



КАК ЕСТЬ



КАК НАДО



**Автор:**

Валентин Викторович Фадеев, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндокринологии №1 ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И В ЕЕ ПРЕПОДАВАНИИ

Дифференциальная диагностика внутренних болезней до последнего времени считалась **самым сложным аспектом клинической медицины**, и ей было посвящено очень много книг, часть из которых, например руководство Роберта Хэгглина, являлись настольными книгами многих поколений врачей. Программы ординатуры и многочисленные постдипломные курсы обязательно включали в себя лекции по дифференциальной диагностике. Как главы книг, так и лекции чаще всего обозначали какой-то конкретный синдром, с которым пациент поступал к врачу, при этом к нему часто добавлялось определение «неясного генеза». Например, лихорадка неясного генеза, боли в грудной клетке и т.д. Пожалуй, самое важное, что нужно отметить, – **постановка сложного диагноза пациенту рассматривалась как высшее достижение врачебного профессионализма**. Более того, обратите внимание на следующий момент: такого рода постановка непростого диагноза рассматривалась **как атрибут интеллекта и аналитической способности врача**.

Совершенно очевидно, что за последние 3–5 десятилетий поменялось очень многое, и в большинстве своем, конечно, в лучшую сторону, при этом я, в первую очередь, имею в виду не технологические новшества, а изменение самого общества. Технические достижения визуализационной и лабораторной диагностики сложно переоценить, сюда же следует отнести колоссальный прогресс ядерной медицины и клинической генетики. Важно, что эти техно-

логии были разработаны почти исключительно в западных странах, что отражает не только их уровень научного развития, но и **в целом уровень развития и специфику западного общества и его социальных институтов, включая здравоохранение и образование**.

Последний факт очень часто, порой сознательно, упускают из виду. Было бы весьма наивным полагать, что достаточно купить такой медицинский прибор и он будет столь же эффективно работать в любых (даже первобытно-общинных) условиях, как и на своей родине, где к нему прилагается не только специалист, но и вся система врачебного взаимодействия и здравоохранения, не говоря уже об адекватном восприятии этой технологии самим обществом, которое его создало. Таким образом, **технический прогресс, который наша страна практически на 100% импортирует из других (совершенно других!) стран, – налицо**. Но насколько поменялись за эти десятилетия мы сами, как поменялся специалист, которого вооружают импортной машиной, и насколько поменялся потребитель этого диагностического оборудования? В этой статье хотелось бы поднять все эти вопросы, **с акцентом на динамику представлений о дифференциальной диагностике в современной клинической медицине**.

Итак, основными **предпосылками**, которые предопределили современный лик того, что есть современная дифференциальная диагностика, на мой взгляд, являются:

1. Дегуманизация и формализация образования как среднего, так и медицинского. По-



другому, это можно назвать **технократизацией** современного общества в сочетании с гуманитарной деградацией.

2. Широкое распространение, удешевление и доступность лабораторной и визуализационной диагностики.
3. Внедрение рыночных отношений в клиническую медицину, появление «сферы медицинских услуг» в сочетании с выходом медицинских исследований за пределы врачебной работы и обретение ими **свойств товара** (купить-продать).

Сюда необходимо добавить еще один пункт, поскольку перечисленные три могут привести **к диаметрально разным последствиям** в зависимости от того, на какой почве они реализуются. Одна ситуация возникнет в условиях развитых рыночных и страховых отношений в сочетании с развитым гражданским обществом, которое осуществляет контроль над медицинским бизнесом, другая – когда закупка дорогого импортного оборудования преследует цели реализации государственного бюджета с последующими «откатами», примерно сходную цель преследует увеличение числа бюджетных мест в медицинских вузах, тогда как целевое использование оборудования и качество образования представляются **неудобным осложнением этого бизнеса**.

