

## Название рубрики

## На всякий случай...

**В.В. Фадеев**

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

В статье обсуждаются проблемы современной клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, в частности проблемы референсных интервалов, высокой распространенности клинически незначимых отклонений, риск выявления которых значительно возрастает при проведении исследований в массовом порядке, без клинических показаний. Разбираются психологические проблемы, которые обусловлены проведением исследований без показаний.

**Ключевые слова:** референсный интервал, клиническая значимость, скрининг, диспансеризация, инциденталомы.

## Just in case...

**Valentin V. Fadeyev**

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The article discusses the problems of modern clinical, laboratory and visual diagnostics, in particular the problem of reference ranges, high prevalence of clinically insignificant abnormalities with the increasing risk of detection when the tests are performing without clinical indications. The article also discusses psychological problems that are caused by conducting studies without clinical evidence.

**Key words:** reference ranges, clinical significance, screening, incidentaloma, labeling.

*Платье, сшитое из этой ткани, обладает чудесным свойством становиться невидимым для всякого человека, который не на своем месте сидит или непроходимо глуп...  
— Ах, новый наряд короля бесподобен! А шлейф-то какой красивый! А камзол-то как чудно сидит!  
Ни один человек не хотел признаться, что он ничего не видит, ведь это означало бы, что он либо глуп, либо сидит не на своем месте.  
Ни одно платье короля не вызывало еще такого восторга.  
— Да ведь он голый! — сказал вдруг какой-то ребенок.*

Г.-Х. Андерсон “Новое платье короля” (1837 г.)

Я задался вопросом: на что я как врач последние годы трачу больше времени и сил, в том числе душевных, — на диагностику и лечение реальных заболеваний или на то, чтобы убедить себя и в значительно большей степени пациентов, их врачей и окружающих, что либо болезнь отсутствует, либо речь идет совсем о другом недуге? Мысли сразу разбежались в разные стороны, и я решил их по возможности привести хоть в какой-то порядок, написав это эссе.

Начнем издали, а именно с того, как, на мой взгляд, сегодня сочетается объективное и субъективное в современной клинической медицине, ну или как минимум в эндокринологии, которой я занимаюсь. Психологи и антропологи говорят, что человек по своей психической и физиологической сути, по тому, как он мыслит и чувствует, практически не изменился со времени формирования *Homo sapiens*

как вида. Если младенца, рожденного 10 тысяч лет назад, перенести в современность и в этой современности воспитывать с рождения, из него вырастет самый что ни на есть современный аутичный подросток, погруженный в свой мобильный телефон. То есть человек сам не меняется, а только меняет окружающий мир и соответственно все сильнее отстает от этих перемен как психологически, так и физиологически. Наше физиологическое отставание от мира, который мы сами создаем вокруг себя, от его скоростей и глобальных процессов проявляется неврозами, зависимостями от наркотиков, алкоголя и антидепрессантов и всем тем, что современное общество может сделать с его отдельными представителями.

Медицина — что здесь эволюционировало в этом контексте? Люди точно остались прежними, как врачи, так и пациенты. Наряду с этим, на мой взгляд,

мы все сейчас находимся в значительном психологическом и идеологическом отставании от нашего собственного детища — от, как их сейчас называют, медицинских технологий, а именно от галолирующих в своем развитии лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов.

Вернемся немного назад, пусть не на 10 тысяч лет, а хотя бы лет на 200. Как перед нами предстанет болезнь и медицинская помощь того времени? Видимо, так же, как нам подсознательно кажется до сих пор: болезнь — это когда плохо, плохо физически. Современникам Елизаветы Английской или Ивана Грозного и в страшном сне не пришло бы в голову **на всякий случай** заглянуть к врачу! Зачем к нему идти, если все в порядке? Зачем тратить большие деньги? Тем паче вряд ли тогда кто-то верил в эффективность врачей больше, чем в эффективность молитвы или других религиозных действий... Но свято место пусто не бывает, и сейчас появился другой идол, с которым массовое и врачебное сознание совладать не может и на которого, как когда-то на божественные силы, перекладывают свою ответственность современные врачи, — это машины или современные диагностические технологии, другими словами, «железо». Итак, разберем ряд феноменов современного диссонанса клинической медицины и психологии (идеологии) и достижений нашего же технического прогресса.

### **1. Норма, референсный интервал, диагностический критерий и целевой показатель**

Мы очень часто в быту, в жизни, в устной и даже письменной речи используем понятия “норма”, “нормальный” и массу других слов с этим корнем. Насколько эти термины приемлемы в клинической медицине? В целом, конечно, приемлемы, но, очевидно, с рядом серьезных оговорок. Опубликована масса статей и даже книг, которые в названиях обыгрывают “норму” и “патологию” и закономерно противопоставляют их. Патология — это как раз и есть “не норма”, но понятия эти весьма условны и более или менее определены лишь в философском лексиконе. В философии норма — это понятие, обозначающее границы, в которых вещи и явления сохраняют свои качества и функции (“норма” вытекает из философского понятия “мера” — диапазон, в границах которого вещи, изменяясь, сохраняют свои качества, то есть количественные изменения не переходят в качественные). Вся условность экстраполяции этого понятия на клиническую медицину и, самое главное, на конкретного пациента очевидна. Примеров тому масса: гнойное воспаление в области проникновения под кожу инородного тела — это

норма или патология? Я думаю, это норма, то есть нормальная реакция иммунной системы, которая позволяет сохранить постоянство внутренней среды. Или это болезнь, которую надо лечить? А лихорадка — это норма или патология? Конечно, норма — неотъемлемый компонент активации иммунной системы при инфекции. Без нее мы бы превратились в питательную среду для микробов! Или это болезнь?

А уровень ТТГ 8 мЕд/л у пациента с признаками АИТ — это норма или патология? А коллоидный узел в щитовидной железе диаметром 2 см? Я бы сказал, притом что он встречается у каждого четвертого и крайне редко хоть как-то отражается на жизни человека, это норма. Если же заглянуть в атлас нормальной анатомии человека, это окажется отнюдь не нормальным, там узлы в щитовидной железе, надпочечнике и гипофизе не нарисованы... Не будем продолжать этот бесконечный ряд примеров, которыми современная эндокринология очень богата.

Нормой врачи очень часто называют референсный интервал для какого-то биохимического параметра или размера той или иной анатомической структуры. Вслед за ними это делают пациенты — их-то в этом точно винить нельзя, врачам преподавали медицину, а всем остальным — геометрию в школе, при этом многие имеют техническое образование и знают, что такое стандарты плотности бетона, размеры кирпича, высота потолка, длина штор и диаметр гайки, которой в точности должен соответствовать болт. В массовом сознании, если лабораторный показатель отклоняется от референса (читай “нормы”) — это “не норма”, то есть болезнь, при этом весьма конкретная и соответствующая этому диагнозу. Пациентам я в этом случае обычно говорю, что, если бы диагноз было поставить так просто — сдать кровь, увидел, что полученная цифра не вписывается между двумя другими, и поставил диагноз, — на мое место можно было бы посадить лаборантку...

Хуже, когда в заблуждение “норма — не норма” ввергнуты врачи. Самым маргинальным в этом плане, на мой взгляд, является оперирование понятиями “на верхней границе нормы” и “на нижней границе нормы”. Мало и без того недостаточно внятного референсного интервала, так еще и в нем какие-то центральные и периферические слои выделять! Отвлечитесь на секунду от медицины, подумайте, что такое норма в общечеловеческом смысле, а теперь представьте: как у этой нормы могут быть границы? Хотя и врачей в полной мере в этом не совсем правильно обвинять, их ведь этому не учат в медицинских вузах. Еще один пример отставания нашей идеологии от опережающего ее технического прогресса: вместо преподавания клинической эпидемиологии, объясняющей обсуждаемые понятия, мы тратим дра-

гоценное время на изучение голосового дрожания, оболочек аскариды, не говоря уже о целом сонме всякого рода химий и гигиен. Да и клинические дисциплины мы преподаем в рамках старой доброй идеологии первой половины прошлого века, тем самым **насаждая в молодых умах сакральное преклонение перед результатами инструментальных и лабораторных методов!** Научить нажимать на кнопки и ставить крестики на бланках для заказа различных тестов просто, научить думать... Честно говоря, даже спустя 20 лет преподавания до конца не знаю как.

Читатель глубоко ошибается, если думает, что я ретроград и призываю назад к перкуссии и диагностике диабета путем пробы мочи на вкус. Я говорю лишь об отставании нашей консервативной по природе своей психологии от поистине феноменальных достижений технического прогресса в медицине. Попробую пояснить...

Итак, великий референсный диапазон! На вопрос, откуда он берется, во врачебной аудитории (я много раз экспериментировал в разных регионах страны) ответ знают лишь единицы. Большинство об этом не задумывается, полагая, что за них уже подумали некие сильные мира сего, напечатали для них цифру на бланке, а их дело — следовать этой цифре. Нечто вроде катехизиса, с четкими аксиоматичными ответами, в которых нельзя сомневаться. “Учение Маркса всесильно, потому что оно верно”... А почему оно верно, задумываться ни к чему.

