МОЖЕТ ЛИ ВРАЧ ОПРЕДЕЛИТЬ, БОЛЕН ЧЕЛОВЕК ИЛИ ЗДОРОВ?

И. Самородская, доктор медицинских наук, профессор
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва
E-mail: samor2000@yandex.ru

На текущем этапе развития медицинской науки множество переходных состояний между «здоровьем» и «болезнью», нормой и патологией оценивать только как норму или только как патологию – ошибочно.

Ключевые слова: здоровье, болезнь, диагностика.

Процесс разграничения здоровья и болезни, нормы и патологии по-прежнему остается одним из самых сложных и спорных вопросов в практической работе врача. Вокруг терминов «здоровье» и «болезнь» продолжаются споры и научные дискуссии.

В 1946 г. Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) определил здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или других дефектов». В 1977 г. ВОЗ расширила определение здоровья, дополнив его понятием «социальная и экономическая продуктивность индивида», и поставила задачу достижения к 2000 г. «состояния здоровья населения всего мира, при котором народы смогут вести продуктивную в социальном и экономическом смысле жизнь». Другого определения ВОЗ пока не представила.

Для практического врача такое определение ВОЗ является абстрактным, когда здоровье человека представляется недостижимым идеалом, скорее, исключением, чем правилом. Кроме того, на основании такой понятийной терминологии врач не сможет определить, здоров человек или болен. Медицинское образование предусматривает обучение методам и навыкам распознавания болезней, методам их лечения, но не предусматривает обучения методам оценки духовного и социального благополучия человека. Получается, что сделать вывод о наличии здоровья у человека может только мультидисциплинарная команда, включающая врачей нескольких специальностей, психологов (личностных и социальных), социологов, экономистов, и, возможно, ряда других специалистов.

Не менее абстрактным, чем здоровье, является и понятие «болезнь». Академик Ю.П. Лисицин (1998) сгруппировал существующие понятия о болезни следующим образом.

1. Биологический подход: болезнь – это «поломка» организма, нарушение адаптации, целостности организма.
2. Кибернетический (управленческий) подход: болезнь – это нарушение механизма управления и регуляции функций организма, расстройство алгоритма жизнедеятельности.
3. Энергетический подход: болезнь – это нарушение или неадекватное расходование энергетических ресурсов организма.

4. Социологический подход: болезнь – это нарушение свободы человеческой жизни, психологический или психосоматический срыв, нарушение условий, образа, стиля жизни.

На бытовом уровне здоровье воспринимается как отсутствие болезни, страданий, ограничений жизнедеятельности, трудоспособности. В 2015 г. в журнале Public Health опубликован интересный метаанализ 43 исследований, выполненных за последние 40 лет среди сельских жителей США, Австралии, Канады, оценивающих понятие «здоровье». Авторы пришли к выводу, что определения, представленные в исследованиях, значительно варьировали, наиболее часто упоминаемыми и значимыми характеристиками понятия «здоровье» с точки зрения сельских жителей были: способность работать, возможность поддерживать социальные контакты, функциональная независимость.

В исследовании, выполненном на базе ГНИЦ ПМ (2015), понятие «болезнь» чаще сводилось к эмоциональному восприятию пациентов: «беда, это отвратительно, катастрофа, плохо, трагедия, несчастье; немощность; уныние; тревога». Значительное число мужчин трактовали его как «угнетенное состояние; неприятное состояние; потеря духа; когда жить не хочется; состояние, которое вызывает отрицательные эмоции». Женщины, в отличие от мужчин, большее внимание обращали на физические страдания – «боль; боль в груди; плохое самочувствие; слабость, дискомфорт». Из всех обследованных пациентов только 2 мужчин охарактеризовали понятие «болезнь» как «отклонение от нормальной работы организма; отклонение от нормы».

