

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**РУКОВОДСТВО ПО ОВЛАДЕНИЮ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ КОММЕНТАРИЕМ
КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ**

Учебное пособие

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2014

УДК 616-091(076.5)(075.8)

ББК Р251я7

Р 139

Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Карзилов А.И., Тетенев К.Ф., Месько П.Е., Мишустина Е.Л., Дубоделова А.В.

Р 139 Руководство по овладению профессиональным комментарием клинической картины: учебное пособие. – Томск: СибГМУ, 2014. – 149 с.

В руководстве изложены основные сведения о методологии и методике построения клинического диагноза, уделено внимание мотивации изучения теории диагностики. На конкретных клинических примерах рассмотрены построение и проверка диагностической гипотезы, обобщен опыт активизации творческой работы студентов при изучении общей и частной диагностики и творческой работы врачей-клиницистов. В приложении приводятся размышления основоположников отечественной медицины по методологии клинической диагностики.

Издание будет полезно как для студентов высших учебных медицинских заведений, так и для врачей-клиницистов различных специальностей.

УДК 616-091(076.5)(075.8)

ББК Р251я7

Рецензенты:

Л.Д. Сидорова – доктор медицинских наук, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Новосибирск

М.А. Попова – доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии Сургутского государственного университета Ханты-Мансийского автономного округа Югры, г. Сургут

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным методическим советом ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (протокол № 2 от 04.06.2014 г.)

© Сибирский государственный медицинский университет, 2014

© Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Карзилов А.И., Тетенев К.Ф., Месько П.Е., Мишустина Е.Л., Дубоделова А.В., 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Введение	5
Глава 1. Истоки сибирской клинической школы	8
Глава 2. Мотивация к изучению теории диагностики	15
Глава 3. Методология (теория) клинического диагноза	22
3.1. Значение теории диагноза.....	22
3.2. Схема построения диагноза.....	27
3.3. Клиническое мышление, его специфика.....	30
3.4. Стил ь клинического мышления.....	34
Глава 4. Основные категории теории диагностики	41
4.1. Общепринятая классификация симптомов.....	42
4.2. Общепринятая классификация синдромов.....	51
4.3. Общепринятая классификация диагноза.....	51
Глава 5. Оригинальная классификация основных категорий теории диагностики. Свойства симптомов, синдромов, диагноза	55
5.1. Общие принципы оригинальной классификации симптомов, синдромов, диагноза.....	55
5.2. Оригинальная классификация симптомов.....	55
5.3. Оригинальная классификация синдромов.....	56
5.4. Оригинальная классификация диагноза.....	59
Свойства симптомов, синдромов и диагноза.....	59
Глава 6. Диагностическая гипотеза	68
6.1. Свойства.....	68
6.2. Построение.....	68
6.3. Уровни творческой работы при постановке клинического диагноза.....	78
Глава 7. Методика построения клинического диагноза	81
7.1. Прямой диагноз.....	81
7.2. Практические советы при выполнении схемы обоснования прямого клинического диагноза.....	85
7.3. Дифференциальный диагноз.....	99
7.4. План построения профессионального комментария клинической картины.....	101
Глава 8. Врачебные ошибки	104
8.1. Происхождение врачебных ошибок.....	104
8.2. Знания и размышления врача в процессе постановки клинического диагноза.....	107
Вопросы для самоконтроля	125
Рекомендуемая литература	126
Приложение	127

ПРЕДИСЛОВИЕ

Общеизвестный факт, что самым сложным в процессе обучения и самообучения является развитие способности переходить от внутренней речи к внешней при устном и письменном изложении рассуждений о клиническом диагнозе.

В настоящем руководстве обобщен опыт преподавательской работы коллектива кафедры пропедевтики внутренних болезней Сибирского государственного медицинского университета по активизации творческой работы студентов при изучении общей и частной диагностики в клинике внутренних болезней. Главное внимание в этом издании уделено изложению мотивации изучения теории диагностики, объяснению процесса размышления врача над клиническими симптомами, построению диагностических гипотез, их проверке.

Авторы надеются, что уникальный опыт, изложенный в данном руководстве, может быть полезным для более успешного освоения программы обучения студентов клинике внутренних болезней.

ВВЕДЕНИЕ

Знание патологии и овладение теорией диагноза могут восполнить молодому врачу недостаток его клинического опыта, освободить его от многих диагностических ошибок.

И.Н. Осипов

Никогда не следует забывать, что как бы ни был велик опыт одного врача, он просто ничтожен по сравнению с опытом всей медицины, закрепленном в теории диагноза. Поэтому знание теории диагноза необходимо самому наипытнейшему врачу.

И.Н. Осипов

Дорогие коллеги, имеющие личный профессиональный опыт или только начинающие врачебную деятельность, предлагаем Вам создавать и совершенствовать свою собственную, индивидуальную программу самовоспитания, овладения самым важным инструментом врача – клиническим мышлением.

Знаменитые философы древности, будучи поэтами, писателями, мудрецами, учеными, прежде всего были врачами. Философами их назвали позднее. Врачебная специальность во все времена несла и несет в себе серьезную философскую нагрузку.

Современные врачи должны быть в достаточной мере философами, так как предстоит научиться решать вопросы, требующие владения аналитическим, пространственным и концептуальным мышлением. Например, врач-терапевт поставил пациенту диагноз «пневмония», лечит его, наблюдает за ним. Это вовсе не означает, что врач думает только об одной нозологической форме, то есть узко, как ремесленник. Врач всегда учитывает достаточно широкий круг возможных неожиданностей даже при простой и ясной на первый взгляд ситуации. Это есть не что иное как пространственное и даже концептуальное мышление. Тем не менее, по традиции врачи не обращают внимания на философские аспекты своей деятельности. Фигурально это можно выразить крылатым выражением: «Не знают, что говорят прозой». Между тем о философских проблемах диагностики нужно помнить и не только для того, чтобы гордиться: «О! Я, оказываю-

ся, философ!». В большей мере это необходимо для защиты от врачебных ошибок.

Формирование клинического мышления предполагает развитие творческих способностей личности. Создавая свою программу, необходимо убедиться, что:

1. Вы знаете свойства, характерные для всех без исключения симптомов, синдромов и диагнозов.

2. Вы знаете, что в медицине нет абсолютно специфических симптомов, синдромов, а диагноз всегда в определенной степени является гипотезой.

3. Вы систематически занимаетесь построением и проверкой диагностических гипотез.

4. Вы знаете, что семиология симптомов и синдромов обширная и что, выстраивая план дифференциального диагноза, вы размышляете далеко за пределами частной патологии в конкретном клиническом случае.

5. Вы знаете важнейшие законы логики, философии, общей патологии и в достаточной мере владеете ими в процессе размышления над клинической картиной.

Знания, перечисленные в этих пяти пунктах, определяют содержательность творческой личности и творческого характера труда врача-клинициста. Это дает основание гордиться своей профессией.

Советы начинающему изучать клиническую медицину

Искусству обоснования диагноза врач учится всю жизнь, и успехи при этом бывают самые разные. Обоснование диагноза – это размышления над результатами обследования пациента. Другими словами - это профессиональный комментарий клинической картины.

Размышление над клинической картиной побуждает исследователя искать внутренние причинно-следственные связи между частными проявлениями болезни, а также связи между частными и общими закономерностями патологического процесса.

Мы надеемся, что предлагаемая конкретная методика профессионального комментария клинической картины поможет преодолеть скованность, «зажатость» будущего врача перед сложной и серьезной задачей.

Причины этой скованности и «зажатости», предположительно, состоят в следующем:

1) недостаточные знания;

2) робость перед очень сложной проблемой, где трудно определить глубину научных сведений о предмете, боязнь предстать перед коллегами в невыгодном свете;

3) понимание важности правильности суждения о диагнозе для пациента, для престижа врача, а для студента – оценки его знаний.

Как преодолеть скованность и «зажатость»?

1. Надо помнить, что недостаточность знаний вполне естественна, что никто – ни опытный профессионал, ни мудрый преподаватель, ни профессор – не могут похвалиться полнотой знаний. Нужно научиться вовремя мобилизовать те знания, которые есть, своевременно заглянуть в учебник, справочник, монографию. Именно для этого в понятие «знания» мы специально включили сведения, содержащиеся в учебной и специальной литературе¹.
2. Надо помнить, что любой вопрос в медицинской науке можно углубить до тонкостей, связанных с высокими технологиями обследования. Начинать решение вопроса о диагнозе в клинике нужно с относительно простого и доступного – с общения с пациентом и анализа результатов опроса и физического обследования. Как всегда, в клинике это самое главное и самое важное. При таком подходе к сложным проблемам гарантируется правильное понимание соотношения между различными уровнями исследования больного: общеклинического, инструментального, лабораторного, субклеточных, биохимических методов исследования и т.п.
3. Будущий врач должен знать, что ему дозволено ошибаться. Не нужно бояться ошибочных выводов и суждений! У пациента есть лечащий врач, есть опытные клиницисты, которые знают своё дело.

Для преподавателя большой интерес представляет общение со студентом, который размышляет. Пусть он ошибается, но, размышляя, идёт к правильному решению вопросов и самостоятельно либо с помощью преподавателя постигает основы клинической науки.

Успешное решение даже малых творческих задач вселяет в студента веру в свои силы. Студент при этом переживает эмоциональный подъём – главное условие ускорения развития ассоциативных связей не только в конкретном разделе клинического материала, но также связей более широкого плана, охватывающего фундаментальные науки.

Использование этих приёмов в учебном процессе, как мы полагаем, очень помогает преодолевать скованность и зажатость студентов, а на учебных конференциях, посвященных заключительному конкурсу на лучшую учебную историю болезни, студенты удивляют и радуют содержательностью докладов, вопросов, ответов, общих суждений, активным участием в дискуссии по рассматриваемым проблемам.

С пожеланиями здоровья, личного счастья, крепости духа, оптимизма, веры в победу добра и успехов на пути к достижению высокой и благородной цели – овладения профессией врача.

Авторы

¹ И преподавателей, и студентов мы просим не рассматривать изложенное как использование шпаргалки. Речь идёт о процессе обучения, в том числе технике использования литературы.

Глава 1

ОСНОВАТЕЛИ СИБИРСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

Работа врача-клинициста окутана особым ореолом таинственной, высокой степени интеллигентной и интеллектуальной деятельности, несущей на себе печать благородной миссии. Именно этим медицина привлекает молодых людей, наполненных жизненной силой, романтическим ожиданием служения людям и, конечно же, желанием достойной оценки обществом своего труда.

С большим вниманием юные последователи Гиппократов смотрят на своих учителей, стремясь найти ответы на вопросы, что такое клинический опыт и каким образом он приходит. Следование примеру своих учителей является обязательным условием для формирования клинического опыта.

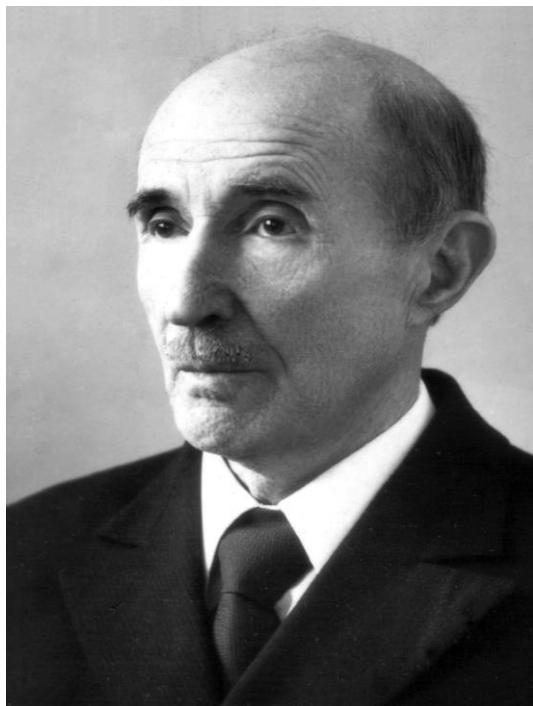
С **Михаила Георгиевича Курлова** начиналась сибирская школа терапевтов. В свое время он был пытливым учеником В.А. Манассеина – представителя Санкт-Петербургской научной медицинской школы. М.Г. Курлов организовал кафедру медицинской диагностики в Императорском Томском университете, заведовал кафедрой госпитальной терапии, кафедрой медицинской диагностики и терапевтической факультетской клиникой. М.Г. Курлов был хорошо известным ученым не только в России, но и за рубежом, внесшим значительный вклад в развитие отечественных наук: гематологии, фтизиатрии, паразитологии, общей диагностики. Кроме



М.Г. Курлов

того, он является создателем сибирских курортов.

Многогранная и весьма плодотворная работа вполне справедливо позволяет считать его основателем Сибирской школы терапевтов. Однако М.Г. Курлов, по отзывам современников, был еще и блестящим лектором и идеальным преподавателем, передавшим стиль своей клинической работы своим многочисленным ученикам. С искренним и глубоким уважением о нем говорили и писали его ученики: Дмитрий Дмитриевич Яблоков, Александр Антонович Ковалевский и Борис Максимович Шершевский. В середине XX века уже на маститых учеников М.Г. Курлова с восхищением и восторгом смотрели ученики следующего поколения. Так продолжилась школа.



Д.Д. Яблоков

Дмитрий Дмитриевич Яблоков – выдающийся врач-гуманист, Врач с большой буквы, академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда, Лауреат Государственной премии. Он заведовал кафедрой факультетской терапевтической клиники. Из всех высоких званий больше всего он почитал звание врача. Его громадный клинический опыт складывался в результате непосредственного, многолетнего, тщательного, систематического наблюдения, исследования и лечения больных в клинике.

Д.Д. Яблоков считал, что чем ближе и глубже врач изучает пациентов, тем больший в памяти его формируется запас вариантов течения болезней. Сложение многочисленных схем клинических вариантов заболеваний создает в памяти врача своеобразную картотеку образов, которую он использует в своей практике, «доставая» из памяти в нужное время образы диагностических ситуаций. Это, бесспорно, важнейший способ обогащения клинического опыта. Формирование дифференциального диагноза по принципу выбора синдромосходных заболеваний происходит из опыта врача. Чем больше его картотека образов, тем успешнее его врачебная деятельность. Систематическая работа с больным и с литературой, кроме того, раскрывает и развивает другие качества интеллекта врача: аналитическое мышление, способность к обобщению, которые выражены и формируются индивидуально.

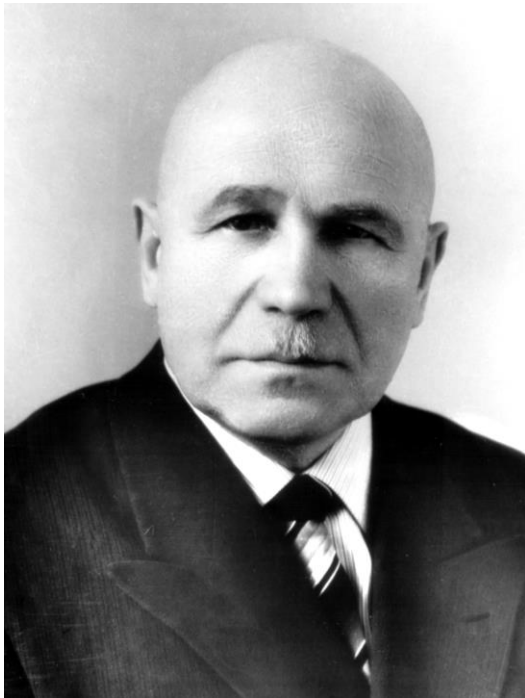
Приведем пример, подтверждающий эффективность приведенного способа обогащения клинического опыта.

Однажды в пропедевтическую терапевтическую клинику неожиданно, без направления и диагноза, поступила больная средних лет с тяжелой дыхательной недостаточностью. Резчайший диффузный цианоз и рестриктивная одышка определяли тяжесть ее состояния, а во взгляде были непомерное страдание, ожидание помощи и недоумение: откуда это все, почему никто не может помочь? Заболевание развивалось исподволь, почти незаметно, но в последние два дня состояние стало быстро ухудшаться.

В анамнезе не было острых и хронических заболеваний легких, не было и признаков общей воспалительной реакции. Кашель почти не беспокоил больную. Выделение мокроты она заметила около 2 недель назад, а в последние пять дней количество мокроты стало увеличиваться. Ригидность грудной клетки, ундуляция межреберных промежутков, напряжение дыхательной и вспомогательной мускулатуры на вдохе были выражены в крайней степени. Перед кроватью стоял большой эмалированный таз, наполненный почти до самых краев каким-то пенистым содержимым, напоминающим белую вату. Трудность постановки диагноза была очевидна.

На следующий день профессор Б.М. Шершевский пригласил Д. Д. Яблокова посмотреть пациентку и посоветоваться относительно серьезных диагностических затруднений. При осмотре больной присутствовали и молодые, и весьма опытные врачи. Во время обсуждения результатов обследования Дмитрий Дмитриевич сказал: «Что же, очень необычный и сложный случай. Можно, мне кажется, осторожно предположить редкое проявление аденоматоза легких. Помню, читал, что при альвеолярном раке легких бывает такая обильная пенистая мокрота. Но самым трудным является вопрос, как помочь больной?». К сожалению, уже вскоре диагноз и прогноз подтвердились на аутопсии. Так бывает, что диагноз становится ясным после того, как его поставит мудрый клиницист.

Дмитрий Дмитриевич рассказал, что в своей практике он не наблюдал подобного случая аденоматоза легких. Каким же образом он вспомнил прочитанную им когда-то информацию? По-видимому, общая клиническая картина больной соответствовала злокачественности течения болезни. Представление же о злокачественности заболевания невольно включало мысль о новообразовании легких, а там уже близко до мысли об аденоматозе легких. Важнейшую роль успешной диагностики в этом случае, вероятно, играл безупречный порядок в диагностической «картотеке» Дмитрия Дмитриевича, пополнявшейся многие годы. Очевидно, этот логический порядок помог сделать последний шаг к диагнозу – столь близкому, но очень непростому.



А.А. Ковалевский

Александр Антонович Ковалевский

удивлял своих учеников способностью просто «видеть» диагноз пациента, и это внутреннее зрение профессора было безошибочным. Он поражал коллег и студентов феноменальной памятью, удивительной работоспособностью. Он называл страницы книг и журналов, где можно было прочитать о конкретной диагностической проблеме. Однако просто хорошая, даже отличная память, совершенно очевидно, здесь помощник не очень надежный.

«Как Вам удастся почти безошибочно диагностировать заболевания в совершенно трудных случаях?». «Габитус, деточка, габитус пациента». Так, по вос-

поминаниям замечательного врача - Веры Иосифовны Черняевой, ассистента кафедры госпитальной терапии, ветерана ВОВ, замечательного преподавателя, отвечал на вопрос Александр Антонович. Тут же он называл определенные признаки болезни, которые описывали врачи прошлого, безошибочно называл страницы тех книг, которые сейчас, к сожалению, ушли с полок современных библиотек. Конечно же, подобные признаки могли быть информативными в отношении диагностики заболеваний не для каждого врача. Александр Антонович видел в клинической картине что-то еще, что определяло качество его диагностического суждения. Очевидно, это и есть та таинственная экстрасенсорика, которую традиционно относят к врачебному искусству. Все же в основе клинического опыта А.А. Ковалевского лежал постоянный труд, а результаты труда были исключительно яркими благодаря особым качествам его интеллекта. Достаточно учесть при этом, что он не получил хорошего образования в детстве, в медицину пришел через фельдшерское училище. В сложных материальных и социальных условиях он самостоятельно изучил английский, французский и немецкий языки и свободно читал зарубежную литературу.



