



## НЕУЮТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ДИАГНОЗА

Никита Александрович Зорин

Общество специалистов доказательной медицины,  
127238, г. Москва, Дмитровское шоссе, 46, к. 2, e-mail: nzorin@inbox.ru

## Реферат

Представлено одно из объяснений разрыва традиционной медицинской связи диагностики и лечения. Предполагается, что это был закономерный процесс, вызванный к жизни результатами развития генетики и результатами применения клинической эпидемиологии (теории доказательной медицины), которые привели к началу гибели нозологической концепции, пока что *de facto*, а в перспективе — *de jure*. Медицина мучительно возвращается к целостному взгляду на больного.

**Ключевые слова:** нозологическая концепция, клиническая эпидемиология, кризис, патоморфоз, коморбидность, концепция болезни, индустриальное развитие медицины.

UNCOMFORTABLE TREATMENT  
WITHOUT DIAGNOSIS

Nikita A. Zorin

Society for Evidence-Based Medicine,  
127238, Moscow, Dmitrovskoe highway, 46, building 2,  
e-mail: nzorin@inbox.ru

## Abstract

One explanation for breakdown of the traditional medical connection of diagnosis and treatment is presented. It is suggested that it was a natural process brought to life by the results of the development of genetics and the results of the application of clinical epidemiology (the theory of evidence-based medicine), which led to the beginning of the downfall of the nosological concept, so far *de facto*, and in the long term *de jure*. Medicine is painfully returning to a holistic view of a patient.

**Keywords:** nosological concept, clinical epidemiology, crisis, pathomorphosis, comorbidity, disease concept, industrial development of medicine.

В лечении без диагноза нет ничего неожиданного и страшного. Это следствие развития медицины, в процессе которого происходит деградация нозологической концепции. То есть мы живём в эпоху психологически неуютного перехода от примитивного нозологического представления о болезнях (в сущности сделанного когда-то по инфекционно-патологоанатомическим лекалам, как об отдельных сущностях, «враждебных» «здоровому» организму) к попыткам осмыслить целостность организма и психики больного.

Несовершенство нозологической концепции было видно едва ли не с самого начала (хотя этого старались

«не замечать» [1]<sup>1</sup>), слишком многое не укладывалось в прокрустово ложе нозологических форм («Тем хуже для звезды!»...), и очень скоро потребовалось этому объяснение. Такое «объяснение» несоответствия нозологических представлений наблюдаемым явлениям осуществлялось сначала с помощью бесконечных поисков «патоморфоза» [Ibid.], затем с помощью концепции коморбидности Файнштейна [2], а также созданием концепции «спектров». Однако и этому наступает конец.

Нозологическая концепция была подорвана с двух сторон. Её несостоятельность вскрыли не только открытия генетики [3], но и лечебная практика, в виде поиска доказательств эффективности/неэффективности вмешательств в рамках клинической эпидемиологии (КЭ) — теории доказательной медицины (ДМ)<sup>2</sup> (е.г. успешность лечения антидепрессантами «необъяснимых» соматических симптомов) [4]. Для «принципа чёрного ящика» КЭ не имеет значения, как называется изучаемая болезнь/расстройство (синдром, симптом и т.п.) и как там «на самом деле» работают патогенетические или любые другие механизмы.

Почему идеи о целостном восприятии организма и его болезней так долго не получали развития, хотя сформулированы были очень давно и несколько десятилетий назад получили исследовательские подтверждения [5]? Потому, что *индустриальное развитие медицины* во всём мире, *требует* нозологического

<sup>1</sup>Е.г. критерии выделения нозологической формы в ранне-крепелиновской (и советской) психиатрии в виде декларируемого единства трёх категорий — *этиологии, патогенеза и исхода* (и первоначально даже анатомических изменений) — никогда не соблюдались. По меньшей мере, один, а чаще два критерия из трёх оставались неизвестными. То есть болезни уже были, а критерии, по которым они должны определяться как болезни, «пока» отсутствовали...

<sup>2</sup>Здесь КЭ/ДМ с дидактической целью упрощены мною до оценки вмешательств. Последнее не является единственной функцией КЭ/ДМ. В рамках тех же технологий КЭ изучаются прогноз, риск, этиология. Диагноз тоже верифицируется, но не как *объективная реальность*, а как реальность *конвенциональная*, для которой существует или конструируется диагностический тест (например, квазиизмерение выраженности депрессии). В любом случае, изобретению диагноза предшествует *конвенция*: что считать патологическим, а что нет.

подхода, а не «объединяющих теорий». Производство медицинских услуг разорвано на отдельные операции (разделение труда), и «хранение болванок на складе» (классификации болезней), а также медицинское образование (специализация) *подстроены под этот производственный процесс*.