Итак, с учетом абстрактности понятий «здоровье» и «болезнь» врач (любой специальности) может лишь высказать мнение, есть ли у человека та или иная болезнь, но не определить, здоров человек или болен. Но даже если отстраниться от сложных для практического использования в клинической медицине абстрактных понятий, правомерно ли говорить, что сегодня врач может точно определить наличие болезни у человека? И какие состояния следует считать болезнью? При классических проявлениях известных на сегодня болезней диагностировать заболевание нетрудно. Однако часто врач встречается с трудноуловимыми отклонениями, случайными находками в анатомической структуре органа или нарушениями его функции, выявление которых стало возможным благодаря значительному прогрессу медицинской науки и техники. Довольно часто по клиническим или инструментальным данным очень сложно провести четкую грань между болезнью и ее отсутствием, между нормой (что считать нормой?) и патологией (что считать патологией?).

Примеры:

- *расценивать ли как патологию минимальные изменения в лабораторных анализах: что это – начало болезни, случайное отклонение от нормы, индивидуальная особенность?*
- *является ли свидетельством болезни превышение среднестатистических (для определенной выборки людей) размеров органа (например, полостей сердца при эхокардиографии), если пациент «крупных размеров»?*
- *являются ли патологией обнаруживаемые при УЗИ бессимптомные камни в почках, кисты в печени, а дополнительные трабекулы, пролапс митрального клапана с минимальной регургитацией, открытое овальное окно – врожденным пороком сердца?*
- *всегда ли экстрасистолы, которые хотя бы эпизодически регистрируются почти у 100% населения, – патология?*

Почему же в одних случаях это норма, а в других – патология? Где та грань, которая позволяет отличить норму от патологии? Не во всех случаях выявленные при инструментальном и лабораторном исследовании изменения связаны с болезнью (как состоянием нездоровья) или конкретным заболеванием.

Пример:

При выполнении магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с болями в спине выявлялись грыжи межпозвонковых дисков. Это вызывало естественное желание врачей объяснить причину болей обнаруженными изменениями. Но у 2/3 из 98 добровольцев при МРТ (у врачей не было информации о пациентах) также были выявлены выпячивания дисков. Вывод автора (Jensen M., 1994): сочетание боли в области спины с грыжей межпозвонковых дисков, возможно, чисто случайное явление.

Иногда выявляемые при инструментальных или лабораторных методах исследования необычные «особенности» начинают расцениваться врачами как болезнь лишь спустя определенный период, при наблюдении группы людей с такими характеристиками, в результате выявления в последующем повышенного риска неблагоприятных событий среди лиц с указанными особенностями.

Пример:

Синдром удлиненного интервала QT на ЭКГ впервые был описан в 1957 г. (т.е. спустя почти полвека после измерения на ЭКГ размера зубцов и интервалов для диагностики сердечных заболеваний) – после того, как в Норвегии в семье глухонемых детей, которые страдали обмороками, внезапно умерли 3 ребенка в возрасте в 4, 5 и 9 лет, и при вскрытии патологии не было выявлено.

Избыточную массу тела, гиперхолестеринемию стали расценивать как патологическое состояние (с включением в МКБ) лишь после когортных исследований, в которых была установлена более высокая частота развития сердечно-сосудистых заболеваний у обследованных с данными признаками, чем без таковых.

Такие находки еще больше размыли грань между понятиями нормы и патологии, здоровьем и нездоровьем. Так, часто при клиническом осмотре, за исключением случайно выявленной находки при диагностических исследованиях, людей может ничто не беспокоить (или они обратились за медицинской помощью в связи с совершенно другими проблемами), в дальнейшем клинические проявления тоже развивались не у всех или можно было как установить связь выявленных находок с развитием клинических симптомов болезни и даже смерти, так и не обнаружить определенных клинических симптомов болезни в последующем. Часть случайно выявленных «особенностей» (признаков) стали относить к безопасным индивидуальным особенностям развития, другие – к факторам риска болезни, а третьи стали называть заболеванием. Например, АД в пределах 140/95 мм рт. ст. еще 30 лет назад не считалось патологией, а сегодня это – критерий артериальной гипертензии (АГ), которая в литературе может именоваться заболеванием, а может – фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и (или) сердечно-сосудистых событий (заболевания и случаи смерти от сердечно-сосудистых заболеваний).

Специалисты в области доказательной медицины (Флетчер Р., 1998) предложили использовать 3 критерия для разграничения нормы и патологии:

- состояние должно быть необычным;
- должно проявляться болезнью или изменением самочувствия пациента;
- улучшаться при лечении.