Б.М. Шершевский

Еще один необычайно важный путь формирования клинического опыта для врачей томской школы продемонстрировал профессор **Борис Максимович Шершевский**. Систематический курс пропедевтики внутренних болезней он поставил на строгую научную основу с четким логическим построением всех разделов на основе опыта мировой науки и классической дидактики. Этот раздел с трудом давался студентам, зато позднее, в зрелом «профессиональном» возрасте, врачи хорошо понимали значение общей диагностики. С огромным вниманием слушались выступления Б. М. Шершевского на клинко-анатомических конференциях, которые он вел в пятидесятых-семидесятых годах. Подробный анализ

клинко-анатомических параллелей в сочетании со строгим построением причинно-следственных соотношений всегда лежал в основе его выступлений. Слушали Бориса Максимовича с большим вниманием и невольно сравнивали его с увлекательным чтением Конан-Дойля. Каким образом ему удавалось так раскрывать клиническую картину, анализировать и с блеском выстраивать патогенез и танатогенез обсуждаемого случая?

«Ничего в этом особенного нет. Нужно просто трудиться, много трудиться и к выступлению готовиться тщательно, не упуская мелочей» – так Б.М. Шершевский объяснял природу своих блестящих выступлений. *«Нужно читать, сопоставлять, размышлять. Больше ничего не надо для постижения опыта. Что касается понимания философских проблем общей патологии, то его дает высшее медицинское образование. Логика – это тоже продукт образования и общей культуры. Просто нужно всегда оставаться на должном уровне образования и культуры»*.

Значение подготовки врача по теории диагностики в отечественной науке впервые обосновал С.П. Боткин. Он объяснил, что клинический диагноз является гипотезой. Проверка ее зачастую требует много времени, и врач не может проводить эксперименты, дожидаться результатов проверки гипотез. Он должен помогать больному. Это самое ответственное и сложное в работе врача (прил. 1 «Актовая речь С.П. Боткина»).



И.Н. Осипов

В середине XX века вопросы теории диагноза разрабатывал в Томске профессор **Иннокентий Николаевич Осипов**. Он впервые четко определил значение теории диагностики для клинического опыта врача.

И.Н. Осипов показал, каким образом с помощью знаний теории диагностики можно избежать врачебных ошибок. Профессор И.Н. Осипов, заведующий кафедрой факультетской педиатрии Томского медицинского института, дал глубокое научно-философское обоснование значения теории диагностики для врачебной деятельности.

Вопросы методологии диагностики и меди-

цины в целом были опубликованы им совместно с доцентом П.В. Копниным (впоследствии член-корр. АН СССР, директор Института философии АН СССР) в монографии «Основные вопросы теории диагноза», вызвавшей широкую научную дискуссию. Эта монография, а также монография «Причины для диагностических ошибок в педиатрии», опубликованная после смерти И.Н.Осипова (издание было подготовлено сыном профессора Аркадием Иннокентьевичем Осиповым, ныне профессором СибГМУ, в соавторстве с профессором А.Ф. Смышляевой), явились значительным вкладом в отечественную клиническую медицину. В них содержатся не только теоретические, но также важнейшие практические рекомендации и относительно того, как избежать врачебных ошибок для клиницистов всех разделов медицины.

На всех этапах обследования больного (в процессе сбора анамнеза, физического, а также параклинического обследования) врач определяет симптомы болезни и обязательно мысленно формирует гипотезы: «Диагностировать – это значит наблюдать, предполагать, проверять и доказывать». Однако эти гипотезы нельзя возводить в ранг диагноза. Нельзя предвзято останавливаться на одной гипотезе. Каждую гипотезу нужно проверять последовательно. Клинический диагноз можно формировать только после полного обследования больного. Но и в этом случае диагноз будет содержать гипотезу, однако он все-таки станет более обоснованным. Размышление врача над клиническими проявлениями болезни позволяет более полно вести обследование пациента и более содержательно прово-

дить дифференциальный диагноз. «Игнорирование этих элементарных основ диагностического процесса чревато диагностическими ошибками».

На сегодняшний день на кафедре пропедевтики внутренних болезней СибГМУ разработаны конкретные рекомендации и методики построения и проверки гипотез в процессе обнаружения симптомов, формирования синдромов, а также построения клинического диагноза. Это стало возможным в результате познания свойств симптомов, синдромов, диагноза и конкретного использования знания семиологии основных категорий теории диагностики. Цель настоящего направления исследований состоит в стремлении в максимально доступной форме приблизить философские аспекты врачебной диагностики к конкретной врачебной практике, что должно помочь и начинающему, и опытному врачу противостоять врачебным ошибкам, а также уменьшить негативное влияние неизбежных врачебных ошибок на здоровье пациента.

Итак, для постижения клинического опыта наши дорогие Учителя завещали много-много трудиться. Большое значение имеют врожденные индивидуальные особенности интеллекта – природные данные личности, а что касается дефицита образования и культуры мышления – восполнять это никогда не поздно, если есть стремление к достижению цели, если есть большое желание трудиться.

Если в вас скрывается экстрасенс – хорошо, а если нет – не огорчайтесь! Достичь большого клинического опыта можно упорным трудом, трудом осмысленным и последовательным, особенно если этот труд приносит радость.

И тем не менее приобретать клинический опыт нужно всем врачам-клиницистам как можно скорее. Жизнь ставит перед клинической медициной новые, очень серьезные задачи, и решить их только с помощью новых и новейших технологий невозможно. Требуется еще и развитое клиническое мышление, которое позволяет врачу смотреть на проблемы диагностики и лечения с позиции не раба технологий, а предводителя диагностического процесса.

Глава 2

МОТИВАЦИЯ К ИЗУЧЕНИЮ ТЕОРИИ ДИАГНОСТИКИ

В задачи курса пропедевтики внутренних болезней входят следующие разделы:

1. Обучение основным и важнейшим дополнительным методам обследования пациента.
2. Обучение семиотике болезней.
3. **Формирование клинического мышления.**
4. Воспитание профессиональных черт личности врача на основе медицинской деонтологии.
5. Обучение простейшим практическим навыкам оказания лечебной помощи.

Среди перечисленных задач курса особое место занимает формирование клинического мышления. Строго говоря, клиническое мышление формируется в процессе изучения методов исследования пациента в клинике, получения информации о симптомах, синдромах у него и изучение их с помощью науки семиологии.

Формирование клинического мышления – звучит очень сильно, что вызывает внутренний протест – ведь обучающиеся еще только-только пришли в клинику, а от них уже требуют мыслить клинически. Чтобы как-то мягче подойти к «формированию клинического мышления» от первых двух задач к третьей, позволим себе внести небольшую поправку в определение задач курса пропедевтики внутренних болезней. В курсе пропедевтики внутренних болезней изучается общая и частная диагностика. Между прочим, название кафедры в дореволюционное время так и обозначалось: кафедра медицинской диагностики. В Томском Императорском университете кафедру медицинской диагностики организовал М.Г. Курлов.

Диагностика (греч. *diagnosticos* – способный распознавать) включает в себя 3 раздела:

- 1) методы диагностического обследования,

- 2) семиотику,
- 3) теорию диагностики.

Без теории и семиотика, и методы обследования ущербны. Они становятся расплывчатыми и неопределёнными понятиями и, следовательно, не очень обязательными. Клиническое мышление является связующим звеном диагностики, то есть науки, включающей методы обследования, семиологию и теорию диагноза.

Может быть, термин «клиническое мышление» используется для придания особой важности клинической науке? Нужно ли без надобности «надуться от важности» и вещать о вершине интеллектуального аспекта обучения?

«Надуться от важности» мы не будем, но объясним, почему потребовалось выделить как особый вид мышления человека клиническое мышление. Мышление как процесс един в любой деятельности человека. Мышление же клинициста поставлено в особые условия, когда:

1. Основными методами получения информации о больном являются **клинические методы непосредственного исследования (расспрос, физические методы исследования)** и только затем – параклинические методы. Приоритет клинических методов обследования здесь неоспорим.
2. В силу своего врачебного долга врач вынужден работать с ещё недостаточно обоснованной диагностической гипотезой и помогать пациенту, зачастую не имея убедительных критериев клинического диагноза. Мысль о том, что диагноз в клинике – это всегда гипотеза, и что врач вынужден иметь дело с недостаточно обоснованными и проверенными гипотезами, высказал С.П. Боткин. В качестве подтверждения этого положения в данном учебном пособии представлена знаменитая актовая речь С.П. Боткина. Читатель, мы полагаем, сможет убедиться, что основополагающие положения клинической медицины по С.П. Боткину остаются устойчивыми. Изменяются условия, среда, уровень развития медицинской науки, а они остаются непреложными.

Однако вернёмся к формированию клинического мышления.

Вполне очевидно, что для этого нужна методика и методология изучения общей и частной семиологии. Другими словами, теория диагностики есть основной инструмент общей и частной семиологии, диагностики в целом.

Раздел по теории диагностики содержится в учебнике В.Х. Василенко, А.Л. Гребнева (Пропедевтика внутренних болезней /под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребнева. – 3-е изд., перераб. и доп. – М., 1982. – 513 с. и Пропедевтика внутренних болезней /под ред. А.Л. Гребнева. – 5-е изд., перераб. и доп.. – М., 2002. – 592 с.)

Это лучший учебник по предмету для студентов III курса, однако раздел по теории диагностики остаётся невостребованным ни на III, ни на VI курсах.

Изучение теории диагностики в том виде, в каком он представлен в учебнике, требует определенного набора знаний и умения пользоваться этими знаниями. Вполне понятно поэтому впечатление, что заниматься вопросами теории диагностики на III курсе рано. И это не впечатление, а руководство к действию, вернее, к отсутствию действия в отношении изучения теории диагностики. Отметим, однако, что это серьёзное заблуждение, и постараемся объяснить основной мотив исследования вопросов теории диагностики и создания настоящего учебно-методического пособия.

Изучение методов исследования больного включает в себя не только и не столько запоминание техники расспроса, физического обследования и т.д. В процессе получения знаний будущий врач получает информацию о симптомах болезней в быстро нарастающем объёме. Но каждый симптом имеет свою семиологию, а синдромы – свою семиологию более высокого ранга. Наконец, рассуждая о семиологии симптомов и синдромов, никак нельзя обойтись без понимания принципа формирования нозологических форм.

Для правильного формирования клинического мышления при этом нужна теория диагностики.

Если же ее не давать в начале обучения, уже на первых шагах обучения будущий врач усваивает теорию диагностики стихийно – без подготовки, без достаточного научного обоснования. Это можно приравнять к ситуации, когда путника направляют пройти через дремучий лес, а у него нет компаса, или он не умеет им пользоваться. Пусть догадается купить компас! Пусть научится сам им пользоваться!

Теория диагностики – это наука о методике построения профессионального комментария клинической картины. Ещё это наука о способе ускорения формирования клинического мышления и приобретения опыта. С самого начала изучения клинической науки и в последующем происходит закрепление в памяти этапов построения диагностического суждения, свойств симптомов, синдромов и диагноза.

В конечном итоге, это наука о том, как избежать врачебных ошибок, а точнее, как свести их количество до минимума.

У опытного врача вопрос, почему он поставил такой-то диагноз, не вызывает затруднения. Первое, что приходит на ум при ответе на этот вопрос, звучит предельно просто: симптомы, имеющиеся у пациента, характерны для такого-то заболевания. С точки зрения принципа экономии мышления такой формой обоснования диагноза можно ограничиться. Однако вдумаясь в сам процесс постановки диагноза (в описанной ситуа-

ции): он происходит в уме (энтимема), может быть, даже за пределами сознания, он очень сложен.

Допустим, врач определил у пациента диастолическое дрожание на верхушке сердца. У него сразу же может возникнуть диагностическая гипотеза, которая через множество ступеней ведёт к предположительному диагнозу: ревматизм, митральный стеноз. Другие симптомы будут найдены уже позже, путём целенаправленного изучения больного, тщательного обследования, и в конце будет поставлен развёрнутый клинический диагноз. Так диагноз ставится при типичной клинической картине заболевания. Чем больше знаний у врача, тем чаще он будет ставить правильный диагноз по такому принципу.

В сложных клинических случаях процесс диагностики приходится переводить из области привычных умозаключений в область раздумий, поиска ответов на множество вопросов. В такой ситуации диагностика требует специальной подготовки, развитой способности размышления над клинической картиной.

Опытный клиницист не может сказать, когда и каким образом у него сформировался клинический опыт, когда от накопления знаний он смог совершить качественный скачок к способности гибко пользоваться знаниями, то есть размышлять над клинической картиной.

Участие в работе консилиумов позволяет выслушивать различные способы комментария клинической картины разными врачами, хотя они в конце концов приходят к одному или сходным диагностическим заключениям. Чем богаче опыт, тем интереснее, содержательнее суждения врача.

Однако до того как приходит клинический опыт проходит много времени: годы, иногда десятки лет. В начальной стадии клинического образования в студенческие годы и в первые годы практической работы вопросы профессионального комментария клинической картины вызывают большие затруднения и смущение.

Предлагаемая методика построения профессионального комментария клинической картины должна облегчить формирование соответствующих навыков. Чтобы усвоить предлагаемую методику, никак нельзя обойтись без конкретных знаний теории диагностики. Теория диагностики при этом не должна быть вещью в себе. Она должна быть адаптирована к достижению поставленной цели.

Что означает адаптировать теорию диагностики к началу изучения клинической медицины?

Конечно же, это не означает упрощение содержания теории, а позволяет найти способ перейти от внутренней речи к внешней и объяснить то, что считается естественным для опытного клинициста на понятном начинающему врачу языке. Поэтому от предлагаемого руководства не

следует ожидать упрощенного толкования теории. Напротив, в теорию диагностики внесены дополнения и изменения, имеющие, прежде всего, дидактическое значение.

В курсе пропедевтики внутренних болезней Сибирского государственного медицинского университета для студентов III курса:

Во вводной лекции представлен перспективный план освоения основ теории диагностики: сначала предстоит изучать методы исследования, получать результаты исследования у здоровых людей и при патологии. Патологические отклонения, найденные при исследовании, являются симптомами болезни. В связи с тем, что с самого начала изучения диагностики предстоит быстрое нарастание объёма информации о признаках болезней, то с начального периода обучения необходимо запоминать их семиологию, а также свойства симптомов. Это же касается синдромов и диагноза в самом обобщенном варианте. Так же в вводной лекции дается общий план освоения клинической диагностики и трёх уровней творческой работы:

- поиска симптомов;
- группировки симптомов в синдромы и выявления среди них основного;
- установления причинно-следственной связи между синдромами, в основании которой лежит диагностическая гипотеза.

Таким образом, сообщается перспектива изучения предмета – от простого к сложному. Наибольший интерес у студентов и преподавателей вызывает ожидание творческого заключительного этапа обучения пропедевтики внутренних болезней – работы над **учебной историей болезни**. В ней имеется два раздела: фактографический и обоснование прямого клинического диагноза. Фактографический раздел включает результаты обследования пациента, все найденные симптомы в строгой последовательности стандартной истории болезни. 2-й раздел, представляет собой обоснование прямого клинического диагноза. Это и есть профессиональный комментарий клинической картины.

1. Основные принципы теории диагностики систематически повторяются в процессе изучения всех разделов общей и частной диагностики, включая теоретические разделы и демонстрацию клинических случаев.
2. В начале весеннего семестра даётся лекция по теории диагностики в качестве подготовительного этапа к заключительной курации больного.
3. Лекционный курс заканчивается конференцией, на которой выступают 3 лучших студента, прошедших конкурс внутри группы и на курсе. Они кратко докладывают историю болезни пациентов в сжатом

виде, а основное время уделяют своему комментарию клинической картины и обоснованию диагноза. Содержательность сообщений, вопросы, ответы и общая дискуссия свидетельствуют о том, что у большинства студентов интерес к клинической науке серьёзный и что основные принципы клинической науки ими воспринимаются на должном уровне.

Студенты III курса могут остановиться на усвоении методики обоснования прямого клинического диагноза. Но ограничивать интерес к дифференциальному диагнозу не нужно. Усвоение теории дифференциального диагноза полезно в такой же степени, как полезно любое знание, приобретаемое «на опережение», однако только в том случае, когда студент усвоил принцип построения прямого клинического диагноза. Весьма часто студенты спешат описывать дифференциальный диагноз без должной теоретической подготовки. Как правило, эти работы выглядят очень

Что нового вносится в теорию диагностики?

1. Уточнения систематизации основных категорий теории диагностики (симптом, синдром, диагноз).
2. Свойства симптомов, синдромов, диагноза.
3. Структура и план обоснования прямого и дифференциального диагноза (профессионального комментария клинической картины).
4. Стилль клинического мышления.
5. Знания и размышления врача в процессе постановки диагноза.

Врачебные ошибки

О врачебных ошибках, как правило, с большой охотой говорят журналисты и обыватели. Им неизвестны специфика клинического мышления, особенности врачебной диагностики. Поэтому им столь свойственны однозначность и прямолинейность суждений. В связи с этим следует избегать публичного обсуждения врачебных ошибок.

Между тем проблема врачебных ошибок исключительно сложная. В процессе оценки свойств симптомов, синдромов и диагноза студент и врач должны прийти к пониманию, что врачебные ошибки неизбежны, что изучение теории диагностики направлено на развитие способности противостоять врачебным ошибкам. В связи с тем, что полностью уберечься от врачебных ошибок нельзя, учитывая специфику клинического мышления, изучение теории диагностики и применение на практике знаний основных её положений помогут свести к минимуму количество врачебных ошибок и уменьшить их отрицательное влияние на прогноз заболевания.

К сожалению, среди врачей встречаются любители приписать этой теме широкую гласность, причем среди них встречаются даже специалисты,

имеющие высокие звания. Тем не менее, склонность к подобным действиям нужно рассматривать как неудержимое порочное стремление «выставляться», что, по словам Гиппократов, неприемлемо для целителя.

Правомерно может возникнуть вопрос: почему так строго мы оцениваем подобную деятельность врача? Отвечаем прямо и конкретно: любой практикующий врач допускает (допускал и будет допускать) ошибки в диагностике и лечении больных. Повторяем, что врачебные ошибки неизбежны. Они могут стоить дорого и для пациента и для самого врача, если это гиппократовский врач, который несёт груз своих ошибок через всю жизнь, зачастую сокращая её годы.

Приводим требования, которые выдвигал перед врачом Гиппократ уже более 2 тысяч лет тому назад:

« ... врач должен быть приличен, должен иметь здоровый вид, быть безупречным в жизни, всегда серьёзным и человеколюбивым; врач не должен выставляться или стараться поразить; по внешности врачу необходимо серьёзная наружность, но без всякого вида таинственности; смех и чрезмерная весёлость не идёт к профессии целителя; врач должен соблюдать благоприличие и осторожность, в особенности по отношению к женщинам».

Вдумайтесь, дорогие будущие врач, в эти слова и дайте оценку некоторым агрессивным западным веяниям в современной медицине, таким как пересмотр клятвы Гиппократов, эвтаназия, засилье фармацевтических фирм, наступление безнравственности в медицине под маской страховой медицины, защищающей больного от врача. Высокие духовные аспекты врачебной профессии обществом безжалостно и даже цинично развенчаны. Долго ли будет продолжаться подобная смута, сказать трудно, но сейчас и в ближайшем будущем это будет беспощадной реальностью жизни.

Глава 3

МЕТОДОЛОГИЯ (ТЕОРИЯ) КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

3.1. Значение теории диагноза

О значении изучения теории диагностики сказано много с позиции необходимости её для формирования клинического мышления и опыта. Но это был пока прикладной, прагматический аспект проблемы.

За конкретным прагматическим назначением теории диагностики может остаться в тени её мировоззренческий аспект. Этот аспект настолько важен, что если о нём забыть, теория диагностики сморщится и станет чем-то не очень значительным. Напротив, при корректном усвоении мировоззренческой роли теории детализация конкретных вопросов теории может и не понадобиться. При правильно сформированном мировоззрении врач может самостоятельно постичь частные вопросы теории диагностики.

Ответ на вопрос о том, какое значение имеет теория диагноза, предлагаем построить из следующих положений:

1. Мировоззренческое значение теории диагностики.

Известно, что чем больше массив накопленных знаний в науке, тем большая необходимость в методологии (обобщение, анализ, классификация и др.). Методология – это и есть теория. Это положение относится к любой науке, в том числе и к медицине.

