

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ

Необходимо своевременно предотвратить обезчеловечивание медицины.

Собирание анамнеза заболевания, как и осмотр пациента, относится к древнейшему способу диагностики в медицине и, добавим, самому человеческому.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД

Расспросу больного всегда учили и пока продолжают учить будущих врачей. У корифеев медицины прошлого выяснение истории болезни по рассказу ее носителя являлось высоким искусством, восхищавшим точностью диагноза.

Во 2-й половине XIX в. появляются научные и технические помощники в распознавании патологии (здесь я имею в виду заболевания головного и спинного мозга). Были изучены мозговое представительство нервных путей и центров и топическое значение их повреждений в клинике. Затем были открыты рентгеновские лучи, быстро адаптированные для диагностики, — краниография и спондилография.

Однако эти возможности объективизации диагноза несколько не умаляют роль анамнеза в распознавании болезни.

В первой трети XX в. впервые появляются инвазивные методы визуализации состояния центральной нервной системы, например, такие как пневмоэнцефалография и вентрикулография. Но они болезненны, кровавы, опасны, так как чреваты серьезными осложнениями. Прежде чем решиться на их применение, врач должен иметь концепцию диагноза и тщательно взвесить все «за» и «против» контрастных инвазивных методик нейродиагностики.

И здесь опять же необходимо предварительно собрать и изучить анамнез заболевания.

Но вот благодаря научно-технологическому прогрессу появляются неинвазивные методы прямой нейровизуализации головного и спинного мозга, к которым, наконец, не применим принцип *non nocere*. Одна за другой в неврологию и нейрохирургию внедряются томографии: компьютерная рентгеновская, магнитно-резонансная, ультразвуковая, позитронно-эмиссионная...

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СВОБОДА

Врач, не прибегая к расспросу пациента, обрел широчайшие возможности первичного диагноза.

Теперь, казалось бы, необязательные анамнез болезни, а с ним и общение с пациентом стали выходить из врачебного круга. Зачем тратить время на изнурительную беседу с больным, когда в считанные минуты и, главное, не принося никакого вреда, можно с исчерпывающей точностью распознать патологию, ее характер, топик, объем и многие другие признаки, столь важные для хирургического вмешательства?

Нельзя не подчеркнуть, что методы неинвазивной нейровизуализации нанесли тяжелый удар по естественному течению патологии, резко обрывая ее развитие, и в этом смысле изучение анамнеза могло представляться достаточно бессмысленным.

Более того, резко участились ситуации, где анамнез болезни вообще отсутствует, его попросту нет. Я имею в виду превентивную нейрохирургию — случайное или целенаправленное выявление приобретенной или врожденной патологии ЦНС у нестрадающего человека, т. е. в доклиническую стадию.

Врач получил свободу от пациента и может дистантно иметь всю необходимую информацию о его заболевании и без его участия решать лечебные вопросы.

Нейровизуализация открыла невиданные перспективы прижизненного изучения ЦНС. На основе различных модальностей МРТ созданы новые анатомия, физиология и биохимия мозга. Раскрыт патогенез и саногенез различной патологии ЦНС. Принципиально изменились возможности нейропсихологии и других нейронаук. И все это, как и многое другое, обязано выдающимся достижениям научно-технического прогресса — методикам неинвазивной нейровизуализации.

ПЛОДЫ ПРОСВЕЩЕНИЯ

Однако в пылу очарования нейровизуализацией никто не задумался о ее опасностях. Они проявились спустя годы, когда обрели угрожающий характер для самой сути врачевания.

Возникла проблема вредных последствий дистантизации врача от пациента. И это разобщение прежде всего коснулось искусства собирать анамнез болезни.

При этом забыли, что данная функция имеет еще одно важнейшее значение — установление человеческого контакта с больным и проявление врачебной эмпатии, столь необходимых для успешности лечения.

Легкость картиночного диагноза во многом отучивает доктора от интеллектуального напряжения в его постановке. Возникают просто-таки наркотическая зависимость от высоких технологий и беспомощность при их отсутствии.