С точки зрения клиницистов, это определение не лишено недостатков. Во-первых, далеко не все состояния, которые сегодня считаются болезнью, являются редкими или необычными (согласно данным ВОЗ, распространенность АГ среди взрослого населения Латвии составляет 44%, в Эстонии – 39%, Болгарии – 35%, Польше – 36%, Венгрии – 36%). Во-вторых, ряд патологических состояний, с точки зрения современной медицины, выявляют случайно, т.е. не все пациенты с наличием определенных болезней ощущают их как болезнь или могут даже не подозревать об их существовании (бессимптомные камни желчного пузыря, кисты различных органов, умеренное повышение АД, глюкозы крови, бессимптомные дегенеративные изменения костно-суставной системы или гемодинамически незначимые атеросклеротические поражения сосудистого артериального русла). И в-третьих, далеко не при всех болезнях на фоне лечения отмечается улучшение состояния пациента (например, при бессимптомных формах атеросклероза пациента всю жизнь может ничего не беспокоить или он может умереть от рака, а не от проявлений атеросклероза, и поэтому любое лечение не может улучшить его состояние).

При многих состояниях (включая перечисленные) болезнь ничем не проявляется долгие годы и только при длительном наблюдении у части пациентов (мы до сих пор не знаем, почему не у всех) развиваются ухудшающие качество жизни или жизнеугрожающие состояния. И лечение, направленное на профилактику таких состояний, далеко не у всех изменяет прогноз.

Отличительной особенностью традиционного подхода к диагностике болезни является отсутствие в медицинской документации (при обсуждении вопросов нормы/патологии, здоровья/болезни) «промежуточных» состояний – которые на момент обследования нельзя с уверенностью отнести к патологии в целом и к определенной – в частности. Стандартный прием, используемый врачами для определения здоровья и болезни, разграничения нормы и патологии, состоит в том, что на основании имеющихся сегодня знаний, опыта, методов оценки состояния здоровья и выявления болезни (а в части случаев – произвольно) определенные значения признака или их набора относят к норме, а другие – к патологии. Однако имеющиеся знания не всегда позволяют точно определить то или иное состояние пациента. Далее представлена вероятностная классификация инфаркта миокарда (ИМ), наглядно демонстрирующая отсутствие возможности при всем современном диагностическом арсенале средств однозначного решения: есть ли у пациента болезнь (в данном примере – ИМ).

Пример (источник: Circulation, 2003. Сразу заметим, что уже более 13 лет данный документ не пересматривался).

A. Определенный ИМ:

1) динамика диагностически значимых изменений на ЭКГ, или

2) диагностически значимые изменения биомаркеров некроза миокарда.

B. Вероятный ИМ:

1) характерные изменения на ЭКГ в сочетании с клиническими симптомами в случае невыполнения измерения уровня биомаркеров некроза миокарда, или

2) характерные изменения на ЭКГ при сомнительных изменениях уровня биомаркера некроза миокарда.

C. Возможный ИМ:

1) сомнительные изменения биомаркеров некроза миокарда в сочетании с неспецифичными изменениями ЭКГ, или

2) сомнительные изменения биомаркеров некроза миокарда при наличии клинических симптомов, или

3) характерные изменения на ЭКГ в случаях, когда определение уровня биомаркеров не выполнялось.

D. Нераспознанный ИМ:

1) определение у пациента с отсутствием признаков острой патологии нового диагностически значимого Q с депрессией ST-T (или без таковой) или без подъема сегмента ST.

E. События, связанные с выполнением медицинских вмешательств:

1) кардинальные события, развившиеся в течение 28 сут после медицинской процедуры, в том числе после вмешательств, относящихся к общей хирургии, при наличии критериев определенного, вероятного или возможного ИМ, описанного в пунктах 1A–1C;

2) такие события могут учитываться самостоятельно (как связанные с выполнением медицинского вмешательства) или включаться в общий учетный перечень соответствующих событий;

3) если кардиальное событие развилось в результате процедур реваскуляризации миокарда по поводу острой ишемии, в том числе ангиопластики, коронарного шунтирования, такой случай должен классифицироваться как описано в пунктах 1A–1C, и не должен интерпретироваться как связанный с выполнением медицинского вмешательства.