Может показаться, что я захожу слишком издалека и ввергаю чисто медицинские проблемы в какое-то социально-политическое русло, но по-другому не получается, поскольку тот контингент «потребителей медицинских услуг», который сейчас осаждаст наши кабинеты и с которым нужно работать, определяется именно **всеми перечисленными социальными процессами**, как это ни прискорбно. Профессия врача **очень сильно зависима от происходящего в обществе**, и на это, увы, указывалось во все времена.

1. Технократизация современного общества.

Технократизация – это не технический прогресс в позитивном смысле этого слова, когда развитие технических средств помогает человеку преодолевать некие гуманитарные (человеческие) проблемы, такие как болезнь, смерть, коммуникация и прочее. Технократизация – это **несоответствие развития техники реальным потребностям человека** и ее несоответствие гуманитарному и социальному уровню людей. Техника в этой ситуации сама становится не-

ким смыслом, который люди начинают обслуживать. Например, если ультразвуковое исследование (УЗИ) помогает поставить врачу диагноз некоего заболевания, то аппарат УЗИ имеет осмысленное гуманитарное значение и помогает человеку. В противоположность этому, если врач большую часть своего времени занимается «разруливанием» результатов УЗИ, компьютерной томографии и гормональных исследований, которые сделаны «на всякий случай» совершенно здоровым людям, это пример, когда он занимается **обслуживанием «железа»**, а не наоборот. Хуже всего, если в условиях недоразвитого здравоохранения это происходит одновременно с тем, что реально больные люди вообще лишены квалифицированной врачебной помощи.

Истоком технократизации является **безуловная вера** людей в «технический прогресс» как в простую и эффективную форму решения всех их «проблем», под которыми обычно подразумеваются **две вещи**: физический дискомфорт и препятствие к получению удовольствий. В современном образовании, начиная со среднего, доминирующее значение придается тестам. Внедрение тестов и так называемого единого государственного экзамена решило проблему реализации государственного бюджета и структурировало финансовые потоки в этой сфере, но при этом само образование получило полулетальную рану на многие десятилетия. Дело в том, что **детей с малолетства стали приучать не решать проблему, а выбирать готовый правильный ответ!** И далее эта идеология инвазируется на всех стадиях образования и жизни. Она прекрасна для имитации бурной образовательной деятельности и отчетов о том, что ей таки занимаются, но ничего кроме абсурда для неокрепших умов она не несет. Представьте врача, перед которым стоит дифференциально-диагностическая проблема, а в голову его вложен **выбор готового ответа, а не мыслительный диагностический процесс**. В голову пациента также вложен простой принцип: нужно сдать кровь, нажать на некие кнопки, а дальше выскочат несколько вариантов ответа, врачу же остается выбрать правильный! Да, собственно, если так, зачем вообще быть врачом? Я и сам могу выбрать! Помните, что я написал выше, дифференциальная диагностика воспринимается **не как опция врачебного интеллекта, а как функция некоего аппарата или мобильного телефона**.

Для меня очень показательны то, что я не могу объяснить своей племяннице: для того чтобы я поставил диагноз и назначил лечение, ко мне надо прийти на прием! Но она, видимо, в свои 30 лет не способна это понять, поскольку у нее другие представления о мире. Именно поэтому мне от нее регулярно приходят СМС с вопросами типа «Что это?», «Посмотри, тут все нормально?» и т.д. Она пересылает мне анализы своих подруг и каких-то соседей... Я отвечаю одно и то же все эти годы, однако на реальном приеме у меня почти никого не оказывается.

Еще одним **обоюдострым аспектом технократизации общества является доступность для обывателей медицинской информации** благодаря интернету. Более того, считается чуть ли не преступным сокрытие от пациентов медицинской информации. В ситуации очень плохой доступности квалифицированной врачебной помощи кому-то это действительно поможет, особенно если уровень интеллекта потенциального пациента превышает таковой у недоступного для него врача. Но, увы, соотношение сил чаще всего совершенно другое! Как может сделать человек без медицинского образования адекватные и безопасные для него выводы из специальной литературы? Какие выводы сделаю я, читая литературу об устройстве двигателей самолетов? Наверняка я смогу после этого постучаться в кабину пилота и посоветовать ему, как правильно пилотировать... Или к чему, например, приведет открытие для рядовых граждан некоей стратегической военной или разведывательной информации? Какой оказалась цена общественного резонанса вокруг коронавирусной инфекции? Может и гриф «18+» на фильмах откровенно эротического содержания нарушает права ребенка? Ну а почему мы запрещаем ЭТО смотреть детям? Может, разрешить?

