

Диагноз. Медицинские головоломки и человеческие судьбы

Автор:

[Лиза Сандерс](#)

Диагноз. Медицинские головоломки и человеческие судьбы

Лиза Сандерс

Медицина. Бестселлеры Amazon

Лизу Сандерс называют эталонным рассказчиком медицинских детективных историй, и именно поэтому она стала вдохновителем и консультантом создателей сериала «Доктор Хаус». Ведь несмотря на огромный опыт и высокую квалификацию и она, и ее коллеги постоянно сталкиваются с загадками: неожиданными сочетаниями симптомов, причину которых не так просто бывает отыскать. Молодой человек после праздничного ужина по случаю своего дня рождения падает на танцполе из-за невыносимых болей в животе. Бодрая старушка вдруг перестала следить за собой и слегла, когда на ее чердаке поселились белки-летяги. Молодая женщина буквально обезумела вскоре после собственной счастливой свадьбы. Молодой учитель и увлеченный спортсмен ни с того ни с сего едва не погибает от образовавшегося тромба. Чтобы помочь этим людям, врачи вынуждены были провести настоящее расследование: назначить десятки снимков и анализов, прочесть горы профессиональной литературы и провести немало консультаций. Вы окажетесь на месте озадаченных врачей: увидите то, что видят они, почувствуете их нерешительность и переживете их восторг, когда загадка будет разгадана.

Лиза Сандерс

Диагноз. Медицинские головоломки и человеческие судьбы

Посвящается всем пациентам, которые рассказали свои истории – в моем кабинете, в моей колонке и в этой книге

Lisa Sanders

DIAGNOSIS: SOLVING THE MOST BAFFLING MEDICAL MYSTERIES

Перевод публикуется с согласия Broadway Books, входящего в Random House, подразделение Penguin Random House LLC, и литературного агентства «Синописис».

Оригинальные материалы этой книги были впервые опубликованы в The New York Times Magazine.

Copyright © Lisa Sanders, 2019

© Перевод на русский язык. ООО «Издательство АСТ», 2020

Введение. Головоломка

Свет в кабинете был невыносимо ярким для 50-летней пациентки, но она заставляла себя не жмуриться. Молодая врач постучала, зашла в комнату для осмотров и представилась. С сочувствием и заинтересованностью она выслушала рассказ женщины о недомогании, продолжавшемся уже неделю, и о путешествии, состоявшемся до того.

Пациентка почувствовала себя плохо после возвращения в Чикаго из поездки, которую она предприняла со своими двумя детьми – к родителям в Кению. В последний раз она навещала их десять лет назад, еще до рождения детей. Теперь, когда те достаточно подросли, ей захотелось показать им места, где она родилась. Пациентка позаботилась обо всех необходимых прививках и

внимательно следила, чтобы все ежедневно принимали таблетки для профилактики малярии. Ей не хотелось, чтобы воспоминания об их путешествии и о краях, которые она так любила, омрачились какой-нибудь болезнью. Поездка прошла великолепно. А вот возвращение домой – нет. Дети оправились от смены часовых поясов за каких-то пару дней, а ей становилось все хуже.

Неделю она выжидала, но самочувствие не улучшалось. Ее преследовала постоянная усталость, словно она много ночей не спала. Мучили тошнота и озноб, она сильно потела, как при лихорадке. Ломота в теле вроде бы указывала на грипп. Она позвонила своему врачу, но той не было в городе. Женщина обратилась к другому терапевту – и к счастью, ее смогли записать на следующий день. Так она и оказалась здесь.

Пациентка сделала паузу и добавила:

– Кажется, со мной что-то такое уже было.

В семь лет, еще в Кении, она переболела малярией. И теперь ей казалось, что симптомы те же самые. Определенно, это было очень похоже.

Врач кивнула – предположение выглядело вполне обоснованным. Малярия часто встречается в Африке южнее Сахары, и это наиболее распространенная причина лихорадочных состояний у путешественников, возвращающихся оттуда. И поскольку пациентка ей некогда уже переболела, она хорошо знала схожие с гриппом симптомы болезни, вызываемой паразитами, живущими в крови.

Однако, сказала врач, ей потребуется дополнительная информация. Какие-нибудь еще проблемы со здоровьем? Никаких. До путешествия женщина чувствовала себя прекрасно. Она не принимает никаких лекарств. Не пьет и не курит. Работает в офисе. Разведена, живет со своими двумя детьми. Профилактические таблетки пила ежедневно, начав за две недели до поездки, как и следует.

Врач пересадила пациентку на кушетку для осмотра. Температуры у нее не было: незадолго до того она приняла жаропонижающее. Кроме потливости и учащенного сердцебиения, осмотр никаких отклонений не показал.

Врач вполне допускала возможность возникновения малярии: в некоторых регионах Кении встречается разновидность инфекции, против которой не действуют обычные профилактические средства. Поскольку первые симптомы появились у пациентки больше недели назад, важно было скорее начать лечение. Врач назначила ей трехдневный курс таблеток от паразитов. Женщина поблагодарила ее за рецепт: ей хотелось как можно скорее поправиться.

Это обычная история постановки диагноза. Пациент чувствует себя нехорошо. Он понимает, что с ним что-то не так, но поначалу не торопится обращаться за помощью. Зачастую симптомы проходят сами. Если нет, он идет к врачу.

Дальше перед врачом встает задача – разгадать головоломку. Тут важно внимательно выслушать рассказ пациента. Примерно в 80 % случаев в нем содержатся самые главные подсказки. Дополнительную информацию дает физический осмотр. Иногда для полной ясности требуется сдать анализы. Врач суммирует полученные сведения и на их основании ставит диагноз.