Итак, на самом деле референсный диапазон — продукт математики, в частности медицинской статистики и клинической эпидемиологии, но отнюдь не клинической медицины. Берется выборка **условно здоровых людей**... Стоп! Тут, как говорила Алиса в стране чудес, начинается путаница. Кто такие условно здоровые люди? А условно здоровые — это здоровые люди в истинном понимании здоровья прошлых веков. Это относительно молодые люди, которые ощущают себя здоровыми и у которых банальными методами клинического обследования не выявляется никаких заболеваний. Это регулярно менструирующие счастливые 30-летние матери двух детей и мужчины 40 лет, которых ничто не беспокоит и все радует. Собираем их вместе, определяем у каждого некий показатель X — пусть это будет пресловутый ТТГ, для более живого представления. Дальше отдаем эти цифры машине, она их обрабатывает, отбрасывает “концы”, которые не попадают под “колокол” Гауса, или по 5 перцентилей с каждой стороны, — и вот вам референсный интервал, который красуется на лабораторном бланке с результатами анализов и который очень любят называть нормой. Возникает вопрос: насколько обследованная выборка здорова или “нормальна” не в истинном смысле

этого слова, а в техногенном? Перед нами внешне здоровые женщины в возрасте около 30 лет, не предъявляющие никаких жалоб. Какова среди них распространенность ничем себя не проявляющего носительства антител к ТПО, гиперпролактинемии, гетерозиготного носительства мутации гена 21-гидроксилазы, в конце концов, дефицита витамина D с умеренным повышением уровня паратгормона? Какова среди них распространенность гормонально неактивных аденом гипофиза и надпочечника или даже немых феохромоцитом? Думаю, цифры вы знаете. Таким образом, в референсную выборку условно здоровых попадает достаточно много лиц с клинически ничем себя не проявляющими “изменениями” (с лабораторной патологией), которых, попади они к нам на прием со сданными **на всякий случай** анализами, мы сочли бы больными. Рассуждая далее, математически рассчитанный референсный интервал вычислен исходя в том числе из неизбежно попавших в выборку лиц с клинически незначимыми и ничем себя не проявляющими отклонениями, то есть референсный интервал всегда неизбежно “засорен”! Что происходит дальше? Мы переносим этот интервал в клинику, пытаемся его экстраполировать на конкретного пациента (одного!) и называем его нормой (а некоторые даже с некими понятиями верхней и нижней ее границы). Когда этот интервал будет прекрасно работать в отношении одного конкретного пациента? Ответ очевиден: когда перед нами пациент с более или менее специфическими клиническими проявлениями конкретного заболевания, то есть с тем, чего не было у включенных в референсную выборку условно здоровых. Например, перед вами пациент с клиническими проявлениями тиреотоксикоза, которые относительно специфичны. Определив у него уровень  $T_4$  и  $T_3$ , вы, к своему удовольствию и профессиональной гордости, найдете их повышенными относительно того самого референса, который пропечатан на лабораторном бланке. Если вы определите эти показатели у пациента без симптомов, имейте в виду, что такой же точно мог входить в ту самую выборку, на основании которой обсуждаемый диапазон был заподозрен. Отсюда и возникает игра в так называемые клинически значимые и клинически незначимые изменения, типа двукратного повышения уровня метанефрина, появляется загадочная “серая зона”, о которой поговорим отдельно. Помимо “засорения” референсной выборки субклинически протекающими заболеваниями референсный интервал ничего не значит и не несет никакой информации о клиническом значении ситуации отклонения от этого интервала. Опять же, вернемся к ТТГ. Если у пациента выявляется ТТГ 6,2 мЕд/л, этот показатель, безусловно, отклоняется от референса, но ска-

зять на этом основании, что конкретный человек болен или что у него есть некий риск, мы не можем.

Наше бессилие перед цифрами и статистикой на этом, увы, не заканчивается, оно куда серьезнее и говорит о нашем глубоком отставании от современных технологий. Вопрос в следующем: почему, если есть некий референс (в массовом понимании норма), мы зачастую не используем его для постановки диагноза, а заводим для этого другие цифры и почему, поставив диагноз, мы заводим третью цифру для констатации компенсации этого заболевания на фоне лечения? Не правда ли, сложная конструкция, с трудом понятная людям, занимающимся точными науками? Уравнение с тремя неизвестными! Например, референсный диапазон для уровня глюкозы в крови — 3,3–5,5 ммоль/л, диагноз сахарного диабета мы устанавливаем при концентрации глюкозы в плазме венозной крови более 7,0 ммоль/л, а какой уровень гликемии нужно поддерживать на фоне лечения диабета, мы толком не знаем. А когда мы чего-то не знаем и не можем объективизировать, мы это называем “индивидуальным подходом”... А что нам остается делать? К слову, как выясняется, критерий постановки диагноза сахарного диабета недостаточно четко связан с основными причинами смертности от этого заболевания: критерий постановки диагноза базируется на риске развития диабетической ретинопатии как самого специфичного осложнения диабета, а основной причиной смерти больных диабетом являются сердечно-сосудистые заболевания, для которых умеренная гипергликемия сильным фактором риска, судя по всему, не является.

Другой пример, но только с участием инструментальных методов: у нас есть референсы для уровня кортизола (в том числе в ночном подавляющем тесте с дексаметазоном), альдостерона с ренином и метанефринов. Откуда они взялись? Вы уверены, что в выборку условно здоровых не попали лица с инциденталомиями надпочечников? Если референсная выборка будет достаточно большой, то вряд ли всем перед забором крови можно выполнить КТ надпочечников. Результат: достаточно расплывчатые понятия “автономной гиперпродукции кортизола” (субклинический синдром Кушинга), неких двух или трех “норм” метанефринов, ну и “серая зона” для альдостерона в тесте с физраствором. Поговорим немного о “серой зоне”...

## 2. Эндокринология “серых зон”

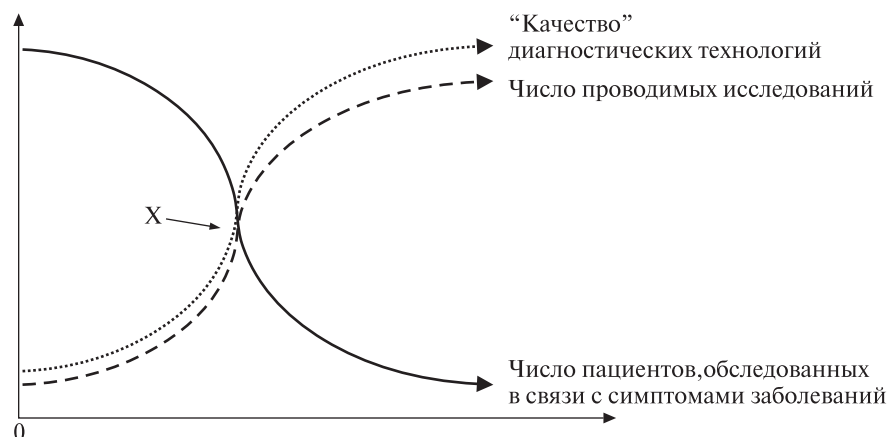
Серое значит не черное и не белое, то есть диагностически не очевидное. “Серая зона” — это феномен “лабораторной патологии” в чистом виде. Откуда эти “зоны” берутся? Причин много, но основные мы уже разобрали: с одной стороны, в так называемую

референсную выборку условно здоровых людей неизбежно попадают лица с субклинически протекающими заболеваниями, а с другой — умеренное отклонение от полученного таким путем референса еще не подразумевает развития в дальнейшем клинически значимого заболевания, которое снижает качество и уменьшает продолжительность жизни. В этом контексте напомню наши рассуждения об условности понятий “норма” и “патология”, говоря о том, что компенсаторные процессы в организме можно отнести как к одному, так и к другому.

Глобального выхода из проблемы “серой зоны”, на мой взгляд, нет, а на клиническом уровне это решение очевидно: чем меньше мы будем обследовать лиц, не предъявляющих каких-либо жалоб и не имеющих никаких клинических проявлений, тем реже мы будем ломать голову над проблемой “серых зон”. Нам понятнее и привычнее патология щитовидной железы, здесь типичный пример “серой зоны” — это субклинический гипотиреоз, которому посвящены тонны литературы. Референс ТТГ для условно здоровых людей, у которых не выявляются антитела к щитовидной железе, составляет примерно от 0,2–0,4 до 2,0–2,5 мЕд/л, референс для общей популяции относительно здоровых людей пропечатан на бланке и хорошо нам знаком: 0,4–4,0 мЕд/л. При этом, если речь идет о клинической практике, ТТГ в интервале от 0,1 до 10,0 мЕд/л является по сути “серой зоной”, поскольку ТТГ от 0,1 до 0,4 мЕд/л классифицируется как сниженный (или, по европейским рекомендациям, субклинический тиреотоксикоз 1-й степени), а ТТГ от 4,0 до 10 мЕд/л — как субклинический гипотиреоз, но и в том и в другом случае у нас нет четких доказательных оснований для клинического вмешательства для всех без исключения пациентов (соответственно тиреостатическая или заместительная терапия).

Как мы в клинической практике пытаемся обойти “серую зону” (а речь почти всегда идет о пациентах без симптомов либо о неспецифической симптоматике)? Мы проводим исследование в динамике, дублирующие тесты и функциональные (нагрузочные или супрессионные) пробы. Но загвоздка в том, что все эти три уловки опять же не исключают “серой зоны”. Если дублирующий тест окажется положительным при первом отрицательном, какому верить — первому или второму? А может, третий провести? А пациент при этом прекрасно себя чувствует, если не считать нарастающего невроза как следствия наших бесконечных обследований. Возвращаясь к субклиническому гипотиреозу, с ним ситуация в определенном смысле слова сложнее, чем, например, с кортизолом в ночном подавляющем тесте с дексаметазоном и рядом других: в последнем случае





#### Динамика соотношения пациентов, обследованных в связи клиническими проявлениями заболеваний и числом/качеством проводимых диагностических тестов.

До середины XX века (условно точка 0) уровень медицинских технологий, по современным представлениям, был относительно низок, но при этом подавляющее большинство пациентов обследовалось только по клиническим показаниям. В дальнейшем технологический прогресс привел одновременно к грандиозному повышению качества и количества проводимых исследований, но при этом происходит прогрессивное увеличение числа обследований “на всякий случай” (уменьшение относительной доли исследований по клиническим показаниям). Чисто теоретически между этими процессами может существовать некий баланс (точка X), но фактически кривые продолжают неуклонно расходиться. В результате этого, несмотря на очевидный прогресс медицинских технологий, смертность при многих заболеваниях начиная с середины XX века (точка 0) практически не изменилась. Типичным примером в этом плане является рак щитовидной железы; сходная картина имеет место для рака простаты и ряда других заболеваний.

можно провести дублирующий тест (кортизол слюны и др.), а ТТГ в случае выявления субклинического гипотиреоза продублировать нечем.

### 3. А судьи кто?

А собственно сами тесты лабораторной диагностики – насколько они совершенны? Как известно, совершенству нет предела и само это понятие весьма относительно. Если посмотреть на нынешние методы исследования глазами поколения врачей, которые определяли 50 лет назад белковосвязанный йод, 17-ОКС и ВМК, то нынешние тесты – это верх совершенства! Это мерседес в сравнении с ослом, запряженным в телегу! Но есть одно очень важное “но”! “Осел” и “мерседес” решали и решают принципиально разные задачи и находятся в рамках совершенно разных медицинских идеологий (см. рисунок).

В середине XX века и ранее в сферу диагностики попадали почти исключительно пациенты с клинически явной патологией, и в этой ситуации современные тесты сработали бы почти безотказно. Казалось бы, живи и радуйся, но **человечество ввергло в другую крайность, плоды которой пока еще не может до конца осмыслить**: казалось бы благой порыв диагностировать болезни на ранней стадии вылился в массовое обследование здоровых лиц. Но тут забуксовал даже тот самый “мерседес”, заменивший “осла”. Иными словами, мы посмотрели на себя

через микроскоп и ужаснулись, какое количество микробов нас населяет, и остались в недоумении, что с ними делать! Мы стали в массовых количествах выявлять умеренные отклонения от нами же разработанных референсных диапазонов, значение которых для нас остается непонятным.