Интересно, что еще 50 лет назад никто не запрещал покупать в книжных магазинах медицинские руководства и учебники! Но при этом редко кто закупал эту литературу для домашних библиотек: чаще все ограничивалось популярной медицинской энциклопедией. Были, конечно, отдельные, весьма редкие личности, которые ходили к нам на прием с толстыми тетрадиками с выписками из учебника Тареева или Кузина...

На фоне всего описанного мы получаем еще один оборотный побочный эффект технократизации – **потеря авторитета врача, престижа этой профессии и уважения к ней в обще-**

стве. Сейчас практически половина заходящих в мой кабинет пациентов, сопровождает рассказ о своей болезни возгласами: «А вот тот дурак (дура) сказал(а) мне все по-другому!» Такое отношение к врачам вполне закономерно, ведь в сознании обывателя любой прибор ценней и умней живого врача, не говоря уже об интернете и мобильном телефоне! Все ведь и так понятно! Зачем этот врач нужен? Да еще и за деньги, и после двухчасовой очереди! Либо к нему нужно ехать в другой город! Врач – это тот, на кого надо жаловаться, писать во все инстанции, кого нужно засудить, снять с работы, опозорить, да что угодно...

2. Широкое распространение, удешевление и доступность лабораторной и визуализационной диагностики.

Это – прекрасно, поскольку позволило поднять уровень клинической диагностики на совершенно новый уровень, что полностью изменило всю клиническую медицину. Поскольку я последовательно и уже много лет пытаюсь говорить о вреде лишних исследований, меня скоро начнут называть ретроградом или даже неолуддитом, ну или за «своего» меня начнут принимать некие целители, «накладывающие руки». Но я говорю об осмысленном использовании современных технических средств! И еще о том, что без соответствующего прогресса в уровне врачебного профессионализма технический прогресс губителен! Если дикаря вооружить электронным микроскопом, он начнет забивать им гвозди! Если вы вспомните «Собачье сердце» Булгакова – это блестяще описанная история гениального ученого, который замахнулся на создание человека из собаки, но делал он это в окружении дикарей и швондеров... Возникает закономерный вопрос, зачем Преображенский это делал и в чем смысл его изобретения, кроме реализации собственных амбиций? Можно ли его изобретение назвать прогрессом? Я буду благодарен тому, кто мне объяснит, зачем нам лететь на Марс и высаживаться на Луне. В чем смысл этого прогресса, особенно в ситуации, когда на Земле проблем хватает, включая отсутствие у некоторых наших соотечественников туалетной бумаги и то, что почти 2/3 территории нашей страны – неосвоенные земли, непролазные леса, степи и ледники, к которым можно только на вертолете подлететь! Для наивных оптимистов и тех, кто еще сохранил веру в человека, намекну, что изначально космос начали осваиваться с исклю-



Таблица. Категории дифференциальной диагностики (Фадеев В.В.)

Категория	Болезнь	Жалобы, физические признаки болезни («страдания»)	Лабораторные и инструментальные исследования
1	Есть очевидно, скорее всего, вполне определенная	Активные жалобы, явные (объективные) признаки нездоровья	Соответствуют по набору проблематике жалоб и результатам физикального обследования
2	Вероятно, есть, но непонятно какая именно	Активные жалобы, чаще неспецифические, признаки болезни – условны (относительны)	Бессистемный поиск причин возникших жалоб, большая часть исследований «на всякий случай»
3	Маловероятна, но возможна	Обследование на всякий случай без жалоб и признаков болезни	«На всякий случай»

чительно военной целью, кредитные карточки придуманы не для удобства оплаты, а для тотального контроля движения денег, и с этой же целью созданы мобильные телефоны, технология которых появилась за 50 лет до того, как возникла идея посадить с их помощью на матрицу все человечество. Является ли прогрессом то, что любая кухарка может сама решить, какое гормональное исследование ей купить за собственные деньги, при том, что она сморкается в фардук, в котором готовит еду?