До поступления в медицинский колледж я представляла себе этот момент лишь по многочисленным сериалам. Обычно врач изрекал диагноз кратко и в самый напряженный момент – сразу после того, как пациент заканчивал описывать симптомы и недомогания, и непосредственно перед тем, как ему назначалось лечение, гарантировавшее спасение жизни. Я была убеждена, что постановка диагноза – нечто вроде головоломки, которую я, став доктором, тоже смогу с легкостью решать.

Во время учебы я осваивала азы диагностики – химию и органическую химию, физику, физиологию, патологию и патофизиологию. Покончив с теоретической частью и перейдя к практике, я познакомилась с так называемыми сценариями болезни – сочетаниями симптомов, их вариациями, развитием и разрешением, которые, собственно, и составляют картину конкретного заболевания. Запомнив эти сценарии и научившись их распознавать, врач начинает применять свои знания для диагностики. Тошнота, рвота и диарея, быстро передающиеся всем членам семьи, указывают на вирусный гастроэнтерит. Внезапное повышение температуры и ломота во всем теле в сезон гриппа означают грипп. Или, как в этом случае, у путешественницы, вернувшейся из Кении, они, скорее всего, указывают на малярию. Мы видим симптомы, узнаем сценарий и готовы поставить диагноз.

К счастью, в большинстве случаев все именно так и происходит – примерно в 95 %, по данным одного из исследований[1 - Singh H., Meyer AND, Thomas EJ. BMJ Qual Saf 2014; 23:727–31.]. Опыт приводит врача к правильным выводам – по крайней мере, обычно. Но как насчет оставшихся случаев? Тех 5 %, когда ответа у доктора нет? Или, что еще хуже, когда ответ неверный?

Пациентка считала, что у нее малярия. То же самое решила и ее врач. Но после трех дней приема таблеток ей стало только хуже. Она до того ослабела, что едва могла двигаться. Ее постоянно рвало. Озноб и потливость сохранялись. Сердце вырывалось из груди. Она четыре дня ничего не ела и уже два дня не могла встать с кровати. В конце концов она снова позвонила доктору, и та немедленно отправила ее в больницу.

В отделении неотложной помощи осмотр показал учащенное сердцебиение и повышенное артериальное давление. Уровень лейкоцитов опасно понизился, функции печени были угнетены. Что спровоцировало такое состояние, оставалось неясным, поэтому женщину госпитализировали.

В больнице ей начали вводить лекарство от неукротимой рвоты. Оно помогло, но причину недомогания выявить так и не удалось. Зато стало совершенно очевидно, что это была не малярия. У нее троекратно брали анализы крови, и хотя в тот момент лихорадки у пациентки не наблюдалось – а именно тогда малярию выявить проще всего, – ни один из них не указывал на присутствие в организме паразита, вызывающего эту потенциально смертельную болезнь.

Врачи предположили, что симптомы могут быть реакцией на противомаларийное средство, которое ей выписали ранее, хотя малярия у нее не подтвердилась. Это казалось особенно вероятным с учетом того, что пациентке стало немного лучше. Постепенно она начала есть, и ее выписали из больницы.

Однако по возвращении домой у нее снова началась рвота. Промучившись неделю, она, едва живая, возвратилась в ту же местную больницу. Врачи, обеспокоенные ее состоянием, перевели ее в ближайший медицинский центр при Университете Раша, где многие из них когда-то учились. Они были уверены, что коллеги смогут решить эту головоломку.

В медицинском центре к пациентке пригласили инфекциониста, обратившись к нему с вопросом – что еще может быть с этой женщиной? Там она провела

неделю. Ее осмотрели множество докторов. У нее взяли тьму анализов. Когда рвота прекратилась и она снова смогла есть, ее отправили домой, переведя на амбулаторное лечение у того же инфекциониста. Но через пару дней она вернулась на попечение докторов, почувствовав себя еще хуже.

Снова врачи, снова анализы. Моча, кал, кровь. Компьютерная томография, МРТ. Биопсия печени. Не все результаты укладывались в норму, но и отклонения не проясняли причины болезни. Пациентка принимала полдюжины наименований антибиотиков, противовирусных средств и лекарств от паразитов. Не в силах поставить точный диагноз, врачи пытались лечить женщину от болезней, которые могли у нее быть. Ничего не помогало. Что же за инфекцию она подхватила в Кении? Десятки докторов, осматривавших ее, мучились этим вопросом.

Это, пожалуй, самая неприятная область медицины – территория неопределенности. Она неприятна для пациента – он продолжает страдать от симптомов, заставивших его обратиться за помощью, но при этом не знает их причины. Может, болезнь пройдет сама? Но пока-то она не прошла! Какие анализы надо еще сдать? Ведь он уже сдал их дюжину, если не больше, а они ничего не показали. Он что, умирает? Но как можно делать прогнозы без диагноза?

Для врача она неприятна тоже. Одна из причин, по которым докторам приходится рассматривать разные версии, прежде чем прийти к правильному ответу, состоит в том, что редкие заболевания поначалу очень схожи со своими более распространенными собратьями. У организма имеется ограниченный набор способов дать нам понять, что с нами что-то не так; они и называются симптомами. Однако у каждого симптома есть масса возможных источников. Это похоже на отношения между буквами и словами: букв в алфавите всего 33, а слов – многие миллионы. В медицине насчитывается несколько десятков симптомов, а болезней, согласно международной классификации, – около 90 тысяч.

Конечно, ни один врач не знает их все. Хотя есть такие, кто знает больше других. Если возникает вероятность встречи с редким заболеванием, ему на помощь приходят несколько способов компенсировать возможные пробелы. Начать хотя бы с того, что никто не отменял старого, но эффективного метода – консультации у коллег. Более современной его вариацией является обращение к Интернету.