Какой уровень тестостерона считать нормальным для конкретного (белого или черного) мужчины 60 лет, который предъявляет лишь неспецифические жалобы? А часто ли бывает, что мужчина в 60 лет, живущий в мегаполисе, физически себя чувствует как 20-летний? А какой у него должен быть тестостерон, если у него есть сопутствующая патология? А в 40 лет, в 70? А давайте определим уровень свободного  $T_4$  у совершенно здоровой беременной женщины в третьем триместре! А зачем? Очевидно, что если минимальные отклонения от референса считать клинически значимыми и использовать сверхточные методы определения гормонов, вплоть до наноконцентраций, то к колебаниям этих показателей будет приводить масса внешних и внутренних факторов.

Вот именно ко всему этому мы в общем и целом оказались не готовы! И хотя время восторгов по поводу самой возможности проведения прямых гормональных исследований давно прошло, мы продолжаем эксплуатировать идеологию, которая эффективно работала у реально больных людей, фактически перенося ее на общую популяцию.

Общей проблемой является определение небольших по размеру молекул: свободного  $T_4$  и  $T_3$ , тестостерона и других стероидных гормонов, 25-гидроксивитамина D, производных катехоламинов. Иммунометрические методы, использующие многократно большие, чем эти молекулы, антитела, в случае минимальных отклонений и под воздействием даже минорных вмешивающихся факторов начинают сбивать. Мне видится, что именно за дальнейшим усовершенствованием лабораторных методик лежит ответ на многие вопросы “субклинических дисфункций”. Поскольку я уже начал разбирать обсуждаемые проблемы на примере субклинического гипотиреоза, прогресса в этом вопросе можно ожидать от совершенствования методов определения уровня свободного  $T_4$ , поскольку методы определения уровня ТТГ, достаточно большой по размеру молекулы, я бы сказал, близки к совершенству, такому, которое от них порой с клинической точки зрения даже не требуется.

#### 4. Обследование “на всякий случай” и диспансеризация

Человек — разумное существо и никогда не смирится с тем, что он смертен... Не смирится никогда с этим и человечество в целом, и именно это, с одной стороны, всегда было и остается залогом прогресса медицины, а с другой — делало и делает неистребимыми легионы Остапов Бендеров от медицины. Сродни благой идее человечества о “свободе, равенстве и братстве” возникает совершенно естественная концепция ликвидации всех болезней на корню и диагностики их на зачаточной стадии, в чем и состоит путь к бессмертию или по крайней мере к вечному здоровью. Есть много притчей и сказаний о людях, которые стремились обрести бессмертие и в итоге обрели его ценой вечных мук и проклятий... Точно так же рассыпался и миф о том, что обследование “на всякий случай” дарует здоровье и долгую жизнь.

Давайте гипотетически представим абсурдную ситуацию, проведем мысленный эксперимент: возьмем некоего здорового внешне молодого человека, скажем, мужчину 40 лет и будем проводить ему с интервалом один раз в три месяца все исследования, которые только изобрело человечество, все без исключения, от коронарографии до ПЭТ-КТ и определения тысячи биохимических параметров во всех биологических жидкостях. Таким образом, мы будем диагностировать у него все известные нам заболевания на зачаточной стадии: раз в три месяца будем скрупулезно изучать слизистую всего его ЖКТ, будем в динамике отслеживать 3D-изображение его простаты, мозга, печени, биопсируем у него все невусы и будем, гипотетически, делать это один раз в три месяца, а что-то еще чаще... Представили? А теперь

ответьте на вопрос: этот человек никогда не умрет? Он будет жить вечно?

Вряд ли кто-то так подумал... А чего мы тогда добиваемся, обследуя его каждые три месяца? В чем наша цель? Что нужно этому пациенту? Он пришел к нам на прием и попросил бессмертия? В каком направлении мы работаем? Давайте отвлекусь на секунду от рутины и подумаем...

Увы, смерть запрограммирована в нашем геноме, как и большинство хороших и плохих проявлений жизни, включая болезни, то есть то, что мы решили называть болезнями, — а на самом деле это такие же проявления жизни, как сон и бодрствование, половое влечение и усталость... Все равно, как бы часто мы нашего гипотетического пациента ни обследовали, он умрет от какого-то одного или от нескольких заболеваний! Если провести этот эксперимент реально — думаю, от суицида, поскольку человек с исходно здоровой психикой такого “динамического обследования” не перенесет. Ну или умрет “здоровеньким”, как в поговорке о тех, кто не курит и не пьет...

Но у нашего несчастного есть масса других, более вероятных сценариев жизни вследствие наших ежеквартальных обследований. Например, мы у него найдем несколько раковых клеток в простате и сделаем простатэктомию (которая спасет его от рака, но сделает импотентом), найдем микрокарциному щитовидной железы и выполним тиреоидэктомию... Обнаружив некую инфекцию, что неизбежно, мы будем регулярно санировать его организм антибиотиками; мы удалим ему аппендикс и небные миндалины, многократно сделаем трепанобиопсию костного мозга на фоне опять же неизбежных сдвигов лейкоцитарной формулы. Он, конечно, будет “правильно” питаться, и на его теле не будет ни жиринки... Мы удалим ему надпочечник по поводу инциденталомы, часть толстой кишки по поводу полипа...

Напомню, исходно это был здоровый 40-летний мужчина, который не предъявлял никаких жалоб. Все эти примеры по отдельности не выдумка, а реальные жизненные события: мы хорошо знаем печальные результаты всеобщего скрининга на ПСА и массового УЗИ щитовидной железы, все это происходит у нас на глазах.

Другой достаточно тривиальный пример и аргумент одновременно: мы все представляем себе людей, которые часто, много и методично обследуются, при этом на весьма высоком профессиональном и техническом уровне. Среди них много долгожителей? Ну, скажем, тех, кто прожил больше ста лет? Увы!

Так может быть, проблема не в количестве исследований, а в их качестве, то есть в том, что именно и у кого тестировать, в выборе конкретного исследо-

вания для конкретной ситуации, пусть с теми или иными расширениями и допущениями? Но тогда, спешу разочаровать приверженцев техногенного подхода, речь идет о том самом **клиническом мышлении**<sup>1</sup>, да, субъективном, да, из сферы того, что не описать математическими формулами, но такая субъективность по-прежнему является самым разумным решением для отдельного субъекта...

Это столь же очевидно, как очевидно то, что проблему здоровья населения такой страны как Россия не решит строительство двух десятков наспигованных “железом” медицинских центров: “железо” можно купить, кадры не купишь, они долго и кропотливо создаются годами преподавательской деятельности и поколениями преподавателей...

На бесконечно продолжающийся звучать вопрос пациентов по телефону: “Можно ли у вас пройти полное обследование?” – я иногда отвечаю: “Конечно, можно, начнем с колоноскопии...” – “Почему с колоноскопии?” – “А почему нет? Вы же хотите полностью обследоваться...”

Из последнего (у меня за 20 лет уже накопился материал для книжки с анекдотами о щитовидной железе). Фраза пациентки на приеме: “Вы знаете, я слежу за своей щитовидной железой и делаю УЗИ раз в полгода!”

Интересная фраза, правда?! Но ведь это не она сама придумала, она же не медик и до весьма почтенного возраста даже не знала, где ее щитовидная железа находится! Ей кто-то из врачей наказал “следить” (!) за своей щитовидной железой, как за ребенком, рост которого регулярно отмечают на дверной раме! Почти еженедельно доносящийся из телефонной трубки голос пациента говорит: “Ведь чтобы к вам прийти на прием, сначала нужно сдать кровь на гормоны и сделать УЗИ?” Хочется ответить: “А может, если вы все это сделаете сами, я вам особо и не нужен?”

Хотя на дворе вроде XXI век, вновь и вновь продолжают всплывать лозунги о **поголовной диспансеризации** населения, хотя эффективность этого мероприятия уже давно оценена примером многих стран, в том числе и России. Хочется сказать: придумайте что-то более оригинальное, чтобы продемонстрировать бурную деятельность! Про очереди на флюорографию самые свежие анекдоты кончились в 80-х

годах прошлого века, еще в СССР! Почему и как в условиях очевидного дефицита ресурсов (как кадровых, так и финансовых) вызывают всеобщее одобрение заведомо неэффективные и крайне затратные программы всеобщего обследования населения? Ответов, как мне кажется, как минимум два: во-первых, нет ничего более расточительного, чем бедность, а во-вторых, психология человека и неистребимая вера в то, что чем ты больше обследуешься, тем здоровее будешь...

Еще недавно в крупных городах нашей страны можно было видеть огромные рекламные щиты с угрожающими надписями “Убедись, что ты здоров!”, “Сделай анализ крови!” и т.п. Я могу это понять, когда речь идет о непрямо рекламе клиник, лабораторий и учреждений, которые занимаются коммерцией, но выстраивать на этом общую стратегию здравоохранения... Зачем изобретать колесо, когда уже накоплен достаточный опыт многих стран, в том числе и СССР, и этот опыт имеет весьма четкие выводы и эти выводы изложены в руководствах по клинической эпидемиологии?

Диспансеризация как массовое обследование населения с целью борьбы с социально опасными инфекционными заболеваниями была жизненно необходима в молодой Советской республике в 20–30-х годах прошлого века, когда страна лежала в послереволюционных руинах и по ней бродили миллионы беспризорных. Благодаря этому советская власть и советское здравоохранение, надо отдать им должное и низко поклониться, ликвидировали особо опасные инфекции на всей территории бывшей Российской империи. Но мы живем уже сто лет спустя, в эпоху доминирования неинфекционных хронических заболеваний, и уже полувековой опыт свидетельствует о том, что поголовное обследование народонаселения без какой-либо дифференцировки неэффективно и не ведет к его оздоровлению.

Самый любимый мной пример – так называемая диспансеризация студентов, когда здоровых 20-летних парней и девушек (на которых, как говорили раньше, можно пахать) снимают с занятий, чтобы “на всякий случай” пообследовать. Они сдают общий анализ крови и мочи (что мы ищем? лейкоз? инфекцию мочевых путей?), далее весьма пожилая дама терапевт аускультует им грудную клетку (пневмония? туберкулез?), хирург пальпирует живот (перитонит?), а невролог стучит по коленкам молоточком (инсульз?)... На моей памяти такая диспансеризация ни у кого ничего не нашла такого, за что ее можно назвать не пустой потерей времени и средств! Не буду продолжать...