Врач теряет навыки неврологического обследования пациента, что необходимо для диагноза и в эру нейровизуализации. Гипоскиллия неизбежно приводит к профессиональной несостоятельности доктора. А в итоге — угроза обезчеловечивания медицины!

ПРИМЕРЫ ПРОШЛОГО И НАСТОЯЩЕГО

Я вспоминаю историю болезни «железного канцлера» Германии конца XIX в. У Бисмарка было слабое сердце, и он часто болел. Лучшие врачи, привлекавшиеся к его лечению, им быстро изгонялись — Бисмарк терпеть не мог их расспросов.

За короткий период он сменил более 100 (!) лечащих врачей — все они его раздражали. Не они лечили канцлера, а он подчинял их своей воле и, может быть, именно потому не уважал.

Когда к нему явился очередной эскулап, доктор Швеннингер, и начал спрашивать «что» и «как», Бисмарк рассвирепел: «У меня нет времени отвечать на ваши дурацкие вопросы», и показал на дверь.

Швеннингер с достоинством ответил: «Тогда лечиться у ветеринара». Бисмарк был поражен. Швеннингер стал его лечащим врачом и около 20 лет успешно пользовал канцлера.

Надо всегда помнить, что мы лечим себе подобных, которые, вне зависимости от картинок, нуждаются в нашем внимании, в нашем разъясняющем и объясняющем слове.

Да, анамнез болезни претерпел изменения, но остается главным знанием пациента о своей болезни. А как он необходим врачу, чтобы определить и понять патологию и уточнить ее затем методами нейровизуализации, а нередко и удивиться неожиданным находкам. И сегодня в царстве томографий порой только анамнез болезни — самый простой и самый удивительный метод — может служить нитью Ариадны, выводящей к точному диагнозу.

Ко мне на консультацию пришел преуспевающий 37-летний бизнесмен могучего телосложения. Предстояло разобраться в очень запутанной ситуации. Год тому назад, казалось без видимых причин, у него возникли шаткая походка, носовой оттенок речи, слабость в правых конечностях. Обратился к врачам. Пока строили догадки, делали всяческие анализы (в том числе КТ, не обнаружившую какой-либо патологии мозга) и одновременно лечили, эти явления почти исчезли. Посчитав себя здоровым, пациент окупился в дела. Но прошло несколько месяцев, и вновь вернулись признаки болезни, к которым прибавилось двоение в глазах. На сей раз врачи крупного волжского города, заподозрив рассеянный склероз, сделали МРТ. Был обнаружен округлый участок измененного сигнала в стволе мозга, который расценили как очаг демиелинизации. Печать диагноза «рассеянный склероз» была поставлена, тем более что для него характерно волнообразное течение. Стволовая симптоматика нарастала, и больного направили в Москву на консультацию к специалистам по этому заболеванию. Они подтвердили диагноз и назначили гормональную терапию. Однако клиническая картина продолжала усугубляться. Критически настроенный пациент пошел по врачам искать истину.

Я обнаружил сонм стволовых симптомов, включая характерный для рассеянного склероза крупноразмашистый нистагм. Топический диагноз — где расположен патологический процесс — не вызывал ни малейшего сомнения. Посмотрел МРТ — в стволе мозга на уровне варолиева моста резко выделялась округлая гиперинтенсивная зона, которая при первом взгляде вполне могла трактоваться как участок демиелинизации. Тогда и нозологический диагноз становился подтвержденным: волнообразность течения болезни, грубая стволовая симптоматика без внутричерепной гипертензии, участок демиелинизации. Что еще надо для диагноза «рассеянный склероз»? И я чуть было не попал под гипноз суждений знатоков этой коварной болезни.

Что же меня насторожило? Дебют болезни в 37 лет. Поздновато, обычно в 16–25 лет. Но бывает и позже. Нарастание симптоматики, несмотря на массивную терапию гормонами надпочечников. Но и так, к сожалению, бывает. Сохранность брюшных рефлексов. Вот этого при развернутой картине заболевания быть не должно. И я начал «копать» анамнез.

— Как заболели? Расскажите подробнее.