Объём знаний по внутренним болезням человека необычайно велик и постоянно возрастает, происходит выделение отдельных специальных разделов этой науки, развивается узкая специализация. Углубление знаний по диагностике определяет постановку многих специфических проблем, со-

отношение между традиционными врачебными методами исследования и современными лабораторными и инструментальными методами.

Следует усвоить важную особенность теории диагностики в медицине. Несмотря на солидный возраст научной медицины, единой теории патологии нет, а без неё невозможно создать единую теорию диагностики. Она должна быть, но её нет. Почему? Когда она будет создана? На эти вопросы тоже можно дать ответ.

Медицинская наука развивается неравномерно. Отдельные её разделы находятся на самом начальном уровне – описательном. Сюда можно отнести психиатрию и медицинскую психологию. Но это не примитивное отставание наук! Предмет изучения здесь исключительно сложный. Наука ещё не располагает методами исследования души человека. Отставание наук в этом случае вынужденное.

Отдельные разделы медицинской науки основаны на механистическом представлении. Их теории возникли в 19-м веке, а механистическое мировоззрение сложилось в XVI–XVIII веках. К таким областям медицинской науки относятся, например, кардиология от У. Гарвея, пульмонология от Ф. Дондерса. Это контрастирует с фантастическими успехами молекулярной биологии, клеточной биологии, биохимии, иммунологии, микробиологии, генетики.

Важно отметить, что различные мировоззренческие уровни часто соседствуют и уживаются в одном научном направлении. Например, в пульмонологии: обструктивная теория чисто механистическая, а теория иммунного воспаления разрабатывается на тончайшем уровне клеточной биологии, при этом разные мировоззренческие уровни уживаются формально. Например: сложнейшие каскады клеточных механизмов, как считается, запускают **основной (центральный) механизм** бронхиальной обструкции – бронхоспазм (гипер- и дискринию бронхиальных желез пока оставим). Так реализуется основной, как считается, патологический механизм бронхиальной астмы.

В рассматриваемом контексте нет нужды говорить об открытых наукой сложнейших механизмах взаимодействия клеток, рецепторов, биологически активных веществ. Обратимся к бронхоспазму. В бронхах есть мускулатура, которая при повышении тонуса уменьшает их просвет. Вдумчивый исследователь должен задать вопрос себе или, по крайней мере, коллеге: «Для чего нужна эта мускулатура в бронхах? Неужели только для того, чтобы при патологии вызывать бронхоспазм?» К сожалению, ответа на этот вопрос Вы не найдёте в литературе, хотя можно встретить некоторые гипотетические соображения, которые не допускаются официальной наукой на страницы центральной печати. Вопросы можно продолжить: «Если просвет бронхов уменьшается в результате повышения тонуса мускулатуры, то таким образом просвет бронхов расширяется, когда тонус мышечных волокон

снижается?» Может быть, эту роль выполняет отрицательное внутривисцеральное давление? Но оно невелико и как передается к стенкам бронхов, когда между висцеральным и плевральным листками и стенкой бронха находится очень нежная пассивная (как считается) паренхима? В последние годы исследователи всё-таки находят сократительные элементы в легочной паренхиме, но значение их рассматривают только по аналогии с бронхоспазмом, с позиции увеличения тканевого трения при патологии. Получается замкнутый круг: исследователи не могут выйти за пределы парадигмы Ф. Дондерса, рассматривающей легкие как пассивный эластический орган. Однако они не могут ещё выйти за пределы другой парадигмы, объясняющей механическое движение, возникающее при функционировании гладких мышц. Этот вопрос вообще не занимает исследователей. На него смотрят как на давно решенную проблему.

Между тем исследования, направленные на решение этих «неудобных» вопросов, могут привести к глубоким изменениям научных теорий, направлений исследования в области биологии и медицины с помощью новых высоких технологий. В этом заключается мировоззренческий урок взаимодействия разных уровней развития науки. Размышления с позиции механики дыхания (механистический уровень) даёт серьёзные советы исследователям, работающим на клеточном, биохимическом уровне. Например, исследователь механических свойств лёгких обнаруживает свойство лёгких, не укладывающееся в 1-й закон термодинамики. Этот закон фундаментальный, базисный для любых систем, по крайней мере, Солнечной системы. Следовательно, исследователи должны искать сущность, природу тех механизмов, которые возмущают 1-й закон термодинамики.

А ЧТО ЭТО ДАЁТ ВРАЧУ? В клинической практике врач весьма часто встречается с ситуациями, когда обструктивная теория их не объясняет. Врач должен быть готовым к тому, что существующие теории являются всего лишь правилами, а правила, как известно, существуют только потому, что существуют исключения из правил, которые нельзя объяснить с помощью этих действующих правил.

Приведённые вопросы, нестыковки очень характерны для медицинской науки. Когда исследователь погружается в субклеточные, биохимические механизмы нормальных и патологических состояний, он должен помнить, что изначальный механический уровень тех функций, которые он изучает, требует не меньшего, а может быть, большего внимания, чем это обычно делает узкий специалист, владеющий самыми современными технологиями.

Таким образом, существование разных мировоззренческих уровней в определенном научном направлении является для исследователя серьёзным испытанием. Погружаясь в различные мировоззренческие аспекты одного направления (например, механика дыхания, иммунные механизмы

воспаления, генетические исследования), исследователь вынужден систематически переключаться на различные мировоззренческие уровни. Далеко не всегда подобные переключения происходят без ошибок.

Когда мы говорим о теории диагностики, мы вынуждены думать об этиологии, патогенезе заболеваний. Этиология весьма часто остаётся неизвестной или формируется из представления об этиологической роли многих факторов. Среди них, как правило, исследователи говорят о наследственной предрасположенности, то есть о генетике. Генетика в настоящее время развивается весьма энергично. Наибольший интерес в этой науке сейчас представляет генетическое картирование мультифакторных заболеваний. В этой науке, как ни в какой другой, молекулярный уровень занял ведущее место. По-видимому, в будущем (трудно пока прогнозировать срок) медицинская генетика достигнет таких высот, что можно будет с неё спросить выполнение главного, как нам представляется, её назначения – создания единой теории патологии и, как следствие, стройной теории диагностики.

2. Научная медицина ведёт начало от Гиппократов. Но она не одна среди практикующих медицинских школ. Во времена Гиппократов времена научная медицина мало чем отличалась от традиционной медицины. Главное отличие состояло в том, что научную медицину характеризовало стремление измерить, объективизировать патологические состояния, определить причину болезни, изучить анатомию человека. Так, например, ученики Гиппократов Герофил и Эразистрат уехали в Александрию не только с целью врачебной деятельности, но ещё для научных исследований. Они вскрывали трупы умерших больных. Эразистрат, например, дал названия клапанам сердца. Герофил описал 12-перстную кишку, печень, селезёнку, систему кровообращения, головной мозг, глаз, описал диагностическое значение пульса, классифицировал виды пульса с учетом частоты (по водяным часам) ритма, силы и амплитуды.

Научная медицина ныне достигла больших высот, однако это не единственная медицина. Ряд медицинских школ намного старше научной медицины, они **завоевали право на существование**, они приносят людям пользу.

Среди древних школ – суфистская медицина, тибетская, древнекитайские, индийские школы. Эти школы сохранили и, вероятно, в чём-то развивали принципы древней медицины. В конце XX столетия наметилось всё усиливающееся движение на интеграцию между традиционным и научным направлениями медицины. В XXI веке предстоит интеграция традиционных медицинских школ и научной медицины. Интеграция, однако, не может быть механическим (арифметическим) сложением, так как теоретические основы различных медицинских школ очень различаются.

Традиционные медицинские школы обладают большим запасом секретов успешной диагностики и лечения многих заболеваний. Секреты остаются таковыми в связи с тем, что сущность их и механизмы остаются непознанными. Познание секретов традиционных медицинских школ весьма обогатит научную и практическую медицину. Успехи интегративных процессов будут зависеть, прежде всего, от уровня теоретических фундаментальных исследований. В этих условиях потребуются также более высокий уровень развития теории диагностики.

3. В теории диагностики сконцентрирован клинический опыт. Во введении к настоящему Руководству в качестве эпиграфа приведены высказывания проф. И.Н. Осипова о значении теории диагностики, в которых предельно ясно раскрыто содержание этого положения.

4. Теория освещает путь познания. В нормальных условиях теория должна предшествовать углубленному изучению специальных вопросов клинической медицины. Это, прежде всего, касается общей и частной диагностики. Ранее было отмечено, что теория диагностики изучается ещё недостаточно, главным образом в связи с тем, что она ещё в должной мере не разработана и теоретическое видение проблемы у врачей складывается стихийно.

Одной из сложных проблем в изучении клинической диагностики являются освоение методики профессионального комментария клинической картины, приобретение качества раскованности мышления. Этому студенты и молодые врачи учатся сами, часто копируя работу более опытных коллег, преподавателей. Наилучшим способом развития клинического мышления является клиническая лекция с подробным анализом деталей клинической картины.

Специальное изучение этой проблемы и поиски способов более успешного преподавания клинической медицины привели нас к убеждению, что можно учиться комментировать клиническую картину и тем самым активно развивать способность освоения теории диагностики. Предлагаемая методика не заменяет фундаментальной подготовки студентов в университете по исторически сложившейся схеме. Сколько ни экспериментируй с порядком изучения различных медицинских наук, успех обучения, в конце концов, всегда будет определяться самостоятельной работой студента в университете, а успешная карьера врача – жизненной практикой.

Для полноценного изучения клинической диагностики требуется серьёзная подготовка по следующим направлениям: логике, философии, теории диагноза в курсе общей диагностики.

Изучение логики должно быть основательным, предполагающим безупречное знание основных законов и способность оперативно решать учебные задачи общего профиля, не вдаваясь в проблемы клинической ме-

дицины.. Требования к изучению философии аналогичны – безупречное знание основных законов диалектики и способность совмещать знания логики и философии при анализе задач из различных аспектов науки, жизни и деятельности человека.

Теория диагностики должна занять надлежащее место в изучении пропедевтики внутренних болезней. Далее требуется закрепление и углубление знаний и навыков профессионального комментария клинической картины при изучении факультетской и госпитальной клиники.

Другое направление – фундаментальная подготовка по основным теоретическим дисциплинам медицинского профиля:

- анатомии с гистологией, патологической анатомии как морфологическому компоненту клинического диагноза;
- физиологии, патологической физиологии, клинической физиологии как функциональному компоненту клинического диагноза;
- химии, биохимии, клинической биохимии как функциональному компоненту (лабораторного цикла) клинического диагноза.

Когда мы говорим о преподавании фундаментальных наук – анатомии, физиологии, химии, физики и др., нельзя забывать, что это самостоятельные науки и их нужно изучать без приспособления к медицинской диагностике. Эти науки создают общее образование. О значении их преподавания предельно ясно говорил С.П. Боткин (прил. 1).

3.2. Схема построения диагноза

Было уже отмечено, что медицинская диагностика включает: 1) методы обследования, 2) семиологию, 3) теорию диагностики. Построим схематически структуру медицинской диагностики (рис. 1).

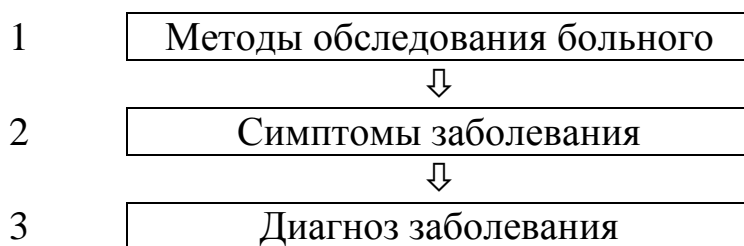


Рис. 1. Общепринятая схема построения диагноза

А где в этой схеме теория диагноза?

Чтобы найти место теории диагностики в схеме построения диагноза, нужно поискать в тех трех пунктах теоретические аспекты (рис. 1):

1. Методы обследования имеют свое **теоретическое обоснование.**

2. Симптомы (и синдромы) имеют свою **семиологию, науку о симптомах (синдромах), их механизме и диагностическом значении.**
3. Диагноз – это заключение, построенное на основании выявленных симптомов и синдромов.

В данной схеме построения диагноза много теории. Она пронизывает все три пункта. **В 3-м пункте должна быть теория построения клинического диагноза.** С ее помощью нужно рационально выбрать из 1-го и 2-го пунктов то, что нужно для построения диагноза.

Предлагаем уточненную структуру медицинской диагностики (рис. 2).

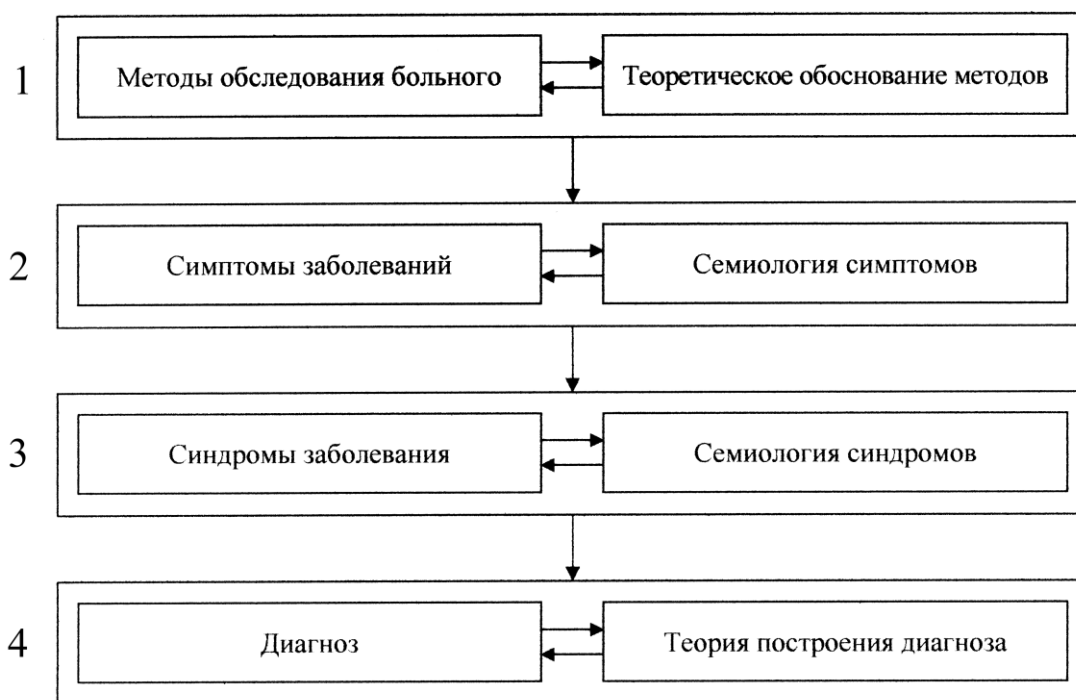


Рис. 2. Уточненная схема построения диагноза

Совершенно ясно, что существует очень много методов обследования больного – от его расспроса, физикальных методов обследования до сложнейших лабораторных и инструментальных. Теперь нужно оценить теоретическое обоснование этих методов исследования в учебной литературе.

Расспрос больного пока никак не систематизирован, и теоретическое обоснование многих аспектов тоже остается недостаточно изученными.

Физические методы исследования больного в учебниках излагаются без теоретического обоснования (кроме единичных учебников и пособий). В последние годы этот аспект вообще был исключен из учебников с целью экономии места и времени для изучения диагностики. Однако без теоретического обоснования использование этих методов исследования становится бездумным, необязательным, поверхностным, механическим.

Теоретическое обоснование сложных параклинических методов исследования, увы, тоже недостаточное.

Семиология симптомов и синдромов вытекает из теоретического обоснования методов исследования. Это нужно для понимания механизмов симптомов, синдромов, их диагностического значения. Вполне понятно, что механическое запоминание алгоритмов семиологии непродуктивно.

Теперь остается оценить судьбу теории построения диагноза. Если, обследуя больного, врач не оценивает критически сам процесс исследования, механически выполняет методы исследования, оценку симптомам он тоже даст механически. При развитом клиническом мышлении эта оценка может происходить «в уме». Без глубоких знаний и без развитого клинического мышления в простых случаях суждения могут быть правильными, но механическими, без глубокого понимания существа вопроса. Однако в сложной клинической ситуации врач может оказаться беспомощным.

Вся правая часть схемы является необходимой составляющей теории диагноза в клинической медицине.

Метод и методология

Метод (греч. *methōd*) – путь к чему-либо, способ достижения цели, определенным образом упорядоченная деятельность. Для большей иллюстративности можно добавить: содержание термина «метод» отвечает на вопрос – как, каким образом достигается цель.

Методология в словарях определяется как совокупность приемов исследования, используемых в какой-либо науке. Строго говоря, такое определение практически ничем не отличается от предыдущего: «определенным образом упорядоченная деятельность». Сложное слово «методология» расчленяется на термины «метод» и «наука»: **Наука о методе исследования, или теоретическое обоснование метода.** Содержание этого термина отвечает на вопрос, **почему используется такая совокупность приемов исследования, почему так, а не иначе.**

Диагностика – это одна из форм познания (гносеология). Она использует методы исследования и мышления, общие для всех наук: исторически сложившееся знание, наблюдение, опыт, сравнение, классифицирование явлений, раскрытие связей между явлениями, построение и проверка гипотез.

Семиология, симптоматология

Семиология – это наука о признаках болезни. Термин происходит от греческого слова «*semiotikon*» – знак, признак. Учение о признаках болезни раскрывает содержание симптомов, их механизм. Строго рассуждая, эта наука должна включать в себя и учение о синдромах, так как вряд ли целесообразно создавать какие-то новые построения наук, например, синдром и наука о синдромах – синдромология. Потому учение о синдро-

мах и симптомах целесообразно рассматривать в разделе семиология. Здесь же целесообразнее рассматривать вопросы общей диагностики. Семиология подразделяется на общую и частную.

Общая семиология рассматривает признаки, относящиеся: а) к общей характеристике больного (пол, возраст, профессия, наследственность, перенесенные заболевания, привычные интоксикации, телосложение, половое развитие, и др.); б) к его общему состоянию (изменение сознания, положения тела, выражение лица, окраска кожи, истощение, ожирение и др.).

Примеры: женщины редко болеют гемофилией, чаще болеют диссеминированной красной волчанкой, у женщин чаще бывает митральный стеноз и др. Атеросклероз преимущественно поражает людей в пожилом возрасте. Курение – фактор риска ГБ, ИБС, атеросклероза сосудов, бронхита, рака легких, пищеварительной системы.

Частная семиология рассматривает симптомы конкретных заболеваний, их возникновение, развитие, диагностическое значение, оценку степени выраженности. В специальной литературе часто употребляется термин «**симптоматология**» для описания симптомов отдельных заболеваний, принципиальной разницы между терминами «семиотикон» и «симптом» нет. Соответственно, не существует разницы и между терминами «семиология» и «симптоматология». Тем не менее симптоматологию принято рассматривать как часть семиологии, точнее, как частную семиологию – учение о симптомах какого-то заболевания или группы заболеваний.

Примеры: симптоматология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, симптоматология хронического бронхита и др.

3.3. Клиническое мышление, его специфика

Инструментом диагностики является **клиническое мышление**. В специальной литературе можно встретить пространные определения клинического мышления объемом на полстраницы, например, в работах Н.А. Ардаматского и А.В. Шлычкова.

Наиболее удачно, с нашей точки зрения, определение клинического мышления дано в работе Г.И. Царегородцева и В.Г. Ерохина.

Клиническое мышление – это содержательно специфицированный процесс диалектического мышления, придающий целостность и законченность медицинскому знанию. Вполне очевидно, что это сжатое, хорошо выверенное определение нуждается в комментарии по 3 аспектам:

- что означает содержательно-специфицированный процесс;
- почему это диалектическое мышление;
- в чем заключается целостность и законченность медицинского знания.