Вы скажете, я замахнулся на святое, на профилактику! Но диспансеризация – это не профилак-

<sup>1</sup> В соответствии с определением Роберта Хэгглина, которое он дал в своем фундаментальном труде “Дифференциальная диагностика внутренних болезней” (1965 г.), **клиническое мышление** – это способность интуитивно, как бы внутренним взглядом охватить всю клиническую картину как нечто целое и связать ее с аналогичными прежними наблюдениями.

ка, а поиск не проявляющих себя болезней! Обследование должно быть **адресным и целевым для каждой возрастной, половой и профессиональной группы лиц** — для каждой из них есть свои принципы и соответствующий ей набор исследований. Я за социальную рекламу по телевизору из серии “Померь давление!” или “Проверь сахар крови!”, поскольку у телевизора по большей части сидят именно те, кому это реально нужно. Но я против маммографии всему женскому населению страны без разбора и против “скринингового” определения антител к ТПО, не говоря уже про 17-ОН-прогестерон у всех беременных и ПСА всем мужчинам подряд (“на всякий случай”)!

Если вернуться к 20-летним студентам, то в этом возрасте люди больше всего страдают (и даже умирают) от травматизма, употребления психоактивных веществ (наркотики, алкоголь) и заболеваний, передающихся половым и “шприцевым” путем (ВИЧ, гепатиты и т.д.). Поэтому, чтобы сберечь здоровье 20-летних студентов, вместо стуканья молоточком по коленкам (что, возможно, нужно в другом возрасте) лучше прочесть им получасовую лекцию или показать учебный фильм о том, что нужно пристегиваться ремнем в автомобиле, и о том, как не стать наркоманом и как защититься от ЗППП!

Но идея обследования “на всякий случай” и всех подряд продолжает владеть умами и мутирует, ряд врачей гордо занимаются ей на своем отдельно взятом рабочем месте, углубленно обследуя всех входящих в кабинет на “свою патологию”. Вы скажете: ну, хуже-то не будет точно, а лучше может быть! Если вы определите у пациента с избытком веса уровень глюкозы в крови натощак и уровень ТТГ у пациента, пришедшего к вам на прием с какими-то неспецифическими жалобами, — хуже будет навряд ли, а лучше может быть... Но если вы **на всякий случай** отправите пациента на МРТ всего организма, определите уровень тестостерона, пролактина, 17-ОН-прогестерона и сделаете УЗИ щитовидной железы и брюшной полости — могу предложить целый список вполне реальных и неоднократно пройденных сценариев, в соответствии с которыми вы сделаете человеку плохо, а иногда и очень плохо... Последнее время все чаще приходится сталкиваться с тем, что мужчинам, которые решились вместе с любимыми и единственными женами наконец перестать предохраняться и зачать ребенка, предлагается предварительно сдать спермограмму... На всякий случай...

Исходя из того, что сказано выше о гормональных исследованиях, референсных интервалах и “серых зонах”, а также об их несовершенстве при обследовании бессимптомных пациентов, думаю, становится понятным несочетаемость этих исследований с так называемой диспансеризацией. Да и в целом с гор-

мональными исследованиями нужно быть аккуратней, перефразируя эпитафию к одному культовому роману XX века, гормональные исследования — это сила, которая призвана делать добро, но часто делает зло...

Вспоминаю один эпизод, который случился со мной несколько лет назад в одном из областных центров, где я участвовал во врачебной конференции. На моих глазах у главного эндокринолога области зазвонил телефон, и она начала что-то нервно и громко обсуждать, при этом ее лицо явно отражало какую-то безысходную злость. На вопрос “что случилось?” она мне поведала весьма печальную историю: всех эндокринологов, работавших в областной больнице, “сняли на диспансеризацию”, то есть в области проходила некая массовая шоу-акция от здравоохранения, в которую были вовлечены все специалисты, включая немногочисленных эндокринологов. В это время в отделение эндокринологии областной больницы поступил пациент с 1-м типом диабета в прекоматозном кетоацидотическом состоянии... И — вслушайтесь! — его некому было лечить, поскольку “все ушли на фронт”! В итоге пациента, конечно, спасли, но сама ситуация, на мой взгляд, некий паноптикум... Вопросом, зачем производить эти массовые осмотры населения, я уже задавался, но, если уже играть в эти игры, какова роль в этих осмотрах эндокринолога? Пропальпировать щитовидную железу? Так ее пальпировать эндокринологи молодого поколения как не умели, так и не умеют, а старшего — разучились, поскольку у нас есть УЗИ... Что еще может сделать эндокринолог? Пропальпировать яички? Посмотреть на “грязные локти” и редкие брови? Или сказать “ай-я-яй” тем, у кого избыточный вес? А может, лучше оставить эндокринолога в покое, пусть он лечит кетоацидоз, от него ведь и умереть можно!

В исследованиях “на всякий случай” есть один очень закономерный парадокс: больше всего исследований “на всякий случай” делают врачи той специальности, которая к этим исследованиям не имеет отношения. По собственным наблюдениям, больше всего бессмысленных гормональных исследований делают не эндокринологи, а гинекологи, равно как и определение ПСА всем мужчинам подряд исходит в основном не от урологов. Большая часть УЗИ щитовидной железы исходит не от эндокринологов, а от терапевтов, ну и конечно от специалистов по УЗИ, которые щедрой рукой, думая, что творят добро, переставляют датчик с живота пациента на его шею. Возникает вопрос: зачем ты “на всякий случай” проводишь то исследование, результаты которого сам не можешь интерпретировать, в котором ты не разбираешься?! У меня нет ответа: c'est la vie...



Недавно случай меня свел с молодым врачом, специалистом по УЗИ, с первых минут общения возникло убеждение, что она профессионал и склонна вдумываться и анализировать. Она слышала, что я занимаюсь патологией щитовидной железы, и с интересом расспрашивала меня по ряду проблем узлового зоба. Доктор была универсальным УЗИ-стом, то есть занималась всем, что вызывало уважение, особенно еще и потому, что она была в курсе злободневных вопросов патологии щитовидной железы. Интересно, что при высоком профессионализме она оказалась совершенно не готова к повороту разговора в сферу показаний к УЗИ и потенциальной небезопасности УЗИ **“на всякий случай”**... Когда я затронул эту тему, она смотрела на меня с нескрываемым удивлением и непониманием. Потом сказала: “Вы знаете, я всегда думала, что, если я проведу УЗИ щитовидной железы, я только помогу человеку, вовремя направлю его куда нужно...” Этот вопрос не обсуждается в процессе обучения специалистов в области визуализационных методик, их учат, как увидеть и как не пропустить, а вопрос клинической значимости увиденного и непропущенного, очевидно, в сфере компетенции клиницистов, для существенной части которых, увы, “железо” — это идол. Я прекрасно понимаю этого доктора, как и понимаю, что мы пока не готовы к ношению того оружия, которое нам с возрастающими темпами поставляет технический прогресс.

## 5. Поиск ключей под фонарем

Это очень распространенный психологический феномен врачебного мышления современной лабораторно-инструментальной эпохи. Если человек в кромешной тьме ночью потерял ключи на улице, где он их будет искать? Конечно, под фонарем, там, где светло! Он не пойдет рыскать в темноте, где ничего не видно, хотя пространство темноты многократно больше и ключи, наиболее вероятно, потеряны именно там. Переносимся в медицину: есть масса заболеваний и патологических явлений, причину которых мы не знаем и в лучшем случае можем только предполагать. Простой пример: у женщины произошло самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках (или у нее привычное невынашивание); причина этого в большинстве случаев неизвестна (если не считать хромосомные aberrации), а известно лишь то, что по каким-то причинам у человека прерывается примерно каждая восьмая наступившая беременность. При попытке выяснения, что с нашей пациенткой не так (а это интересно в первую очередь ей самой), мы выявляем у нее антитела к ТПО. Дальнейший сценарий вы знаете: лечить женщину от невынашивания теперь должен эндо-

кринолог! Хуже всего в этой ситуации то, что женщина сама в это начинает искренне верить, акцентуируется на этих антителах к щитовидной железе и выстраивает графики их концентрации в крови. Ее-то можно понять, ведь у нее нашли “отклонение”, значит, все дело в антителах, ведь больше никаких других заболеваний найти не удалось! Вместо антител в этой ситуации с тем же успехом может выступить субклинический гипотиреоз, а если говорить об особо “продвинутых” в этом плане гинекологах, это может быть ТТГ выше 2,5 мЕд/л (научили на свою голову)...

Если отвлечься от сермяжных будней и явного мракобесия, то никто из нас в современную технологическую эпоху в медицине не застрахован от того, что пойдет по ложному пути и не начнет “искать ключи под фонарем”. Понятно, что все то, что может определить в биологических жидкостях современная лаборатория, — это лишь малая доля находящихся там молекул, о существовании и сути большинства которых мы знаем. То есть **мы выявляем лишь то, что на данный момент умеем выявлять**, и любой из этих параметров в патогенезе той или иной болезни или события может быть лишь **эпифеноменом**<sup>2</sup>.

Чем больше мы делаем анализов и визуализируемых исследований пациентам, особенно не предъявляющим никаких жалоб, то пропорционально их числу увеличивается вероятность пойти по ложному пути, то есть под тот самый “фонарь в темноте”. Референсный интервал по определению включает показатели примерно 5% условно здоровой популяции. Таким образом, если здоровому человеку провести сто исследований, около пяти из них теоре-

<sup>2</sup> **Эпифеномен** — придаток к феномену, побочное явление, сопутствующее другим явлениям, но не оказывающее на них никакого влияния. Если мне будет позволено попробовать уподобиться античной логике Аристотеля, то камень, лежащий на дороге, следуя современным медицинским знаниям, не может быть непосредственной причиной психической депрессии (вряд ли он как-то напрямую влияет на продукцию серотонина в синапсах). Но если, ударившись о него, человек сломает ногу, то боль и невозможность нормально передвигаться в течение длительного времени, очевидно, могут к этой депрессии привести. Если представить, что нам известно только первое и последнее событие “патогенеза” произошедшего (опускаем спотыкание о камень и перелом), то причиной депрессии, очевидно, является невинно лежащий на дороге камень, а возможно, и река, воды которой его выточили и вынесли на берег. Теперь перенесемся к нашему примеру: мы знаем, что выкидыши чаще происходят у женщин с антителами к щитовидной железе, как и о том, что депрессии, возможно, чаще встречаются у людей, которым ежедневно приходится карабкаться по каменистым горным тропам.