3. Превращение медицинских исследований в предмет купли-продажи.

Так вот, любая кухарка может это сделать, а если она посетит коммерческую лабораторию, ей предложат сдать «три анализа по цене двух», поскольку нынче в этой конторе осенние скидки. Мои выпускники из ординатуры, которые приходят в коммерческие клиники, жалуются мне на то, что они не могут там работать, поскольку я их учил не делать лишних исследований, а теперь от них только это и требуется: смысл их работы для хозяина в том, чтобы приходящие пациенты оставляли деньги, а врач «обеспечивал чек» на условные 10 тысяч рублей. В задачи этой клиники не входят реальная помощь и реальные нужные обследования. Она зарабатывает деньги! Это опять же пример того, как **врач является весьма бюджетным приложением к железке**: к аппарату УЗИ, лабораторному анализатору или магнитно-резонансному (МР) томографу. Это гениальные изобретения, которые могут спасти жизни людей! Но желающие могут посчитать и сопоставить, **сколько людей тот или ной УЗ-аппарат реально спас от смерти, а сколько он просто «заработал денег», отняв их у наивных здоровых лю-**

дей. Я думаю, в разных странах это соотношение будет разным! Ведь у многих идея покупки МР-томографа сродни идеи приобретения привокзальным кафе новой кофе-машины, которая позволит торговать новыми дорогими напитками: латте, флэт уайт, ристретто и прочее.

Кстати, термин «коммерческая клиника» весьма условен, поскольку **коммерческие услуги оказывают все государственные медицинские ведомства.** И именно эти услуги, а не некая гуманитарная миссия, возложенная государством, оказываются для большинства из них приоритетными. Отличие состоит только в том, что оборудование в таких структурах приобретено за государственный счет, на фасаде висит государственная вывеска, большинству врачей само же это учреждение присвоило ученые степени и в каждом из них примерно 20% сотрудников, которые вынуждены «кормить» остальные 80%. Именно поэтому обратившиеся туда пациенты, платят еще большие деньги... В чем здесь «государственность»? В вывеске? В качестве? Вполне возможно...

Итак, давайте **вернемся со всем этим во врачебный кабинет, где врач принимает пациента, при этом оба они – продукты опisanного выше общества**, продукты именно такой системы образования и такой системы общественных отношений и такой системы взаимобмена услугами за напечатанные государством денежные знаки. **Оба они – продукты существующей в обществе системы ценностей!** Каким же образом все это видоизменило диагностический процесс по сравнению с тем, который существовал в середине XX века?

Я выделил **три категории ситуаций, или дифференциальной диагностики**, с которыми врач сталкивается в современной клинической

практике, **неизбежно навязанных ему современным обществом**. Это сугубо моя классификация, которую предлагаю я, при этом понимая всю ее условность (см. табл.). Другими словами, помимо ситуаций 1, 2 и 3 в чистом виде, могут быть промежуточные варианты, как, собственно, и совсем другие. Зачастую их отличие определяется не медицинской проблемой, а социальным балластом: от того, кто оказался пациентом (бомж, большой начальник или миллиардер), в работе врача зависит очень многое, не говоря уже о том, что еще больше зависит от того, работает врач в муниципальной поликлинике или является профессором университетской клиники.

