать лет назад инструкция работала на пациента, способствовала безопасности. Сейчас же она, как забытый знак, портит жизнь всем, кроме контролеров.

Почему же контролерам удобна старая инструкция?

Если мы вспомним историю медицины, то поймем, что первыми контролерами, которые вводили понятие гигиены, санэпиднорм, санитарных правил, были практикующие врачи. Эффективность своих требований они оценивали по количеству осложнений (чем меньше,

тем лучше правило), по количеству выживших (чем больше, тем вернее инструкция).

Деятельность же современных контролеров оценивается не по отсутствию вспышек заболеваний, а по количеству штрафов, замечаний и выявленных нарушений. Если нарушение выявлено — контролер работал. Не выявлено — не работал.

Есть, конечно, и другие причины. Но... за руку не хватал, свечку не держал... Уже только одной вышеозвученной причины достаточно, чтобы свести деятельность контролеров к профанации и помехе для врача, а иногда и к прямой опасности для пациента. И это, конечно, очень похоже на работу дорожных контролеров: есть штраф — есть работа. Нет штрафа — значит, спал на посту.

Если нам важно качество лечения, количество выздоровевших, уменьшение случаев осложнений, уменьшение количества заболеваний, то подобную систему контроля и оценки качества, конечно, надо менять. Нет проблем — все работают. Есть проблема — все контролеры потеряли работу, ибо проспали. Тогда контролеры сами будут помогать врачам, своевременно изменять инструкции и т. д.

Пока же врач, проанализировав инструкцию и поняв, где ее недостаток, может попытаться обойти это узкое место, используя врачебные хитрости, которые были описаны выше.

Когда мы говорим об оценке врачом действующей инструкции, следует помнить, что не только инструкция может быть ошибочной. Ошибаться может и врач.

Например, инструкция утверждает, что $2 + 2 = 4$. А врач считает, что 3 или 5. До сих пор мы говорили о ситуациях, когда все наоборот, когда в инструкции $2 + 2 = 5$. Поговорим теперь об обратной ситуации.

Ведь когда мы говорим, что есть врачи, которые доказали ошибочность предыдущих инструкций, мы забываем, что, кроме врачей, которые оказались правы, были сотни, которые сделали неверные выводы. Это называется «ошибка выживших».

Классический пример «ошибки выживших» — случай из истории Второй мировой войны. Английские самолеты необходимо было бронировать. Авиационные специалисты и военные, исследовав фюзеляжи вернувшихся самолетов, сосчитав пробоины, решили, что нужно бронировать там, где пробоин было больше всего.

Однако математик Абрахам Вальд выдвинул теорию про «ошибку выживших» и рекомендовал бронировать совсем иные участки. Те, где пробойн было меньше. Он сказал, что самолет выдержал большое количество дефектов в одном месте, но не выдержал в другом. И те, кто не выдержал, — не вернулись, (А вероятность попадания-то одинаковая.) Математику поверили и бронировали рекомендованные им участки, которые не были особо повреждены у вернувшихся самолетов. Итог — потери английской авиации значительно уменьшились.

Итак, ошибаться может и врач, и инструкция. Инструкции Аристотеля и Галена гласили, что кровообращение в человеке не замкнутое. И все врачи следовали этой инструкции. Вплоть до Гарвея. А Гарвей осмелился предположить, что кровообращение замкнутое. И оказался прав.

Но мы не знаем огромного количества примеров, когда врач, нарушая инструкцию, ошибался, что приводило к проблемам у пациента, потере клиентуры у врача, наказанию врача.

Зачем все это написано? Дело в том, что инструкции, как правило, пишут довольно умные люди, основываясь на авторитетных мнениях специалистов. Да, инструкции устаревают, да, их необходимо корректировать, обновлять, уточнять, а иногда и отменять, если знания и технический прогресс, условия жизни изменились.

Мы не можем предсказать, предположение какого врача окажется верным, кто будет прав, кто будет тем гением, который изменит устаревшую инструкцию. Им может оказаться каждый.

Задача врача — непрерывно анализировать инструкции, чтобы не «подгонять свои действия» под инструкцию, как подгоняют симптомы под диагноз, а понимать, почему правило таково, почему инструкция такая, а не иная. Понимать логику правила, инструкции, алгоритма.

Если подобный анализ войдет в привычку, то рано или поздно врач обнаружит инструкцию, мешающую больному выздоравливать. И сможет изменить ее. В принципе, алгоритм анализа, понимания инструкции аналогичен алгоритму диагностики. Важно все время, по каждому пункту задавать себе вопросы: почему, зачем? Важно «плясать от печки».

Как школьник разбивает математическую задачу на несколько действий, так и анализ инструкции можно разбить на мелкие части,

анализируя каждую в отдельности, а потом осуществляя проверку.
Подобные логические упражнения очень полезны для врача.

Результат лечения

От оценки качества инструкций и работы контролеров необходимо перейти к оценке качества работы врача. По каким же критериям оценивать работу врача? Как и кем она оценивается?

Инстанции

Не будем даже перечислять все инстанции, которые могут проверить врача, ибо их довольно много. Достаточно упомянуть прокуратуру и суд, вмешательство которых иногда происходит по воле пациента, а иногда и помимо его воли. Не будем мы рассматривать и вопрос о том, насколько качественной будет такая проверка, осуществленная неспециалистами.

Однако врач постоянно находится под контролем главврача, заведующего, Департамента здравоохранения, Минздрава. И эти инстанции, не чуждые практической медицине, будут проверять деятельность врача.

По каким же критериям? Конечно, как и СЭС, по инструкциям, рекомендациям, методическим указаниям и прочим бумажкам. И насущным, современным, разумным, а также по устаревшим, ошибочным, неактуальным. Будут, короче говоря, проверять бумажки по бумажкам. Сверять, соответствуют ли бумаги, написанные врачом — рецепты, статталоны, карта, история болезни, — имеющимся у контролеров инструкциям.

Значит, для минимизации риска нареканий бумаги врача должны соответствовать бумагам контролеров.