I. Важнейшая особенность клинического мышления – его идентичность в любой другой области знания. На первый взгляд, здесь проблем как будто нет, однако в литературе и в повседневной практике весьма часто отстаивается мнение, что клиническое мышление является искусством особо высокого уровня, хотя есть и противоположные суждения. Всякое преувеличение и упрощение в этом вопросе может быть источником ошибочных направлений. Например, в 60-е годы проводились эксперименты по созданию так называемой медицинской философии и т.д., однако вскоре от них отказались. Особенность клинического мышления пытались связать с особой медицинской деонтологией, но и это построение было искусственным. Интересные суждения о клиническом мышлении высказывали весьма авторитетные авторы (И.А. Кассирский, Г. Глязер, В.П. Казначеев, А.Г. Чазов и др.)

Клиническое мышление имеет определенную специфику:

1. Предмет исследования в медицине особый – организм человека, охватывающий все сферы его жизнедеятельности, включая психологию человека, известные сложные, пока недоступные для научного осмысления явления биоэнергетики, экстрасенсорики и т.д. Например, индивидуальность пациента пока никак не может найти конкретное выражение в клиническом диагнозе.
2. В процессе диагностики обсуждаются преимущественно малоспецифические симптомы болезни. Значительная часть симптомов относится к разряду субъективных (анамнез). Следует еще учесть, что в процессе диагностики наслаивается субъективность в оценке симптомов со стороны врача. Может создаться впечатление, что медицина – наука неточная, в ней много приблизительного. Однако это серьезное заблуждение. Любое измерение, описание в клинической медицине, имеет важное значение. Например, перкуторный метод измерения составляет ошибку 0,5 см, при эхолокации эта ошибка может быть много больше. Пальпаторное же определение органа об увеличении и других свойствах его будет информативнее. Эхолокация в таком случае может дополнить представление об эхоструктуре органа, которая сама по себе будет носить весьма относительный и приблизительный характер. Таким образом, любое измерение, любой способ получения информации о симптомах болезни может иметь важное значение, иногда определяющее. Опытные клиницисты прошлого часто повторяли правило: если сомневаешься в наличии симптома, значит, симптома нет, однако отсутствие симптома не означает отсутствие заболевания. Вот почему чем больше способов исследования, тем больше возможности диагностики.

3. В клинической практике для диагностики нельзя использовать все методы обследования, даже если клиника располагает возможностью их проведения. Это связано с медицинской деонтологией. Многие методы исследования, особенно инвазивные, небезопасны для здоровья пациентов. Некоторые нельзя использовать из-за тяжести состояния больного, индивидуальной непереносимости вводимых препаратов, манипуляции и др. Наконец, в определенном состоянии больного проведение диагностических манипуляций просто неэтично, когда диагностирование преследует академические цели и ничем не может помочь больному.
4. Далеко не все в медицине поддается теоретическому осмыслению. В лечебно-диагностической работе врача большую роль играет интуиция. Впрочем, это положение в какой-то мере может относиться и к другим научным областям, однако в медицине оно наиболее актуально. Последние годы характеризуются поиском контакта между различными медицинскими школами, в том числе такими, где трудно отдифференцировать эффекты экстрасенсорики от понимаемых современной наукой способов диагностики. Например, диагностика заболеваний по строению радужной оболочки – иридодиагностика – не вызывает особых сомнений. Пульсовая диагностика содержит больше непонятого, чем вполне объяснимого. Наконец, диагностика, основанная на биоэнергетических принципах, вообще не подлежит научному анализу, по крайней мере, на современном этапе развития биоэнергетики как науки. Тем не менее виртуозная диагностика здесь очевидна, хотя механизмы ее непонятны. Вот почему нельзя прямолинейно отрицать значение особых качеств личности в медицине, а, следовательно, и роли интуиции, под которой обычно понимают то, что недоступно при общем освоении основ медицинской диагностики всеми, кто пожелает стать врачом и поступил в медицинский вуз.

II. Клиническое мышление относится к категории диалектического вследствие его специфики, когда однозначных суждений в отношении конкретного диагноза нет. В семиологии симптомов и синдромов обязательно имеется еще неизвестная причина, неизвестный механизм.

На примере рассмотрения диагностического поиска, клинического наблюдения за пациентом хорошо проявляются основные законы диалектики:

- 1) переход количественных изменений в качественные в форме скачка;
- 2) закон отрицания отрицания;
- 3) развитие предполагает движение по спирали.

Законы диалектики хорошо просматриваются в развитии методов обследования в медицине, развитии научных представлений, общих и частных научных концепций.

Переход количества в качество и форму перехода в виде скачка можно рассматривать на конкретных примерах.

При хроническом гломерулонефрите происходит прогрессирующая гибель нефронов. Это приводит к снижению клубочковой фильтрации, но снижения экскреции различных метаболитов, в частности, продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин и др.) не происходит. Уменьшение количества функционирующих нефронов происходит постепенно и функция почек поддерживается на нормальном уровне сравнительно долгое время. При снижении клубочковой фильтрации до 30% функция оставшихся клубочков оказывается недостаточной для поддержания нормального гомеостаза. В крови задерживаются мочевина и креатинин. Количественное изменение функционирующих нефронов приводит к качественному изменению клинической картины. Возникает синдром хронической почечной недостаточности. Это качественное изменение клинической картины может проявляться внезапно, хотя при детальном обследовании, если бы было предварительно известно об основном заболевании пациента, наступление осложнения в виде хронической недостаточности почек можно было бы диагностировать задолго до его возникновения.

Пример резко выраженного скачка в течении заболевания можно рассмотреть на модели сердечной астмы, развившейся на фоне вроде бы полного благополучия. Количественные изменения здесь состоят в повышении конечно-диастолического давления в левом желудочке в результате снижения его диастолической и систолической функций по какой-либо причине (различные нозологические формы болезней): в результате повышения давления в левом предсердии, рефлекторного повышения давления в системе легочной артерии (рефлекс Китаева), развития застоя в легких. Острая недостаточность левых отделов сердца может проявляться инспираторным удушьем и крайней степенью тяжести – отеком легких.

Проиллюстрировать закон отрицания отрицания клиническими примерами довольно сложно. Вся биологическая жизнь, начиная от субклеточных, клеточных структур, пронизана явлениями, иллюстрирующими этот закон. Но мы попытаемся показать его и закон развития по спирали с помощью анализа развития диагностики в одном из ее направлений. Мы надеемся, что знакомство с нашим анализом философского аспекта диагностики функции аппарата внешнего дыхания будет полезно и начинающему ученому, и студенту, и опытному клиницисту, исследователю в области функциональной диагностики. Аналогий может быть много, и не только в медицине. Хорошо известная проба с задуванием свечи

для выявления обструктивной легочной патологии известна с начала XIX века (Р. Лаэннек). В середине XIX века появились спирография, пневмотахография, механика дыхания, бодиплетизмография, ОФВ₁ и пикфлоуметрия – конец XX века.

От пробы задувания свечи диагностика нарушения бронхиальной проходимости возвратилась к той же свече, но в виде модифицированной трубочки с градуировкой мощности воздушного потока. Диагностика прошла через чрезвычайное усложнение методов исследования и остановилась на ОФВ₁ и пикфлоуметрии. Конечно же, ОФВ₁ и пикфлоуметрия – не свеча. В этом просматривается отрицание старого. Возврат к простому на более высоком уровне через большие усложнения в познании механизма дыхательных движений – это классическая спираль.

Можно еще задать себе вопрос: к чему пришла диагностика в этом разделе клинической физиологии дыхания? Интимный механический аспект диагностики обструкции бронхов остался непонятным. Почему? Каким будет дальнейшее развитие диагностики? Движение, очевидно, вновь пойдет по спирали, но с другой, более сложной теорией механики дыхания по сравнению с дондерсовской теорией. В конце нового витка исследователи придут к более сложной пикфлоуметрии, например, дельта-пикфлоуметрии, но с более полным пониманием сложнейших механизмов взаимодействия внутреннего и внешнего источников механической энергии, обеспечивающих механику дыхания в нормальных и патологических условиях. И наука о механизме дыхательных и других движений в организме тоже будет другой – квантовой механикой. Но это пока взгляд в будущее.

III. Под законченностью медицинского знания подразумевается диагноз. Законченность знания, однако, является величиной относительной в отношении как общего развития медицины в данной области, так и того, что диагноз всегда несет в себе ту или иную дозу гипотетического суждения. Кроме того, нам еще предстоит обсудить особенность построения клинического диагноза, когда причинно-следственные связи между синдромами преимущественно предположительные. Это справедливо и совершенно очевидно и в наше время, несмотря на подчас фантастические успехи современной фундаментальной и клинической медицины.

3.4. Стиль клинического мышления

Термин «стиль клинического мышления» требует пояснения. В справочной литературе термин «стиль» больше относят к области искусства. В трактовке его указывается: совокупность приемов, способ осуществления чего-либо и др. Как видим, содержание терминов «методика» и «стиль» практически одинаково. Тем не менее сравнение деятельности врача в раз-

личные исторические эпохи, в настоящее время, попытка заглянуть в будущее, даже ближайшее, выявляют существенные особенности, которые нужно учитывать для планирования врачебной деятельности в ближайшее время. Эти особенности построения клинического суждения, имеющие общий характер, рационально отнести к понятию «стиль клинического мышления».

Обратим внимание на врача гиппократовского периода. Основным показателем его профессионального уровня был правильный прогноз. В XIX столетии сформировался стиль мышления, который до настоящего времени является парадигмой. Работа врача состоит из четко обозначенных этапов исследования:

- 1) расспрос;
- 2) объективное исследование;
- 3) лабораторные и инструментальные исследования.

Этот порядок исследования выработался исторически как наиболее надежный с точки зрения постановки более правильного диагноза, более экономного пути достижения цели и способа защиты от диагностической ошибки. Развитие инструментальной и лабораторной диагностики привело к резкому увеличению арсенала диагностических манипуляций, которые используются не всегда корректно. При этом не учитывается иерархия методов исследования и, как следствие, возникла проблема избыточного обследования. Аналогичная проблема существует и в лечении. По стилю клинического мышления можно судить о культуре работы врача, которая не допускает бездумного использования всего арсенала диагностических средств.

Тем не менее современная медицина поставила **ряд новых проблем** перед врачом, и старая парадигма стала тормозом в ее развитии.

1. Резко возросли требования к оперативности диагностики и лечения больных. Ярким тому доказательством служит появление новой медицинской отрасли – реаниматологии и интенсивной терапии. Если в период земских врачей было время на раздумья у постели больного, то сейчас нужно действовать весьма оперативно. Разумеется, что во времена земских врачей ургентное течение болезней было таким же, но клиническая наука еще не знала способов реанимации, диагностики лечения ургентных состояний. Последнее обстоятельство поставило еще ряд сложных и противоречивых проблем: синдромный диагноз и синдромное лечение. Нет необходимости объяснять, что один и тот же синдром может быть при различных заболеваниях, и терапевтическая тактика в связи с этим может быть противоположной. Неправильная терапия может оказаться причиной смерти.

Молодая женщина поступила в приемное отделение в состоянии коллапса. Без детального обследования она была помещена в отделение реанимации, где срочно было начато струйное внутривенное вливание ряда жидких лекарственных форм. Больная погибла. На вскрытии был обнаружен экссудативный плеврит, который и вызвал коллапс в результате резкого смещения органов средостения большим количеством экссудата. Таким образом, внутривенное введение жидкости, скорее всего, способствовало гибели больной. Перкуссия и аускультация могли помочь поставить правильный диагноз. По крайней мере, общий рентгеновский снимок органов грудной полости, который можно было сделать в считанные минуты, позволил бы поставить диагноз. Плевральная пункция сохранила бы жизнь пациентки.

Оперативность вмешательства не должна преобладать над оперативностью мышления! Другими словами, деятельность должна быть осмысленной. Если принять во внимание, что объем медицинской информации весьма возрос, то становится понятно, какие необычайно большие требования медицина предъявляет к интеллекту врача.

2. **Современная медицина требует современного уровня диагностики и лечения больного в любом регионе, любом стационаре, на врачебном участке.** Каждый больной вправе рассчитывать, что его будет лечить опытный врач. А врачебный опыт приходит через много лет, он складывается постепенно, формируется в условиях клиники. Можно ли ускорить формирование клинического мышления? Может ли каждый выпускник медицинского института стать опытным клиницистом? Эти вопросы относятся к проблеме методологии клинического диагноза.

3. **Обострились морально-этические проблемы медицины:**

- **Пересадка органов.** Технический аспект проблемы решается относительно успешно. Успехи здесь определяются преимущественно материальным обеспечением медицины. Однако в наше время рождается наука о душе человека. Еще вчера такая мысль жестоко преследовалась, но наука упрямо ставит перед нами сложнейшую проблему – изъятие органов у человека, находящегося в состоянии клинической, а не биологической смерти. Вероятно, будущее за искусственными органами и использованием с этой целью стволовых клеток.

- Можно ли говорить больному диагноз его болезни, если она имеет неблагоприятный прогноз? Решение этой проблемы во многом зависит от уровня цивилизации, общей культуры, материального состояния. Очевидно, в будущем и в нашей стране этот вопрос будет решаться положительно. Тем не менее здесь важны деонтологические аспекты, которые никогда не должны пересматриваться. Врач должен внушать больному надежду даже в том случае, если он говорит

ему правду о серьезном диагнозе и прогнозе. Выполнение этой задачи для врача – дело очень трудное.

- Эвтаназия – намеренное ускорение смерти неизлечимого больного с целью избавить его от тяжелых страданий. К такой стороне деятельности врача мы относимся резко отрицательно. Врач должен искать способы облегчить страдание больного!

Жизнь, тем не менее, преподносит врачебной этике, медицинской деонтологии и гуманизму различного рода испытания. Мысли о целесообразности эвтаназии посещают головы не только молодых людей, иногда склонных к максимализму, но даже умудренных опытом преподавателей.

Человеческое общество развивается по своим законам в различных направлениях, часто рождая революционеров самых причудливых формаций. Даже религия, освящая пересадку органов от человека, находящегося в состоянии клинической, а не биологической смерти, пусть даже во имя гуманных целей продления жизни больных людей, потворствует бизнесу, основанному на добыче человеческих органов для пересадки.

Если же мысли об эвтаназии занимают интеллект врача, то здесь надо искать причину этого явления. Если это не патология личности и не корыстная жажда денег, то, по всей вероятности, желание выставиться: «Все ученики Гиппократы, а я... смотрите, как я оригинален. Я выше древних традиций».

Жизнь – это высшая ценность! Соответственно, высшая цель врача состоит в том, чтобы поддержать жизнь, насколько позволяют возможности современной медицины. Врач должен поддержать пациента в его борьбе с болезнью и, наконец, облегчить страдания больного перед надвигающимся неблагоприятным исходом. Противоположная роль врача представляется кощунственной.

Женщина средних лет, мать троих детей, внезапно оказалась в роли пациентки онкологического учреждения с запоздалым диагнозом. Можно только вообразить ее тяжелейшее психологическое состояние, отказ от всего, обреченность, подавленность, депрессию. Многочисленные родственники пришли к заключению, что ничего не нужно делать, пусть уезжает домой умирать. У пациентки была полная подавленность, а родственники агрессивно отвергли всякие меры, усилия, попытки поддержать несчастную женщину.

Как это нередко бывает в жизни, нашелся человек, силой своего доброго отношения к судьбе близкого человека, преодолевший все трудности, в том числе желание больной скорее покончить с невыносимыми физическими и моральными страданиями. Уже позади хирургические вмешательства, курсы химиотерапии, и на лице воскресшей женщины появилась улыбка, на шее красивый шарфик и желание жить. И если даже этот успех ненадолго, все равно это подвиг во имя жизни.

В чем урок этого примера? Всем близким пациентки был очевиден финал – скорая смерть несчастной женщины – и они с агрессивной готовностью согласились с приговором. А врачи промолчали, не убедили больную в необходимости лечения. Пациентке нужна была душевная беседа врача и стоическая преданность близкого человека, на плечи которого легли очень нелегкие заботы – физические, материальные, но главное – духовные. Врачи, к сожалению, проявили безразличие к судьбе больной.

В последние годы появилась особая служба для снятия болей, которая действует независимо от службы скорой помощи. В данном новшестве не нужно усматривать только способ зарабатывания денег. Потребность в таком виде помощи пациентам весьма очевидная.

- **Клонирование живых существ, в том числе человека.** Высочайшие современные технологии являются отражением триумфа генетики. Противиться развитию науки нельзя, однако при этом исключительно важно сохранять нравственные устои гуманизма. За это ответственна интеллигенция, и ученики Гиппократ в особенности.

- **Ветеринаризация медицины.** В этот термин обычно вкладывают негативное содержание, связывая его с нарушениями медицинской деонтологии. Однако здесь нужно видеть и другой аспект. Раскрытие отдельных механизмов патологического процесса на организменном или молекулярном уровне позволяет весьма эффективно назначать определенные препараты. Соответствующие назначения никак не зависят от личности больного. Большее значение имеют возраст, вес, рост и пол. Как в этих условиях сохранить должное внимание к личности больного? Это уже проблема общей культуры врача.

4. **Изменение стиля клинического мышления.** В условиях, когда медицина стала более энергично вмешиваться в социальные аспекты жизни и деятельности человека, не могут не измениться форма и содержание деятельности врача. В частности изменяется стиль клинического мышления:

- Диагноз заболевания становится все более морфологическим, поэтому для обеспечения современного уровня диагностики требуется развитие эндоскопической службы с биопсией внутренних органов. Это морфологическая диагностика возможных ранних проявлений заболеваний. Рентгеновские, флюорографические исследования – ранняя диагностика некоторых заболеваний сердца, проявляющихся кардиомегалией, онкологических заболеваний легких и туберкулеза.

- Диагноз ранних, так называемых доклинических, проявлений заболеваний в значительной степени формируется на результатах функциональных исследований. Исследование артериального давления, липидного спектра крови – ранняя диагностика гипертензионного синдрома и факто-

ров риска ИБС. Определение сахара в крови – диагностика диабета. Диагностика повышения реактивности бронхов – ранняя диагностика предастмы, других обструктивных заболеваний легких. Следовательно, современный уровень ранней диагностики может быть обеспечен достаточно мощными современными лабораторно-инструментальными методами.

При привычном стиле клинического мышления биопсия используется как конечный этап обследования. Получение более точного диагноза, однако, можно форсировать. При виртуозной технике биопсии, когда исключаются осложнения соответствующих манипуляций, она может резко сократить путь к диагнозу и сделать обследование больного более экономичным.

Ранняя диагностика заболеваний и состояний, которые называют предболезнью, обеспечивается скрининговыми исследованиями практически здоровых людей. Например, ранняя диагностика заболеваний крови требует повторных исследований крови не реже двух раз в год.

В условиях высокой технической оснащенности и массовых обследований проявляется общая закономерность: лабораторные и инструментальные методы исследования опережают опрос и объективные методы исследования. Лица, у которых будут найдены отклонения каких-либо параметров от нормы, должны направляться к врачу, который будет беседовать с ними и проводить объективное исследование. По-видимому, необходимый спектр исследования должен быть обеспечен и для пациентов, поступающих в стационар. Следуя данному направлению развития диагностики, можно, однако, прийти к такому увеличению количества лабораторных и инструментальных исследований, что это окажется обременительным и для человека, и для медицинской службы, и для общества в целом. Работа должна вестись в направлении формирования более целенаправленных потоков скрининговых групп лиц.

• Важной особенностью современного этапа диагностики является использование ЭВМ. Следует отметить влияние традиционного стиля клинического мышления на использование ЭВМ. Много разработок в этом направлении идет по пути компьютеризации расспроса пациентов: сначала опрос, потом лабораторно-инструментальные методы. Пациент, таким образом, исповедуется не перед врачом, а перед ЭВМ по особым программам. Вполне очевидно, что это имеет значение не только с позиции освоения вычислительной техники. Большое значение использование ЭВМ имеет для эпидемиологических исследований. Наиболее актуальным и перспективным направлением использования ЭВМ является компьютеризация параклинических методов исследования и создание новых высоких технологий. Без ЭВМ прогресс современной медицинской диагностики немислим. Тем не менее, новейшие высокие технологии не исключают необходимости сохранения и развития субъективного и объективного обследования больного.