• Первая категория

Ее смело можно назвать **медицинской идиллией!** Это самая выгодная для врача (а отчасти и пациента) ситуация, которая при помощи современных диагностических средств решается наиболее эффективно. Более того, это та ситуация, в которой врач ощущает себя в истинном смысле врачом, помогающим пациенту, а не приложением к какой-то «железке». Ситуация эта проста: в ней пациент приходит (или его привозят) к врачу с реальными физическими страданиями, имеющими отчетливые объективные признаки, и врач начинает в соответствии с конкретной проблемой обследовать пациента, при этом объем и набор исследований обусловлен более или менее четкой аргументацией, то есть показаниями. Очень важно, что в этой ситуации **тот факт, что пациент болен, не вызывает никаких сомнений!**

Если любой тест проводится по осмысленным клиническим показаниям, то так называемая **предтестовая вероятность правильности его ответа оказывается максимальной!** В этой ситуации, когда у пациента имеет место более или менее специфическое проявление заболевания, **минимальна вероятность попадания результата любого исследования в «серую зону», то есть минимальна вероятность ложноположительного или ложноотрицательного результата**, который может сделать из здорового человека больного, а больному поставить неправильный диагноз и обречь на продолжение страданий.

По сути дела, речь идет о той **модели, на базе которой осуществляется преподавание клинической медицины** на протяжении всей истории человечества. Именно так излагаются описания заболеваний в медицинской литера-

туре и в учебниках. Учебник – это, по сути, **описание идеального абстрактного варианта заболевания, которое в реальности редко существует**. Это собирательный образ, в котором, как в сказке, максимально утрированы как положительные, так и отрицательные качества главного героя. Кстати, представьте теперь ситуацию, когда студент-медик **только читает учебник и не видит реальных пациентов, а контроль знаний осуществляется не преподавателем, а при помощи тестов, где нужно выбрать один из предложенных вариантов решения**. Удивительно, но есть и такие (обычно далекие от медицины, но близкие к масштабным проектам), кто убеждает меня, преподавателя с 25-летним стажем, что именно так медицину и нужно преподавать... При этом мне предлагается в качестве ключевой опции сдать куда-то какие-то тесты, которые будут открыто опубликованы, чтобы студенты учили ответы на них. Такая модель даже не подразумевает учебника и занятий со студентами, что облегчает проблему дефицита помещений и максимально отдаляет студента от вечно брюзжащих преподавателей: опубликовали тесты, выучили их, собрали этих несчастных в большом помещении, тем, кому было лень, – раздали ключи к тестам, а дальше – распечатали дипломы на принтере.

Но оставим эти печальные мысли – мы все учились именно на модели заболеваний, которые представляли перед врачом в XIX и трех первых четвертях XX века. Гениальный Боткин в Петербурге и гениальный Захарьин в Москве были бы очень удивлены, если бы к ним выстроилась очередь из пациентов, которые чувствовали бы себя совершенно здоровыми, но при этом сдали какие-то анализы. Думаю, оба гения были бы в полной растерянности, а Захарьин, отличавшийся тяжелым характером, наорал бы на такого пациента и выгнал его. Это нонсенс! Да и все книги по дифференциальной диагностики были написаны «от синдрома», с которым пациент пришел к врачу, и уж никак не от результатов обследования «на всякий случай».

К врачам XIX–XX веков приходили исходно больные (!) пациенты, и наличие у них болезни, зачастую неизвестной, не вызывало никаких сомнений! Другими словами, **врачам еще недавнего прошлого не приходилось решать дилемму: болен пациент или здоров? Пациент был по определению болен, иначе бы он не оказался в кабинете врача!** На сегодняшний же день, если взять мой весь-ма немалый амбулаторный прием эндокрино-



лога, я примерно в половине и более случаев как раз и решаю вопрос, болен человек или он здоров! Большая часть этой половины реально оказывается здоровой, ну или не имеющей того эндокринного заболевания, которое кто-то у нее усмотрел, при этом этот кто-то зачастую оказывается интернетом.