Но даже при наличии всей доступной информации случается так, что диагноз поставить не удастся. Описание болезни в учебнике или на веб-сайте может сильно отличаться от картины, наблюдающейся у пациента. Ранние исследования в области диагностики, проводившиеся в 1970-х годах, показали, что врачу проще поставить редкий диагноз, если ранее он уже сталкивался с подобным заболеванием. Практический опыт, таким образом, оказывается важнее книжных знаний.

После многонедельных кочевок по больницам пациентка оказалась дома, но была слишком слаба, чтобы присматривать за детьми. Она позвонила подруге и попросила ту пожить у них, пока она будет восстанавливаться. «Без проблем», – ответила подруга и быстро собрала чемодан. Добравшись до места, она была потрясена измученным видом женщины. Лицо ее исхудало и приобрело сероватый оттенок. Губы казались белыми.

– Ты должна позвонить своему врачу, – объявила подруга, едва выслушав историю ее мытарств. – Доктор Браун быстро разберется, что к чему.

Доктор Мария Т. Браун была их семейным врачом больше 20 лет. Женщина позвонила в ее приемную и договорилась о визите. Доктор Браун также пришла в ужас от ее вида. Как правило, они встречались раз в год – для обычного профилактического осмотра: обменивались новостями о жизни и прощались до следующего года. Пациентка всегда выглядела здоровой и крепкой. Но только не теперь.

Когда доктор Браун вошла в кабинет, та стояла, склонившись над раковиной, и в воздухе повис острый запах рвоты. Она сильно похудела, глаза и скулы выступали на истощенном лице. Левая нога непроизвольно дергалась и дрожала. «Что такое с вами случилось?» – первым делом поинтересовалась доктор.

Пациентка не без помощи подруги пересказала события последних недель. У доктора Браун не было доступа к больничным картам, поэтому она знала только то, что больная сообщила ей сама: она почувствовала себя плохо по возвращении из Кении, поначалу врачи решили, что у нее малярия, но теперь уже и сами не знали, что это за болезнь. И она никогда в жизни не ощущала таких слабости и упадка сил.

Доктор Браун попросила пациентку лечь на кушетку. Вместе с подругой они помогли женщине забраться туда.

Врач начала ощупывать больную с ног до головы. На шее ее внимание привлекло нечто. Щитовидная железа казалась гораздо больше обычного. Уплотнений не наблюдалось, но размеры явно превышали норму. Доктор Браун была совершенно уверена, что раньше ничего подобного не замечала.

Она быстро закончила осмотр. Рефлексы пациентки оказались обострены: при малейшем касании руки и ноги взлетали в воздух. Левая нога вообще словно жила собственной жизнью: дрожала, подпрыгивала, тряслась. Доктор извинилась и отошла, «чтобы кое-что почитать».

Пару минут спустя она вернулась, практически уверенная в диагнозе. У пациентки гипертиреоз. Возможно, даже тиреотоксический криз – самая тяжелая форма заболевания. Все симптомы вписывались в классическую картину: учащенный пульс, потливость, дрожь, зуд, лихорадка, потеря веса. Все, кроме рвоты. Врач уходила, чтобы проверить, может ли рвота быть признаком гипертиреоза. Оказалось, что может, хотя этот симптом и не совсем обычен. Ближе к вечеру диагноз подтвердился, и доктор Браун немедленно направила пациентку к эндокринологу.

Когда решение найдено, становится понятно, как легко его можно было упустить. Конечно, собственная убежденность пациентки в том, что она заболела во время поездки домой, сыграла здесь определенную роль. Ее толкование симптомов – то, что они похожи на грипп, и то, что она уже испытывала то же самое сорок лет назад, когда болела малярией, – подтолкнуло врачей в больнице к неправильному диагнозу. Но, конечно, винить пациентку за это нельзя. Ведь врачи, даже разобравшись, что у малярии у нее нет, продолжили рассматривать кандидатов из класса инфекционных заболеваний.

Никто в больнице не подумал о щитовидной железе. Может, на нее просто не обратили внимания? Врачи упускают больше по невнимательности, а не по незнанию, как утверждал Уильям Ослер (1849–1919), канадский врач и главный философ ранней медицины. С другой стороны, зоб – так называется увеличенная щитовидная железа – не очень распространен в США, но часто встречается в йододефицитных регионах, таких как Южная Африка. По данным ВОЗ, более четверти детей, растущих в Африке, впоследствии страдают от зоба. Если

щитовидная железа увеличилась, она, как правило, такой и остается. Поэтому зуб у женщины, выросшей в Кении, в глазах простого терапевта – обычное явление. А вот семейный врач немедленно обратила на него внимание.

* * *

Подобные случаи, когда диагноз удается поставить не сразу, могут казаться пугающими. Но они же порой самые захватывающие и поучительные. Они демонстрируют нам, как врачи применяют полученные знания, как они подходят к пациентам и как сотрудничают с ними, чтобы отыскать ответ на главный вопрос: «Доктор, что со мной?»

Именно о таких случаях я пишу в своей колонке Диагноз в журнале New York Times, подборка моих статей и легла в основу этой книги. Каждая из них – настоящая детективная история, в которой врачу приходится признать, что он не всеведущ, и приложить максимум усилий, чтобы разгадать запутанную головоломку. Эти рассказы свидетельствуют о том, как сложно бывает поставить неожиданный диагноз, перебрав перед тем более распространенные варианты. Они указывают и на недостатки традиционного медицинского подхода, проявляющиеся со всей очевидностью, когда что-то идет не так.

Я объединила отдельные главы по симптомам – по восьми наиболее распространенным жалобам, с которыми пациенты обращаются к врачу или в «скорую помощь». Каждая начинается с одного и того же недуга – жара, головной боли, тошноты, – но затем разворачивается в собственном, весьма неожиданном направлении. Как мало симптомов, как много диагнозов!