Есть ли здесь пациент? Нет. Бумажки проверяют бумажками. Насколько это полезно для пациента, эффективно для здравоохранения — предмет дискуссии. Однако к нашему конкретному пациенту с гастритом, аллергией или простудой это имеет минимальное отношение.

Подобную ситуацию можно иллюстрировать околomedicalным примером.

Однажды, еще в медицинском институте, на экзамене студент рассказал преподавателю современную схему лечения язвы желудка. Не ту, которая в тот момент была описана в учебнике, а учитывающую новые препараты, новые знания о патогенезе.

В данном случае учебник выполняет роль инструкции, а преподаватель — контролера.

Итог. За нарушение инструкции пациент был наказан тройкой, что повлекло материальные потери — лишение стипендии.

Однако... студент оказался прав. Через два года на лекции этот же преподаватель рассказывал студентам именно схему «студента» как единственно верную. Ту схему, за которую раньше вклеил студенту тройку. Это совершенно типично для контролеров, в глазах студента данный преподаватель, разумеется, потерял всякий авторитет.

Мог ли студент избежать проблем? Мог. Он мог рассказать преподавателю-контролеру «правильную», устаревшую схему из учебника-инструкции, а лечить, когда потребуется, по новой схеме. Это сохранило бы студенту стипендию.

Коллеги

Кто такие коллеги? Это врачи, обладающие примерно одинаковым с вами запасом знаний. Однако это люди. И им, как любому человеку, свойственны осторожность и риск, благородство и зависть, щедрость и жадность, альтруизм и эгоизм. Оценка коллег, хотя и имеет довольно большое значение для практики, остается довольно субъективной. Однако если врач и может с кем-то поговорить, обсудить пациента, то именно с коллегами. Для того чтобы это было возможным и эффективным, необходимы бережные, уважительные, внимательные взаимоотношения. Каким бы гениальным ни был врач, он может ошибаться. Но вряд ли кто-то захочет помочь и посоветовать грубияну. Да и направить к нему пациентов тоже не захочет.

Важно помнить, что к выздоровлению могут вести разные подходы, разные схемы. И в то же время любой подход, в том числе и ваш, может быть ошибочным.

Вспомним только что рассмотренный пример с преподавателем и студентом. Если бы преподаватель послушал студента как коллегу,

проанализировал бы ответ, критически отнесся бы к своим знаниям, то студент мог бы получить вместо тройки пятерку, а преподаватель заслужил бы уважение коллеги (пусть и будущего).

Сам врач

Оценивать свою работу самостоятельно, с одной стороны, довольно сложно, а с другой стороны, не имеет смысла, если врач ориентируется на оценку контролеров, коллег или пациентов. Самооценка не влияет ни на зарплату, ни на поощрения и взыскания, ни на количество и уважение пациентов. Однако это единственная точка опоры, которая может удерживать врача на верном пути.

Мнения коллег, контролеров, пациентов — это мнения извне. Представьте себе, что инструкция, то есть контролер, рекомендует отечественную вакцину от гепатита В, коллегам нравится импортная вакцина, а пациент вообще не хочет делать прививку, считая это злом. А если учесть, что импортных вакцин несколько...

Как в этом случае поступать врачу? Прививать отечественной, как говорит контролер, рискуя мнением коллег и потерей пациента? Прививать импортной, рискуя получить взыскание и вызвать недовольство пациента? Не прививать, потакая пациенту и навлекая на себя осуждение коллег и санкции контролеров?

Очевидно, что в любом из вариантов врач оказывается в неустойчивом положении.

Хорошо ли это для врача? Должен ли врач быть уверен в своих действиях, когда лечит пациента? Приведет ли отсутствие точки опоры к шараханью из одной крайности в другую? Будет ли врач, ориентирующийся на инструкции, слыть бездумным солдафоном и коновалом? Будет ли врач, ориентирующийся на мнения коллег, в милости у контролеров? А если мнений у коллег несколько?

Будет ли врач, потакая пациенту, приносить пользу здоровью этого пациента, или его деятельность будет сродни работе официанта «чего изволите?»...

Для того чтобы не впасть в одну из этих крайностей, необходимо иметь свое мнение. А свое мнение — это и самооценка. Это самостоятельная, и только для себя, оценка качества работы. Ведь врач

становится врачом для того, чтобы здоровых людей было больше. Ведь цель любого врача — вылечить всех, от всего и остаться без работы. Недостижимая, конечно. Но иначе не стоит и начинать.

Помните профессора, который лечил детей с диагнозом «бронхиальная астма» антибиотиком? Ему было очень обидно, что контролеры подвергли его подход грубой критике. Но... пациенты вышли в запредельно длительную ремиссию, а значит, доктор был прав. И ориентировался он, выбирая путь, только на себя. И была польза. Контролеры придут и уйдут. А выздоровевший пациент останется в жизни врача навсегда.

Пациент

Однако пациенты тоже оценивают работу врача. Выше мы говорили о том, как завоевать авторитет у пациента, то есть положительную оценку.

Важно помнить, что иногда можно пойти навстречу желанию пациента, как пошла навстречу пациентке гинеколог в вопросе о фитотерапии, рассмотренном выше. А иногда необходимо настоятельно убеждать пациента в необходимости выполнить назначения. Чаще всего это приходится делать в педиатрии в случае вакцинации ребенка. Хирургу иногда необходимо убедить пациента в необходимости операции. Ведь задача врача — сделать так, чтобы пациент был здоров.

Ведь родители предостерегают детей от перехода дороги на красный сигнал светофора, для того чтобы сохранить их жизнь и здоровье. Предостерегают, потому что у них есть знания, информация о рисках.

У врача тоже есть информация о рисках. И важно, чтобы доктор рассказал пациенту об этих рисках. Доходчиво, понятно, полно.

Если пациент получил информацию, понял ее, осознал полностью, можно предоставить ему право выбора. Ибо здоровье и жизнь пациента принадлежат именно пациенту, а не врачу или кому-то еще.