Отсюда возникает закономерный вопрос, **каким образом выстраивать обучение студентов медицине**, если 1-я названная нами модель заболевания в его работе будет встречаться все реже, а вот 2-я и 3-я – станут эпидемично доминировать? Сложный вопрос! Видимо, никак! Вероятно, это должно быть предметом обучения продвинутой ступени, для которой, кстати, можно было бы освободить достаточно времени за счет совершенно непонятных предметов, которые стойко поселились в учебном плане клиницистов еще с XIX века и никуда не хотят уходить, поскольку преподавателей этих дисциплин невозможно просто взять и уволить, у них тоже есть дети, в том числе и будущие врачи.

• Вторая категория

Если первую модель, согласно таблице, мы назвали медицинской идилией, то вторая – скорее, **технократический хаос**. Пациент второй категории – реально болен, и он совершенно по делу пришел к врачу, поскольку реально страдает. То есть болезнь у такого пациента таки есть! Поскольку болезнь эта неочевидная, то и симптомы у нее неспецифичные и напоминают они «все, кроме родовой горячки». Поскольку и врач, и пациент являются продуктами нашего не самого симпатичного в истории человечества общества, они оба **будут действовать примерно одинаково**, при этом, если врач на протяжении восьми лет своего образования преимущественно занимался заучиванием ответов к тестам, эти **действия могут ничем не отличаться**, поскольку пациент прочитал «о себе» в интернете все, что можно. Оба работают под **девизом** «Диагноз поставят умные машины, поэтому чем больше сделать исследований ("сделать полное обследование"), тем скорее поставишь правильный диагноз». Точней, поставишь не ты, а машина! Параллельно как врач, так и сам пациент назначают лекарственные препараты (чаще симптоматические), и число этих препаратов может оказаться немалым.

Хаотично выполняемые исследования приводят к тому, что в этой ситуации **правильная баляра начинает весьма капризная и продажная дама по имени Статистика. Итак, там,**

где исследования делаются осознанно, – правит здравый смысл, и такая ситуация находится под контролем и управлением врача. Как только и ровно настолько, насколько обследование приобретает хаотичность, то есть случайность, – в диагностический процесс вмешивается статистика, с ворохом случайных ошибок, суточных вариаций, лекарственных взаимодействий, ложноположительных и ложноотрицательных результатов, с индивидуальными вариациями и прочая, и прочая!

В результате передо мной предстает вторая дифференциально-диагностическая ситуация. Она предстает в виде пазла, где у пациента есть заболевание (соматическое, психическое, психосоматическое или все три сразу) и результаты большого числа исследований, совершенно разноречивые и, главное, не имеющие никакого отношения к реальной клинике. Пациенту обычно сделаны все мыслимые визуализационные исследования, закономерно обнаружившие все возможные инциденталомы или их подопытия в виде заключений типа «нельзя исключить аденому гипофиза». У пациента подозревается «что-то эндокринное», и в этом есть резон, поскольку куда современному человеку без ожирения? Этот несчастный чаще всего horrendously невротизирован, ведь он реально чем-то болеет, а исследования, которые он сам себе назначил, показывают что-то странное, и он не понимает, как такое может быть! Доля тревожно-невротических расстройств у этой категории пациентов очень высока, при этом здесь налицо как соматопсихические, так и психосоматические взаимоотношения.

Поскольку я работаю профессором в университетской клинике, доля таких пациентов в моей практике достаточно высока, и в мои обязанности входит распутывание подобных клубочков. Кстати говоря, в 3/4 случаев это, по выражению Шерлока Холмса, «дело на одну трубку» (преступление раскрывается и становится понятным за то время, пока курится одна трубка). Чаще всего речь идет о фиксации и врача, и пациента на каком-то одном ложноположительном результате, который уводит эту парочку в такие дебри, что сами они из них выбраться уже не могут, хотя все начинается с, казалось бы, безобидного определения уровня пролактина, тестостерона и т.п. Существует целый ряд приемов, или *lifehack*, позволяющих разрулить такого рода ситуации, но их описание не является предметом этой

небольшой статьи. Скажу лишь, что **больше всего помогает простой здравый смысл** (порой даже житейский), который базируется на знании живых реальных людей, а также понимание **сильных и слабых сторон современных диагностических методов и лабораторных систем**, хотя тот факт, что у них есть и отрицательные стороны, для многих, даже врачей, является откровением.