В этой книге я попыталась поставить вас, дорогой читатель, на место врача. Я хочу, чтобы вы увидели то, что видим мы. Хочу, чтобы и вы ощутили, каково это – столкнуться с загадкой, которая кажется неразрешимой, – и испытали то же счастье, когда решение найдено.

Часть I. Лихорадка

Обычная простуда

– Кажется, мне не выкарабкаться, – сказал мужчина 57 лет своей жене в субботу вечером примерно год назад. Пока она была в театре – билеты они купили уже давно, заранее, – он едва сумел ползком вскарабкаться по лестнице наверх, чтобы добраться до постели. Несмотря на толстые одеяла, его бил пронизывающий озноб, который сменяли приступы жара. Он обливался потом. Стоило ему откинуть одеяло, как озноб возвращался и все повторялось заново.

Жена ответила, что ему нужно ехать в отделение неотложной помощи. В голосе ее сквозила тревога. До этого он уже трижды обращался к врачам: ему ставили капельницы и отправляли домой с диагнозом «вирусная инфекция». Каждый раз врачи говорили, что недомогание скоро пройдет. Но лучше ему не становилось.

Все началось девять дней назад. Он позвонил на работу – мужчина был физиотерапевтом, – и сообщил, что заболел. Его знобило, как обычно при гриппе. Он собирался отдыхать и пить больше жидкости, а завтра вернуться к делам. Но на следующий день ему стало хуже. Начались сменяющие друг друга приступы озноба и жара. Он принимал по очереди панадол и ибупрофен, но лихорадка продолжалась. Спать ему пришлось в гостевой комнате, потому что от пота вся постель становилась мокрой, а дрожь при ознобе была такой силы, что будила его жену.

По истечении четырех дней он впервые обратился в отделение неотложной помощи при больнице Йель-Нью-Хейвен. Одновременно он лечился от другой инфекции: за три недели до того у него распух и покраснел локоть, и ему назначили курс антибиотика. Он пропил таблетки десять дней, но локоть продолжал болеть. В отделении неотложной помощи ему назначили другое лекарство, более широкого спектра действия, курс которого он уже заканчивал. Локоть успокоился. Зато теперь болело все остальное.

Мазок на грипп оказался отрицательным. Рентген грудной клетки также ничего не показал. Видимо, просто вирус, так ему сказали. Антибиотики, которые он уже принимал, должны были убить все возможные бактерии – возбудители болезни. Надо просто отдыхать и ждать, пока недомогание пройдет. А если станет хуже, возвращаться в больницу.

На следующий день температура подскочила до 41 градуса. Мужчина поехал к врачу. В отделении неотложной помощи яблоку негде было упасть: целая толпа людей со схожими симптомами, напоминая грипп, дожидалась приема врача. Ему сказали, что на осмотр он попадет не раньше, чем через несколько часов. Обессиленный, он вернулся домой и повалился в кровать. На следующее утро позвонила медсестра из отделения: сейчас народу меньше, можно приезжать. Обрадовавшись, он отправился в больницу.

Мужчина рассуждал так: гриппа у меня нет, но что-то же должно быть! Однако врач неотложной помощи ничего не обнаружил. Пациент не жаловался ни на одышку, ни на боль в груди. У него не было ни кашля, ни головной боли, ни сыпи, ни болей в животе, ни проблем с мочеиспусканием. Помимо учащенного сердцебиения, никаких отклонений осмотр не показал. Понизился уровень лейкоцитов, что казалось немного странным. Однако такое случается при вирусных заболеваниях. Уровень тромбоцитов – кровяных телец, отвечающих за свертываемость, – упал тоже. Но и это могло быть вызвано вирусом, хоть встречается подобное нечасто.

Персонал отделения неотложной помощи выслал результаты анализов крови пациента его семейному врачу и направил к нему же для дальнейшего наблюдения. Он несколько раз пытался записаться на осмотр, но у доктора все было занято. Такой эпидемии гриппа не случалось уже давно. Мужчине сказали, что ближайшая запись – на следующую неделю.

Предварительно ему велели приехать в приемную и сдать тест на болезнь Лайма и еще несколько инфекций, переносимых клещами. В конце концов, они же в Коннектикуте. С большим трудом он добрался до лаборатории, сдал кровь и стал ждать звонка врача с результатами анализов. Но так и не дождался. Врача он твердо решил сменить. Он болел уже больше недели, а тот не удосужился даже сообщить ему результаты анализов, которые сам запросил.

В воскресенье, на следующий день после похода жены в театр, когда она настояла, чтобы он вернулся в больницу, мужчина снова явился к врачу. Его предыдущие посещения и отклонения в анализе крови привлекли внимание дежурного врача: она назначила целую батарею тестов на все возможные инфекции, от ВИЧ до мононуклеоза, а также повторный рентген грудной клетки. Пациенту начали вводить антибиотики широкого спектра и доксициклин, антибиотик против инфекций, переносимых клещами. От жара ему дали тайленол. Было принято решение о госпитализации. Когда его увозили из

отделения неотложной помощи, пришел анализ на грипп – положительный. Сам он был уверен, что гриппа у него нет: не может обычный грипп держаться так долго! Но раз уж его клали в больницу под наблюдение врачей, он согласился начать прием тамифлю.

В тот же день к вечеру из лаборатории позвонили сообщить, что анализ был выполнен неправильно – гриппа у пациента нет. Тем временем начали поступать и другие результаты. Инфекция никак не связана с его локтем – это подтверждают и сам пациент, и хирург-ортопед, осмотревший его, и рентгеновский снимок. У него нет ВИЧ, нет мононуклеоза, нет болезни Лайма; нет никаких вирусов в дыхательных путях, которыми были поражены бо́льшая часть пациентов, обратившихся за помощью. Через пару дней пациент начал чувствовать себя немного лучше. Жар спал. Приступы озноба прошли. Количество лейкоцитов и тромбоцитов поднялось почти до нормы. Судя по всему, он поправлялся – но от чего? Последовали еще анализы крови, а затем консультация врача-инфекциониста.