— Август, вырвался с семьей на недельку на Волгу. После удачной рыбалки вытаскивал на берег тяжелую лодку. В этот момент испытал ощущение, как будто что-то в голове лопнуло, и в шее сзади возникла боль. А наутро онемела правая рука. Через несколько дней изменился голос. Через 2 месяца все восстановилось, кроме небольшой шаткости походки. А потом вернулось, как раз после встречи Нового года.

Я рискнул предположить, а что если это кровоизлияние из маленькой артериовенозной мальформации? Первый раз под влиянием явной физической перегрузки, второй — после новогоднего перенапряжения. Такое возможно? Возможно. А на МРТ виден не очаг демиелинизации, а хроническая гематома ствола мозга. Тогда понятно, почему «бляшка» рассеянного склероза только одна (обычно очажки демиелинизации множественные), почему «бляшка» такая крупная и четко «круглится», почему сигналы от нее неравномерны. Если я прав, спасительна только операция — удаление гематомы ствола. И в конечном итоге прогноз лучше, чем при хронически текущем с тяжелыми обострениями рассеянном склерозе. А если я не прав (ведь есть по-своему еще более убедительная аргументация у известных специалистов по рассеянному склерозу), то серьезное нейрохирургическое вмешательство только усугубит состояние больного. Вновь и вновь прокручиваю и сопоставляю данные анамнеза, клиники и технических картин. Иду к рентгенологам и нейрохирургам. Получаю поддержку. Сам интеллектуальный больной уцепился за мой диагноз. Хроническая гематома устраивает его больше, чем рассеянный склероз. Его не надо уговаривать — он за операцию. Активная позиция пациента тоже способствует решению.

Нейрохирург Александр Коновалов обнаружил и очень аккуратно удалил хроническую гематому ствола. Больной быстро поправился и, избавленный от страданий, вернулся к прежней полноценной жизни.

Повезло мне с диагнозом, но главное — повезло пациенту. А к разгадке подтолкнул тщательный расспрос, который позволил уцепиться за, казалось, небольшие отклонения от типичной картины рассеянного склероза и в неврологической симптоматике, и на МРТ.

ЧТО ДЕЛАТЬ

Методы нейровизуализации — великое благо и для врачей, и для пациентов. Надо всячески содействовать их дальнейшему развитию и внедрению в здравоохранение.

Но вместе с тем необходимо предупреждать обусловленные некритичным их применением проявившиеся негативные тенденции в медицине, ведущие к вырождению ее человеческой сердцевины вследствие чрезмерной технологизации. Этого допустить нельзя! Но как?!

Нужно не историческое знакомство, а основательное обучение студентов медицинских институтов методам классической диагностики на клинических кафедрах — расспросу пациента с собиранием и анализом анамнеза болезни и жизни, физикальному и неврологическому обследованию. К сожалению, сегодня сами преподаватели часто являются поверхностными клиницистами, сменившими примат клиники на примат технологий. И именно от них распространяется пренебрежение и опасный нигилизм к методам «человеческого» распознавания. Но, конечно, следует смо-

треть глубже. Во врачебном образовании свершается явный перекося в сторону его технологизации и математизации, который заключается в обучении им (что, бесспорно, необходимо) за счет бездумного сокращения классического клинического образования, связанного с непосредственным общением с пациентами.

Никакие снимки и таблицы — при всем их великолепии — не способны заменить наблюдения больного, беседы с ним, непосредственного обследования доктором. А ведь именно эти классические клинические приемы раньше и больше технологий формируют личность врача, его долг перед больным, его любовь к своей профессии. В конечном итоге вырастает доктор, который никогда не забудет, что лечит себе подобного, и всегда будет относиться к пациенту с тем вниманием и заботой, с той эмпатией, которые он хотел бы сам испытывать, если болезнь придет к нему.

Об этом много говорят, но формирующие учебные программы для медиков или ничего «не слышат», или не способны соразмерно перестроить обучение будущих врачей. Напротив, все больше загоняют их в безязыкие рамки вездесущих «крестиков» и «ноликов».

Ситуация уже достаточно остра, и мы обязаны не допустить ее усугубления до уровня невозвратимости клинического подхода и клинического мышления у постели больного. Колокол звонит! Медицина — это прежде всего человековедение.

Проф. Л.Б. Лихтерман, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии России (Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко)