

Г.Б. Федосеев*, В.И. Трофимов, К.Н. Крякунов

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», кафедра госпитальной терапии, Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Как и всё в нашей жизни, внутренняя медицина меняется, совершенствуется, усложняется, перед ней открываются впечатляющие перспективы, но эта положительная динамика неизбежно сопровождается появлением проблем, которые отрицательно сказываются на эффективности диагностики и лечения и подчас ведут к ятрогенным событиям.

Знание этих проблем и стремление ограничить их отрицательное влияние на эффективность терапевтической помощи — необходимое условие успешности диагностики и лечения больных. К проблемам современной внутренней медицины относят:

1. Типичный для современного терапевтического больного полиморбизм, усложнение течения болезней, широкое распространение так называемых «проблемных» больных.
2. Лавинообразное нарастание объёма инструментальных и лабораторных исследований, которые подчас имеют неоднозначную трактовку, сопровождаются артефактами и ятроенией. Это называют «инструментальной и лабораторной агрессией».
3. Обилие и неуклонное нарастание числа фармакологических препаратов, что сопровождается полифармацией, трудностями выбора индивидуализированной терапии и ятрогений. Это получило название «лекарственной агрессии».
4. Накопление знаний в области диагностики и лечения неизбежно сопровождается увеличением объёма необходимой информации, что получило название «информационной агрессии».
5. Накопление знаний в области клиники, диагностики и лечения повлекло создание узких врачебных специальностей, в которых подчас утрачивается связь с организменными проявлениями болезни.

Всё это в совокупности ведёт к утрате стиля отечественного клиницизма, индивидуализации диагностики и лечения, чему способствуют различные стандарты, медико-экономические обоснования и дру-

гие регламентирующие диагностику и лечение директивные документы.

Относительно трудностей диагностики заболеваний и их лечения у «проблемных» больных с сочетанной патологией стоит отметить:

1. Клиническая картина у «проблемных» больных характеризуется полисимптоматикой, в которой сочетаются «болезни тела» с «болезнями души» и нарушениями поведения на фоне различных злоупотреблений.
2. Стираются и извращаются клинические, лабораторные и инструментальные признаки заболевания, что затрудняет диагностику и проведение дифференциальной диагностики.
3. Трудности лекарственной терапии из-за сложностей верификации основного диагноза и возможной взаимной противопоказанности лекарств при наличии сочетанной патологии.
4. Такие больные лечатся у многих «узких» специалистов без должного положительного результата, что приводит к полифармации и негативному отношению к лечению.
5. Формируется «порочный круг»: недостаточно эффективная нозологическая диагностика без выделения ведущего на данный момент заболевания → лечат все болезни сразу → полифармация → «лекарственная болезнь» → ухудшение состояния → новые лекарства и т.д. Это наиболее яркий вариант ятрогении, который может закончиться летальным исходом.
6. Создаются различные «легенды» о характере и развитии болезни, в которых может присутствовать как аггравация, так и диссимуляция.
7. Формируются всё новые «порочные круги», утрачивается вера больного в возможность успешного лечения, больной становится всё более «проблемным». По данным различных авторов, в условиях по-

* Контакты. E-mail: fedoseevsp@mail.ru. Телефон: (812) 436-39-45

ликлиники такие больные составляют 50–60%, а в стационаре — 70–80% общего числа больных.

Большое число коморбидных больных, характеризующихся трудностями постановки диагноза и выбора адекватной терапии, увеличение знаний по этиологии и патогенезу заболеваний сопровождается ростом перечня лабораторных и инструментальных исследований, что, несомненно, положительно сказывается на диагностике и в конечном итоге на лечении больных.

Однако, к сожалению, по мере роста техницизма, формирования «лабораторной и инструментальной агрессии» сбывается предсказание С.П. Боткина, который предупреждал, что с увеличением точности и информативности лабораторных и инструментальных исследований будет уменьшаться значение врачебного искусства.