Габриель Вильчез, инфекционист, внимательно изучил карту пациента и осмотрел его самого. Он пришел к выводу, что, скорее всего, у мужчины действительно одна из инфекций, переносимых клещами. Ранее ему уже сделали анализы на все подобные инфекции, распространенные на северо-востоке США: болезнь Лайма, бабезиоз, эрлихиоз и анаплазмоз. Пока пришли результаты только по болезни Лайма – отрицательные. Вильчез решил, что с учетом симптомов – и ответа на лечение антибиотиками, – стоит ждать положительных анализов на одно из этих заболеваний.

Однако и остальные результаты оказались отрицательными. Между тем оставались другие болезни из той же категории, менее распространенные на северо-востоке, но все же вероятные. Вильчез начал подозревать у пациента лихорадку Скалистых гор (она, кстати, чаще встречается в Дымчатых горах). Ее наиболее характерный симптом – сыпь, но она сопровождает отнюдь не все случаи заболевания. Для Коннектикута лихорадка Скалистых гор – редкость, но не исключительная. Вильчез отправил образцы крови пациента для анализа на эту инфекцию. На следующее утро мужчина почувствовал себя достаточно хорошо, чтобы быть выписанным. Еще через пару дней ему позвонили: у него действительно оказалась лихорадка Скалистых гор.

Пациенту не повезло заболеть в разгар эпидемии гриппа, причем болезнью со схожими симптомами. В подобных обстоятельствах врачи задаются не вопросом

«что с ним?», а вопросом «грипп это или нет?». Когда оказалось, что нет, врачам уже было трудно вернуться к первому, более проблемному варианту.

Выздоровление шло тяжело. Хотя доксициклин помог снять наиболее острые симптомы, потребовалось несколько месяцев, прежде чем пациент смог вернуться к работе. Для исполнения обязанностей физиотерапевта у него не было ни сил, ни достаточной выносливости. Болезнь привела его практически на порог смерти. Лихорадка Скалистых гор – самая опасная из инфекций, переносимых клещами; смертность составляет целых 5 % даже при лечении современными антибиотиками.

Одно он понял совершенно точно – надо сменить семейного врача. Что немедленно и сделал.

Грипп пришел, чтобы остаться

Доктор Джон Хеннинг Шуман был обеспокоен. Его лучший друг по колледжу, известный ипохондрик, частенько звонил ему со своими медицинскими проблемами. Пару недель назад он упоминал о вирусном заболевании – повышенная температура, недомогание, но в целом ничего страшного. Но тут еще один общий приятель ему сообщил, что те симптомы так и не прошли. А вот это было уже тревожно. Шуман велел другу немедленно обратиться к своему врачу.

Пару дней спустя Шуман получил электронное письмо. Его друг был в больнице. Он пошел к врачу, а тот направил его на компьютерное сканирование брюшной полости. На снимках печени обнаружилось новообразование размером с теннисный мяч. Врач послал его в больницу Маунт-Оберн в Кембридже, Массачусетс, для дальнейшего обследования.

Доктор Эндрю Модест был назначен его лечащим врачом. Прежде чем осматривать пациента, он внимательно изучил его электронную карту: сорок лет, профессор университета, полностью здоров – до нынешнего момента. Анализ крови показал легкую анемию, а компьютерная томография – то самое новообразование.

Пациент удобно устроился на больничной кровати с ноутбуком на коленях. Немного бледный, в целом он выглядел неплохо.

– Я пишу о моей болезни для друзей и семьи, – радостно объявил он врачу. – Вы не против?

Пациент сообщил Модесту, что приступы лихорадки начались после возвращения из Швейцарии, с конференции. Они случались только по ночам – но каждую ночь. Сначала жар, потом, через пару часов, обильное потоотделение. Иногда ему даже приходилось переодевать пижаму и менять простыни. Также пациент жаловался на сухой кашель. В остальном чувствовал он себя нормально. За последний месяц похудел на шесть килограммов, но приписывал это изменениям в питании.

При осмотре доктор не обнаружил ничего необычного. Жара у мужчины не было, хотя предыдущей ночью температура поднялась почти до 41 градуса. Пульс и давление в норме. Как и все остальное.

Пациент страдал от лихорадки несколько недель и потерял несколько килограммов – врач не склонен был относить это на счет тех незначительных перемен в питании, о которых мужчина ему сообщил. Что это? Инфекция? Но больным он не выглядит. Аутоиммунное заболевание вроде волчанки? Какая-нибудь разновидность рака? Все эти варианты казались вполне вероятными.

В печени присутствовало новообразование. Что, если лихорадку вызывало оно? А может, это просто инциденталомы? То есть отклонение, которое обнаруживают в поисках чего-то еще. Судя по размеру, оно находилось в печени уже давно, возможно, несколько лет. Почему же сейчас начало провоцировать лихорадку? А если дело не в печени, то в чем? Болезни, переносимые клещами, такие как боррелиоз и анаплазмоз, могут вызывать похожие ночные приступы жара. Но то же самое можно сказать и о ВИЧ, туберкулезе, гепатите и десятке других инфекций.

Модест пригласил рентгенолога, чтобы вместе с ним изучить снимки новообразования. Сначала рентгенолог предположил, что это очень большая гемангиома – доброкачественное скопление кровеносных сосудов. Но у гемангиом обычно ровные края, а у этого образования – нет. Кроме того, гемангиомы, как правило, лихорадки не вызывают.