Иногда врачу приходится отступить, если он не смог убедить пациента. Однако иногда врач фактически не имеет права отступить.

Происходит это в том случае, когда отказ от лечения, карантина, эпидемиологических мероприятий представляет угрозу жизни и здоровья уже не самого пациента, а многих людей. То есть когда действия пациента подвергают риску право других людей на здоровье.

Наиболее ярко это проявляется в случае инфекционных заболеваний. Врач обязан убедить пациента лечиться, соблюдать определенные правила, дабы избежать заражения окружающих.

Менее ярким примером является отказ от прививок. Однако врач должен помнить, что если он не смог убедить пациента сделать прививку, то он подверг риску людей, которые могут встретиться пациенту в его жизни. Каждый непривитый ребенок — это риск эпидемии, риск редкой (теперь) болезни. Риск, что «детской» инфекцией будет заражен взрослый, риск, что диагноз не будет поставлен своевременно, лечение начнется с опозданием. Результат — болезнь, инвалидность, смерть. А врач же пришел в медицину, чтобы люди были здоровыми...

Что такое клиническое мышление?

Клиническое мышление — это умение использовать весь комплекс медицинских знаний, полученных в институте, в результате опыта, в результате дополнительного обучения.

Вроде бы все просто. Но посмотрим, есть ли у начинающего врача возможность научиться подобной интеграции знаний.

На первом курсе студент изучает анатомию. В итоге он знает, где расположены органы, мышцы, что иннервируют нервы и прочее. Однако изучая анатомию, он не получает никаких представлений о том, что происходит с органами и системами при каком-либо заболевании. Вероятно, эти знания он получит на уроках патологической анатомии, на втором курсе. И правда, на втором курсе начинается изучение патологических изменений в макроструктурах организма. Студент получает знания, с помощью которых сможет общаться с патологоанатомом на одном языке. Но это все, что выносит студент из курса патологической анатомии.

Параллельно он изучает биохимию, всевозможные молекулы, изнывая от бессмысленности этих знаний. И знания проходят мимо. Ведь студент пришел в институт научиться лечить больного.

Возможно, преподаватель и понимает, как приложить к пациенту биохимию, анатомию, гистологию. Но до студента этого не доносит. А может быть, не понимает?

Однажды на экзамене по анатомии профессор спросил студента, указывая на препарированный труп: нормальное ли это сердце? Все, что знал студент на тот момент, — это где расположено сердце, каковы его границы в проекции, из каких частей оно состоит. Вопрос явно выходил за рамки курса анатомии.

И явно был не к месту на экзамене.

Однако этот вопрос был гораздо интереснее, чем то, куда крепится мышца стернокляидомастоидеус. Студент посмотрел, куда проецируется сердце, и предположил, что оно увеличено. Объяснил профессору ход своих рассуждений.

Обрадованный преподаватель попросил студента точно так же оценить желудочки мозга. Студент, зная нормальный размер

желудочков, также предположил, что у трупа желудочки расширены.

Возможно, рассуждения студента были ошибочны. Но студент вышел с экзамена с пятеркой. И это была не оценка его знаний, а оценка его умения мыслить, умения использовать знания применительно к конкретной ситуации, достраивая, додумывая неизвестное.

На следующий год профессор, который оказался завкафедрой патанатомии, приводил этого студента в пример всему курсу.

И студент, конечно, на всю жизнь запомнил этот урок — первый опыт применения медицинских знаний к конкретной ситуации. Пусть пока с трупом. Но это был первый урок клинического мышления.

к сожалению, подобные случаи в институте крайне редки. Все, что требуется от студента, — выучить инструкцию, выучить учебник. А задача преподавателя — проверить, выучил ли студент нужный параграф.

К инструкциям это отношение имеет. К пациенту — нет.

Даже на циклах по инфекционным или нервным болезням задача студента сводится не к анализу общего состояния больного, анализу, что же на самом деле происходит с пациентом, а к подгонке пациента к изучаемой главе учебника.

Так чему же учат таким образом студента? Следовать инструкции, учебнику, подгонять симптомы под удобный диагноз — сейчас удобен диагноз из главы про сальмонеллез, завтра — про шигеллез. Бывают, конечно, исключения. Но они редки.

На одной из кафедр судебной медицины практиковали следующий принцип приема зачетов.

Студент получал задачу — описание реальной ситуации, реального случая. И должен был разгадать загадку. Понять, как, каким предметом, например, была нанесена травма. Студенты, усиленно штудировавшие учебник, заучивавшие его наизусть, как правило, выходили с тройками. Они не могли применить полученные знания, изученные инструкции к конкретной ситуации. Не могли «подогнать» задачку под тот или иной параграф. А студенты, которые могли синтезировать свои знания об анатомии, судебной медицине, физике и даже геометрии, успешно сдавали этот зачет.

Важно в этом примере, что в практике, как правило, встречаются именно такие задачки, требующие использования знаний из многих

областей, учебников, параграфов, требующие от врача понимания, в каких условиях находится пациент, что в нем происходит и даже как он думает.

Утрируя, можно сказать, что назначать инъекции пожилому одинокому инвалиду не имеет никакого смысла — он не сможет сделать себе укол сам, он даже не сможет открыть дверь медсестре. И все лечение пойдет насмарку. Вероятно, такого пациента необходимо госпитализировать, А может быть, у вас есть иной вариант?

Учат ли этому в институте? Нет. Все, что вынесет будущий врач из стен альма-матер, — это схема терапии некоего заболевания. Остается только надеяться, что он не будет тупо следовать полученным инструкциям, а будет учитывать ситуацию конкретного клинического случая, учитывать возможности и состояние конкретного больного, решать реальную клиническую задачу, а не подгонять больного под диагноз. К сожалению, подобные надежды далеко не всегда оправдываются.

Стоит ли винить в этом врача? Конечно, стоит. Если он решил лечить, стать доктором, то должен был найти возможность,

Учителей, собственные силы, дабы научиться клиническому мышлению.

Есть ли вина института в том, что врачи подменяют размышления инструкцией, а индивидуальный подход — параграфом учебника? Конечно. Ведь для того, чтобы этого не произошло, достаточно всего лишь несколькими словами привязывать свой предмет к клинической ситуации: «Сейчас вы видите нормальную эпителиальную клетку слизистой носа, но когда в клетку попадает вирус, она будет выглядеть иначе, ее функции изменятся». Как будет выглядеть, как изменятся функции — можно показать в течение минуты. И подобный пример, картинку, рассуждения преподавателя студент запомнит надолго. Важно, что студент увидит, услышит рассуждения преподавателя. Преподаватель научит студента размышлять, «видеть» процесс, возникающий при заболевании.

В тоже время это будет стимулировать любопытство студента, желание посмотреть чуть шире учебника. Впрочем, если бы и учебники приводили примеры практического использования изложенных знаний, то обучение было бы и интересней, и эффективней.

Только представьте, что в конце главы учебника биохимии мелким шрифтом будет написано, что левоориентированная молекула в организме делает то-то и это приводит к тому-то, а правоориентированная — совсем другое. Что лекарство с дополнительным атомом лечит, а без этого атома неэффективно или калечит. И пример. Уверен, что этот мелкий шрифт остался бы в памяти будущих врачей навсегда, а главное, научил бы их использовать все полученные знания для помощи конкретному пациенту.

Давайте на типичном примере гипертермии разберем, как интегрируются, в идеале, знания, полученные в институте. Как из них получаются диагноз и представление о заболевании.

Давайте предположим, что кроме гипертермии у нас пока ничего больше нет. Например, это начало ОРЗ (мы еще этого, конечно, не знаем и делаем данное допущение для упрощения).

Однако при гипертермии возникают боли. А у болей есть локализация. А что значит локализация болей применительно к институтским знаниям — это анатомия.

Но ведь у боли есть причина, мышца болит не потому, что она — бицепс и располагается на плече, а потому, что в ней происходят некие процессы, и раз есть боль, то эти процессы относятся к области патфизиологии. Но мы не можем ничего сказать про патологию, пока не будем знать норму, а значит, физиологию.

А ведь если рассмотреть боль поближе, то мы поймем, что дело не только в анатомическом расположении нервов, не только в реакции нервов на процессы, отличные от нормальных, то есть патофизиологические процессы, а не физиологических, а еще и в клетках и молекулах, а значит, в гистологии и биохимии.

А как мы будем воздействовать на температуру, если сочтем, что ее необходимо уменьшить для улучшения качества жизни пациента и облегчения его страданий? Будем использовать физические и химические методы снижения температуры. То есть задействуем знания по физике, химии и фармакологии, а также опять-таки по физиологии и анатомии.

В идеале, конечно. На практике мы редко задумываемся об этом, используя шаблонный подход.

В этом нет большого греха. Если бы мы раздумывали над каждым шагом, когда идем в магазин, то далеко от дома мы бы не ушли.

Однако сейчас речь идет об использовании совокупности знаний, полученных в институте. Да и случай у нас, в действительности, не простой пока. Гипертермия, и все. А гипертермия может быть при огромном количестве патологических процессов, заболеваний.

Мы начинаем осмотр пациента, используя знания из курсов пропедевтики, неврологии, кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, дерматологии и пр., ибо нам нужно оценить состояние всех систем организма, выявить отклонения,

В то же время мы начинаем собирать анамнез, используя знания и по уже перечисленным предметам, и по урологии, нефрологии, паразитологии, инфекционным заболеваниям. А если анамнез собирать хорошо, то необходимо использовать и аллергологические знания, и медицинскую генетику.

Ничего не найдя, мы направляем пациента на анализы, допустим, банальный клинический анализ крови и мочи. И нам необходимо трактовать ответ. А для этого нам необходимо вспомнить, как минимум, гематологию, цитологию и гистологию.

А если нам потребуется ПЦР-анализ, то нам придется вспомнить не только микробиологию, инфекционные заболевания, но и первый курс института — биологию, генетику.

А когда мы будем анализировать ситуацию, то нам потребуются знания и по онкологии, и по гематологии, и по внутренним болезням, и по хирургическим заболеваниям, и т. д., и т. д.

А если необходимо анализировать в том числе и образ жизни пациента (а подобный анализ требуется не только при диагностике профзаболеваний, но и при банальных аллергиях, простудах, травмах), то нам потребуются знания гораздо более широкие, чем все, чему нас учат в институте. Знания по большому количеству смежных областей и наук. А иногда даже совсем и не смежных, а весьма далеких.

И вот, имея всего один простейший, распространеннейший симптом, мы задействовали почти весь комплекс знаний, полученных в институте.

Пока за исключением судебной медицины, психиатрии и гинекологии. Впрочем, вы прекрасно можете представить ситуацию,

когда при данном симптоме нам может потребоваться знание и этих дисциплин.

Откройте руководство по дифференциальной диагностике. Перечень заболеваний, которые необходимо держать в голове при банальном симптоме повышенной температуры, огромен.

Однако если держать в голове не диагнозы, а процессы, то окажется, что необходимо гораздо меньше «мест».

На самом деле хороший опытный врач, как быстродействующий компьютер, моментально обсчитывает ситуацию с гипертермией. Вот только научился он обсчитывать не в институте, а уже на практике.

10. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ



Говоря о гипертермии, мы обмолвились об улучшении качества жизни пациента. Понятие это появилось относительно недавно и пока еще не стало непреложным правилом. Что же это такое? А зачем вообще мы лечим людей?

Возьмем самый простой пример — перелом. Человек с переломом испытывает боль, не может совершать полноценные движения. То есть за секунду до перелома он спокойно шел по городу, крутил сальто, катался на велосипеде, ехал в автомобиле... а теперь ничего этого делать не может. Качество его жизни ухудшилось. И задача врача — вернуть пациенту утерянное качество. Для пациента важно именно это. Пациенту, в принципе, совершенно неважно — что и где сломалось, сломалось ли вообще. Он просто хочет, чтобы его жизнь была как раньше, не хуже. Хочет того же качества.