- Самые умные диагностические машины, высокие технологии никогда не заменят теплового человеческого общения врача с пациентом. Созвучны этим суждениям слова Сент-Экзюпери: *«Я верю, настанет день, когда человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, физики возьмут у него кровь, сверяются с таблицей логарифмов и вылечат всего одной пилюлей. И все же, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому земскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскуривая трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь Наукой, но я восхищаюсь и Мудростью».*

В последние годы клиническая медицина вновь обратилась к изучению субъективных и объективных симптомов с позиции полезности их для выявления заболеваний. Это обусловлено угасанием стремления подвергнуть сплошной диспансеризации всех людей с помощью дорогостоящих методов исследования в силу нереальности выполнения цели из-за дороговизны и абсурдности самой идеи с позиции **медицинской деонтологии**.

Таким образом, стиль клинического мышления в традиционном виде представляет собой последовательность в работе врача с больным и воплощается в форме истории болезни. В ней отведено место для отражения сведений из анамнеза, объективного исследования и параклинических методов исследования. Это фактографическая часть истории болезни.

Кроме того, в истории болезни имеется раздел наблюдения за больным, также относящийся к фактографии. Рассуждения о заключениях врача, о клинической картине заболевания помещаются в эпикриз (этапный, заключительный), предварительный диагноз после первичного осмотра.

Глава 4

ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ ТЕОРИИ ДИАГНОСТИКИ

Обозначим главные вопросы:

1. Какие категории теории диагностики являются основными?
2. Почему они являются основными?
3. Что необходимо знать об этих категориях и почему?

Мы уже перечислили ряд понятий, без которых нельзя обойтись при знакомстве с теорией диагностики:

- клиническое мышление,
- стиль клинического мышления,
- семиотика, семиология,
- метод,
- методология (теория).

Однако есть категории, которые являются основными, поскольку над ними ведётся работа (врач ими манипулирует) в процессе постановки клинического диагноза:

- симптом,
- синдром,
- диагноз.

Прежде чем приступить к манипуляции этими категориями, надо их хорошо изучить, что означает:

- дать им определение,
- классификацию,
- свойства,
- определить разницу в их объёме и содержании.

Пока мы можем дать ответы только на первые два вопроса:

1. К основным категориям теории диагностики относятся симптом, синдром, диагноз.

2. Они являются основными, так как в процессе диагностики врач оперирует этими категориями.

На третий вопрос мы дадим ответ после детального рассмотрения этих категорий по всем перечисленным пунктам, так как для полноценного манипулирования этими категориями надо понимать, для чего нужно четкое определение понятия «классификация», свойства каждой категории и различие в их содержании и объёме.

Общепринятые определения категорий «симптом» и «синдром» достаточно чёткие. К определению «диагноз» потребуется сделать некоторые дополнения и разъяснения. Для классификации симптомов и синдромов и формулировки свойств симптомов, синдромов и диагноза нужно принять общие правила и требования. Что касается различия в объёме понятий «синдром», «диагноз» и их в содержании, имеются сложные вопросы, которые будут рассмотрены далее.

В связи с тем, что в классификацию основных категорий мы внесли некоторые изменения, уточнения и дополнения, постараемся подробнее остановиться сначала на понятии «классификация» и на общепринятых требованиях к классификации в любой науке.

Классификация (понятий, явлений, категорий) представляет собой один из методов научного исследования. Приведём наиболее важные требования к классификациям вообще, для любой науки.

1. Классификация должна быть однозначной. Для того, чтобы классификация стала однозначной, за её основу берутся такие признаки, с помощью которых всю информацию можно разделить на группы без наложения объёмов.
2. Классификация должна быть структурной, то есть необходимо соблюдать и учитывать иерархию уровней исследования изучаемой информации, однородность и соподчиненность понятий.
3. Классификация должна быть достаточно простой и удобной для применения.

4.1. Общепринятая классификация симптомов

Если обратиться к специальной литературе, можно отметить, что классифицирование симптомов болезней ведётся с различных позиций, но практически все они носят описательный характер:

- 1) выраженность симптома,
- 2) постоянство (частота обнаружения при заболевании или группы заболеваний),
- 3) устойчивость по отношению к фазам течения болезни,
- 4) изменчивость (связанная с развитием болезни),

- 5) степень угрожаемости (в отношении степени тяжести состояния больного),
- 6) явные и скрытые,
- 7) ранние и поздние,
- 8) субъективные и объективные (по методу их обнаружения),
- 9) параклинические (полученные при лабораторном или инструментальном обследовании пациента),
- 10) патогномонические, специфические, неспецифические и нехарактерные (по частоте встречаемости симптома при данном заболевании или в группе заболеваний).

Комментарий к делению симптомов на 10 характеристик

1 вид симптомов. Чем больше выраженность симптома, тем большая вероятность, что он будет обнаружен врачом. Однако всё не так просто. Исследователь должен быть готовым заметить данный симптом. Это означает, что у врача должна быть уже какая-то диагностическая гипотеза.

Если же врач исследует пациента, не имея ещё какой-либо предварительной диагностической гипотезы, он должен проводить обследование с тем же вниманием и педантичностью, что и при поиске симптома, когда диагностическая гипотеза есть. Вообще всегда, при любых условиях, врач должен выполнять исследование в классическом варианте. Техника исследования должна быть доведена до автоматизма, внимание врача при этом должно быть обращено на контроль результата исследования. Определенный автоматизм, конечно, существует и в оценке результатов исследования, но всё это приходит к врачу с годами и только в том случае, если усилием воли он выработал в себе этот автоматизм.

В какой степени это реально, что каждый врач усилием воли выработал в себе автоматизм обследования пациента во всех разделах внутренней медицины? Реальность такого плана представляется только теоретически. Это очень сложная задача для врача, практически невыполнимая, но одновременно демонстрирующая безграничность возможностей для самовоспитания врача.

Например, очень непростая ситуация складывается в диагностике новообразования кишечника. Весьма часто при этом объективные симптомы, выявляемые при пальпации кишечника, бывают выраженными при отсутствии других. Однако чтобы обнаружить этот симптом, нужно правильно выполнить пальпацию кишечника. При классическом выполнении исследования, например, толстая восходящая кишка пальпируется в 80% случаев. Если же исследование провести не в соответствии с классическими пра-

вилами, кишка не будет найдена, соответственно, симптом не будет обнаружен.

Правильное выполнение метода исследования способствует повышению вероятности обнаружения симптома, но она, тем не менее, не может достичь 100%.

К сожалению, даже отчетливо выраженные симптомы, так называемые студенческие, врачи иногда не находят.

Здесь проявляется важнейшая и сложнейшая проблема диагностических ошибок в клинической медицине, над которой всегда думают клиницисты, уделяющие внимание теории диагностики. Интересно в этом отношении деление причин ошибок врача «от невидения» и «от неведения». Невидение при этом во многом проблема психологическая, а неведение – недостаток знаний. Но зададим вопрос строгому рецензенту: можно ли всё знать? К этому вопросу мы вернёмся позднее.

2 вид симптомов. Устойчивость симптомов по отношению к фазам течения болезни оценивать трудно в условиях современной медицины.

А. Лечение заболеваний может обрывать фазность развития болезни или существенно изменять ее.

Например, крепитация *indux* и *redux* свойственны начальной фазе воспалительного отёка легкого при крупозной пневмонии и конечной фазе его разрешения соответственно. Этот симптом выявляется только в тех случаях, когда пневмония, протекающая по типу крупозной, диагностируется у пациента, который по каким-то причинам не получал лечения. Другой пример: волнообразная лихорадка, характерная для лимфогранулематоза, остаётся типичной для пациента, который по каким-то причинам не лечился. Здесь важно думать о проблемах патоморфоза болезней, имеющего свои сложные причины и механизмы.

Б. В современных условиях диагноз заболеваний в подавляющем числе случаев ставится значительно раньше, чем в недавнем прошлом, и многие типичные симптомы просто не «успевают» развиваться. Например, большой зуб в практике встречается в качестве казуистики. В такой же степени стали редкостью большие дивертикулы пищевода и диафрагмальные грыжи в связи с введением в широкую практику эндоскопической диагностики. Все это относится к величайшему прогрессу клинической медицины. Вместе с тем многие яркие, в прошлом всем известные симптомы становятся большой редкостью и в случае их проявления у больных смущают врача. Например, клиника пилоростеноза в наше время встречается весьма редко, и видимая перистальтика желудка в классическом варианте, как это представлено в учебниках по диагностике, может удивить врача-терапевта.

3 вид симптомов. Изменчивость симптома, обусловленная естественным течением болезни, может быть рассмотрена на примере экссудативного плеврита. При накоплении жидкости в плевральной полости боль при дыхании

уменьшается, что обусловлено разъединением листков плевры и уменьшением механического травмирования её воспалённых листков при дыхательных движениях. С нарастанием объёма жидкости в плевральной полости одышка появляется и нарастает, и обусловлена она нарастанием рестриктивных нарушений вентиляции легких, нарушениями кровообращения в легких, а также рефлекторными влияниями смещения средостения на регуляцию кровообращения и дыхания.

4 вид симптома: степень угрожаемости симптома. В клинической медицине, пожалуй, наиболее важной является диагностика угрожающего состояния. Это очень сложный аспект диагностики, где чаще всего бывают роковые врачебные ошибки. За внешним проявлением удовлетворительного состояния вполне возможны завуалированные симптомы, предвещающие неблагоприятное осложнение и исход. Для предупреждения такого рода ошибок врачу следует заострять внимание на выявление таких симптомов. Однако ещё требуется поиск и оценка синдрома, представляющего опасность для жизни больного. Тяжесть состояния в конечном случае определяет синдром. Он будет определять и основное заболевание. Диагноз синдрома существенно ближе к нозологическому диагнозу. Но об этом будет сказано отдельно.

5 и 6 виды симптомов фактически описаны в самом начале (см. пункт 1). Описательный характер этих видов симптомов тоже очевиден. Изучая клиническую картину заболеваний, мы знакомимся с различными симптомами болезней. Чем больше мы знаем разного рода симптомов, тем более уверенно мы можем судить о предполагаемом диагнозе.

Что касается скрытых симптомов, то их их можно выявить с помощью специального метода исследования, если у врача возникла гипотеза о вероятной форме патологии, при которой могут быть искомые симптомы.

Примером поздних симптомов можно считать появление множественных круглых теней в легких у больного со злокачественной семиномой. Эти симптомы одновременно могут быть скрытыми, поскольку могут выявляться случайно при рентгеновском либо при специальном обследовании.

7 и 8 виды симптомов классифицируются по методу их обнаружения. Эти характеристики симптомов были взяты для решения тех задач, которые мы поставили перед собой в процессе создания методики профессионального комментария клинической картины.

9 и 10 виды симптомов: характеристики отражают специфичность симптома в отношении диагностики заболеваний, отдельных нозологических форм или группы заболеваний. Специфичность симптома также была выбрана для формирования свойств симптомов.

Понятия «патогномонический симптом» и «специфический симптом», несомненно, обладают большим сходством, однако есть необходи-

мость, учитывая современное представление о специфичности, их разделить.

О специфичности нужно говорить в том случае, когда врач выявляет микроорганизм (бактерии, вирусы, грибы и т.д.) как этиологический фактор заболевания. Например, выявление микобактерий туберкулёза является доказательством заболевания, которое имеет название «туберкулёз». Тем не менее, туберкулёзные палочки можно обнаружить у человека, который вовсе не болен туберкулёзом. Возможен, например, распад в легких, когда в зону распада попадает петрифицированный очаг в легких. Распад же может иметь совсем иную природу.

Даже при диагностике особо опасных инфекций учитываются эпидемиологическая ситуация и клиника заболеваний. Доказательством инфекционной природы заболевания во многих случаях является обнаружение не самого микроба, а диагностически значимого титра антител к нему. Это обстоятельство свидетельствует о том, что даже в таком сугубо специфическом аспекте диагностики нет абсолютных критериев истины и в условиях реальной диагностики можно рассчитывать только на чёткие строгие правила, установленные научным сообществом. Эпидемия гриппа, например, становится официально подтвержденной при условии преодоления установленного барьера количества заболевших за установленный срок. Коль скоро в самом специфическом диагностическом материале есть проблемы с этой самой специфичностью, то от симптомов другого ранга ждать специфичность не приходится вовсе.

Близкими к специфическим симптомам можно назвать некоторые лабораторные и морфологические симптомы, например, LE-клетки при системной красной волчанке, клетки Березовского–Штернберга при лимфогранулематозе, филадельфийская хромосома при хроническом миелоидном лейкозе и др.

Почему эти симптомы мы называем близкими к специфическим?

Известно, что LE-клетки могут выявляться у пациентов без признаков системного заболевания соединительной ткани; клетки Березовского–Штернберга могут выявляться, когда у больного нет лимфогранулематоза; хронический миелоидный лейкоз может быть атипичным, без филадельфийской хромосомы. В этом проявляется общая закономерность развития клинической диагностики. При углубленном исследовании обнаруживаются определенные симптомы, характерные для изучаемого заболевания. Эти симптомы временно могут быть «строго» специфичными для данного заболевания до тех пор, пока не будут получены новые сведения, опровергающие строгость диагностической специфичности нового теста.

Так можно предсказать судьбу любых симптомов заболеваний – и уже давно известных и тех, которые будут обнаруживаться в процессе углубления наших знаний. Такой взгляд на поиски специфических симп-

томов болезней не нужно рассматривать как проявление агностицизма. Напротив, углубление знаний способствует расширению горизонта всё более сложных проблем.

Приведём ещё пример патогномического симптома митрального стеноза – щелчка открытия митрального клапана. Этот симптом может отсутствовать, если патологически изменённые створки клапана в диастоле почти не двигаются. При этом не возникает гидравлический удар как источник звука искомого щелчка открытия митрального клапана. Этот симптом может определяться при трикуспидальном стенозе, при миксоте левого предсердия, при образовании тромба в левом предсердии.

Кроме описательных, клиницисты стремились создать классификации, пригодные для использования в теории диагностики. Наиболее четко и целенаправленно это было сделано в работе И.Н. Осипова и П.В. Копнина (Осипов И.Н., Копнин В.П. Основные вопросы теории диагностики. – 2-е изд., перераб. и доп. – Томск: ТГУ, 1962. - 189 с.), в которой авторы объяснили принцип классификации симптомов. Они полагали, что при обнаружении симптомов врач обязан сразу же систематизировать их, пользуясь определенной классификацией. Предложенная И.Н. Осиповым и П.В. Копниным классификация начиналась со способа выявления симптомов (субъективные и объективные). Субъективные симптомы обнаруживаются при сборе анамнеза, а объективные – при физикальном обследовании.

Далее субъективные и объективные симптомы подразделяются по признаку достоверности – на достоверные и вероятные. В достоверных симптомах авторы классификации не сомневаются. Вероятные же симптомы они разделяют на достаточно вероятные и маловероятные.

Необходимо строить диагностические суждения по достоверным симптомам. При этом не следует переоценивать вероятные симптомы и тем более не смешивать маловероятные с достаточно вероятными симптомами. Если один или несколько достоверных симптомов не укладываются в диагностическую гипотезу, последняя должна быть поставлена под сомнение или отвергнута. Если же диагностической гипотезе противоречат вероятные симптомы, врач не может отвергать свою гипотезу: «гипотезе врача противостоит не достоверность, а вероятность».

Далее врач проверяет свою гипотезу и обнаруживает новые симптомы. При этом достоверные симптомы увеличивают достоверность, правомочность гипотезы. В меньшей степени гипотезу поддерживают вероятные симптомы. Общая рекомендация врачу, обследующему больного, заключается в необходимости поиска достоверных симптомов, улучшения качества обследования пациента.

В целом схема работы врача с классификацией симптомов и сама классификация И.Н. Осипова и П.В. Копнина вполне выполнима и не вы-

зывает возражений. Самое ценное в рассматриваемой работе заключается то, что врачу рекомендуется анализировать симптомы по мере их выявления и активно работать с диагностической гипотезой на всем протяжении диагностического поиска. Исследователи в значительной мере доступным языком описали работу опытного клинициста и подсказали молодому врачу конкретный путь к активному формированию клинического опыта.

Тем не менее, как любая, даже самая хорошая, работа становится объектом критики. Критика, однако, нужна и полезна в том случае, если критикующий стремится пойти дальше, используя положительный опыт предшественников.

Теперь мы постараемся объяснить, что в теории диагноза Н.Н. Осипова и П.В. Копнина должно быть проанализировано в критическом аспекте.

I. В классификации симптомов нет параклинических симптомов. К началу XX столетия клиническая медицина уже располагала большим объемом инструментальной и лабораторной диагностики, к середине XX века объем параклинических симптомов практически сравнялся с клиническим, а к началу XXI века он, по-видимому, значительно преобладает (многие клинические симптомы отброшены как устаревшие).

Термин «параклинические симптомы» некоторыми специалистами в области инструментальной диагностики не принимается, поскольку в нем усматривается принижение значимости лабораторной службы. Однако без этого термина нельзя обойтись по ряду причин:

1. Нужен термин, с помощью которого можно было бы четко выделить искомую категорию симптомов. Лучше термина, чем термин «**параклинический** симптом», нет.

2. В современной медицине достаточно отчетливо сложились проблемы между параклиническими и клиническими аспектами диагностики. Этот вопрос требует специального рассмотрения. Между тем и в зарубежной клинической медицине высказываются соображения, что признаки болезней, выявляемые с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования, не относятся к симптомам. Вероятно, их считают категорией особо высокой значимости, достоверности, но это заблуждение. Мы уже отмечали, что среди параклинических симптомов, равно как и клинических, нет таковых абсолютно информативных (специфичных) в отношении диагностики заболеваний внутренних органов. Таким образом, в классификацию симптомов нужно добавить параклинические симптомы.

3. Классификация должна быть однозначной, а в рассматриваемой классификации одновременно берутся разные опорные признаки: сначала метод определения, затем достоверность и вероятность симптомов. По методу выявления все симптомы всех болезней можно однозначно, без всяких спорных вопросов, разделить на субъективные, объективные и параклинические.

Что касается достоверности и вероятности симптомов, провести чёткую грань между ними невозможно и важнейшее требование к классификации нарушается: нет однозначности.

4. *О достоверных и вероятных симптомах.* Деление на эти виды симптомов можно вести с различных позиций, и в этом имеется определенная сложность:

А. Если врач обнаружил симптом, то нужно оценить достоверность его обнаружения. Допустим, клиницист определил альтернирующий пульс. Это единственный достоверный объективный симптом поражения миокарда. С этой позиции симптом достоверный. Но тут может быть другой аспект – из 10 врачей этот симптом нашёл один. Другие не нашли, а когда им показали этот симптом, то из 9 врачей только 5 убедились в наличии симптома, а 4 не смогли почувствовать альтернацию пульса. Как в таком случае оценивать симптом? Как исключить, что врачи, нашедшие альтернацию пульса, оказались под гипнозом авторитетного клинициста? Кто-то из врачей этот симптом исследует впервые и приобретает очень серьёзный опыт, хотя нет уверенности в том, что в аналогичной ситуации этот клиницист не допустит ошибки. В данном примере ситуация в отношении сложности обнаружения симптома как будто понятна. Допустим, мы преодолели эту сложность и нашли альтернирующий пульс. Но это только начало для другого рода трудностей. Альтернирующий пульс может быть при высокой гипертензии, при различных формах ишемической болезни сердца, при пароксизмальной тахикардии, при миокардитах различной этиологии, кардиомиопатии и редких заболеваниях мышцы сердца.

Современная медицинская наука всё же активно измеряет чувствительность и специфичность симптомов с помощью специальных формул.

Чувствительность – доля лиц с положительным результатом теста в популяции с изучаемым заболеванием.