И.В. Давыдовский утверждал, что за лабораторные и инструментальные методы исследования клиника заплатила утратой чисто клинического искусства. И.А. Кассирский писал (1970): «...некоторые из инструменталистов-кардиологов диагноз сердечного приступа начинают от плёнки к больному, а не наоборот». По мнению Е.Е. Гогиной (1990), «...технизм медицины имеет следствием вытеснение не столь надёжных и объективизированных, но незаменимых особенно при первичном осмотре больного клинических методов обследования, таких как перкуссия и пальпация, отчасти аускультация».

«Лекарственная агрессия», лекарственный бум создают большие проблемы для диагностики и лечения. В мире ежегодно продаётся лекарств более чем на 100 млрд долл., потребляется более 3 млн тонн лекарств. Производство лекарств во всех развитых странах прибыльно. В РФ в 2003 г. было зарегистрировано 17102 лекарственных препарата, а в 2011 г. — более 20 тыс.

Признавая несомненную пользу и успехи фармакотерапии, нельзя не отметить отрицательное действие полипрагмазии, её ятрогенный эффект.

Приводим сведения о распространённости и последствиях лекарственной ятрогении по обобщённым литературным данным:

- Осложнения фармакотерапии отмечены у 16–19% больных.
- Неблагоприятные последствия лекарственной терапии наблюдаются у 16% больных многопрофильных стационаров.
- Установлено, что лекарственная ятрогения более чем в 50% случаев наносит стойкий ущерб здоровью больного, в 25% случаев значительно увеличивает сроки госпитализации, причём у 60% больных этих ятрогенных осложнений можно было избежать.

- Не вызывает сомнения большая распространённость полифармазии и побочных эффектов лекарств.
- В среднем при каждом пребывании в больнице больной получает 10 разных препаратов.
- Если больной принимает меньше 6 препаратов, вероятность побочных эффектов равна примерно 5%, если больше 15 препаратов — свыше 40%. Для амбулаторных больных эта цифра составляет около 20%.
- Применение определённых лекарственных средств во время беременности и родов может отрицательно повлиять на плод и новорождённого.
- У 10% пожилых больных по меньшей мере 1 раз в год возникают побочные эффекты лекарств.
- Всегда нужно помнить, что новые жалобы и симптомы могут быть обусловлены побочными эффектами лекарственных средств.
- Полифармазия является одной из главных причин ятрогении.

Проводя лекарственную терапию, нужно помнить слова профессора Б.Е. Вотчала: «Лечить лекарствами нужно только тогда, когда нельзя не лечить».

В.Н. Виноградов любил повторять: «Никогда лекарство не должно быть горше болезни», т.е. нужно всегда помнить о возможностях лекарственной ятрогении.

Е.М. Тареев (1976) предложил термин «лекарственная болезнь» и разработал представление об этой болезни: «Невозможно закрывать глаза на реальность опасности отрицательного действия лекарств, вреда от лекарств как обычного патогена, особенно на возможность вызывания лекарственной самостоятельной болезни — нозологической формы, возникающей вновь».

Наличие на фармацевтическом рынке огромного списка лекарственных препаратов, постоянное обновление и расширение этого списка, необходимость знания показаний, правил приёма и возможности сочетания при лечении нескольких препаратов формирует такой массив информации, освоить который практически невозможно.

Что касается «информационной агрессии», отметим, что в настоящее время в мире выпускается ~ 100 тыс. медико-биологических журналов. За один 2008 г. в них опубликовано ~ 1 млн статей, причём рост новой информации происходит медленнее, чем рост информации в целом: что-то новое можно найти только в 15 из 4000 статей. Избыток информации затрудняет специалисту поиск необходимых ему сведений. Это касается не только научных исследователей, но и врачей-практиков. Сведения, которые можно получить через Интернет, к сожалению, не всегда соответствуют современному уровню знаний и не всегда доступны для пользователя.