Далее авторами так же детально излагаются критерии таких понятий, как значимые и сомнительные изменения ЭКГ, биомаркеров, симптомов.

Такой вероятностный подход к диагностике болезни пока сложен для понимания и не очень удобен, хотя при учете степени вероятности возможна более объективная картина, позволяющая судить о состоянии пациента. Сложно представить, чтобы в графе «диагноз» в истории болезни пациента или при выписке из стационара была запись: «вероятность болезни 56 или 25%». Часто клиницистам не удается договориться о критериях диагностики заболевания и оценки симптомов, т.е. врачи по-разному оценивают вероятность наличия заболевания, и тогда один врач считает, что пациент болен, а другой – что человек здоров.

Пример. Для оценки согласованности мнения специалистов в интерпретации коронарографии случайным образом было отобрано 308 коронароангиограмм пациентов, которым в 4 крупнейших клиниках США выполнена реваскуляризация миокарда (Leape L., 2000). В исследовании участвовали 4 эксперта, которые в от-

дельных помещениях описывали каждую из отобранных коронароангиограмм. Расхождения во мнениях о наличии или отсутствии 50% стеноза (критерий гемодинамически значимого поражения артерии в данном исследовании) отмечены в 15% случаев при поражении ствола левой коронарной артерии и в 65% случаев – при поражении ее передней нисходящей ветви. Исследователи пришли к выводу, что для принятия клинических решений необходимо согласованное мнение 2–3 специалистов.

Согласно результатам исследования Breast Pathology Study (Elmore J., 2016), при рассмотрении 240 случаев биопсии молочной железы консенсус из 3 экспертов-патологоанатомов только в 75% случаев пришел к полному согласию в отношении гистологического диагноза. Это исследование включало наиболее сложные для дифференциальной диагностики случаи – атипию и протоковую карциному in situ, на которые приходится соответственно 3,9 и 6,1% случаев биопсии.

Расхождение мнений специалистов – серьезная проблема, а иногда повод для конфликтов как между врачами, так и между врачами и пациентами. В случае расхождения мнений врачей или при встрече со спорным (промежуточным) наблюдением, целесообразно принимать решение на основе консенсуса мнений.

Так, профессор P. Carney и соавт. (Cancer Prevention, Control and Population Studies in the OHSU Knight Cancer Institute) пришли к выводу, что метод маммографии не идеален для диагностики рака молочной железы и в случаях, когда врач или пациентка сомневаются в результатах исследования, целесообразно дополнительно проанализировать записи другому врачу. Такие выводы основаны на исследовании, оценивающем интерпретацию маммографии врачами специализированной клиники, занимающимися описанием ее результатов ≥75% рабочего времени (http://www.ohsu.edu/xd/about/news_events/news/2010/2010-04-22-physicians-who-inte.cfm).

Таким образом, врач сегодня не в состоянии сказать, болен человек или здоров. С большей или меньшей долей вероятности, используя весь арсенал современных технологий, знаний и опыта, он может диагностировать определенные заболевания.

Но множество переходных состояний между «здоровьем» и «болезнью», нормой и патологией на текущем этапе развития медицинской науки расценивать только как норму или только как патологию ошибочно. Случаи, когда какое-либо состояние (особенность организма) еще нельзя назвать заболеванием, но существует вероятность того, что в дальнейшем это состояние приведет к развитию болезни, стали называть факторами риска.

Диагностика заболеваний сегодня во многом основана на технологических достижениях в медицине – множестве лабораторных и инструментальных диагностических методов исследования. Пациент сдает анализ, ему выполняют УЗИ или МРТ – и диагноз ясен? Так ли это и насколько точны используемые диагностические методы?

CAN A DOCTOR DETERMINE WHETHER A PERSON IS SICK OR HEALTHY?

*Professor **I. Samorodskaya**, MD*
National Research Center for Preventive Medicine, Moscow

At the current developmental stage of medical science, many transient states between health and disease states are wrongly evaluated only as normal or pathological conditions.

Key words: health, disease, diagnosis.