Если вы проанализируете ситуацию с банальной простудой, то поймете, что и в этом случае пациента интересуют не вирусы, бактерии и процессы, не диагноз, а когда его жизнь станет прежней. Пациент может называть это выздоровлением, но термин «качество жизни» точнее, ибо есть состояния, когда мы не можем «выздороветь» пациента, но можем приблизить его качество жизни к прежнему. Например, с помощью протезов, зубных коронок, очков или контактных линз, слуховых аппаратов и пр.

Почему же так важно понимать, что главное для врача — не «пациент выписан с улучшением», а качество жизни пациента?

Давайте разберем это на очень наглядном и простом примере. Например, в результате травмы у пациента ампутируется палец, кисть, рука... Если мы успеем быстро и правильно доставить пациента и потерянную конечность в хорошую микрохирургическую клинику, то

у нас есть шанс конечность восстановить. Таким образом, качество жизни пациента пострадает временно и впоследствии незначительно, оставив шрам на коже.

А если не успеем? А если это вынужденная врачебная ампутация, вызванная, например, гангреной? Пациента мы спасли, но качество жизни его резко ухудшилось. Необходимо протезирование. Будет ли такой пациент доволен? Не будет, ибо качество жизни ухудшилось.

При этом пациенту совершенно неважно, отрезал ли он себе палец по пьянке или травма произошла по не зависящим от него обстоятельствам. Причем в первом случае недовольство врачами будет даже сильнее, так как злость на себя, на свою дурную голову пациент выместит на врача.

Можно рассмотреть и менее экстремальный пример, например потерю слуха, снижение слуха в результате отита. Возможно такое? Конечно. Иногда по вине пациента, который не спешил к врачу или не применял антибиотики, а иногда и из-за недосмотра врача. Однако в любом случае качество жизни пациента ухудшится.

По сути, вся пластика, протезирование, реабилитация — это попытки улучшить качество жизни.

Каков же практический смысл этого термина? Он довольно простой. Когда мы используем понятие «выздоровление», то мы ориентируемся на усредненное, книжное понимание нормы, а также на свои возможности. Пациента в этой системе координат нет.

Если же мы оперируем понятием «качество жизни», пациент становится главным, ибо только пациент может определить, ухудшилось или улучшилось качество его жизни.

И есть несколько простых примеров, которые позволяют иллюстрировать индивидуальность понятия «качество жизни».

Например, линзы лучше корректируют зрение, чем очки, но пациенту удобнее носить очки, чем линзы. Для врача не очень важно, почему удобнее. Этот критерий важен для разработчиков. А для пациента удобство во многом как раз и обозначает качество. Ведь даже цвет и форма оправы очков для пациента могут быть критичны. И не только в плане удобства, но и в плане красоты. Если красиво, то качество жизни улучшается. Уродливо — ухудшается. Вплоть до отказа от ношения очков.

Также довольно ярким примером того, что качество жизни — понятие сугубо индивидуальное, может служить пример с цветом зубных коронок. Для кого-то важно, чтобы цвет коронки совпадал с цветом здоровых зубов, а для кого-то важно, чтобы зуб был «золотой», чтобы блестел. А уж такая область, как пластическая хирургия, почти целиком состоит из понятия «качество жизни».

А если взять в качестве примера курильщика, гурмана, спортсмена или экстремала, то вряд ли увещевания врача об опасности курения, чревоугодия, бокса или парашютизма повлияют на образ жизни пациента, ибо именно эти вредности и опасности означают для него качество жизни, удобство и удовольствие.

Уменьшение страданий

Однако вернемся из области красоты, удобства и отчасти косметологии к более близким практическому врачу понятиям. Например, к боли.

Если пациенту больно, то качество его жизни, безусловно, страдает. Однако у боли есть довольно четкая функция, которая необходима организму для самосохранения. Боль заставляет пациента беречь поврежденную конечность при переломе, предупреждая таким образом грозные, опасные для жизни осложнения.

Боль сигнализирует пациенту, что необходимо поберечь свой организм, обратиться к врачу, создать телу щадящий режим.

Таким образом, боль важна для понимания заболевания, постановки диагноза, выздоровления. В этих случаях боль, ухудшая качество жизни, позволяет помочь организму.

Однако если гипс наложен, диагноз поставлен, врач должен принять меры к уменьшению страданий пациента. А боль, безусловно, вызывает страдания.

В случае паллиативной медицины облегчение страданий больного выступает для врача на первый план. В этом случае помощь человеку часто сводится именно к обезболиванию, то есть к уменьшению страданий, улучшению качества жизни.

Однако страдания больного необходимо учитывать и уменьшать фактически в каждом случае. Ведь назначая обследование или лечение, врач выбирает — укол или таблетка, сладкий сироп или горький порошок, УЗИ или ЭГДС, кровь из пальца или из вены.

Важно очень четко понимать, где проходит граница между необходимыми для улучшения качества жизни пациента неудобствами, страданиями и излишними манипуляциями, назначениями, которых можно было избежать, чтобы пациент не мучился лишний раз.

Не менее значимо не только то, когда и насколько нам необходим симптом для диагностики или контроля лечения, но и насколько его можно ослабить, облегчив жизнь пациенту. И опять, в случае гипертермии это становится довольно понятным.

Иногда, чтобы пациент «не скакал», а дал своему организму нормально бороться с болезнью, температуру снижать не нужно. А в других случаях, например при угнетении сознания, риске повреждающего действия гипертермии, необходимо снизить температуру.

Аналогично и с кашлем — он, конечно, качество жизни ухудшает и страдания увеличивает, но в ряде случаев необходим для выздоровления. А выздоровление и есть улучшение качества и уменьшение страданий. Ибо если мы напрасно заблокируем Катаевой рефлекс, то получим не улучшение качества жизни.

А ухудшение — осложнения. Не облегчим страдания, а, наоборот, усилим.