тически могут отклоняться от референса. Любые отклонения от референса могут стать причиной беспокойства, а зачастую дополнительного обследования, которое в свою очередь с еще большей вероятностью найдет нечто... Ну например, узловой зоб диаметром 5 мм. Если он окажется микрокарциномой, человеку удалят щитовидную железу. Этот ряд событий, начавшийся с безобидного обследования “на всякий случай”, можно продолжать в разных направлениях, но самое главное, что исходно речь шла о вполне здоровом человеке, которого плакаты на улице убедили в том, что для сохранения здоровья нужно сдать побольше анализов, поклониться “железному идолу” во имя жизни вечной...

### 6. Во всем виноват “рыжий”...

Ответьте на вопрос: сколько у человека может быть одновременно болезней? Вы скажете: много, а пациент чаще думает, что только одна! Такова психология человека: если у него много проблем, из любой сферы, он всегда пытается свести их воедино, поскольку так их подсознательно проще решать. Если одновременно течет сантехника, поругался с женой, на работе завал и любимая команда проиграла в футбол, абсолютно во всем виноват сантехник, который неправильно соединил трубы в санузле. Если у пациента уже есть одно диагностированное заболевание, в которое он искренне поверил, что бы с ним ни происходило в дальнейшем, он будет во всем винить только его одно. Все без исключения пациенты с надпочечниковой недостаточностью причиной всех неполадок в своем организме, начиная с кариеса, заканчивая нежеланием идти на работу, считают прием кортикостероидов, которые подтачивают их жизнь во всех направлениях.

Эндокринная патология – абсолютный чемпион в том плане, что ей приписывается вина абсолютно во всем, что только может произойти с пациентом. Когда речь идет о сахарном диабете, мы нехотя принимаем, что его следствием могут быть многочисленные осложнения и он несет много рисков, хотя, как показывают исследования последних десятилетий, не вполне понятно, в его следствие или параллельно ему, вследствие ли или вне прямой зависимости от гипергликемии все это происходит. Когда речь идет о других эндокринных заболеваниях, порой доходит до смешного: их выявление у пациента – самое большое везение для врача, поскольку в этой ситуации с него все взятки гладки, все связано с “эндокринологией”, включая пулевые ранения и суицид... При этом, опять же, в это искренне верит пациент, поскольку все врачи поголовно (которые не понимают, что с ним происходит) отправляют его к эндокринологу!

Мой крест – это пациенты с компенсированным гипотиреозом, с нормальным ТТГ на фоне заместительной терапии L-тироксином, которым плохо и которых никакими силами невозможно разубедить в том, что плохо им может быть не только от гипотиреоза. Последний аргумент о том, что мне (их врачам) порой тоже бывает подолгу плохо, притом что у меня нет гипотиреоза, не работает. Все их беды связаны с “щитовидкой” или с гормонами, которые они вынуждены принимать...

В обсуждаемой ситуации есть два очень плохих сценария. Первый – это когда наряду с одним заболеванием (компенсированный гипотиреоз) у пациента есть другое (возможно, даже опасное для жизни), которое и предопределяет его состояние, и в то время как эндокринолог, засучив рукава, пускается в ролевые игры с пациентом из серии “высоко- и низко- нормальный ТТГ” или “комбинация L-T<sub>4</sub> и L-T<sub>3</sub>”, прогрессирует другая, реальная патология. Вторым сценарием еще более неприглядным: той самой болезни, с которой все связывается, просто не существует, то есть нет этого “компенсированного гипотиреоза”, а есть нечто, что болезнью вообще не является. Это может быть коллоидный узел в щитовидной железе, антитела к ТПО, умеренно повышенный пролактин, минимально сниженный тестостерон, гормонально неактивное образование надпочечника. Это примеры только из эндокринологии, а в медицине в целом их в сотни раз больше. На ум пришла коварная уреоплазма, мирно живущая в половых путях всего сексуально активного населения планеты, на которую при желании можно списать все, от бесплодия до выкидыша. Этот сценарий по сути не что иное как травля черной кошки в темной комнате, которой на самом деле там просто нет.

### 7. Во всем виновато “железо”...

Врачи прошлого со своими весьма скудными по сегодняшним меркам возможностями были с больным один на один. Не думаю, что тогдашние пациенты наивно переоценивали возможности врачей. Если пациент ухудшался или умирал, врачу не на что и не на кого было перевалить свою ответственность, кроме Всевышнего. Вера, безусловно, была мощным подспорьем как для врача, так и для пациента, поскольку достаточно четко расставляла все точки над *i* – что есть жизнь, а что смерть и в чьих все это руках. Сейчас все выглядит совсем по-другому. Я человек верующий, но как профессионал не могу и не имею права встраивать Всевышнего в цепь моих рассуждений о диагнозе, лечении и всем том, что касается моего пациента.

В массовом сознании как врачей, так и пациентов **сейчас есть другой бог, на которого можно опереть-**

**ся и почувствовать себя в безопасности**, — это машина, то есть “железо”!

Хорошо это или плохо? Конечно, и то и другое одновременно! Разве можно сравнить наши возможности с теми, которые были у врачей всего лишь сто лет назад? Да боже упаси! Мы себя уже не представляем без современной лаборатории и визуализации! Но есть, как всегда, и обратная сторона: наивндетская вера во всемогущество современного лабораторно-инструментального комплекса с безоговорочным приятием его продуктов. Я уже приводил много примеров на этот счет... Интересно в этой связи представление о современных клинических проблемах **бывших врачей**, ну или, лучше, врачей по первому образованию, которые давно не занимаются клиникой, а ушли в административную или иную сферу. Неоднократно слышал от них фразы типа: “Да в чем проблема? Сейчас все понятно, сдал анализы, отправил на МРТ, сейчас ведь все равно все по алгоритмам, это раньше мы только и гадали на кофейной гуще с фонендоскопом...” Сложно людям, далеким от реальной клинической медицины, объяснять, что есть масса ситуаций (наверное, около 20% от общей массы), которые требуют дифференциального диагноза и включения механизмов мозговой деятельности, отличных по своей сути от машинной системы нулей и единиц... Не поймут никогда!

Так или иначе, если ты уже (или еще) не врач или ты уже пациент, тебе куда спокойнее спать с мыслью о том, что все просто и машина все решает, при этом, если что-то не ладится, **во всем виновато “железо”**... В данном случае речь идет об абсолютно религиозной модели взаимоотношения человека и медицинской технологии в ее самом упрощенном виде. Вариацией на эту тему является распространенная вера в то, что “мы купим томограф, и у нас медицина наладится”...

В настоящее время мы, к сожалению, вынуждены работать в условиях кадрового дефицита, что вынуждает выпускать в первичное звено здравоохранения, да простят меня мои студенты, “полуфабрикаты”, только что закончившие шестой курс, при этом даже без старой доброй субординатуры. **В этой ситуации концепция о том, что все решает машина и анализы, как никогда “хороша”!** Я уже не говорю про умение работать с пациентом, чему в рамках шестилетнего образования в принципе невозможно научиться. И тут ничего не поделаешь! Хотя нет, к слову сказать, есть прекрасный рецепт, что можно поделаться! Если государство заказывает нам, преподавателям, сделать врача за шесть лет, при этом так, чтобы он мог сесть работать участковым, это вполне реально: очистите сетку первых пяти лет медицинского образования от всего лишнего, сделав доми-

нантой клинические кафедры, а шестой курс пусть будет тем, что раньше называлось субординатурой! Я люблю и уважаю философию, гигиену, органическую химию, равно как физику и науку о гельминтах; когда я все это изучал почти 30 лет назад, подразумевалось, что из меня растят гармоничную личность, которая станет самостоятельным врачом примерно лет через десять после окончания вуза, а может, даже ученым... Мне будут много лет помогать старшие и более опытные врачи, постепенно я сформируюсь и научусь принимать самостоятельные клинические решения... Но сейчас вроде как не до жиру! Стране врачей подавай, по ускоренной технологии! Пожалуйста, осталось только принять политические решения! О’кей, пусть будут гельминты и иже с ними, но вопрос количества учебных часов! Ну ненормально, что нормальной анатомией современные студенты занимаются больше, чем внутренними и хирургическими болезнями! Я за все без исключения девять каналов височной кости, но давайте сопоставим цели, задачи и отведенное на все это время!

По моим ощущениям, пропасть между врачом и машиной в современной медицине стремительно растет. За последние 20 лет прогресс технологий ошеломителен, и он нарастает рекордными темпами. Необходимый параллельный прогресс во врачебной квалификации в общей массе в условиях кадрового дефицита оставляет желать лучшего. **Мы потребляем в готовом виде западные технологии, западную технику, которая создана в странах с другим уровнем здравоохранения, в наивном расчете на то, что это “железо” преобразует нас до уровня стран-импортеров или, может быть, в расчете на то, что импортрованное “железо” будет думать и лечить за нас.** Если приезжаешь в какой-то отдаленный от столиц город N и тебя ведут на экскурсию в какой-то экипированный, как натовский авианосец, медицинский центр, то в качестве главной гордости до сих пор, хотя “лихие 90-е” уже вроде как прошли, демонстрируются всякого рода томографы фирмы *da Vinci and Sons*, куветы для недоношенных, напоминающие космический корабль, и операционные столы ценой с чугунный мост, которые могут сокращаться каждым сантиметром поверхности во всех плоскостях... Помещения, где все это выставлено на обозрение, чаще достаточно безлюдны, а часть “бронетехники” покрыта полиэтиленом...

Если отбросить неприятные социальные моменты, то и с научной точки зрения все множатся и множатся феномены, выдаваемые нам машинами, которые мы толком не можем интерпретировать. В одной только эндокринологии что ни год появляется **зависшее в непонимании явление**: 25-ОН-витамин-D, автономная гиперпродукция кортизола, тестостерон

у пожилых мужчин и ЗГТ эстрогенами у женщин в постменопаузе, нормокальциемический гиперпаратиреоз, микрокарцинома щитовидной железы и до сих пор “непотопляемый” субклинический гипотиреоз. Тем не менее **машина стала надежным убежищем для врача.**

Давайте представим, что в результате действий врача (или их отсутствия) наступил **летальный исход.** Если отбросить явно одиозные действия врача, которые граничат с криминалом, то большинство мелких огрехов, которые вылились в один большой, многочисленные стечения обстоятельств, когда каждый виноват понемногу, а в итоге так или иначе наступила смерть больного, которой могло бы не быть, в современном мире достаточно просто объяснить следующими вариантами:

- больной умер, но я действовал сообразно данным лаборатории (УЗИ, КТ, МРТ, МСКТ);
- больной умер, потому что данные лаборатории (УЗИ, КТ...) были неадекватны и я был введен в заблуждение;
- больной умер, потому что в лаборатории не делают нужный анализ (у нас в больнице не работал томограф...) и я не знал, как мне действовать.