Специфичность – доля лиц с отрицательным результатом теста в популяции без изучаемой болезни.

$$\text{Чувствительность} = \frac{\text{ИП} \times 100}{\text{ИО} + \text{ЛП}}$$

$$\text{Специфичность} = \frac{\text{ИО} \times 100}{\text{ИО} + \text{ЛП}}$$

ИП – истинноположительные результаты

ИО – истинноотрицательные результаты

ЛП – ложноположительные результаты

ЛО – ложноотрицательные результаты

Испытанию подвергаются различные тесты – и субъективные, и объективные, но главным образом параклинические. При таком исследовании требуется критерий истины или, как иногда его называют, «золотой стандарт». Разумеется, главным критерием истины в таких исследованиях является клинический синтетический диагноз. Как бы мы ни измеряли достоверность симптомов, она остаётся относительной. Относительной по отношению к чему? Конечно же, к критериям, отобраннным научным сообществом в качестве правил, которые сами являются относительными по отношению к самой истине и соответствуют пока условной истине, характеризуя уровень развития клинической науки на сегодняшний день.

- Б. Теперь нужно оценить специфичность симптома относительно нозологической формы. В этом сокрыта самая большая тайна для врачебной диагностики, которую в обозримом будущем никто не решит.

Напоминаем, что каждый симптом имеет свою семиологию. Что это значит? Механизм симптома может быть различным, хотя проявления его едины. Каждый симптом может обнаруживаться при различных синдромах, не говоря уже о различных заболеваниях.

Теперь попробуем объяснить сложность задачи, которую надо решить врачу в конкретном клиническом случае.

Допустим, мы находим у пациента симптом, который наблюдается при определенном заболевании в 70% случаев. Диагноз нам неизвестен. Мы можем предположить данную форму патологии у пациента, но никак не сможем утверждать или отрицать такой-то диагноз, так как мы не знаем, в какую часть случаев входит наш пациент: в группу, где симптом информативен в 70%, или в другую часть случаев, где данный симптом информативен только в 30%.

Если частота встречаемости данного симптома при определенном заболевании составляет всего 30%, то это тоже никак не повлияет на степень вероятности гипотетического диагноза: 70% или 30% встречаемости – это всё равно лишь гипотеза. Если при этом учесть, что абсолютно точных симптомов, встречающихся при данном заболевании в 100% случаев и не встречающихся при других заболеваниях, нет, то станет понятна бесперспективность теоретических усилий в осмыслении диагностического процесса в направлении подсчёта достоверности и вероятности симптомов.

Во врачебной практике, тем не менее, весьма часто встречается такая ситуация, когда врач вынужден думать о двух и более заболеваниях как вероятных причинах тяжелого состояния больного.

Здесь выбор идет по принципу: какая гипотеза более вероятна. В таких случаях, когда нет убедительных доказательств в пользу од-

ной из гипотез, врач вынужден исходить из объективной оценки преобладания вероятности диагноза. Численно эту вероятность проверить нельзя. Более верной гипотезой следует считать ту, которая устанавливает более убедительную причинно-следственную связь между синдромами. В этом, конечно же, много субъективного, но побеждают опыт и интуиция, а иногда и случайный выбор.

5. Диагностический процесс по И.Н. Осипову и П.В. Копнину рассматривается по общепринятой схеме: «симптом – диагноз». Во многих учебных руководствах авторы пишут о необходимости диагностики синдромов, однако это ещё не сложилось в обязательную формулу «симптом – синдром – диагноз», которая помогает выходить из замкнутого круга диагностических проблем и, с нашей точки зрения, является универсальной и обязательной. Более подробно на этом мы остановимся далее.

4.2. Общепринятая классификация синдромов

В классифицировании синдромов допускают много погрешностей, аналогичных таковым при классификации симптомов. Например, выделяют следующие виды синдромов:

- 1) анатомические,
- 2) функциональные,
- 3) лабораторные,
- 4) клинические,
- 5) клинико-лабораторные,
- 6) клинико-инструментальные.

Как можно убедиться, это перечисление не исчерпывает возможные виды синдромов. Понятие «клинические синдромы» весьма расплывчато и может включать любой из названных синдромов. Деление синдромов на три типа: простые, сложные и обширные тоже не вполне корректно. Обширные синдромы могут быть и простыми, и сложными.

Перечисленные виды синдромов имеют описательное значение. Этого, однако, недостаточно, чтобы оперировать синдромами при построении диагноза. Синдромы необходимо классифицировать так, чтобы в этой классификации поместились все синдромы, отражающие всю возможную информацию для построения диагноза.

4.3. Общепринятая классификация диагноза

Термин «**диагноз**» происходит от греческого слова «diagnosis» – распознавание. Попытка объяснить какое-то понятие должна начинаться с определения цели, которая поставлена при этом. Принципиально можно выделить три цели, или позиции.

1. *Описание предмета или явления.* Это наиболее общее определение, выделяющее данный предмет или явление среди других, ему родственных в данной области знания. Оно должно быть понятно без специальной подготовки: описательное определение.
2. *Содержательное определение.* Это определение более сложное, так как здесь требуется как можно более полное перечисление предметов или явлений, которые входят в объём данного понятия. Такое определение диагноза предназначено для врачей различного профиля, их профессионального общения.
3. *Методологическое определение* состоит в изложении принципа понятия, в объяснении места, которое занимает данный предмет или явление среди других понятий данной области знания, и способа, каким способом оно формируется. Такое определение применимо для исследовательской и дидактической целей.

Описательное определение клинического диагноза – это **медицинское заключение о состоянии здоровья человека, о его заболевании.** Родственны этому понятию различные виды диагноза: патолого-анатомический, судебно-медицинский, эпидемиологический и др.

Содержательное определение клинического диагноза – это определенным образом **выстроенная совокупность компонентов** (описательного, анатомического, функционального этиологического, патогенетического, генетического, экологического, индивидуального и др.). Как можно убедиться, содержательное определение клинического диагноза соответствует общепринятому определению современного синтетического клинического диагноза.

Методологическое определение клинического диагноза – это определенным образом **выстроенная причинно-следственная связь между синдромами.**

Для освоения методики профессионального комментария клинической картины потребуется знание содержательного и методологического определения клинического диагноза.

Имеющиеся в литературе классификации диагноза носят описательный характер.

I. По методу построения:

- 1) диагноз прямой, или по аналогии (*diagnosis morbid*);
- 2) диагноз синтетический, или полный (*diagnosis morbid et aegroti*);
- 3) диагноз дифференциальный (*diagnosis differentialis*);
- 4) диагноз путём исключения (*diagnosis per exdusionem*);
- 5) диагноз путём наблюдения (*diagnosis per observation*);
- 6) диагноз по результатам пробного лечения (*diagnosis ex juvantibus*);

7) диагноз по отрицательному влиянию лечения (*diagnosis ex nocetibus*);

8) диагноз при операции (*diagnosis sub operatione*).

II. По времени выявления:

1) ранний диагноз,

2) запоздалый диагноз,

3) ретроспективный диагноз,

4) прижизненный диагноз (клинический),

5) посмертный диагноз.

III. По степени обоснованности:

1) предварительный диагноз,

2) гипотетический диагноз, или диагноз под вопросом,

3) обоснованный диагноз,

4) окончательный диагноз,

5) неполный диагноз,

6) ошибочный диагноз.

Приводимые виды диагнозов взяты из работы Е.Г. Соколович с соавторами (Диагноз как основа лечения больных и профилактики заболеваний. Заболевания червеобразного отростка / Г.Е. Соколович, Е.Г. Соколович, А.Г. Соколович, С.А. Антипов. – Томск: Аграф-Пресс, 2004. – 160 с.). С некоторыми вариациями они перечисляются в других источниках. Описательный характер классификации очевиден, и знание приведенных видов диагноза тоже вполне очевидно. Тем не менее, имеется необходимость критического анализа приведенной классификации в соответствии с поставленной в настоящей работе задачей.

Классификация диагнозов по методу построения далеко неоднозначна. Из 8 вариантов можно выделить только 2 классификации, соответствующие поставленной цели: прямой диагноз и дифференциальный диагноз. Синтетический диагноз – это определение полного современного клинического диагноза. Виды диагнозов 4, 5, 6, 7 и 8 фактически являются разновидностью приёмов дифференциального диагноза.

Разграничение видов диагноза по времени выявления отражает эффективность диагностики. Здесь возможны добавления, например, доклинический диагноз, то есть диагноз заболевания, который ставится в период, когда у больного нет жалоб, не выявляются симптомы при физикальном обследовании.

Классификация диагноза по степени обоснованности тоже имеет свое назначение. Предварительный диагноз выставляется при первом обследовании пациента в амбулатории, в клинике. Практически всегда это прямой диагноз, диагностическая гипотеза. Далее врач излагает план обследования больного (проверка гипотезы). Обоснованным диагнозом может

стать при завершении обследования пациента. Окончательным является диагноз, который совпадает с обоснованным диагнозом и оформляется при завершении обследования и лечения в клинике (поликлинике).

О клиническом диагнозе полезно знать ещё следующее. Диагноз является основанием для выбора метода лечения, профилактики, диспансеризации, реабилитации. Он должен быть поставлен своевременно, правильно, в соответствии с современным уровнем развития медицины. Диагноз должен быть зафиксирован в медицинских документах: истории болезни, амбулаторной карте и др. Оформление диагноза должно быть четким, аккуратным, без исправлений и помарок. Диагноз визируется подписью врача и заведующего отделением, клиники. Эти, с первого взгляда формальные, требования очень важны с позиции культуры врачебной работы и профессиональной ответственности, так как диагноз заболевания в самый неожиданный момент может стать предметом юридического рассмотрения.

Глава 5

ОРИГИНАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ КАТЕГОРИЙ ТЕОРИИ ДИАГНОСТИКИ. СВОЙСТВА СИМПТОМОВ, СИНДРОМОВ, ДИАГНОЗА

Обсуждение существующих классификаций основных категорий теории диагностики показало их описательный характер. Все они полезны, нужны, но непригодны для достижения поставленной цели настоящей работы.

5.1. Общие принципы оригинальной классификации симптомов, синдромов, диагноза

1. Классификация должна охватывать объём всех симптомов, синдромов и диагнозов.
2. В основу классификации должен быть положен один признак, имеющийся у всех категорий.
3. Деление категорий должно быть однозначным.
4. Структурность классификации должна прослеживаться от симптома к диагнозу.

5.2. Оригинальная классификация симптомов

Однозначность классификации симптомов была достигнута тем, что в основу её был положен метод исследования в наиболее общем представлении (рис. 3): расспрос больного, объективное и параклиническое (лабораторное и инструментальное) исследования. С помощью расспроса паци-

ента врач получает субъективную информацию. Это не означает, что информация неточная, некачественная. Это означает только то, что врач обнаруживает жалобы больного, их изменения в процессе развития болезни, то есть ощущения больного, связанные с развитием болезни.

Таким образом, термин «**субъективные симптомы**» означает не качество этих симптомов, а лишь способ их выявления и то, что они отражают ощущения больного как проявление болезни.

Объективные симптомы – это симптомы, полученные при осмотре больного, пальпации, перкуссии, аускультации. Здесь речь идёт не о том, что эти симптомы очень качественные, а только о том, что они получены с помощью методов физикального обследования, которое часто называют объективным исследованием.

Параклинические симптомы – это те симптомы, которые получают с помощью инструментальных и (или) лабораторных исследований.

Все симптомы можно разделить на 3 вида без спорных вопросов в отношении того, к какому виду отнести тот или иной симптом.

Структурность классификации достигается тем, что признаки, положенные в её основу, являются однородными по своей сущности, заключающейся в том, что это – методы исследования.



Рис. 3. Классификация симптомов

5.3. Оригинальная классификация синдромов

Классификация синдромов была представлена таким же способом. В основу классификации был положен признак, позволяющий однозначно разделить весь объём информации – это тоже методы исследования: субъективный, объективный, параклинический.

Синдром – это относительно устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом. Совокупность симптомов может быть различной: симптомы одного уровня исследования (субъективного, объективного или параклинического) или комбинации методов исследования. Соответственно, все синдромы можно разделить на два вида: простые и сложные.

Простые синдромы – это синдромы, сформированные из симптомов одного уровня исследования. Например, стенокардия – синдром, включающий детализацию жалоб (субъективное исследование). Синдром уплотнения лёгких – совокупность симптомов, которые обнаруживаются при объективном исследовании больного (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация). Мочевой синдром при остром диффузном гломерулонефрите – симптомы, обнаруженные при исследовании мочи пациента (лабораторное исследование). Обструктивный тип нарушения вентиляции лёгких II степени – синдром, сформированный из данных спирографического исследования (инструментальное исследование).

Сложные синдромы – это синдромы, сформированные из симптомов двух или трёх уровней исследования. Возможны 4 варианта сложных синдромов:

1. Симптомы, выявленные при опросе больного, объективном и параклиническом исследованиях (лабораторном или инструментальном).
2. Симптомы, выявленные при расспросе больного и при объективном исследовании.
3. Симптомы, обнаруженные при расспросе больного и при параклиническом исследовании.
4. Симптомы, обнаруженные при объективном и параклиническом исследованиях.

1-м вариантом сложного синдрома может быть, например, синдром нарушения ритма сердца. Субъективное исследование выявило сердцебиение, перебои в работе сердца, при объективном исследовании обнаружено изменение пульса, тонов сердца, на электрокардиограмме найдены симптомы, уточняющие форму нарушения ритма сердца. В этом случае обнаружены симптомы всех трёх уровней исследования больного.

2-й вариант может быть связан с тем, что врач не располагает возможностью исследовать пациента в специальной лаборатории. Но может быть и другая ситуация, когда у больного, например, при бронхообструктивном синдроме, имеются жалобы на одышку, выслушивается жесткое везикулярное дыхание, при форсированном выдохе – сухие высокие хрипы, а пробы на бронхиальную проходимость оказываются в пределах нормы.

3-й вариант может быть представлен в виде следующего примера. У пациента с синдромом полости в лёгких есть жалобы, которые можно расценить как утренний туалет бронхов (субъективный синдром), объективно патологических изменений при исследовании лёгких не обнаружено, а при рентгеновском исследовании в глубоких отделах лёгких обнаруживается полость.

4-й вариант состоит в том, что у пациента нет жалоб, характерных для данного патологического состояния, однако есть объективные признаки и симптомы, выявленные при параклиническом исследовании. Приведём при-

мер. Пациент был направлен в клинику с диагнозом «вегетососудистая дистония». Жалоб, характерных для заболевания сердца, он не предъявлял. Объективно было обнаружено несоответствие между низким пульсом и усиленной пульсацией в области сердца по левому контуру в IV межреберье. Была заподозрена аневризма левого желудочка. С помощью рентгенологического исследования предположение было подтверждено. На ЭКГ были найдены признаки трансмурального рубца в области переднебоковой стенки левого желудочка. Специальные методы исследования – эхокардиография, сцинтиграфия, проведенные в клиниках института кардиологии, помогли уточнить форму, размеры аневризмы, и пациент был направлен в кардиохирургическое отделение. Он, очевидно, перенес инфаркт миокарда без ощущения болей. Время, когда пациент перенес это заболевание, установить не было возможности.

Как можно убедиться, нарастание объёма информации от симптома к синдрому идет последовательно. Тем самым соблюдается структурность классификации. Простота использования этой классификации очевидна (рис. 4).

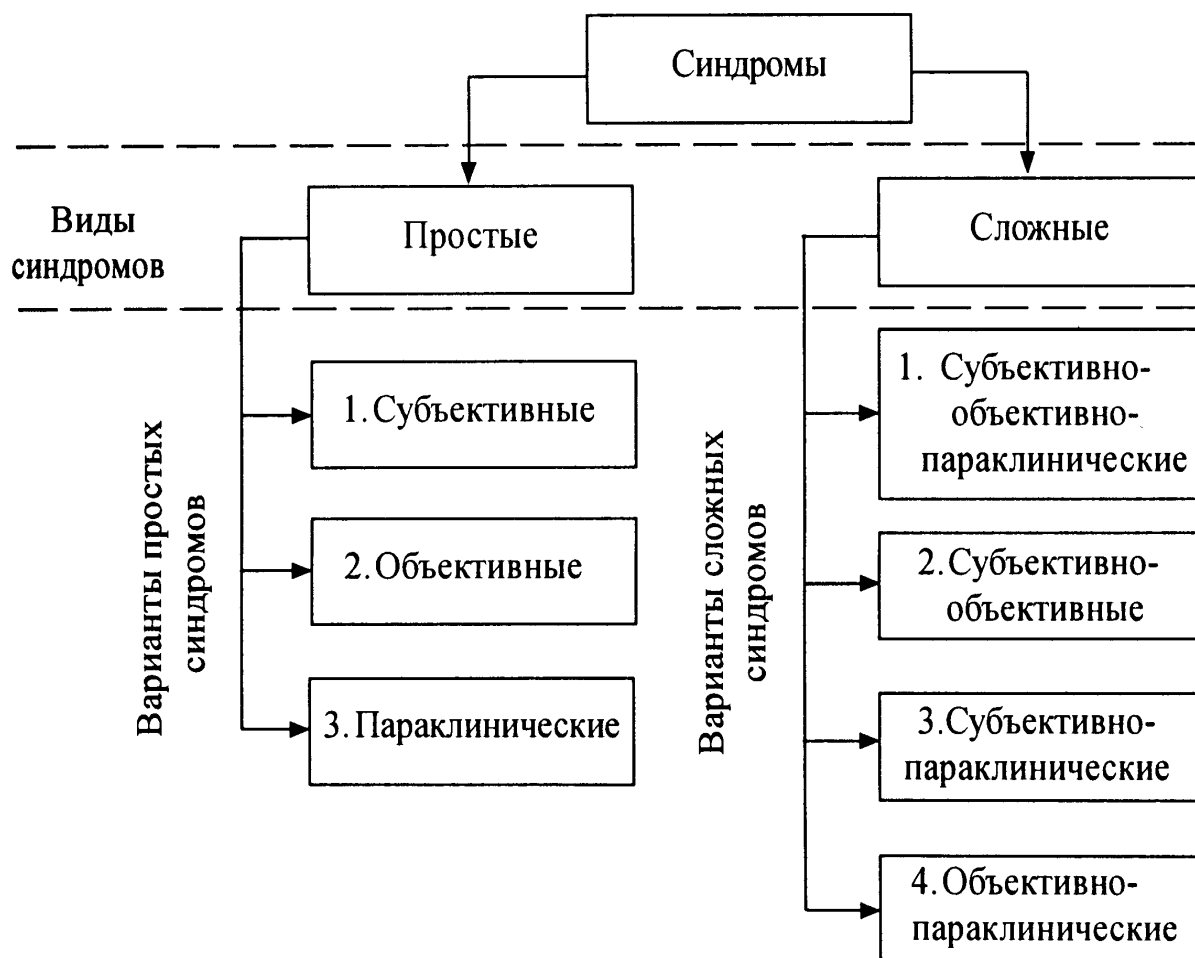


Рис. 4. Классификация синдромов

5.4. Оригинальная классификация диагноза

Напоминаем, что цель настоящей работы в том, чтобы представить методику обсуждения клинической картины при постановке клинического диагноза. Для этой цели следует использовать методологическое определение диагноза: **диагноз – это причинно-следственная связь между синдромами.**

В данном случае мы должны манипулировать синдромами, и от того, каким будет это манипулирование, можно выделить два метода:

1. Прямой диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.

Нужно также знать все другие виды диагнозов, так как все они имеют определенное значение и назначение, но для постановки клинического диагноза необходимо опираться на две его основные разновидности (рис. 5).

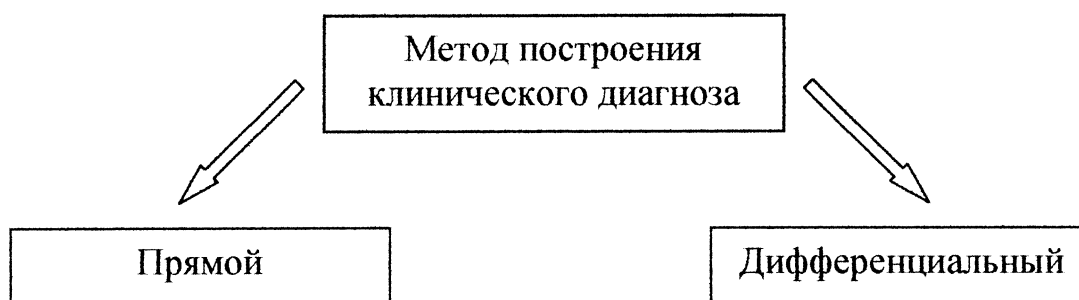


Рис. 5. Классификация диагноза по методу его построения

5.5. Свойства симптомов, синдромов и диагноза

Классифицирование основных категорий диагностики – это первый шаг практического освоения методики комментария клинической картины. Далее нужно приступить к освоению качества симптомов, синдромов и диагноза. При этом нужно выявить наиболее общие для всех качества. Для симптомов и синдромов это:

1. Принадлежность их к виду, варианту по классификации.
2. Специфичность в отношении нозологических форм.
3. Степень изученности механизма развития симптома, синдрома.