– Но что еще это может быть? – спросил врач.

– Существует злокачественная форма гемангиомы, – задумчиво ответил рентгенолог, – известная как ангиосаркома. Она может провоцировать жар, но возникает крайне редко. Либо же это доброкачественная гемангиома, в которой развилось воспаление. Это объясняет лихорадку. Тогда для лечения требуется курс антибиотиков. Но чтобы поставить такой диагноз, надо проверить, какого рода жидкость находится у новообразования внутри. Если там гной, его нужно откачать и начать антибиотики. Если признаков инфекции нет, с антибиотиками лучше подождать – по крайней мере, пока.

Тем же вечером врач ввел в брюшную полость пациента длинную иглу. Как только она заняла верное положение, он потянул за поршень шприца, который наполнился темно-красной кровью. Из лаборатории быстро поступил ответ – гноя в крови нет, как и других признаков инфекции. Модест сообщил новость пациенту. Он сказал, что до сих пор не знает, в чем причина приступов лихорадки. Позднее его обследует инфекционист, а в выходные – гастроэнтеролог. Сам Модест вернется на работу в понедельник.

В ту ночь пациент волновался так сильно, что не мог спать. На следующее утро он позвонил Шуману. Сказал, что ему сделали кучу анализов, провели МРТ и КТ, кололи иглами, прослушивали и простукивали. В результате врачи узнали, чего у него точно нет – это не рак, не воспаление, не ВИЧ, не гепатит и не волчанка. Но никто не мог сказать, что же все-таки с ним такое. И эта неопределенность его пугала.

Шуман тоже разволновался. Он жил почти в тысяче миль – слишком далеко, чтобы приехать навестить товарища. Однако тот публиковал в интернете все результаты анализов и обследований – для друзей и членов семьи, – так что Шуман отслеживал их, несмотря на расстояние, но тоже не мог понять, что происходит. Определенно требовалось еще одно экспертное мнение. Что, если опубликовать этот случай в блогах, которые читают преимущественно врачи, чтобы те взглянули на него с новых позиций? Пациента эта идея весьма вдохновила.

В тот же день Шуман выложил историю болезни друга в своем блоге[2 - www.glasshospital.com (<http://www.glasshospital.com>)] и связался с Кевином Фо, который также ведет популярный медицинский блог[3 - www.kevinmd.com (<http://www.kevinmd.com>)], а тот согласился разместить сообщение и у себя. За

несколько часов они получили десятки комментариев. Некоторые указывали на очень похожие случаи: с большими гемангиомами и приступами жара по ночам. У большинства лихорадка проходила после удаления новообразований.

Гемангиомы – самые распространенные доброкачественные опухоли печени. Чаще всего они остаются небольшими и никак себя не проявляют. Однако иногда могут достигать внушительных размеров, и тогда пациенты начинают жаловаться на боли или ощущение давления изнутри. В очень редких случаях, по причинам, которые до сих пор не ясны, такие новообразования могут провоцировать лихорадку, потерю веса и анемию – те самые симптомы, от которых и страдал наш пациент.

Прочитав эти сообщения, Шуман решил, что нашел вероятный диагноз. Пациент также воспринял новости с оптимизмом.

Модест об их инициативе не знал, но сам пришел к тому же выводу, хотя и более традиционным путем. Пациента осмотрел доктор Фредерик Райман, гастроэнтеролог. Ранее он уже сталкивался с подобным случаем и немедленно его распознал. Однако, поскольку нельзя было с уверенностью сказать, что именно гемангиома провоцирует лихорадку, Модест хотел убедиться, что исследовал все возможные альтернативы, прежде чем передать пациента в руки хирургов. Дальнейшие обследования ничего нового не выявили, и в середине недели Модест пришел к окончательному выводу, что симптомы обуславливает гемангиома.

В апреле новообразование пациенту удалили. Хотя восстановление после операции прошло тяжелее, чем он ожидал, мужчина наконец-то начал поправляться. Приступы лихорадки прошли, равно как и постоянная усталость; успокоился даже кашель.

В медицине приходится мириться с тем, что доктор не может знать абсолютно все. Наши знания формируются под влиянием опыта, обучения, личных интересов. Зайдя в тупик, мы обращаемся к врачебному сообществу. Обычно – к друзьям и коллегам, но Интернет дает нам доступ к более широким кругам – к целому морю незнакомцев, связанных между собой увлеченностью медициной... ну, и проводами, образующими глобальную сеть.

Сгорала по ночам

Ее мать упала и не могла встать, об этом сообщил мягкий голос по телефону. Звонок от тетки заставил девушку немедленно броситься домой к матери, жившей в соседнем городке в сельской части Алабамы. Тетка обнаружила свою 68-летнюю сестру без одежды, с помутившимся рассудком в гостиной ее домика. Она звонила сестре каждый день, и когда та не взяла трубку, забеспокоилась и поехала к ней. К моменту приезда племянницы сестра уже оделась, но по-прежнему плохо понимала, что происходит вокруг.

Хотя мать болела уже довольно давно, дочь была поражена, увидев бледную, истощенную тень, в которую она превратилась. Неоднократно она попадала в местное отделение неотложной помощи. Обращалась даже к специалистам в Таскалузе. Но никто не смог выяснить, что с ней такое.

Пока фельдшеры усаживали ее мать в карету «скорой», дочь спросила, не могут ли они отвезти их сразу в Бирмингем. В прошлом году, когда она была беременна тройней, она отправилась за 50 миль от дома, чтобы проконсультироваться со специалистами в больнице при Университете Алабамы в Бирмингеме. Может, тамошние врачи смогут помочь и ее маме?