• Третья категория

Первая модель – *медицинская идиллия*, вторая – *технократический хаос*, а третью мы назовем – **«хотели как лучше»**. Эту ситуацию отличает отсутствие у пациента болезни или как минимум видимое отсутствие объективных признаков заболевания. На вопрос о том, что его беспокоит, он отвечает: «Ничего!» Пациент ощущает себя физически здоровым. Здесь очень важно сделать вывод, что, скорее всего (очень вероятно), он и на самом деле здоров!

старше 50 можно всегда что-то нарыть. Отклонение результатов исследований, сделанных «на всякий случай» у пациента, который физически ощущает себя совершенно нормально, – это уже не просто царство медицинской статистики, как в нашем втором сценарии, а царство **большой (!) статистики**. Может этот человек теоретически быть больным? Конечно, может, и не только теоретически! Он может быть даже смертельно болен! Если врач случайно выявил у клинически совершенно здорового человека некое серьезное заболевание и при этом считает ЭТО предметом своей гордости, всем об этом рассказывает и кичится, я его, уж простите, **считаю весьма недалеким коллегой, которого жалко, и обидно за профессию**. В чем его заслуга? В том, что он создавал видимость бурной медицинской деятельности и случайно нарвался на что-то? Если охотник подошел к лесу, прицелился в этот лес, в самую гущу, выстрелил, и пуля каким-то образом попала в птицу, сидевшую,

ТАМ, ГДЕ ТОННА АНАЛИЗОВ «НА ВСЯКИЙ СЛУЧАЙ», ТАМ ЖЕ ЧАЩЕ ВСЕГО И БУРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОПАГАНДЕ ЗОЖ В СОЦСЕТЯХ, ТАМ ЖЕ РЕКЛАМА И ПРИБЫЛЬ С ПРОДАЖИ БИОДОБАВОК

(Кстати, здоров – это еще не значит, что бес смертен, как бы ему этого не хотелось.) Вероятность наличия у такого человека болезни или **некоего состояния, реально требующего нашего вмешательства**, очень низка. Это очень важный вывод, который для себя лучше всего сделать еще **до того, как начинать вглядываться в кипы результатов его анализов**. Даже если пациент их нервно тербит и настойчиво вам подсовывает – отложите их в сторону и поговорите с ним! Это решит очень многое!

Итак, перед нами здоровый человек, которому «на всякий случай», «для профилактики», «для диспансеризации» сделали обследование, зачастую чтобы получить от него деньги под благовидным предлогом («для здоровья») или чтобы раскрутить его на лечение несуществующего заболевания, если не сказать, что некоторые воспринимают **сдачу «всех анализов» в качестве атрибута так называемого здорового образа жизни (ЗОЖ)**. Самое неприятное, что здесь **для врача нет никакой реальной клинической зацепки**, хотя если постараться, то у молодого человека

на свою беду, не на том суку – **я не считаю такого стрелка классным охотником**. Охотник, который просто стреляет в небо и случайно попадает в пролетавшую утку, никогда не сделает точный выстрел, когда это реально понадобится, а **врач, который сводит диагностический процесс к сумбурному назначению кучи анализов на всякий случай, никогда не решит реальной клинической проблемы**. Там, где тонна анализов «на всякий случай», там же чаще всего и бурная деятельность по пропаганде ЗОЖ в соцсетях, там же реклама и прибыль с продажи биодобавок, не говоря уже про «интегральную медицину» и «персонализированный подход».

На одно диагностированное заболевание, которое чаще всего не привело бы к фатальным последствиям, если бы было выявлено на несколько более явной стадии немного позже, приходится сотни, а порой тысячи несуществующих диагнозов, которые в случае развития событий по нашему второму сценарию могут привести к смерти пациента от совершенно другого заболевания.