Специализация — естественный и неизбежный процесс, осуществляемый в практической медицине, но не доводимый до абсурда (по Ф.М. Достоевскому — «специалисты по правому и по левому уху»). Специалист хорошо знает свою область и хорошо лечит, если диагноз устанавливается несомненно, например, муковисцидоз, хронический миелолейкоз и др.

И.В. Давыдовский писал, что при анализе сложных клинических состояний, которые обычно являются предметом консультаций специалистов, каждый специалист склонен видеть в исследуемом что-то ему наиболее близкое, и в результате консилиума рождается не диагноз, а сумма разных мнений. По мнению Е.И. Чазова, специализация в медицине напоминает двуликого Януса, таящего в себе опасность деградации диагностического мышления.

В проблеме специализации в медицине, как и во всём другом, успех диагностики и лечения в значительной степени зависит от компетентности лечащего врача, который, основываясь на принципах отечественного клиницизма, должен сформировать из имеющихся данных и мнений представление о больном и клинический диагноз.

Перечисленные выше проблемы приводят к утрате навыков и приёмов, которые в совокупности могут быть названы клиническим мышлением, суть которого состоит в том, чтобы на первом этапе общения с больным врач, используя полученные при общении с больным сведения, свои знания и опыт, строит представление о больном и ставит первичный клинический диагноз, а на втором этапе — проводит необходимые уточняющие исследования и начинает лечение.

Корифеи отечественной терапии М.Я. Мудров, С.П. Боткин, В.Х. Василенко, Е.М. Тареев, М.В. Черноруцкий, А.Л. Мясников, Г.Ф. Ланг, И.А. Кассирский и многие другие в совершенстве владели методом клинического мышления.

Наглядным образцом клинического мышления служит описание профессорского разбора, сделанное В.В. Вересаевым: после обследования больного «...профессор приступил к выводам. Он шёл к ним медленно, как слепой, идущий по горной обрывистой тропинке; ни одного самого мелкого признака не оставил он без строгого и внимательного обсуждения. Чтобы объяснить какой-либо ничтожный симптом, на который я и внимания не обратил, он ставил вверх дном весь огромный арсенал анатомии, физиологии и патологии. Он сам шёл навстречу всем противоречиям и неясностям и отходил от них, лишь добившись полного их объяснения. Спутанная и неясная картина, в которой, по-моему, невозможно было разобраться, стала совершенно ясной и понятной. И это было сделано на основании таких ничтожных данных, что смешно было и подумать».

По мнению одного из ведущих интернистов прошлого века Р. Хегглина (1965), диагноз ставится только по одному анамнезу у 50%, по анамнезу и объективным данным — у 30%, по анамнезу, объективным, лабораторным и инструментальным данным — у 20% больных. По мнению других авторов, эти показатели составляют 38, 46 и 16%.

У. Ослер советовал: «Прислушайтесь к больному — он сообщит вам диагноз». По поводу снижения уровня врачебного мастерства А.В. Струтынский (2004) писал следующее: «Как это ни парадоксально, в наши дни, когда необычайно расширился арсенал дополнительных высокоинформативных лабораторных и инструментальных методов исследования, всё острее чувствуется дефицит высокопрофессиональных вдумчивых врачей-практиков, которым больной без опасений мог бы доверить свою жизнь и здоровье».

В связи с клиническим мышлением, клиницизмом, стремлением формировать представление о больном и проводить персонализированную, наиболее эффективную терапию, возникает вопрос о вводимых повсеместно стандартах, нормативах и прочих регламентирующих работу врача документах. О каких стандартах может идти речь, если следовать принципу, провозглашённому М.Я. Мудровым: «Лечить нужно не болезнь, а больного».

По мнению И.А. Кассирского (1970), «...если в технике стандарт — это норма, то в клинике, патологии стандарт — аномалия». Ещё категоричнее высказывался Г.Ф. Ланг: «Схемы нужны только плохим врачам!» Учитывая «многоликость» внутренней патологии и коморбизм современного больного, нельзя не согласиться с мнением корифеев отечественной терапии.