В отделении неотложной помощи больницы в Бирмингеме женщине поставили капельницу, чтобы нормализовать упавшее кровяное давление, и она немного пришла в себя. Затем ее направили для дальнейшего наблюдения в амбулаторный центр.

Доктор Йори Мэй, ординатор второго года, увиделась с бледной, истощенной женщиной и двумя ее дочерьми месяц спустя. Они принесли с собой толстую папку с медицинской документацией, которую она отложила в сторону, чтобы посмотреть позже. Для начала надо было разобраться, что все-таки происходит.

Женщина сказала, что болезнь преследует ее уже много лет. Почти каждую ночь у нее бывают приступы жара. Начинается все с мучительного, пронизывающего озноба; она не может согреться даже под несколькими одеялами. Потом ей вдруг становится невыносимо жарко, по телу ручьями течет пот. Температура поднимается до 40–41 градуса. Все тело ломит, кости болят. Приходится постоянно принимать тайленол, чтобы сбить температуру и утишить

боль.

Примерно через час после пика лихорадки ее начинает тошнить, и рвет до тех пор, пока в желудке не станет совсем пусто. Так происходит практически ежедневно.

Днем женщина чувствует себя слабой и усталой, мучается от ломоты в костях. Каждое движение причиняет ей страдания. Доктора говорят, что это называется фибромиалгией. Также у нее бывает сыпь. Крапивница, по словам докторов. Сыпь не чешется, но понять, отчего она возникает, никто не может. А еще, добавили дочери, у нее совсем нет аппетита. От одной мысли о еде ее тошнит – согласилась с ними мать. За прошлый год она потеряла больше 35 килограммов.

Мэй и сама обратила внимание, что одежда пациентки, ее глаза, даже ее кожа выглядят так, как будто велики хозяйке на пару размеров. В остальном осмотр ничего не показал. Температура в норме, сыпи нет. Мэй сказала, что изучит анализы пациентки и составит план дальнейших действий.

Пересмотрев результаты проб и мазков, Мэй обратила внимание, что у женщины долгое время наблюдалось повышенное количество лейкоцитов. В норме этот показатель ниже 10; у нее он был почти 20 – и оставался таким уже несколько лет. Компьютерная томография показала, что все лимфатические узлы пациентки увеличены. Это могли быть признаки хронической инфекции. Или рака. Но врачи не нашли ни того, ни другого.

Мэй решила обратиться к списку болезней, на которые пациентку раньше не проверяли. Надо было сдать анализы на ВИЧ: считается, что люди старше 55 лет составляют примерно четверть носителей вируса, если учитывать и тех, кому диагноз поставлен официально, и тех, кто еще о нем не знает, – а проверяют их на ВИЧ достаточно редко. Другим вариантом являлся сифилис, прозванный великим притворщиком за разнообразие проявлений. С учетом проблем с пищеварительным трактом Мэй решила проверить пациентку на целиакию. Также она назначила ей анализ на особую разновидность рака крови, множественную миелому, которая поражает кровь и кости и обычно встречается у людей старше 50.

Мэй с волнением ждала результатов анализов. Нет, это не ВИЧ. Не сифилис и не целиакия. У пациентки нет и множественной миеломы, хотя анализ на нее,

исследующий антитела, важную составную часть иммунной системы, показал отклонение: уровень антител одного типа, IgM, оказался повышенным. Мэй направила пациентку к специалисту по инфекционным заболеваниям, но инфекции он не обнаружил. Онколог не выявил рака. А дерматолог подтвердил то, что Мэй знала и так – у пациентки крапивница, но причина ее неясна. Она обсуждала этот загадочный случай со всеми знакомыми докторами в больнице и на профессиональных конференциях. Но даже через семь месяцев обследований, консультаций и консилиумов Мэй ни на шаг не приблизилась к разгадке.

Каждую неделю она проверяла электронную карту пациентки, в которой могли появиться новые замечания от консультантов или результаты анализов. Однажды она с удивлением обнаружила там отчет на 11 страницах, отправленный штатным патологом больницы Форестом Халсом, который, насколько ей было известно, никак не участвовал в лечении пациентки. В отчете подробно перечислялись все симптомы болезни, а также анализы, которые женщина сдала. Далее Халс выдвигал предположение, что она страдает заболеванием, о котором Мэй раньше никогда не слышала – синдромом Шницлера. Патолог сообщал, что это очень редкое и пока малоизученное заболевание иммунной системы.

По современным данным, при синдроме Шницлера самая примитивная часть иммунной системы – разновидность белых кровяных телец, именуемых макрофагами – выходит из-под контроля и заставляет организм вести себя, как при инфекции. Тело реагирует приступами жара и озноба, потерей аппетита, ломотой в костях, как при гриппе, и повышением числа одного конкретного вида антител в крови – IgM. Почему и как это происходит, до сих пор выяснить не удалось.

Впервые это расстройство описала в 1972 году Лилиан Шницлер, дерматолог из Франции, изучив случаи пяти пациентов с крапивницей, рецидивирующими приступами жара, ломотой в костях и увеличенными лимфатическими узлами. Эти симптомы, а также повышенный уровень IgM, предположила Шницлер, являлись симптомами нового заболевания.

Мэй не знала Халса лично, но много слышала о нем. Будучи ординатором, он прославился своим интересом к необычным случаям и умелой постановкой диагнозов. «Когда я вижу, как люди страдают, и знаю, что, потратив время и силы, могу разобраться в их болезни, – сказал он мне, – то просто не могу сидеть сложа руки». Халс всегда обращал внимание на не-обычные патологические

проявления, и в этом случае его привлек высокий уровень IgM.