Важно, чтобы врач прогнозировал не только течение болезни, но и последствия своих действий, чтобы умел найти золотую середину между неизбежными неудобствами — уколом, операцией — и пользой для улучшения качества жизни.

Права пациента

Таким образом, возвращаясь к вопросу сотрудничества с пациентом, врачу необходимо обсудить с ним и обследования, и лекарства, и образ жизни. Поскольку врач, желая пациенту пользы, выздоровления, добра, вмешивается в его жизнь. И порой весьма кардинально.

А из этого вытекает, что врач неким образом нарушает права пациента. С его, разумеется, разрешения. Но доктор будет вмешиваться в процессы, происходящие в теле пациента, влиять на его состояние, трогать, в конце концов, пальпировать, колоть, простукивать, осматривать.

И пациент вправе знать, а что же доктор такое делает, ищет, что будет при применении того или иного лекарства, того или иного исследования.

Если мы отказываем пациенту в праве знать, что с ним происходит, если скрываем диагноз, обманываем, то это сродни тому, что мы принесем деньги в банк, кассир их возьмет и даст нам справку — деньги взял. Без указания суммы, без гарантий и сроков возврата, без обозначения — вернут ли нам деньги плюс процент или минус процент, да и вернут ли вообще. Это как дать чистый листок с подписью чужому человеку — а что он впишет — дарственную на квартиру, явку с повинной или отказ от наследства — неизвестно.

В обычной жизни подобное для нас немыслимо. Но как часто мы скрываем от пациента диагноз, как часто ленимся объяснять ему, что с ним происходит, зачем мы назначаем ту или иную таблетку, обследование, процедуру и что будет происходить с пациентом в результате этих воздействий.

И если уж **МЫ** взялись помогать пациенту, лечить его, то мы обязаны предоставить ему информацию о наших действиях и его состоянии. Ибо это его тело, его жизнь, его здоровье.

А раз мы стали врачами, чтобы лечить, то нужно помнить, что пациент имеет право на помощь. Важно помнить, что мы шли в институт не для того, чтобы приходить на работу, в кабинет, операционную, не для того, чтобы следовать инструкциям или

указаниям заведующего, а чтобы помочь пациенту. И если инструкция противоречит помощи, то нам нужно выбрать помощь. Ибо это такая профессия.

А помощь пациенту, как мы видели чуть выше, состоит не в приведении состояния его организма в соответствие учебнику, а в улучшении качества жизни, уменьшении страданий.

Практические навыки

Важно помнить, что, выбирая профессию врача, человек выбирает образ жизни. Ибо врач — это единственная профессия, которую нельзя «отменить на время». Чиновник, выходя из кабинета, перестает быть чиновником, продавец не за кассой — уже не продавец. Даже полицейский, если он не на службе, не может использовать некоторые свои навыки и возможности. Пожалуй, только врач и, может быть, пожарный «на работе» всегда. Ведь если с кем-то случится беда, то никто не будет спрашивать — реаниматолог вы или окулист. Доктор. И нужна помощь доктора.

Чаще всего, конечно, требуется помощь травматолога и реаниматолога, так как неожиданно случаются именно травмы, когда необходимо помочь здесь и сейчас. А кроме вас, окулиста, лора, нефролога и т. д. никакого врача поблизости нет.

А скажите... Вы часто делали непрямой массаж сердца, искусственное дыхание, отличали венозное кровотечение от артериального и накладывали жгут или шину при переломе?

Теоретически мы все это проходили. А сколько раз делали? Ну хотя бы на муляжах? А может быть, вы накладывали шину одnogруппнику на практическом занятии?

Итак. Авария. Нужна помощь. Переломы, кровотечения, остановка дыхания. Сможете оказать помощь?

Теоретически... Ибо учили мы все это теоретически. Нас этому не учили.

А ведь мы должны все это делать почти «на автомате». Ведь делать все нужно быстро, четко, уметь анализировать. А вокруг вовсе не чистый кабинет, а грязная дорога, напуганные и растерянные люди. А вы — доктор. Надежда только на вас.

А вы ни разу не накладывали шину, ни разу не делали реанимационных мероприятий. Вы даже ни разу не проверяли, есть ли у потерявшего сознание человека пульс и дыхание. И эта книга вас этому не научит, как не научили в институте этим практическим навыкам.

Давайте вспомним, когда нам впервые потребовались практические навыки. Пусть это будет не реанимация, не травмы. Попроще.

Когда попросили сделать внутрикожный, подкожный, внутримышечный или внутривенный укол? «Ты же врач». — «Да я только на первом курсе». — «Но ты же в мединституте, помоги». Если вы уже окончили третий курс, и у вас была медсестринская практика, и так получилось, что на практике вас научили делать уколы, то вам повезло. А если нет?

Что все это значит для студента, а может, даже и школьника, который хочет стать врачом? Это значит, что часть летних каникул, часть своего личного времени, не занятого учебой, необходимо посвятить работе в медицинском учреждении. Причем там, где можно научиться медсестринским или врачебным манипуляциям. А это процедурный кабинет, травмпункт, «скорая». Впрочем, даже работа лаборантом в лаборатории будет полезна для понимания того, как делают анализы. А работа в приемном, операционной, регистратуре даст вам общее представление о том, как функционирует врачебная помощь.

Вы сможете «пощупать» медицину собственными руками. Не по книгам, не по учебникам, не по своим воспоминаниям пациента. И даже немножко заработаете «на булавки». Впрочем, если есть возможность получить практику, но нет зарплаты — идите и получайте. Несколько вызовов на «скорой», пара ночных дежурств в отделении больницы дадут вам информации не меньше, чем двухнедельный цикл теории в институте.