Вместе с тем, большое число лабораторных и инструментальных исследований и лекарственных препаратов, а также требования страховых компаний формируют необходимость создания стандартов, которые должны ориентировать врача на оптимальный перечень обследований и лекарственных препаратов при данном заболевании. При этом очевидна возможность серьёзных ошибок, если не будут учитываться особенности течения болезни у данного больного.

По нашему мнению, нужно руководствоваться следующим принципом: лечить болезнь у конкретного больного, т.е. следуя стандартам лечения данного заболевания, учитывать особенности патологии у данного конкретного больного. Успешность принятия решений по обследованию и лечению больного зависит от уровня клинической подготовки врача.

Несомненной истиной всегда было и остаётся в настоящее время представление о том, что успех лече-

ния зависит от правильного и своевременно поставленного диагноза.

В условиях полиморбизма необходимо выделение основного на данное время заболевания, на купировании которого необходимо сосредоточить основные усилия лекарственной терапии, а всё остальное лечить с максимальным использованием немедикаментозных методов.

Любая диагностика начинается с выявления у больного наиболее достоверных и информативных симптомов и синдромов. После того как установлен наиболее достоверный и информативный симптом или синдром, происходит отбор нозологических форм, при которых данный синдром имеет место, и производится сравнение имеющихся у больного признаков болезни с теми признаками, которые бывают при болезнях с имеющимся у больного синдромом.

Эта процедура может производиться несколько раз с разными выявленными у больного синдромами или симптомами и называется «перекрёстный дифференциальный диагноз». Для успешности выполнения этой процедуры необходимы два условия:

1. нужно уметь выявлять у больного симптом или синдром и оценивать их достоверность и информативность;

2. нужно знать, какие болезни сопровождаются данным синдромом, и уметь сопоставлять то, что имеется у больного, с признаками болезни, при которой бывает данный синдром.

Знание симптомов и синдромов, умение находить их у больного приобретается в процессе постоянной клинической практики.

Если у врача действительно имеется желание ставить верный диагноз и лечить с использованием современных диагностических и лечебных методов, преодолев проблемы полиморбизма, лабораторной и инструментальной, лекарственной и информационной «агрессии», сохранив при этом традиции отечественного клиницизма, ему нужно владеть колоссальным объёмом знаний и опытом клинической работы, который приобретается повседневной врачебной практикой и непрерывным процессом совершенствования знаний.

A

Список литературы

1. Вересаев В.В. Записки врача. Полное собрание сочинений в 4 томах. М., 1985. 1 том.
2. Кассирский И.А. О врачевании. М, 1970.
3. Тареев Е.М. Речь на IV съезде терапевтов СССР, 1976.
4. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М., 1965.

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

В этом году исполняется три года с момента основания журнала «Архивъ внутренней медицины», являющегося официальным изданием Российского научного медицинского общества терапевтов. Мы благодарим вас за то, что всё это время вы были с нами, за ваше доброе отношение и советы. Особое спасибо всем тем, кто счёл возможным принять непосредственное участие в создании журнала и предоставить статьи для публикации!

За три года в журнале многое изменилось: появились новые рубрики, новые темы, новые проекты. Уверены, многое изменилось и у вас, наши уважаемых друзья. Поэтому мы решили обновить базу подписчиков.

Если вы и в будущем хотите получать журнал «Архивъ внутренней медицины», просим вас отправить на электронные адреса редакции: info@medarhive.ru, editor@medarhive.ru, coeditor@medarhive.ru составленное в свободной форме письмо, в котором необходимо указать:

- ФИО подписчика;
- точный почтовый адрес, включая индекс;
- контактный телефон;
- место работы;
- специальность.

Если же по каким-либо причинам вы решите отказаться от подписки на журнал, просим вас отправить на указанные адреса соответствующее уведомление с указанием ФИО и адреса.

NB! Обращаем ваше внимание на то, что, как и прежде, подписка на журнал «Архивъ внутренней медицины» бесплатна и бессрочна!