Раньше Халс тоже не слышал о синдроме Шницлера. Он наткнулся на него, изучая базу данных PubMed, когда искал там заболевание со схожими симптомами. Он составил подробный список жалоб пациентки и отклонений в результатах обследований. Для полноты картины он изучил ее предыдущие медицинские документы, ныне хранившиеся в электронном архиве, и обнаружил, что первые симптомы начали проявляться у нее почти 10 лет назад. Далее он взялся за поиски болезни, которая могла их вызывать. Прошло несколько часов, прежде чем он наткнулся на подходящее описание. Читая статьи об этом странном расстройстве, доктор понял, что нашел ответ.

Получив отчет Халса, Мэй бросилась искать информацию по синдрому Шницлера. Описание симптомов полностью совпадало с проявлениями у ее пациентки.

Постановка диагноза имела большое значение еще и потому, что от этой болезни ныне появилось очень эффективное лекарство. Болезнь заставляет макрофаги вырабатывать в больших количествах белок под названием интерлейкин 1.

Этот белок провоцирует в организме жар, ломоту, а также все остальные симптомы, напоминающие гриппозные, которые характерны для синдрома Шницлера. Пару лет назад один фармацевтический концерн разработал препарат, нейтрализующий действие этого конкретного белка. Когда страховая компания пациентки отказалась платить за новое и очень дорогое лекарство, Мэй обратилась к производителю, и концерн после нескольких месяцев уговоров согласился предоставить его бесплатно. Как только женщина начала прием препарата, приступы жара и озноба прошли. Также прекратились тошнота и рвота, исчезла крапивница, кости перестало ломить.

Оглядываясь назад, на период болезни, пациентка с трудом узнавала себя. До того она всегда была легкой на подъем и никогда не сидела на одном месте. Годы, проведенные на диване и в постели, когда она постоянно ощущала слабость и боль, не дававшие шевелиться, казались ей главой из чьей-то чужой жизни.

Что касается Халса, он окончил ординатуру и вернулся в Университет Алабамы. На новой работе он занимается самыми трудными с точки зрения диагностики случаями – теми, что требуют максимальной самоотдачи и большого опыта.

Случай на свадьбе

«Либо ты сядешь со мной в машину и поедешь назад в больницу, либо я вызываю скорую», – заявила женщина своему 38-летнему мужу. Он только вчера вернулся из больницы домой, но выглядел еще хуже, чем до того. Хотя она и боялась в этом признаться, ей казалось, что он умирает. Собственно, так оно и было.

Все началось около недели назад – на свадьбе его младшего брата в Колорадо. Как только они сошли с трапа самолета, мужчина почувствовал себя отвратительно. Разболелась голова, все тело ломило, глаза чесались, а лицо опухло. Всю ночь он проворочался без сна. Утром, выбравшись из постели, увидел, что простыни мокрые от пота.

Сначала он приписывал свое недомогание высотной болезни. Отель находился в горах, и раньше он на таких высотах не бывал. Хотя его жена и двое детей чувствовали себя прекрасно, многие гости ощутили на себе воздействие высоты. Одна из подружек невесты упала в обморок на церемонии; пожилой тетушке из Техаса пришлось уехать раньше.

Сама церемония, как ему показалось, длилась чуть ли не вечность. Смокинг давил, как смирительная рубашка, в груди было тесно, мужчина едва дышал. К началу праздничного ужина он с трудом держался на ногах. Его трясло, сердце вырывалось из груди. Болела шея, было трудно глотать. Жена попросила ведущего изменить порядок тостов, чтобы он произнес свой пораньше. Сразу после этого мужчина отправился в отель и лег в кровать.

Он думал, что ему станет лучше, когда они спустятся вниз, в Денвер. Но нет. Даже в Бостоне, на привычной высоте, он все равно чувствовал себя плохо. Жена нехотя оставила его в городе, откуда ему назавтра предстояло улетать по делам, и на машине отправилась домой, в деревушку в часе езды.

Оставшись один в номере отеля, мужчина почувствовал, что симптомы усугубились. Он испугался и на такси поехал в центральную больницу Массачусетса. Из-за болей в груди ему сделали ЭКГ. К его удивлению, кардиограмма показала отклонения, и он оказался в отделении кардиологии. Доктора были уверены, что инфаркта у него нет, но что-то нанесло сердцу повреждения. После нескольких обследований у него обнаружили миокардит – воспаление сердечной мышцы, но причин болезни выяснить не смогли. Обычно миокардит вызывают вирусные инфекции. Однако бактерии также могут заражать и повреждать сердце. Врачи искали стрептококки и других возможных возбудителей. Они также беспокоились, что он мог подхватить какую-нибудь из инфекций, переносимых клещами, в горах Колорадо. Результаты анализов оказались отрицательными, и через четыре дня его выписали домой, назначив курс доксицилина – на всякий случай.

Дома мужчина сразу лег в постель, надеясь, что теперь пойдет на поправку. Жена его не была в этом уверена. На следующий день, взглянув на него, она испугалась его вида: муж казался таким же бледным, на лбу выступил пот, как в тот день в горах. Озноб и жар вернулись. Головная боль была такой, что он плакал – впервые за всю их совместную жизнь. Перспектива часовой поездки на машине в центральную больницу казалась настолько пугающей, что она решила отвезти его в местную больницу Анны Джекс, находившуюся в ближайшем городке Ньюберипорт.

Конец ознакомительного фрагмента.

notes

Примечания

Singh H., Meyer AND, Thomas EJ. BMJ Qual Saf 2014; 23:727–31.

2

www.glasshospital.com (<http://www.glasshospital.com>)

3

www.kevinmd.com (<http://www.kevinmd.com>)

Купить: https://tellnovel.com/ru/sanders_liza/diagnoz-medicinskie-golovolomki-i-chelovecheskie-sud-by

Текст предоставлен ООО «ИТ»

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию: [Купить](#)