Для диагноза требования к формулировке его свойств будут аналогичными, но сложнее, и об этом будет сказано далее.

Симптомы

Симптом (греч. *symptoma*) – совпадение, случай, признак, тест. Это элементарное проявление болезни или знание о больном наименьшей общности.

Свойства симптомов

1. Возможны 3 варианта симптомов: субъективные, объективные и параклинические.
2. Симптомы – это неспецифическое проявление болезни.
3. Механизмы симптомов различные, в том числе и неизвестные.

Первое свойство позволяет видеть три этапа исследования больного и три качественно различные категории симптомов. Здесь не следует усматривать приоритетность этапов исследования. 1-й этап связан с изучением ощущений больного и всех разделов сбора анамнеза, 2-й этап – это физикальное обследование больного (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация). Следует заметить, что этот этап не лишен субъективизма в отношении результатов исследования врачом, однако это совершенно иная категория субъективизма. 3-й этап исследования обладает весьма точной и достоверной информацией, однако не лишен значительной доли субъективизма в оценке результатов исследования, а иногда зависит от сотрудничества пациента и врача.

Второе свойство общее для всех симптомов. Степень неспецифичности симптомов различна. Важно, однако, что специфичность симптомов никогда не бывает полной.

В разделе построения диагностической гипотезы мы будем рассматривать свойство симптомов, которое говорит о большей или меньшей специфичности. Однако до этого нужно обязательно усвоить важнейшее свойство симптомов – их неспецифичность.

Почему это свойство важнейшее? Знание его призвано оберегать врача от мышления по принципу «короткого замыкания»:

Симптом => Диагноз.

Если мы нашли какой-то симптом, относящийся даже к высокоспецифичным, нельзя поспешно говорить о диагнозе синдрома, а не о нозологии. Надо, прежде всего, вспомнить семиологию симптома. Например, если врач обнаружил щелчок открытия митрального клапана, он должен помнить, что это может быть признаком не только митрального стеноза, но и миксомы левого предсердия, тромба в левом предсердии, трикуспидального стеноза.

Знание этого свойства симптома, таким образом, ориентирует врача на осторожную оценку даже так называемых высокоспецифичных симптомов.

Третье свойство симптомов очевидно. Его можно пояснить на примере симптома одышки. Она может быть при обструктивной, рестриктивной патологии лёгких, при патологии, не связанной с поражением лёгких, сердца, сосудов. В настоящее время вряд ли возможно перечислить все механизмы одышки. Неизвестного здесь больше, чем уже известного.

Синдром

Синдром (греч. syndrome – стечение, скопление, вместе бежать) – это относительно устойчивая совокупность симптомов, обусловленная **единым патогенезом**.

Приведенное определение требует пояснения: почему совокупность симптомов относительно устойчива, рассмотрим на примере порока сердца – стеноза устья аорты. **В одном случае** у пациента определяется немного симптомов: смещение верхушечного толчка до срединно-ключичной линии, его усиление. Над аортой выслушивается грубый систолический шум, который проводится на крупные сосуды, усиливается к середине систолы и затем ослабевает. Пульс не учащен, напоминает медленный (*tardus*). **В другом случае** набор симптомов больше: верхушечный толчок усилен, разлитой, смещен кнаружи от срединно-ключичной линии на 1 см. Над аортой пальпируется систолическое дрожание. Тоны сердца равномерно ослаблены, грубый систолический шум над аортой проводится на крупные сосуды, ключицу, головку плеча, ромбовидный усиливается в клиностатическом положении, и определяется систолическое дрожание. Пульс медленный (*tardus*).

Во втором случае симптомов больше, причем они более характерны для стеноза устья аорты. Механизм развития симптомов, входящих в данный синдром, один – сужение устья аорты. Повышение нагрузки на левый желудочек приводит к его гипертрофии и усилению функции, в результате чего верхушечный толчок смещается влево и усиливается. Снижение скорости выброса крови в аорту обуславливает медленный пульс, а турбулентный поток крови через узкое отверстие создает шум изгнания и систолическое дрожание. Относительность устойчивости симптомокомплекса может быть обусловлена различной степенью выраженности синдрома. Могут быть также дополнительные условия, изменяющие набор симптомов в конкретном случае: возраст, конституциональные особенности, сочетание с другим пороком сердца, состояние систолической и диастолической функций миокарда, состояние аорты и др.

Свойства синдромов

1. Содержание синдрома весьма гибкое, оно может детализироваться на различных уровнях исследования больного (субъективное, объективное и параклиническое). В связи с этим синдромы могут быть простыми (субъективными, объективными и параклиническими) и сложными (четыре возможные комбинации простых синдромов).
2. Синдром – это неспецифическое проявление болезни.
3. Механизм синдрома может быть разным, в том числе и неизвестным.

Предлагаемая классификация синдромов не противоречит традиции рассматривать многие синдромы как болезни. Все известные синдромы можно разделить на простые и сложные. Всем синдромам присущи как неспецифичность, так и возможность неизвестного механизма развития.

Первое свойство. Гибкость синдрома может проявляться в различном объёме информации, которая может быть получена при исследовании больного. Поэтому рационально объём исследования разделить на три уровня: субъективный, объективный и параклинический.

Первое свойство отражает полноту обследования пациента в соответствии с классификацией синдромов. Различная степень выраженности синдромов, различный набор синдромов в различных конкретных случаях уже объяснены в разделе классификации синдромов.

Однако есть понятие гибкости синдрома другого характера, когда в процессе диагностики врачу выгодно, например, расширять синдром артериальной гипертензии, включая изменение сосудов глазного дна. В этом нет ничего противоестественного.

Гипертрофия отделов сердца может быть самостоятельным анатомическим синдромом, который имеет свою семиологию. При этом гипертоническая болезнь будет одной из возможных причин гипертрофии левого желудочка. Изменение сосудов глазного дна позволяет объективизировать состояние тонуса артерий, определяющего 2-ю стадию гипертонической болезни и механизм гипертензии при других видах артериальной гипертензии.

Другой пример. Синдром сердечной недостаточности можно разделить на несколько синдромов: недостаточность левых отделов сердца (левого предсердия, левого желудочка), правых отделов сердца (правого желудочка и /или правого предсердия). Недостаточность сердца и его отделов может быть хронической и/ или острой. Дифференцирование в синдроме его частей имеет большое значение не только для дидактической цели, но и для практики. Однако иногда на практике отдельные синдромы объединяют в один синдром.

Первое свойство исключительно важно ещё в связи с тем, что клиницист должен всегда помнить, что любой синдром может детализироваться на различных уровнях исследования больного, то есть могут быть субъективные, объективные и параклинические симптомы. Это свойство надо помнить, так как оно отражает план проверки гипотезы, возникшей при обнаружении какого-либо симптома. Любой симптом должен входить в определенный синдром, а коль скоро симптом найден, нужно искать другие симптомы, входящие в данный синдром. Так формируется план более детального объективного и параклинического обследований больного.

Второе свойство можно пояснить очень просто. Если все симптомы неспецифические, то из неспецифической информации можно ли получить специфическую? Однако это не агностицизм, а трезвая объективная оценка свойства синдрома. Напоминаем, что **каждый синдром имеет свою семиологию**. Следовательно, когда мы диагностируем синдром и он, по нашему мнению, определяет клиническую картину или тяжесть состояния больного, мы обязаны построить семиологический ряд заболеваний, о ко-

торых следует подумать даже в том случае, когда диагноз одной из форм патологии кажется очевидным. Это надо это знать и помнить, ибо большинство врачебных ошибок возникает именно на данном этапе построения плана дифференциального диагноза. Если сказать жестко, чаще всего план дифференциального диагноза практические врачи в истории болезни не пишут.

Обратимся к простым примерам. Синдром уплотнения лёгких имеет несколько непосредственных причин: экссудат в респираторной зоне, транссудат, фиброзные изменения, опухоль, деструкция лёгкого (до опорожнения), ателектаз лёгкого. Легко убедиться, что каждая из причин может иметь различную природу. Например, возможны четыре вида ателектаза лёгкого; в свою очередь, обтурационный ателектаз может быть обусловлен разными причинами и, следовательно, разными заболеваниями.

Таким образом, представление о неспецифичности синдрома является вполне очевидным. Оно приложимо к синдромам вообще, хотя возможны различные вариации степени неспецифичности. Например, неспецифичные синдромы: порок сердца, общая воспалительная реакция в комплексе, при учете особенностей синдромов с определенной степенью вероятности, однако не абсолютной, могут говорить о ревматизме, бактериальном эндокардите и др.

Третье свойство синдромов ориентирует врача на более тщательное исследование пациента. Например, отёчный синдром может быть различной природы: сердечная недостаточность, заболевания почек, печени, эндокринной системы и неизвестной. Возможен и другой аспект проблемы. Происхождение сердечных отеков можно связать с несколькими факторами:

- увеличением гидростатического давления в венозном русле,
- снижением белка в сыворотке крови, гипо- и диспротеинемией,
- тканевой гипоксией и повышением проницаемости сосудистых мембран,
- почечным механизмом задержки воды,
- вазопрессином.

Не исключено, что будут названы и другие механизмы регуляции содержания воды в организме. Этот аспект имеет непосредственное значение для научных исследований. В целом принятие во внимание третьего свойства синдромов ориентирует врача на поиск нового знания.

Диагноз

Повторяем содержательное определение современного клинического диагноза: – **это определённым образом выстроенная совокупность компонентов:**

- описательного,
- анатомического,
- функционального,
- этиологического,
- патогенетического,
- генетического,
- экологического,
- индивидуального,
-другие (по мере развития медицинской науки)

Каждый из перечисленных компонентов клинического диагноза может быть выражен в форме синдрома. Это всего лишь минимальное их перечисление.

Представляем повторно **методологическое определение клинического диагноза – это причинно-следственная связь между синдромами.**

Свойства клинического диагноза

Попытка сформулировать свойства диагноза наталкивается на серьёзные трудности, связанные с многообразием вариаций объёма информации, степени обоснованности, глубины познания патофизиологических механизмов. Наиболее общими свойствами клинического диагноза можно считать следующие:

1. Не все компоненты синтетического клинического диагноза определяются и формулируются в конкретном диагнозе пациента по разным причинам. Часть из них подразумевается, другие нельзя определить, третьи неизвестны.
2. В клиническом диагнозе всегда имеется гипотеза. Формулировка нозологической формы опирается на критерии, принятые научным сообществом.
3. Причинно-следственные связи между синдромами преимущественно предположительные или неизвестные.

ПЕРВОЕ СВОЙСТВО ДИАГНОЗА происходит из многообразия компонентов современного клинического синтетического диагноза. По-видимому, могут быть и другие компоненты. Знание содержательного определения диагноза, каждого из его компонентов имеет глубокий смысл с точки зрения истории развития диагностики, оценки состояния клинической науки в настоящее время. Можно, кроме всего, думать и о развитии диагностики в будущем.

Симптоматический компонент, или описательный. Он входит в диагноз со времён Гиппократов, и без него клинический диагноз просто не может существовать. Например, острое, подострое или хроническое течение болезни можно определить только клинически, путём наблюдения. Другой пример: так называемая паспортная часть (возраст, пол, профессия и др.) истории болезни может незримо присутствовать в диагнозе

Анатомический компонент. Этот компонент стал входить в диагноз со времён Морганьи. Ведущими в развитии морфологического направления в диагностике были труды Р. Вирхова. Анатомический компонент диагноза до настоящего времени остаётся важнейшим и весьма часто определяющим. Достаточно представить себе развитие биопсии органов, включая мозг. Диагноз заболевания все больше становится морфологическим. Однако нельзя полностью полагаться на морфологическое исследование, так как не всегда биопсия органов помогает поставить клинический диагноз. В 5–13 % случаев неясным диагноз остается и после аутопсии.

Функциональный компонент диагноза. Он ведёт своё начало от Гарвея. Функциональное исследование систем организма, подверженных патологическим изменениям, не только имеет значение для понимания патогенеза заболевания, но и имеет прямое отношение к формулировке диагноза, решению вопроса о лечении, реабилитации, определении трудоспособности пациента.

Развитие современной клинической медицины с большой остротой ставит проблему диагностики ранней фазы заболеваний, так называемой предболезни. Основной здесь будет развитие функциональной диагностики. Между тем соотношение анатомического и функционального компонентов диагноза находится в сложной диалектической связи. Поэтому не следует о них судить прямолинейно, как об абсолютно обособленных аспектах.

Этиологический компонент диагноза. Этот компонент ведёт своё начало от Л. Пастера. Микроб стал центром представления о причинах заболеваний. В этом направлении много противоречивого, учение о причине заболевания является сложнейшей философской проблемой. Причина болезни рассматривается как совокупность необходимых и достаточных условий. При этом борьба между кондиционализмом и монокаузализмом, с нашей точки зрения, должна рассматриваться как необходимое условие для развития медицины.

Яркий пример – изменения представлений об этиопатогенезе ревматизма. Долгое время ревматизм считали инфекционно-аллергическим заболеванием. Инфекционный агент, согласно этому представлению, играл роль только в самом начале заболевания. Далее включался аллергический механизм. Такое суждение основывалось на том, что микроба не обнаруживали в поражённом органе. Однако пришло время, и микроб был найден в виде L-формы стрептококка, соответственно, была пересмотрена

сущность заболевания, которое теперь стало трактоваться как стрептококковая болезнь сердца.

Интересно отметить изменения в представлениях о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, когда был обнаружен микроб *helicobacter pilori* в слизистой больного органа. И хотя роль этого микроба в патогенезе заболевания пока окончательно не установлена, диалектика взаимоотношения макро- и микроорганизма при этом заболевании представляет собой не только научную проблему, но и проблему лечения заболевания, которое до сих пор в большей степени относится к разряду психосоматических форм патологии. Развитие микробиологии, вирусологии приводит к открытию новых заболеваний (легионеллез, СПИД и др.).

Патогенетический компонент диагноза. Он стал учитываться в связи с открытием клеточного и гуморального иммунитета И.И. Мечниковым и П. Эрлихом. Содержание патогенетического компонента клинического диагноза весьма обширное и далеко выходит за пределы иммунологии, однако именно работы И.И. Мечникова дали начало современному научному подходу к анализу патогенетического компонента клинического диагноза. Значение его варьирует в широких пределах. Он может быть основным в формулировке диагноза, например, железодефицитной анемии, или просто подразумеваться в диагнозе «крупозная пневмония».

Другие компоненты тоже могут быть весьма важными для клинического диагноза, например, **экологический** компонент при отравлении нитратами, свинцом, ртутью и др. Значение других факторов иногда неожиданно выдвигается на первый план, и этот вопрос должен рассматриваться специально при изучении факультетской клиники.

Следует отметить, что все компоненты синтетического диагноза не могут уместиться в формулировке диагноза. Многие из них подразумеваются, но они обязательно должны быть в понимании структуры конкретного диагноза. Например, в термин «крупозная пневмония» вкладываются особенности патогенеза и морфологии заболевания, в значительной мере этиология (пневмококк).

Знание компонентов клинического диагноза – это не просто дань уважения истории, осознанное целенаправленное изучение клинической картины заболевания конкретного пациента. Это способ контроля уровня диагностики, которым владеют врач, лечебное учреждение и, наконец, современная медицина. Попробуйте отыскать этиологический компонент диагноза онкологического заболевания. Попробуйте обнаружить в современном клиническом диагнозе его личностный компонент. Последний, очевидно, будет занимать своё место по мере развития медицинской психологии как части общей и частной диагностики.

ВТОРОЕ СВОЙСТВО ДИАГНОЗА отчасти отражено при описании этиологического компонента диагноза. Этот аспект можно рассмотреть и с

другой стороны: если учесть, что симптомы и синдромы являются неспецифическим проявлением болезней, то можно ли получить специфическую картину болезни, используя неспецифические компоненты? Другой вопрос, если специфичность рассматривать как относительное свойство. Таким образом, о правильности диагноза можно говорить с уверенностью только в пределах принятого научной медициной представления о данном заболевании, причем если имеется почти полное совпадение условных параметров. В диагностике часто используют разделение признаков болезни на факультативные (необязательные) и облигатные (обязательные) – условно принятые критерии диагностики, включающие наборы определенных признаков заболевания. Подобные критерии диагностики создаются опытным путём.

ТРЕТЬЕ СВОЙСТВО ДИАГНОЗА отражает всю сложность клинической диагностики, включающей ограниченность не только знаний патофизиологии многих патологических процессов, но и возможностей исследования пациента, в том числе и по деонтологическим соображениям. Причинно-следственные связи между синдромами в общем изучены в меньшей степени, чем механизм самих синдромов.

Это положение требует дополнительной разработки, специального углубленного изучения. В настоящей работе мы касаемся преимущественно поиска связей между синдромами в практической диагностике. Чаще всего здесь используются критерии описательного характера: одновременность появления синдромов, определенная последовательность их появления, отдельные симптомы или синдромы могут связывать важнейшие синдромы в стройную систему, характерную для определённого диагноза. Эти критерии, как вполне очевидно, не являются строго доказательными, в них остается большое пространство для предположений, сомнений и поиска истины. Что касается точных знаний патофизиологических связей между синдромами, то и они, как правило, не имеют характера однозначности, абсолютной точности.

Глава 6

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕЗА

В специальной литературе по-разному относятся к использованию термина «гипотеза» для обозначения предположительного диагноза, предварительного диагностического суждения и пр. С одной стороны, увлечение термином, с другой – попытка защитить термин «гипотеза» от манипулирования им в каждом конкретном случае, трепетное отношение к термину как относящемуся к особым высоким научным сферам. Отчасти это справедливо, ибо излишне частое употребление научных терминов без достаточных для этого условий выглядит вульгарно. С нашей точки зрения, это схоластическая дискуссия. При изучении теории диагностики термин «диагностическая гипотеза» необходим вот по какой причине.

Гипотеза имеет присущие ей свойства, позволяющие давать предварительную оценку ее правомочности. Свойства гипотезы применимы для оценки гипотезы в любой науке. Поэтому нам важен не столько термин «гипотеза», сколько его содержание – предположение и в еще большей степени возможность оценки свойств этой гипотезы.

6.1. Свойства

Гипотеза должна давать объяснение большинству фактов. Диагностическая гипотеза должна давать объяснение большинству симптомов.

1. Гипотеза не должна противоречить фактам. Диагностическая гипотеза не должна противоречить симптомам.
2. Гипотеза должна быть проверяемой. Диагностическая гипотеза правомочна, если ее можно проверить.

6.2. Построение

Процесс построения диагностической гипотезы происходит «в уме», даже можно сказать, за пределами сознания.

Диагноз возникает мгновенно в виде образа. Как постичь этот мгновенный процесс и описать его словами на понятном языке? Более досту-

пен осознанию процесс проверки диагностических гипотез, но и здесь переход от внутренней речи к внешней очень сложный.

И все-таки попытаемся «растянуть» во времени мгновение озарения, а может быть, обычного возникновения гипотез при клиническом исследовании больного. Попытаемся поступательно описать этот процесс и поискать в нем те моменты, где скрывается порог, переступая который исследователь либо празднует диагностическую победу, либо переживает горькую ошибку.

В качестве примера предлагаем рассмотреть происхождение гипотезы о диагнозе рака бронха у реального пациента **X по одному симптому**, обнаруженному при физическом исследовании больного.

При аускультации легких над ключицей справа у него было обнаружено бронхиальное дыхание. Теперь рассмотрим схему (рис. 6). Общепринятая схема построения диагноза, в этом случае «симптом – диагноз» представляется вполне убедительной.