По этой причине систематика ещё долго будет нозологической, в то время как лечение *de facto* уже *перешагнуло через нозологию* и приблизилось к тому, что всё лечится всем [6]. Причём не только психиатрическое, но и соматическое. Произошло это чисто практическим путём. Методом проб лечение *ex juvantibus* сделало ещё один шаг к извечно провозглашаемому «идеалу» — лечить не болезнь, а больного. Возникает вопрос: а как же и можно ли лечить без диагноза? Ответ: так же, как можно было плавать по океану, руководствуясь ложной геоцентрической теорией Птолемея. Многие ложные, или *правильные только в определённой системе координат* теории (геометрия Эвклида vs геометрия Лобачевского) позволяли, тем не менее, вполне успешно использовать их для практических целей. Иначе говоря, нам *не важно, как называется* то или иное расстройство (заболевание и пр.) *и каковы его механизмы*. Нам важно узнать действует ли на *выбранную нами сегодня* терапевтическую мишень то или иное лечение.

Дискомфорт от лечения без диагноза возникает оттого, что мы исторически и логически всегда *хотим связывать* диагноз и вмешательство (*Qui bene diagnostic bene curat*), но в самом определении диагноза *ex juvantibus*<sup>3</sup>, таится подвох. Оно подталкивает нас считать, что если мы достигли успеха в лечении, то из этого вытекает, что мы как бы *объективизировали* тот или иной диагноз. Результаты лечения по принципам КЭ заставляют нас отказаться от такого заключения.

Главное не впадать в заблуждение *post hoc ergo propter hoc*. *Успешность лечения не подтверждает истинность или ложность существования той или иной болезни*. Оно лишь позволяет сказать, что такое-то вмешательство помогает при некоей констелляции симптомов (синдромов, групп болезней — «спектров» и т.д.), внутри которых *сегодня мы выбрали некие исходы* («конечные точки»). При этом мы можем считать/не считать этот набор «терапевтических мишеней» принадлежащим к некому единству и называемым так-то и так-то. Тем более что:

<sup>3</sup>Лечение *ex juvantibus* называют пробным, и, в строгом смысле, оно подразумевает уточнение диагноза. Диагноз *ex juvantibus* — диагноз, основанный на оценке результатов проведённого лечения [7].

1) одно и то же лечение действует не только при психиатрических, но и при соматических болезнях (синдромах и пр.);

2) представления психиатров о психических болезнях всегда были далеки от совершенства...

Иными словами, случилось парадоксальное: успех лечения без диагноза *подтвердил отсутствие нозологий* — болезней, долгое время мыслимых, как «вещи в себе», и вернул нас к архаическим (и, видимо, более верным) представлениям о единстве организма, психики и личности.

Следующим этапом развития нашего ремесла и обеспечивающих его технологий должен стать пересмотр концепций болезни (место нозологий, возможно, займёт индивидуальный биопсихотип), и это приведёт к серьёзной и очень болезненной перестройке медицинского образования, производства «медицинских услуг» и системы здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зорин Н.А. Кризис клинической психиатрии: истоки и попытки преодоления (философско-методологический аспект). *Философские науки*. 1989; 8: 42–52. [Zorin N.A. The crisis of clinical psychiatry: Origins and attempts to overcome. *Filosofskie nauki*. 1989; 8: 42–52. (In Russ.)]
2. Зорин Н.А. Коморбидность. Вам всё понятно? (Часть I). *Пластич. хир. и косметол.* 2016; 8: 1–8. [Zorin N.A. Comorbidity. Does it all make sense to you? (Part I.) *Plastiches-kaja hirurgija i kosmetologija*. 2016; 8: 1–8. (In Russ.)]
3. Пузырёв В.П. Генетические основы коморбидности у человека. *Генетика*. 2015; 51 (4): 491–502. [Puzyrev V.P. Genetic basis of comorbidity in humans. *Genetika*. 2015; 51 (4): 491–502. (In Russ.)]
4. Зорин Н.А. «Необъяснимые» соматические симптомы. Реферат М. Sharpe, A. Carson “Unexplained” somatics, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann. Int. Med.* 2000; 134 (2): 803–808. [Zorin N.A. “Unexplained” somatics, functional syndromes. Commented abstract M. Sharpe, A. Carson “Unexplained” somatics, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann. Int. Med.* 2000; 134 (2): 803–808 (In Russ.)]
5. Дильман В.М. *Четыре модели медицины*. Л.: Медицина. 1987; 288 с. [Dilman V.M. *Four models of medicine*. L.: Medicina. 1987; 288 p. (In Russ.)]
6. Sadock B.J., Sussman N., Sadock V.A. *Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment*. Seventh edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2019; 1.
7. *Профессиональная медицинская платформа Medelement*. Диагностика *ex juvantibus*. <https://diseases.medelement.com/term/диагностика-ex-juvantibus/1081> (дата обращения: 08.02.2021). [Professional medical platform Medelement. Diagnosis *ex juvantibus*. <https://diseases.medelement.com/term/диагностика-ex-juvantibus/1081> (access date: 08.02.2021). (In Russ.)]

Поступила 14.01.2021; принята в печать 09.02.2021.