Давайте рассмотрим подобное внеинститутское обучение на реальном примере. Возможно, даже скорее всего, это не идеальный пример. Однако это совершенно реальная история обучения. И начинается она в десять лет, когда школьник решил стать врачом. А в десять лет многому не научишься. Однако есть книги. И по анатомии, и по генетике, есть книги, написанные врачами. Есть кружки по химии, биологии. Всего этого хватило до тринадцати лет, когда можно было пойти в медицинский кружок и увидеть воочию анатомичку, в медико-биологическую школу. А потом были каникулы, и можно было устроиться санитаром в операционную, в отделение больницы, в лабораторию поликлиники, в кабинет хирурга, в травмпункт. Все это

до института. С уколами, перевязками, гипсами, пробирками, наблюдением за работой хирургов, анестезиологов. С примерами опроса и осмотра пациента. Санитаром, конечно... но ведь никто из кабинета не выгонял... можно было впитывать.

А потом начался институт. Утром институт, вечером и ночью работа в приемном отделении, затем в операционной, реанимации, роддоме, на «скорой», на участке, в различных отделениях больниц, дежурства, работа в экспериментальной лаборатории. Сначала санитаром, потом медсестрой, потом фельдшером, и наконец врачом. За шесть лет института, таким образом, удалось пощупать почти все, что есть в медицине. Научиться огромному количеству практических навыков.

Можно было научиться и большему. Но и то, чему удалось научиться, — это немало. Из института вышел уже фактически готовый врач, который понимает, чем и как он может помочь пациенту, а главное, уже умеет это делать. Впрочем, и учился медицине и практическим навыкам этот доктор не 6 лет, а 12.

11. УПРАЖНЕНИЯ



[11]

Осмотр по памяти

Для тренировки клинического мышления можно использовать следующее упражнение. Выйдя от пациента, по дороге домой, в паузе на работе необходимо вспомнить этого пациента. Вам нужно как можно точнее описать внешний вид пациента. Например, волосы — цвет, фактуру, состояние, кожу волосистой части головы, состояние корней. Глаза — форма, цвет и рисунок радужки, состояние зрачка, склер и т. д. И так по всему организму.

Важно понимать, что за это не ставят оценки, не выписывают наград и премий, не накладывают взыскания. Это ваша игра для самого себя. Вы не можете в этой игре проиграть. Опишете ли вы двадцать или пятьдесят признаков — все они вам в плюс. Вы можете устроить соревнование сами с собой. У больного А удалось запомнить двадцать три признака, а у больного Б — двадцать семь. Получается, что, соревнуясь с самим собой, вы выиграли. А так как каждый пациент — тренировка, то вы будете неминуемо каждый раз обыгрывать самого себя.

Вторая довольно полезная и очень простая игра — «Что будет, если?..»

«Что будет, если?..»

Что будет с организмом, если в него попадет то или иное лекарство тем или иным образом?

Это как бы «обратное решение» клинической задачи. В данном случае мы за отправную точку, за «печку» берем некое химическое вещество. Потом придаем ему форму — таблетки, инъекции, мази. Потом смотрим, как вещество, в том или ином виде, влияет на тот или иной организм. Новорожденного, подростка, взрослого. При таком-то или ином состоянии организма, при том или ином заболевании.

Наша задача — отталкиваясь от химии вне организма, понять химию внутри организма. Чем дальше и глубже мы сможем зайти в своих рассуждениях, чем ветвистее — за счет возрастов, состояний, пола и пр. у «нашего» теоретического организма — будет древо наших рассуждений, тем лучше.

Как вы понимаете, в этой игре также невозможно проиграть или получить неуд. Итогом будет выигрыш и тренировка мышления.

Разновидностью игры «Что если?..» будет следующая тренировка. Что если цвет кожных покровов иктеричный? Что если ЧСС 200? Что если рвота? Эту тренировку можно делать с любым руководством по дифференциальной диагностике. Только сначала нужно дать самостоятельный ответ, а потом посмотреть количество ответов, предлагаемых руководством. Уверен, вы сделаете много открытий относительно как ваших знаний, так и состояний организма гипотетического пациента.

Еще один вариант игры «Что, если?..» — моделирование. «Если у пациента гипертония, то...» При этом нужно помнить, что у самой гипертонии есть несколько причин возникновения, в простейшем варианте цепочка может состоять из названий симптомов. В нормальном варианте — из процессов. Из понимания, на что, на какие процессы в органах и системах повлияет повышенное давление.

Например, если у пациента брадикардия, то, во-первых, какие процессы вызывают изменение ЧСС, а во-вторых, что будет следствием подобных изменений ЧСС, например, в легких, печени, мозге, а также клетках, тканях и т. д.

Если у человека насморк, то может возникнуть отек евстахиевых труб? может возникнуть катаральный отит? может перейти в гнойный? может возникнуть прободение? возможна потеря слуха?

Это на уровне симптоматики.

А на уровне процесса это практически сразу дает врачу подсказку, что делать, так как он понимает, откуда отек взялся и каким лекарством он может этот отек уменьшить.

Очень полезной тренировкой мышления является также «разбор». Применять это можно как к лекарству, так и к диагнозу или исследованию.

Например, полезно на досуге проанализировать или прочесть, как же на самом деле действует парацетамол, а что же на самом деле доктор может увидеть на УЗИ, что вырастает в посеве, и почему только это, а что может вырасти еще, а что не вырастает и почему. Поиск ответов на эти вопросы потребует понимания процессов, происходящих внутри или вне организма, выработает привычку думать не терминами и диагнозами, а процессами.

Другая игра, которая также поможет развить клиническое мышление, — гипотеза.

Гипотеза

Можно взять кубик и нарисовать таблицу со столбиками симптомов. Можно вместо кубика тыкать пальцем вслепую в чистый бланк листа осмотра пациента.

Рассмотрим игру на примере кубика и таблицы. Вам нужно нарисовать таблицу. Первый столбик, например, — состояние кожи. В этот столбик необходимо вписать состояние тургора кожи, цвет кожных покровов, наличие сыпи. Можно вписать различные характеристики сыпи, можно вписать локализации. А можно этого не делать. Если не вводить в таблицу дополнительную конкретику, то образуется вариабельность ситуаций и ответов, что тоже неплохо, ибо на каком-то этапе вам придется решить, где сыпь локализуется и какая она... и что, если сыпь и локализация иная.

Вот пример банального поля для этой игры.

Кожа: чистая, иктеричная, сыпь, бледная, красная, синюшная.

Температура: нормальная, субфебрильная, высокая, очень высокая, понижена, неизвестна.

Стул: нормальный, нет стула, понос, светлый, черный, овечий.

Теперь бросаем кубик «за каждый столбик».

Комбинация кубика 2-4-1, т. е. желтуха, очень высокая температура, нормальный стул. Что же это может быть и почему?

Эта задача не для отметки. И правильных ответов не знает никто. Смысл этой задачи — тренировка мышления. Как визит в спортзал с целью тренировки мышц, а не с целью поднять груз, больший, чем у остальных спортсменов в зале. В этой задаче вы также соревнуетесь только сами с собой.

Когда вы приготовите все колонки (а их количество и состав — это исключительно ваша компетенция, но лучше, чтобы столбиков было больше трех), по шесть признаков в каждом столбце, бросайте кубик. Или тыкайте пальцем вслепую. Выпадет два — ваш признак второй в первом столбце. Кидайте второй раз. Выпадет пять — ваш признак пятый во втором столбце.

Набрав таким образом три и более признаков, вам надо решить, какие изменения в организме могут вызвать появление данных

симптомов. Предположив патогенез возникновения симптомов, вам нужно предложить и схему лечения, то есть схему коррекции этих симптомов и признаков, дабы привести теоретического больного к норме, к выздоровлению.

Вам сначала придется понять, лекарство с какими свойствами вам нужно, и лишь потом отыскивать это лекарство в справочнике.

Очень хорошо, если симптомов будет много, если они будут совершенно неожиданны. Это приведет к тому, что вы не сможете подогнать их под известные вам диагнозы и будете именно думать, а не подгонять.

Проиграть в этой игре, как вы понимаете, тоже нельзя. Оценки за нее не ставят. А мышление развивается.

С каждой игрой ваш выигрыш будет увеличиваться.

Разновидностью этой игры может быть обдумывание реального пациента, когда, уже поставив диагноз, назначив лечение, после ухода пациента вы сами для себя отвергаете свой диагноз и пытаетесь определить, чем еще, какими процессами могут быть вызваны данные симптомы. Возможно, это приведет вас к интересным выводам для данного конкретного больного, а возможно, ваше мышление заведет вас в такие теоретические дебри, что вам покажется фантастикой ваше предположение... Но ведь и замкнутое кровообращение, атомарное строение материи, полеты в космос казались когда-то фантастикой...

12. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА



Если мы посмотрим на прогресс физики, то заметим, что эта наука развивается гораздо динамичнее, чем медицина. Но вряд ли физика проще, чем медицина. Однако в физике есть такая дисциплина, как теоретическая физика. В медицине есть оториноларингология, патанатомия, гистология, нефрология, но нет теоретической медицины. При этом любой физик с легкостью докажет вам, что теоретические мозги и экспериментаторские мозги — это две большие разницы.

Теоретики предлагают теорию. Эта теория существует лишь на бумаге. В какой-то момент появляется физик-экспериментатор, который придумывает эксперимент, способ проверить, подтвердить или опровергнуть теорию, в медицине очень не хватает теоретиков.

При этом теории как раз есть. И они выдвигаются практиками, то есть экспериментаторами. И сразу проверяются на пациентах. Далеко не всегда с успехом, а значит, во вред пациентам. Однако если бы существовали сайт, журнал, кафедра, сообщество теоретической медицины, то это позволило бы и подробно обсуждать теории, прежде чем внедрять их в практику, и разрабатывать безопасные и точные эксперименты, и развивать клиническое мышление врачей. Ибо теория на то и теория — ее под диагноз не подгонишь.

Вместе с тем, подвергая проблему теоретическому мозговому штурму, осматривая ее со всех сторон, обсуждая не после эксперимента, а до, можно разработать более точные схемы лечения, можно поставить четкие задачи фармакологам, точно сформулировать диагностические или лекарственные потребности современных врачей, современной медицины.

Наличие теоретической медицины как дисциплины позволило бы прогнозировать в том числе и появление новых заболеваний, эпидемий, готовиться к ним заранее, формулировать для фармотрасли и фармаблаторий четкие задачи, техзадания — лекарства с какими свойствами потребуются врачам в ближайшем или отдаленном будущем.

Теоретическая медицина могла бы задать вектор направления практической медицине, что значительно увеличило бы эффективность последней, так как врачи, вместо того чтобы догонять уже случившуюся болезнь, ситуацию, смогли бы предвидеть, подготовиться, профилактировать новые риски и вызовы здоровью.

Автор будет рад прочитать ваши замечания, дополнения, пожелания... и даже критику. Письма можно присылать по адресу 2336694@gmail.com.

Эта книга — о клиническом мышлении, о взаимоотношениях врача и инструкции, о сотрудничестве с пациентом. Как нужно думать у постели больного, анализировать источники, авторитетные мнения, видеть за диагнозом и пациента, и патогенез его заболевания, как стать по-настоящему хорошим врачом? На эти и многие другие вопросы ответит Андрей Соколов — создатель нескольких московских клиник, врач, автор нескольких научных и научно-популярных книг. Также в этой книге вы найдете упражнения для развития клинического мышления.

Этот захватывающий детектив о врачебных хитростях написан на основе реальных примеров из практики автора и его коллег. Книга будет полезна и познавательна как для врачей, так и для неспециалистов.

ISBN 978-5-222-27329-6



9 785222 273296



**ПОДПИСЫВАЙСЯ
НА НАС В СОЦ. СЕТЯХ,
ЧТОБЫ НИЧЕГО
НЕ ПРОПУСТИТЬ!**

Быть в курсе новинок и скидок, принимать участие в еженедельных розыгрышах книг, обсуждать продукцию издательства «Феникс» и делиться мнениями **стало гораздо удобнее!**



phoenix_id



notes

Примечания

Копанев Ю.Л., Соколов Л.Л., 1998