В последнем случае опорой врача стало даже не “железо”, а его отсутствие... Все эти ситуации вполне реальны, и именно так может быть и бывает. Я никого не пытаюсь в чем-то обвинить, просто пытаюсь описать реалии современной медицинской психологии... Но вера в человека все равно побеждает, как бы то ни было, мы умеем реально побеждать болезни и смерть...

## 8. Плохая и хорошая лаборатория

Здесь отчасти в продолжение того, о чем уже написано... Очень часто слышишь фразы типа: “Этой лаборатории я доверяю, а этой нет”. Или: “Я верю только своей лаборатории!” (Заметьте, что мы опять переходим в сферу религиозных отношений с “железом”, к вере или не вере в него...) В этом, как всегда, есть и правда, и неправда...

Сразу следует оговориться, что подавляющее большинство лабораторий в настоящее время оснащены полностью автоматизированными системами, в работе которых участие человека сведено к минимуму. Очень важно заметить, что, когда я участвовал в разного рода “разборках” в отношении якобы неадекватных результатов гормональных анализов, на проверку оказывалось, что в 99% случаев мнимая неадекватность была связана с тем, что клиницист недоучитывал **преаналитические факторы**, то есть проблема в подавляющем большинстве случаев была не в лаборатории, а в том, что “плохому танцору помешали туфли”. Что такое преаналитические факто-

ры, за которые по большей части отвечает клиницист, и какие они бывают, здесь писать не вижу смысла.

Лабораторная диагностика — это большая и сложная наука, в которую современному врачу, особенно эндокринологу, постоянно имеющему дело с гормональными исследованиями, нужно вникать. Для большинства же, увы, происхождение циферок на бланке с результатами гормональных исследований остается загадкой. Типа есть где-то какая-то комнатка, куда отправляют кровь, а из нее таинственным образом выходят результаты анализов, как из ящика фокусника. Что в этой комнатке делается и кто это делает, большинство понятия не имеет... Но при этом есть лаборатории, которым “я верю или не верю”... По логике, верим мы тем, которые выдают нам результат, соответствующий нашим представлениям о пациенте (а в них мы уверены!), а не верим, когда лаборатория не подтверждает наш диагноз. Другими словами, если нас что-то не устраивает в результатах анализов, первое, что приходит в голову, — это не сесть разобраться, поднять литературу, а заключить, что это “плохая лаборатория”... Опять жмут туфли тому самому танцору?

Хочется спросить: вы хоть раз, когда получали из этой “плохой” лаборатории непонятный результат, подняли трубку телефона и поговорили с врачом-лаборантом? Вы там вообще были хоть раз в жизни? Видели аппарат, на котором делаются гормональные исследования? Ведь от той цифры, которую вы получили, зависит принятие серьезного клинического решения!

Здесь не место для обсуждения того, что есть лабораторная диагностика — для этого есть руководства, а если лень читать и хочется быстро — в каждый набор с реактивами вложена методичка, где кратко описывается суть методики и даются ссылки на то, каким образом получены референсы. Единственной категорией врачей, которая, по крайней мере раньше, видела эти методички, были аспиранты, которым нужно было вписать метод исследования в раздел диссертации (или статьи) “Материал и методы”. Таким образом, в отношении каждого теста есть масса преаналитических факторов и факторов, которые вмешиваются на этапе самого анализа. Эти факторы подробно описаны, кроме того, описаны стандартные и закономерные лабораторные артефакты. Некоторые ситуации с так называемыми дискордантными результатами гормональных исследований уже просто набили оскомину. Я не знаю, например, смеяться или плакать, когда по сотому разу приходится объяснять ситуацию с выявлением повышенного уровня свободного  $T_3$  при нормальном уровне св.  $T_4$  и ТТГ, при этом неоднократно ее приходилось



объяснять тем, кто считается специалистом в области патологии щитовидной железы и имеет за это ученую степень.

Повторюсь, что в ситуации проведения нужного теста у нужного пациента ( $T_4$  и  $T_3$  при клинике тиреотоксикоза, АКТГ при клинике болезни Аддисона и т.д.) большинство этих тестов работает почти безотказно. К слову о свободном  $T_3$ , который я упомянул, — этот дискордантный результат и получается-то, как правило, в тех ситуациях, когда тест проведен без показаний, не пациенту с подозрением на тиреотоксикоз, а просто так, **на всякий случай**...

В той ситуации, когда мы проводим тот или иной тест “**на всякий случай**”, многократно повышается вероятность влияния на его результат, который у здорового человека должен попасть в узкий референс, многочисленных минорных преаналитических факторов, начиная со времени сдачи крови, заканчивая принимаемыми лекарственными препаратами и тем, что делал пациент вечером накануне.

Конечно же, лаборатория тоже не безгрешна. Все еще есть лаборатории, расположенные “под лестницей”, где образцы раскапывают пипеткой с многоразовыми наконечниками. В этой связи мое предложение эндокринологам посетить хоть раз лабораторию, с которой они работают, не теряет актуальности.

Я искренне надеюсь, что хоть у кого-то отбил охоту проводить анализы или визуализирующие исследования “**на всякий случай**”, хотя в полной мере отдаю себе отчет в том, что в глобальном масштабе это непобедимо. Хорошо известно, что квалификация врача обратно пропорциональна числу проводимых им исследований, соответственно квалификация эндокринолога обратно пропорциональна числу проводимых им гормональных исследований. Выводы делайте сами...

## 9. Что сложнее — поставить диагноз или его снять?

Мне кажется, ответ очевиден: конечно, второе, если брать в расчет около 85% клинических ситуаций. Около 85% случаев для врача со стажем около десяти лет самостоятельной работы представляются стандартными, укладываемыми в очевидный диагностический и лечебный алгоритм. 10–15% случаев требуют принятия нестандартного диагностического решения. Это хорошо известно, а вот обратная ситуация обсуждается редко: снять диагноз, даже если его неправомочность очевидна, куда сложнее, и зачастую это требует дополнительных диагностических усилий (методов), которые никогда бы не понадобились для его постановки, не говоря уже о куда более сложной психологической работе и переживаниях

как для пациента, который зачастую уже поверил в несуществующую болезнь, так и для врача, который должен убедить себя и пациента в отсутствии диагноза, установленного другим врачом, порой достаточно авторитетным.

Поставить диагноз гипотиреоза, увидев высокий ТТГ, и назначить L-тироксин — проще простого, а вот снять этот диагноз, убедить больного, что нужно отменить L-тироксин, поскольку он был назначен без особых показаний либо речь шла о транзиторном гипотиреозе, — это сложнее. Куда проще, увидев узловой зоб, заохать (“Ужас, ужас!”) и отправить пациента на операцию либо, как это многие любят, “на консультацию к хирургу”, чем сказать пациенту при банальном коллоидном узле: “Приходите на контрольное обследование через три года, вы ничем не рискуете”. Куда проще, не разбираясь, назначить пациенту тиреостатический препарат, чем решить при явном тиреотоксикозе этого не делать, убедившись в том, что он деструктивный. (Еще есть категория докторов, которая **на всякий случай** назначает пациенту сразу все возможные препараты — из серии “хоть один да поможет, а мне так спокойней”; например, комбинацию тиреостатиков и преднизолона при доказанном амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе 2 типа).

Если примерно оценить мой обычный амбулаторный прием, то ежедневно не менее 1/3 на него приходящих — это здоровые люди, плоды работы моих уважаемых коллег по принципу “**на всякий случай**”: на всякий случай УЗИ, на всякий случай гормональные исследования... Нередко бессмысленное исследование, со всеми вытекающими, является инициативой самих пациентов. На вопрос “зачем?” часто сообщают: “Это я для себя сдала кровь!” Я часто на это отвечаю: “Для себя лучше бы вы сходили на рынок и купили помидоры...”

Существенная часть людей, ведущих наш современный городской образ жизни, чувствуют себя как минимум не идеально, особенно к вечеру после работы или, наоборот, утром после ночной бессонницы. В этой ситуации, когда их “награждают” несуществующей болезнью, особенно такой благородной как эндокринная (исключая, конечно, ожирение), семена эти очень часто падают на благодатную почву — многие находят в несуществующей болезни ответы на все вопросы. В этом случае сообщение пациенту, что он здоров (“А король-то голый!”) может встретить как минимум подсознательное сопротивление.

Нередко несуществующие болезни документируются в целые тома, которые пациенты старательно подшивают в хронологическом порядке. Сколько раз приходилось сталкиваться с любовно разложенными по файликам протоколами УЗИ, зашитыми в пласти-

ковые папки, на которых на вставленной картонке был старательно выведен год... Просто семейный альбом! Эта ситуация порой напоминает запутанные нитки — снять несуществующий диагноз сродни тому, чтобы смотать их в аккуратный клубок. Чем дольше работаешь, тем на эту макулатуру тратишь меньше и меньше времени, иногда на основании пары демаркационных вопросов просто не открываешь эти фолианты.

Многим врачам куда комфортнее заниматься лечением несуществующих болезней, включая (вдумайтесь!) хирургические вмешательства (у меня уже была в КЭТ статья про “узловатов” и “нодулистов”) и “шить платье королю из несуществующих материй невидимыми нитками”, как об этом сказано в эпиграфе. Мне знаком один эндокринный хирург, проживающий в соседнем государстве, бывшей республике СССР, который прооперировал бывшего президента этой страны по поводу аутоиммунного тиреоидита, в результате стал главным специалистом этой страны в области эндокринной хирургии.

Опять же, если отбросить проблемы недостаточной квалификации ряда врачей и многочисленные социальные проблемы, вмешивающиеся в нашу профессиональную жизнь, то объективно по многим причинам, обсуждавшимся выше, никто из нас в современной медицине не застрахован от того, что в один прекрасный день не начнет рьяно лечить несуществующую болезнь. Современная технологическая армада, которую мы до конца не успеваем осмыслить, раскрывает в этом плане широкие горизонты. Вероятность ввергнуться в это прямо пропорциональна уровню квалификации, но и она порой не поможет. Те, кто работает более или менее долго, могут вспомнить себя лет 20 назад... Вы не рассасывали узлы L-тироксином? Ах, извините, у вас на эту тему даже диссертация! Вы не удаляли все образования надпочечников больше 4 см? Ах, простите, знал бы — не спросил, поскольку как раз вы и занимались пункциями щитовидных желез у детей, чтобы исключить у них аутоиммунный тиреоидит! А вы не лечили болезнь Аддисона аскорбиновой кислотой и не назначали беременным дексаметазон из-за повышенного 17-ОН-прогестерона? Нет? Ну тогда, наверное, снабжали всех без исключения женщин в постменопаузе в середине 90-х эстрогенами или поливали диабетические язвы инсулином... Много чего можно вспомнить, при этом совершенно не факт, что наша нынешняя рутинка хотя бы отчасти не отойдет через десяток лет в разряд анекдотов. Новая напасть сейчас с папиллярным раком — то в огонь, то в полымя, при этом с одинаковым рвением что тогда, что сейчас...