К сожалению, **проблема скрининга**, а лучше сказать целевого скрининга, в клинической медицине **большинству российских врачей незнакома**, и, что наиболее прискормно, они сами не испытывают в этом знакомстве особого смысла для себя. Большинству все представляется просто и ясно: **чем больше исследований, тем лучше, особенно за чужой (или государственный) счет**. Если где-нибудь начинаешь выступление с обсуждения проблемы скрининга, то большинство волнует только один вопрос: кто будет за него платить? Проблема **медицинского смысла** массовых исследований вообще не обсуждается, потому что в нашем обществе почти все, неважно, имеет человек отношение к медицине или нет, считают это за благо! Вспомните, что я писал в начале о соответствии импортированных нами западных технологий, продуктов западной науки уровню развития того общества,

**НА ЗАПАДЕ ПОНИМАЮТ,
ЧТО СКРИНИНГОМ
МОЖНО СТОЛЬ ЖЕ
ЛЕГКО НАВРЕДИТЬ,
СКОЛЬ И РЕАЛЬНО
ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ**

которое начинает их использовать. Я не планирую заменить этой статьей все то, что написано медицинской наукой о скрининге и остается пока так мало востребованным, скажу лишь, что это очень тонкая, противоречивая и обоюдоострая штука. В западных странах к нему относятся очень настороженно благодаря пониманию того, что скринингом можно столь же легко навредить, сколь и реально помочь пациенту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здесь хочется написать что-то из серии «выводы делайте сами». Или, как писал В. С. Высоцкий в ответ на вопрос о том, что он имел в виду: «Ну, что я имел в виду, то и написал...» Но, как показывает опыт, сами читатели из одной и той же фразы могут сделать весьма своеобразные выводы, порой диаметрально противоположные. Помню, как после одной из лекций, меня спросил один доктор: **«Так что, даже если у пациента есть симптомы, мне его для скрининга**

не надо обследовать?» Этот вопрос не укрепил во мне ощущения, что в жизни я занимаюсь чем-то полезным, равно как и вообще не укрепил веру в человечество и его прогресс...

Чем хотелось бы закончить, как бы это банально ни звучало.

В настоящее время в нашем здравоохранении сложилась очень сложная ситуация, которая заключается в рассогласовании уровня технических достижений, полностью импортируемых из западных стран, с профессиональным уровнем специалистов, которые занимаются интерпретацией результатов. Количественный и, самое главное, качественный дефицит врачебных кадров соседствует с неэффективным использованием средств, выделяемых на диагностику заболеваний. В этой ситуации большая часть лабораторных и инструментальных исследований делается без достаточных показаний. Ограничения и ужесточение контроля в проведении этих исследований в условиях дефицита врачей приводит к тому, что столь же необоснованные обследования населения **сначала смещаются в частный сектор, но в итоге оборачиваются тяжелым бременем для всей системы**. Все это и определяет очень низкую эффективность здравоохранения, когда номинальное наличие у нас самых последних технических достижений сопровождается самым высоким в мире показателям смертности от целого ряда заболеваний.

Единственным долгосрочным решением, лично мне, представляется реформирование врачебного образования, суть которого видится в его гуманизации, отказе от широкого использования таких массовых образовательных технологий, как дистанционное обучение и тестирование. Ключевым вопросом является максимальное увеличение клинического компонента обучения, что возможно только при условии уменьшения размера студенческих групп до 6–10 человек. Наряду с этим мне представляется целесообразным возврат к субординатуре на последнем году обучения за счет отказа от многочисленных предметов, не имеющих отношения к реальной клинической медицине.

Обывательское представление о том, что проблемы клинической медицины могут быть решены путем **замещения врачебной работы неким «искусственным интеллектом»**, массовыми обследованиями населения, пропагандой самообследования, максимальным расширением объема и числа скринингов, может иметь и уже имеет весьма печальные последствия с точки зрения реальной охраны здоровья.