Усложним поставленный в подзаголовке вопрос: что легче — испугать пациента или успокоить его?

Второе, опять же, многократно сложнее. На мой взгляд, врач пугает пациента, когда он сам испуган и не знает толком, что делать. Почему мы часто боимся темноты? Потому что ничего не видно и мы не знаем, что нас окружает! Давайте на примерах: ну узловой зоб, ну и что с того? Ну зачем пугать пациента? Хорошо, рак щитовидной железы! Зачем пугать больного и охать, он и так уже напуган этим словом, под которым могут скрываться диаметрально разные заболевания! Наоборот, успокойте его, скажите, что это в подавляющем большинстве случаев излечимое заболевание в отличие, например, от сахарного диабета и артериальной гипертонии, от которых реально умирают! В конце концов, вы же не предлагаете этому же пациенту каждый раз впадать в обморочное состояние, когда он садится за руль автомобиля или даже на пассажирское место! Но в автомобильных авариях погибает в тысячи раз больше, чем от рака щитовидной железы!

Ах, ужас, ужас — у беременной ТТГ 10 мЕд/л! Ну в чем ужас? И зачем мотать нервы девушке, которая находится в столь трепетном положении? Но ведь вы, господа ужасающиеся, еще 15 лет назад вообще не знали, что такое ТТГ и зачем он нужен! Что ж мы теперь в таком трепете перед гипотиреозом, который достаточно несложно лечится? Или мы ужасаемся от того, что толком сами не понимаем, что происходит, **на всякий случай**, не дай бог за что-то придется ответить? Хорошо еще если этот “неведомый зверь” — не мнимая болезнь, типа чего-то лабораторного или эхо-отраженного... Тогда врачу **на всякий случай** страшно, а пациенту рефлекторно еще страшнее! Так оба и боятся...

Вспоминаю еще один эпизод на одной из конференций, где обсуждалась патология щитовидной железы во время беременности. В процессе обсуждения с аудиторией клинических случаев у одной дамы случилась оговорка просто по Фрейдю. Мне всегда наивно кажется, что обсуждать банальные случаи с очевидным вариантом решения как-то неуважительно по отношению к аудитории. Обсуждали мы тогда тот самый пресловутый высоконормальный ТТГ у беременной. В силу объективных причин четкого ответа на этот вопрос человечество пока не выработало. Наша героиня, почему-то впад в какое-то не соответствующее проблеме возбуждение, меняясь в цветах, отчаянно выпалила: “Вы же понимаете, что за это может понадобиться потом отвечать!”

В этот момент я был издерган ответами на вопросы, но мой коллега-хирург, с которым мы проводили семинар, воспрял и спросил ее: “А за все остальное, чем вы занимаетесь, отвечать не понадобится?”

Да нет, конечно! Если заниматься “узловением”, менять в шахматном порядке сахароснижаю-

щие препараты в зависимости от льготных списков, работать “по алгоритмам” и, самое главное, иметь надежную опору в виде лаборатории и МРТ, которые сами ставят диагноз, отвечать ни за что не нужно! Степень ответственности клинициста в современном мире затмевается технологиями и сводит ее до ответственности инструктора по лечебной физкультуре... А тут у нас вышла загадка — машина выдала результат, к которому мы совсем не готовы! И в этот момент доктор задумался о том, что он должен за что-то отвечать, к чему, судя по возникшим эмоциям, он явно не привык и не готов.

Так что проще в современном мире — поставить диагноз или его снять? На то, чтобы просто снять, уходит до 1/3, а порой до 1/2 времени амбулаторного приема... Приходится заниматься позитивной психотерапией по успокоению насмерть запуганных, снимать несуществующие диагнозы, сообщать раз от раза, как заводная пластинка, что узлы нужно пунктировать, а не оперировать... Если же ты снимаешь диагноз госпитализированному пациенту, возникает сакральный вопрос: с чем его тогда выписать, поскольку, если выписать здоровым, его госпитализацию не оплатит страховая компания! На месте последней я был бы счастлив, когда застрахованный оказывается на самом деле здоровым, — это практически обнуляет последующие затраты на него...

Думаю, прогресс технологий будет и дальше увеличивать армию псевдобольных, хотя, безусловно, наряду с этим спасет много жизней. Всегда будет так: в соответствии с законом о единстве и борьбе противоположностей любой прогресс несет как позитив, так и негатив, и наша задача сразу к этому быть готовым. Появится новая суперметодика в визуализации — она спасет много больных, но одновременно приведет к тому, что будут напрасно прооперированы здоровые; вопрос, в каком это находится соотношении. Если, допустим, говорить об УЗИ щитовидной железы, как бы мы его ни любили, оно создало мощнейший перекосяк не в свою пользу: в эпоху до УЗИ щитовидной железы смертность от ее рака была такой же, как и сейчас, при этом благодаря УЗИ были выполнены сотни тысяч, а по миру, может, уже и миллионы бессмысленных операций, никак не отразившихся на продолжительности жизни пациентов, но, очевидно, ухудшивших ее качество. Сюда можно добавить тонны L-тироксина, которыми пытались “рассосать” мириады ни в чем не повинных коллоидных узлов. Давайте постараемся больше не впадать в такого рода самообман, для этого, мне кажется, очень важно четко для себя формулировать, разбирая каждого пациента, что есть для него реальная болезнь или клинически (прогно-

стически) реально значимый феномен, а что есть лабораторно-инструментальный спам...

Когда ты ставишь диагноз впервые сам — перед тобой чистое поле и чаще достаточно ясный и относительно алгоритмизированный путь. Если ты снимаешь чей-то диагноз — перед тобой поле, на котором кто-то уже нарыл ям. В этой ситуации приходится одновременно преодолевать сопротивление ничего не понимающего пациента и, что еще сложнее, авторитет того, кто этот диагноз поставил до тебя. Для этого лучше всего иметь собственный авторитет — без него будет куда сложнее.

## 10. Всемогущий интернет

Не секрет, что медицинская помощь, особенно квалифицированная, нашим согражданам доступна не без труда. Все уже согласилось, что основной проблемой является вопрос кадровый (на мой взгляд, других вопросов просто не существует нигде). Чтобы попасть к эндокринологу, который есть далеко не везде, нужно провести день в борьбе за получение к нему талончика от терапевта либо же добро пожаловать в сектор частной медицины. Кстати, бывает и так, что “узкого специалиста” (как нас называют в противовес специалистам “широким”) нет на расстоянии пушечного выстрела ни за какие деньги... Сами посудите, расчетное число больных диабетом в стране составляет около 7 миллионов человек, гипотиреоз, навскидку, имеет около 3 миллионов человек, эндокринологов же (включая тех, кто себя сам к таковым почему-то причисляет) — всего около 3 тысяч человек...

Позвольте начать немного издалека и заметить, что ни в одной стране я не видел столько аптек, сколько можно встретить на улицах наших городов. Порой на одной улице их три-четыре, их может быть несколько в одном длинном многоподъездном доме, при этом цены в этих аптеках могут существенно отличаться. Каждый может поэкспериментировать в своем городе, но в центре моей родной Москвы практически нет точки, из которой, окинув взглядом округу, вы бы не заметили зеленый аптечный крест. А ведь предложение, как известно, определяется спросом, и все эти многочисленные аптеки не разоряются, а зачастую живут припеваючи! Почему это так? Очень просто: именно в аптеки наше народонаселение и ходит лечиться! За каждым углом тебя встретят с распростертыми объятиями, подскажут, что купить “от головы”, что “для головы”, и тут же снабдят всем необходимым. Зачем стоять в очереди за талончиком? Чтобы тебя отправили в ту же аптеку? Зачем тратить день или два? С одной стороны, в наших аптеках можно почти все купить без рецепта (антибиотики, saniрующие все слизистые, продают-

ся без рецепта, таблетки от кашля или безобидные снотворные — просто наркотики, не говоря уже о том, что старая добрая марганцовка просто исчезла, поскольку ее вроде как используют для варения кокса), с другой стороны, имидж российских врачей, выкованный нашими доблестными СМИ и так называемыми организациями защиты пациентов, которые, как правило, возглавляют неудавшиеся врачи, мягко говоря, оставляет желать лучшего... Если ко всему в этом добавить интернет, где можно получить ответы на все вопросы, — добро пожаловать в аптеку! По мне, так те пять минут, которые приходится провести в очереди в аптеку, — это источник циничных медицинских анекдотов... Самое веселое — это когда девушка из-за прилавка начинает мне что-то рассказывать о целебных свойствах и преимуществах некоего средства, а я при этом прикидываюсь, что я не врач, точнее, даже боюсь об этом сказать. Интересно, что народонаселение верит этим милым девушкам только за то, что на них надеты белые халаты, совершенно не задумываясь, кто они и какое имеют образование! Форма вообще действует магически, при этом любая: полицейская, военная, священнослужителя, врача — она придумана, чтобы не возникало лишних вопросов о том, кто под ней кроется. Белый халат может купить в магазине любой...

Продолжая рассказ о наших буднях — в каждом более или менее крупном населенном пункте функционирует одна или несколько сетевых коммерческих лабораторий. Это хорошо? Как всегда, и да и нет одновременно! Да, хорошо, потому что недельное ожидание результатов анализов в поликлинике очень часто неприемлемо — осетрина оказывается второй свежести, то есть тухлой. Плохо, потому что любой человек, заплатив деньги, может сдать любые анализы. На этот счет в ряде коммерческих лабораторий есть даже так называемые профили, типа “мужчина за 50”, “готовлюсь к беременности” или даже “секс в большом городе” (почему только не с круглосуточным приемом образцов?). Почему-то считается, что, купив без спроса врача какую-то таблетку, можно отравиться, а сдав “**на всякий случай**” анализ — это пожалуйста, твои деньги — можешь тратить их на что хочешь! Общество наивно полагает, что неправильная таблетка может навредить, а непрофессионально сданный анализ или сделанное без показаний визуализирующее исследование навредить не может...

Когда со всеми этим “профилями”, сданными “для себя”, приходят на прием, оказывается, что это на 90% выкинутые деньги, поскольку только каждый десятый анализ оказывается клинически оправданным. Поистине нет ничего более расточительного, чем бедность! Понятно, что ни о какой преаналитике

речи не идет — зачем о чем-то думать, сдавай кровь и плати деньги. Ведь когда заплатил деньги за анализы, возникает греющее ощущение, что вложил в свое здоровье. Дальше разворачивается цепь тех событий, которые неизбежно следуют за анализами “**на всякий случай**”. Аналогичным образом по собственной инициативе можно заплатить деньги и сделать УЗИ или даже МРТ — только плати! “Убедись, что ты здоров!”...

Но это еще не все — в игру вступает всемогущий интернет. До аптеки нужно хотя бы пройти 200 метров от дома, а интернет есть дома на диване и даже в телефоне. Прямо в поисковую строку можно ввести симптом, а в результатах поиска получить рецепт. Зачем куда-то ходить? Можно подробно изучить на форумах опыт таких же страдальцев, взвесить все за и против, самому пойти сдать кровь, а потом пойти в аптеку, где тебе еще что-то посоветуют и продадут. В итоге процесс замыкается в **треугольнике: “интернет — сетевая лаборатория — аптека”**, реального врача в этой схеме нет, и без него все работает “без сбоев”. Люди, далекие от клинической медицины, закономерно мыслят техногенно, и в этом их сложно обвинить: врач увидит результат анализа и, если он “не в норме”, поставит диагноз. Но про этот показатель можно прочесть в интернете, там все написано, зачем тогда врач, тем более врач не так просто доступный и в квалификации которого ты сомневался, поскольку тот же интернет кишит страшилками про “врачей-убийц”.

Интернет закономерно искажает медицинскую действительность, при этом искажает ее в неблагоприятном для врачей направлении. Совершенно очевидно, что человек, которого вылечили или которому даже спасли жизнь, за очень редким исключением, не побежит писать на форумах о том, как он благодарен, какой хороший у него врач и как все замечательно. Позитив пациент воспринимает как должное, а про вылеченную болезнь старается как можно быстрее забыть, и это абсолютно нормально! Кто же пишет в интернете про свои болезни? Те, кому плохо! Те, кого не вылечили, а в худшем случае обобрали как липку или кому даже навредили! Те, кому врачи не помогли, люди в отчаянии, которые не знают, что им делать... В интернете скапливается негатив и чернуха, и именно на них натывается тот, кто решил себя полечить сам... Это все равно как после часа просмотра новостей по ТВ возникает ощущение, что мир заливает, все вокруг горит, кругом бомбят, а по улицам бродят одни террористы и маньяки. Для нас выходом является выключение телевизора (а лучше невключение), а для нашего пациента, черпающего мудрость жизни из интернета, выход — это треугольник “интернет — лаборатория — аптека”.



Во всем этом ключевой проблемой, на мой взгляд, является общий культурный уровень потребителя медицинских услуг, который, как я уже многократно писал, отстаёт от технического и информационного (интернет-) прогресса. Ну вот какая сила заставляет большинство людей верить в то, что им расскажет про лекарства девочка за прилавком аптеки? Почему за ответом на вопрос о своем здоровье люди обращаются к поисковой системе, не понимая, что это все равно что искать ответы в надписях на стенах общественных туалетов. “Разруха не в сортирах, а в головах!” (слишком часто цитирую Булгакова). Я верю в эволюцию от потребителя: когда его удовлетворяли видеопрокаты, киоски звукозаписи, вареные в подвале джинсы, спирт Royal в пластмассовых бутылках (кстати, продающийся без рецепта) и тому подобное, все это цвело пышным цветом. Именно поэтому вложение в образование и культуру — это вложение сразу во все, в том числе и в здравоохранение.

Я не планировал пускаться в критику окружающей нас локальной действительности, поскольку все без исключения обсуждаемые проблемы скорее общечеловеческие. Сходная ситуация, пусть в значительно более “причесанном” виде, имеет место и в западных странах. Счастливого обладателя дорогой медицинской страховки с легким сердцем и от души будут обследовать на всякий и не на всякий случай. Пациент же любой национальности и вероисповедания уверен, что, чем дороже он купил страховку и чем больше его обследуют, тем оно лучше и тем здоровее он будет. Это великое искушение: поклонись железному идолу и золотому тельцу — и они дадут тебе вечную жизнь...

**“На всякий случай”** любят пообследовать не только обладателей дорогих страховок, но и наших соотечественников, которые с чемоданом наличности обращаются за помощью в клиники Германии и Израиля. Пророков нет в отечестве своем, и со времен Петра Великого в нас, несмотря на военные конфликты, глубоко укоренилась вера в могущество немецкой мысли. Но немцы сделаны из того же теста, очень любят русскую наличность, в итоге результаты немецких исследований составляют увесистые скоросшиватели. Пациенты порой их гордо водружают перед тобой, зачастую оплатив перевод на русский — дескать, на, ознакомься с истиной в первой инстанции — для тебя, убогого, я и перевод сделал. И людей жалко, да и перевод чаще корявый...

## 11. Уважать чужое время

Это мало кому свойственно, поскольку мы все считаем себя самым важным явлением и событием в жизни всех окружающих нас людей. В недавнем

прошлом врача звали к постели больного либо перед ним предстал человек, которому нездоровится. Сейчас существенная часть консультаций начинается с того, что пришедший пациент молча кладет перед тобой на стол результаты анализов. Вопрос о том, что его беспокоит, или просьба рассказать о себе многих вводит в замешательство. Люди задержаны, замкнуты в себе и в своих коробочных квартирах, одни в борьбе с окружающим миром, выматывающей работой, личными неудачами, дикторами новостей и интернетом. Техногенное сознание наших современников до такой степени деформировано, что многие считают неважным то, что они могут рассказать врачу о себе сами. Вот он, анализ, бумажка с цифрами и описание УЗИ — что еще надо? Еще исходите из того, что человек боится нас и нашего белого халата, ведь, глядя на бумажку, мы можем вынести разный вердикт.

Зачастую выясняется, что и беспокоят пациента только сами результаты анализов или “картинка” УЗИ... Так теперь выглядит наша работа: мы консультируем в интернете или даже через SMS людей, которых никогда не видели и не увидим. Есть в этом много плюсов — благодаря дистанционному консультированию мы (я и мои коллеги-единомышленники) без преувеличения не раз спасали жизни пациентов; в этом нет ничего героического, работа такая. О минусах всего этого, наверное, уже хватит, тема исчерпана. Скажу только об одном — ЭТО ВРЕМЯ! Самое дорогое, что у нас есть, поскольку наше время — это синоним нашей жизни, и тот, кто его бессмысленно поедает, — хронофаг — поедает нашу жизнь, которая у нас одна. Это время и жизнь, которую можно потратить на реальных больных, это время, которое Минздрав выделил на прием одного пациента в минутах, это выкинутое время тех же пациентов, которые маются с пачками результатов исследований, сделанных **на всякий случай... Каждое исследование, сделанное “на всякий случай”, — это чье-то бессмысленно потраченное время!**

## 12. А пациенту плохо!

Ему ведь действительно плохо... “У вас нет этого заболевания и этой проблемы, но это не значит, что я не верю в то, что вы себя плохо чувствуете...”

Во всех этих перипетиях человеку плохо! Если даже отбросить то, что он может быть болен чем-то другим, ему может быть плохо только от того, что никто толком не может объяснить, что с ним! Он имеет полное право бояться узла в щитовидной железе или повышенного пролактина! Он живой человек, который в этом не разбирается или начитался об этом всякой чернухи в интернете! У него не “в норме” результат анализа, который он никого не просил делать!

Он не просил переставлять датчик УЗИ с живота на шею “для профилактики”... Он думал, что диспансеризация, которую организовала его контора, во благо, он, чувствуя себя совершенно прекрасно, сдал кровь “на всё” и **на всякий случай**...

В конце концов, жизнь, по мнению ряда философов, это цепь страданий, и человеку может быть просто плохо, чаще всего из-за одиночества и личной неустроенности, а тут... подворачивается узел в щитовидной железе, на который все начинает проецироваться. Вот он, наш пациент, продукт прогресса медицинских технологий, с которыми мы сами до конца не знаем что делать...

### Что делать?

Как врач на этот вопрос я могу ответить только в отношении конкретного пациента — если разобрать клинический случай, я готов взять на себя ответственность за отдельно взятого больного, я просто обязан это сделать.

В глобальном масштабе все обсуждавшееся в этом эссе — это данность и среда, в которой мы живем и работаем. Это не решится в одночасье, через все это

не перепрыгнешь, это нужно осмысливать, без тени наивности и небрежения. Надеюсь, мы эволюционируем и достигнем баланса между человеческим фактором и технической составляющей клинической диагностики. Хотя, как уже писалось, машины эволюционируют значительно быстрее людей.

Возможно, в своих рассуждениях в этом эссе я местами был излишне эмоциональным, хотя, по опыту, это наиболее действенный способ заставить собеседника задуматься. При этом я прекрасно понимаю, что винить в тех негативных тенденциях, о которых идет речь, некого. Это сродни некоему закономерному историческому процессу, вполне естественная “болезнь роста” человечества, которое заполучило новые уникальные инструменты, но продолжает мыслить прошлыми категориями. Я не ставил задачей этого небольшого эссе решить какие-то проблемы, а лишь выразил свое видение весьма актуальных проблем современной клинической медицины. Свою задачу я сочту выполненной, если читатели задумаются над всем этим, независимо от того, к чему они придут в результате этих размышлений.

## Информация об авторе [Authors info]

**Фадеев Валентин Викторович**, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, заведующий кафедрой эндокринологии №1 лечебного факультета [Valentin V. Fadeyev, MD, PhD, Professor]; адрес: ул. Погодинская, д. 1, 119435 Москва, Россия [address: 1 Pogodinskaya street, 119435 Moscow, Russia]; e-mail: walfad@mail.ru; eLibrary SPIN-код: 6825-8417; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3026-6315>

### Как цитировать

Фадеев В.В. На всякий случай... // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2017. — Т. 13. — №2. — С. \*\*\_\*\*. doi: 10.14341/ket20172\*\*\_\*\*

### To cite this article

Fadeyev VV. Just in case.... *Clinical and experimental thyroidology*. 2017;13(2):\*\*\_\*\*. doi: 10.14341/ket20172\*\*\_\*\*

Рукопись получена: 04.12.2016. Рукопись одобрена: 16.12.2016.

Received: 04.12.2016. Accepted: 16.12.2016.