От знания меньшей общности (от симптома) путем индуктивного умозаключения врач построил гипотезу о заболевании – раке бронха. Он пришел к знанию большей общности (к диагнозу). Следующий шаг врача состоял в том, чтобы проверить эту гипотезу. Проверка гипотезы идет методом дедуктивного умозаключения от знания большей общности (от диагностической гипотезы) к знанию меньшей общности, к симптомам.

В связи с тем, что у пациента был только один объективный симптом – бронхиальное дыхание, но не было каких-либо субъективных и параклинических симптомов, проверка гипотезы могла быть осуществлена с помощью сложного параклинического исследования.

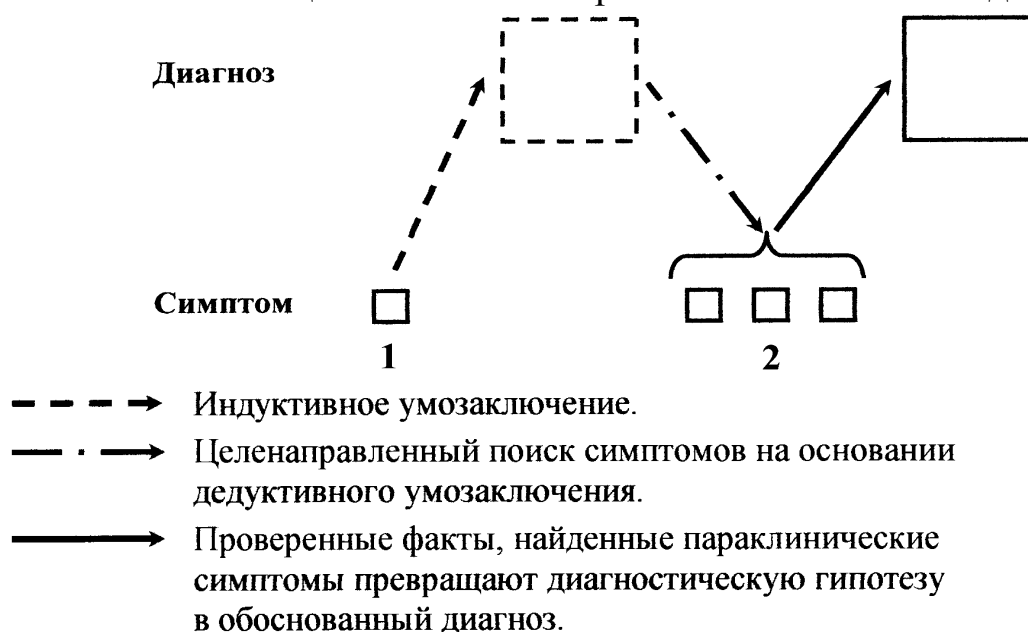


Рис. 6. Построение диагностической гипотезы по схеме Симптом ⇒ Диагноз

- 1 – Субъективный (один) симптом – бронхиальное дыхание.
- 2 – Параклинические (три) симптома: 1) сужение верхнедолевого бронха, 2) опухолевидное образование, 3) гистологические признаки рака бронха.

Была проведена фибробронхоскопия, во время которой обнаружено опухолевидное образование, суживающее просвет верхнедолевого бронха. Гистологическое исследование биоптата этого образования подтверждало гипотезу.

При параклиническом обследовании были выявлены следующие симптомы:

1. Опухолевидное образование в верхнедолевом бронхе.
2. Сужение верхнедолевого бронха.
3. Гистологическая картина раковой опухоли.

Опираясь на опыт клинической медицины, мы должны дать оценку рассмотренного примера как счастливого случая своевременной диагностики рака легких и благоприятного исхода радикального лечения больного. Из 7 случаев (по нашему наблюдению), диагностическая гипотеза о раке легких по одному симптому – бронхиальному дыханию над ограниченным участком легких на периферии – была подтверждена у 2 больных. В остальных 5 случаях гипотеза не подтверждалась. В этих случаях диагностическая ошибка была в пользу больного.

В настоящее время нас интересует механизм возникновения гипотезы, диагностической ошибки, а также механизм защиты от ошибки.

При строгом рассмотрении схемы (рис. 6) можно установить, что гипотеза возникла как результат ряда мыслительных операций.

Известно, что бронхиальное дыхание может возникнуть при следующих состояниях легких:

1. Уплотнение легких.
2. Полость в легких.
3. Сужение крупного бронха.

В свою очередь, каждое из перечисленных состояний легких и бронхов может быть различной природы. Так, уплотнение легких может быть обусловлено:

1. Экссудатом или трансудатом в респираторной зоне.
2. Распадом легкого без опорожнения.
3. Фиброзными изменениями в легких.
4. Опухолевой тканью в легких.
5. Ателектазом различной природы.

При уплотнении легкого должны быть и другие симптомы: тупой перкуторный звук, изменения на рентгенограмме. Но этих симптомов не было. Если судить строго, отсутствие симптомов не исключает наличие патологии. Поэтому суждение, что уплотнение легких является причиной возникновения бронхиального дыхания полностью исключить нельзя. Тем

более что уплотнение легкого могло быть следствием и опухоли в бронхе, и неполного ателектаза легкого в связи с более значительным сужением бронха опухолью, чем-то, которое было обнаружено у пациента.

Согласно закону парных случаев, в это же время был обследован другой пациент. У него тоже врач наше бронхиальное дыхание над правой ключицей. Правда, второй пациент страдал хроническим бронхитом, проявляющимся кашлем, имел рентгенологические признаки перибронхита (фиброзные изменения). Для проверки гипотезы необходима была бронхоскопия, и она была проведена. Признаков опухоли в бронхах обнаружено не было, однако были выявлены воспалительные изменения слизистой и содержание на ней гнойного секрета. Санация бронхов значительно улучшила самочувствие пациента, но бронхиальное дыхание продолжало выслушиваться над тем же участком легких, хотя оно и стало менее демонстративным. Каков механизм симптома? Остается гипотеза, что умеренно выраженный фиброз и секрет в бронхах создавали условия для возникновения симптома (усиление проведения звука и усиление турбулентности воздушного потока в бронхах при прохождении воздушной струи). Очевидно, что абсолютной ясности в возникновении симптомов нет.

Таким образом, во втором случае первая диагностическая гипотеза оказалась ошибочной. Эта ошибка была в пользу пациента в том, что диагноз рака бронха не подтвердился.

Однако вернемся к анализу первого случая. Диагностика полости в легких без компьютерной томографии весьма сложная. Семиология же полости в легких достаточно пространная:

1. Абсцесс в легких.
2. Туберкулез легких.
3. Рак легких.
4. Бронхоэктатическая болезнь.
5. Кисты и кистоподобные образования.

К семиологии синдрома полости в легких нужно было бы вернуться, если бы бронхоскопическое исследование не выявило опухоль бронха.

Важность и сложность диагностики полости в легких мы продемонстрируем клиническим случаем, когда у больной был один симптом – легочное кровотечение. Только с помощью бронхографии был обнаружен в легких единичный бронхоэктаз небольших размеров. Хирургическое лечение оказалось эффективным. При этом был найден так называемый сухой бронхоэктаз с зияющим сосудом – источником кровотечения. Подобные бронхоэктазы называют «сухими», потому что они не дают типичных симптомов бронхоэктатической болезни: выделение мокроты по принципу «утреннего туалета бронхов», при обострении воспаления – увеличение количества мокроты и признаки общей воспалительной реакции организма в ответ на местный воспалительный процесс в бронхе и в легких. Этих

симптомов у больного не было. Не было также обнаружено и изменений легочного рисунка на обычных рентгенограммах.

Этот пример приведен нами для того, чтобы вы смогли убедиться в сложности диагноза даже в том случае, когда диагноз ставится внешне легко, по одному симптому.

Но вернемся к проверке гипотезы о раке бронха. Рассмотренные возможные причины возникновения бронхиального дыхания можно отнести к маловероятным, хотя все равно возможным. Теперь рассмотрим причины третьего состояния легких, а именно вернемся к сужению крупного бронха. Сужение крупного бронха, скорее всего, может обусловить появление бронхиального дыхания, когда нет других симптомов. Поэтому для нас было важным вспомнить семиологию сужения бронха.

1. Опухоль.
2. Воспалительный конгломерат на слизистой бронха.
3. Секрет бронхиальных желез.
4. Фиброзные изменения стенки бронха.
5. Инородное тело.
6. Бронхолит.
7. Сдавление бронха извне увеличенным лимфатическим узлом.

Почему мысль врача все же сконцентрировалась на диагнозе «опухоль бронха»? Во-первых, это самый коварный диагноз, и о нем надо думать прежде всего. Во-вторых, нужно было ориентировать врача-эндоскописта на поиск более грозной патологии и убедить больного согласиться на проведение фибробронхоскопии.

Краткий, даже в определенном смысле схематический анализ семиологии симптома показывает, что механизм бронхиального дыхания мог иметь разную природу и мог наблюдаться при разных синдромах.

Наиболее вероятным был синдром сужения бронха (верхнедолевого). В свою очередь, семиология и этого синдрома была достаточно простой. При клинической картине, которая была у пациента, любая версия нозологической формы была возможной в равной степени. Спор между ними разрешила биопсия— морфологическая картина опухоли.

Между прочим, диагноз «рак бронха» в самом начале вызвал протест больного, родных и даже врачей, которые были выбраны в качестве арбитра в противовес радикально настроенному врачу. Несмотря на то, что диагноз обосновывался на гистологическом исследовании, другие врачи предложили пациенту лечение антибиотиками в течение месяца и повторное обследование. Эта рекомендация была ошибочной, так как, выполнив ее, можно было упустить время, и опухоль, разрастаясь, усложнила бы хирургический подход, а возможно, перешла в такую стадию, когда радикальная операция могла стать невозможной.

Почему возник такой протест? Во-первых, диагноз очень грозный. Во-вторых, он неожиданный. В-третьих, операция на легких – очень серьезное испытание, которое возникло у пациента на фоне относительно полного здоровья.

Мы пишем здесь об этом потому, что нельзя в такой ситуации корить пациента, родных, а также других врачей, проявивших излишнюю осторожность по вполне понятным причинам.

Нельзя также «пыжиться от гордости» и важничать за поставленный диагноз, хотя это есть определенная победа врача. Нельзя упиваться гордостью, нельзя выставляться! Почему? Потому что это ослабляет профессиональную бдительность, и закон парных случаев может тут же поставить врача в трудную ситуацию и сыграть с ним злую шутку. Нужно, кроме того, помнить, что «выставляться» врачу нельзя еще с позиции общей культуры и, если хотите, с позиции христианской морали.

Таким образом, диагноз в данном примере формировался не по схеме «симптом – диагноз», а по схеме «симптом – синдром – диагноз». И если даже диагностическая гипотеза возникала мгновенно, последовательность суждений была сложной и протекала на базе сложившихся знаний, опыта и по принципу энтимемы.

Теперь опишем саму энтимему, которая завершилась столь удачной гипотезой.

1. Обнаружение бронхиального дыхания: выдох слышится на всем протяжении фазы выдоха, он громче вдоха, выше по тональности, чем вдох, в целом звук и вдоха и выдоха грубее, чем над другими участками легких, где выслушивается везикулярное дыхание, напоминает звук при произношении буквы «Х». Особенно эта разница очевидна при сравнении дыхательного шума слева и справа над ключицей.
2. Врач вспомнил механизм возникновения бронхиального дыхания. Звук проводится от гортани по трахее к бронхам. В нормальных условиях этот звук не достигает периферии.
 - При уплотнении легкого улучшается проведение звука от бронха к периферии, так как плотная часть легкого становится продолжением стенки бронха.
 - При наличии полости в легких возникает эффект резонанса.
 - Сужение крупного бронха создает усиление турбулентности потока воздуха и, следовательно, происходит звучание дополнительного источника звука в верхнедолевом бронхе. Имеется в виду такая степень сужения, которая не уменьшает расход воздуха, но достаточная для существенного усиления турбулентности воздушного потока.

3. Третий вариант бронхиального дыхания более предпочтителен, потому что не было обнаружено симптомов уплотнения легких (перкуторный звук легочный, одинаковый справа и слева; рентгенологическая картина легкого в апикальной зоне была нормальной).
4. Опухоль бронха – наиболее вероятная причина бронхиального дыхания над верхушкой легких справа. Иностранное тело исключается анамнестически, рентгенологически. Воспалительные изменения слизистой бронха менее вероятны, так как у пациента нет симптомов, характерных для местной и общей воспалительной реакции.

Сужение бронха могло быть обусловлено увеличенными лимфатическими узлами как последствием какого-либо заболевания: туберкулез, лимфогранулематоз, саркоидоз, опухоль злокачественная, доброкачественная... Такая гипотеза была правомочной в самом начале возникновения диагностической гипотезы о раке бронха и по степени вероятности несколько не уступала победившей гипотезе.

Вернемся к схеме индуктивного умозаключения, когда была выдвинута гипотеза – рак бронха. Разбор энтимемы в самых общих чертах говорил о том, что мысль врача шла через синдром, точнее, синдромы, но это происходило быстро, как бы за пределами сознания (рис. 7).

В этой схеме нет проверки гипотезы о синдроме сужения бронха. Но проверка этой гипотезы проходила в момент обследования больного, когда не было найдено никаких других физических симптомов, кроме бронхиального дыхания.

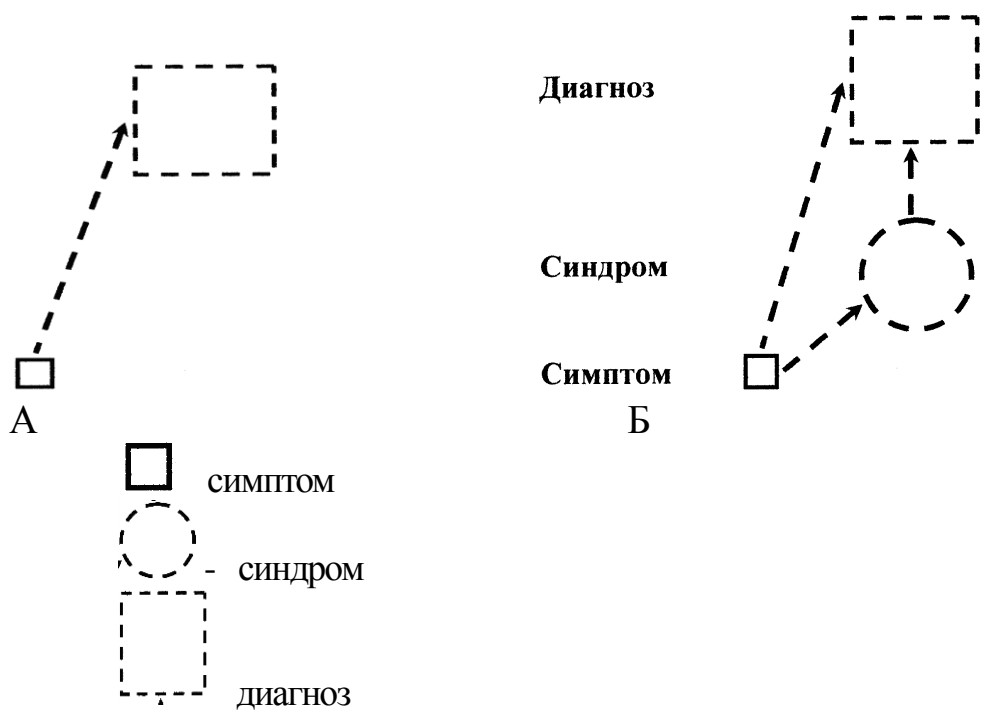


Рис. 7. Схема индуктивного умозаключения «Симптом \Rightarrow Синдром \Rightarrow Диагноз»

Врач «не заметил» этапа формирования гипотезы о синдроме и не проверял эту гипотезу просто потому, что он уже исследовал пациента и не нашел каких-либо дополнительных симптомов. Другими словами, он проверил эту гипотезу «в уме» раньше.

Было уже отмечено, что мы описали счастливый случай своевременного диагноза. Почему случай? Потому что в равной степени вероятности доказанными могли оказаться другие причины сужения бронха.

Представим на минуту такую ситуацию, что диагноз рака бронха не подтвердился гистологически или даже при осмотре слизистой бронха. Диагностическая ошибка врача в этом случае оценивалась бы достаточно строго больным, родными и врачами, а врач, совершивший ошибку, утешался бы тем, что ошибка совершена во благо больного и была отвергнута грозная гипотеза.

Теперь подошло время обозначить те моменты происхождения гипотезы, где могли возникнуть диагностические ошибки (рис. 8):

1. При перечислении семиологии симптома.
2. При перечислении семиологии синдрома.

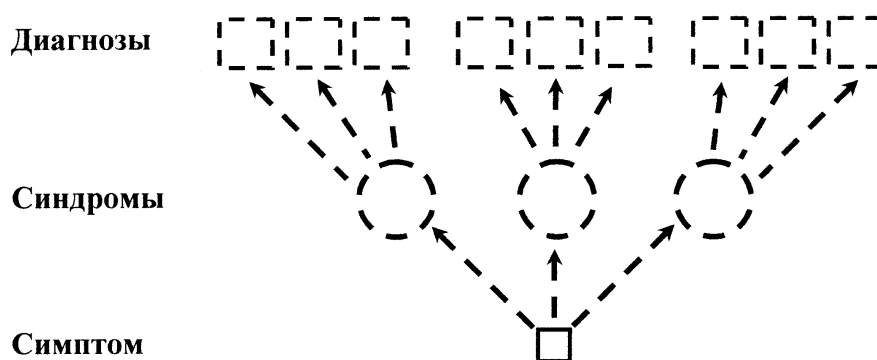


Рис. 8. Схема возникновения возможных диагностических гипотез

Для разбираемого клинического случая схема не буквальная. В тексте показано, что количество нозологических форм, которые могли быть причиной одного единственного симптома «**бронхиальное дыхание над правой ключицей**», гораздо больше.

Важно:

1. Чтобы не сделать диагностическую ошибку, нужно помнить всегда, что семиология симптома всегда больше одного синдрома, а семиология синдрома тоже достаточно пространная. При этом обязательно есть синдромы и нозологические формы, о которых мы не помним.
2. Поэтому нужно систематически заглядывать в руководства по диагностике.
3. Чтобы не делать ошибку в диагнозе, нужно помнить свойства симптомов и синдромов.

4. Нужно знать механизмы симптомов и синдромов.
5. Психологический аспект. Врач должен сдерживать эмоции, не спешить с заключением, быть последовательным. В этом отношении полезно помнить письмо И.П.Павлова к молодежи (Приложение), которая посвятила себя науке. Заметим, что работа врача с больными совершенно адекватна научной работе.

Предлагаем рассмотреть построение диагностической гипотезы на более сложном примере, когда гипотеза о диагнозе возникает после проверки гипотезы о синдроме.

Допустим, у пациента У. врач обнаружил скорый пульс. Врачу известно, что скорый пульс характерен для порока сердца – недостаточности клапанов аорты. Скорый пульс – это симптом. Недостаточность клапанов аорты – это синдром. Так от знания меньшей общности (от симптома) врач пришел к знанию большей степени общности (к синдрому) путем **индуктивного умозаключения**. Пока это предположительное знание, то есть диагностическая гипотеза. Теперь врач переходит к проверке гипотезы. Для этого он вспоминает симптомы, которые характерны для аортальной недостаточности. Это уже дедуктивный метод умозаключения, переход от знания большей общности (от синдрома) к знанию меньшей общности (к симптому). Если исследователь не помнит те симптомы, которые он должен отыскать, он должен обратиться к учебнику, руководству по диагностике, к монографии по данной теме. И только после этого он должен повторно обследовать пациента. Так в доступной форме воплощается основной принцип обучения и самообучения клинической медицине: от книги к больному и от больного к книге. Однако исследование всё ещё продолжается. Если врач убеждается в том, что он обнаружил симптомы аортальной недостаточности, и гипотеза подтвердилась, тогда он задумывается о природе порока сердца, то есть о нозологической форме заболевания, о диагнозе заболевания (рис. 9).

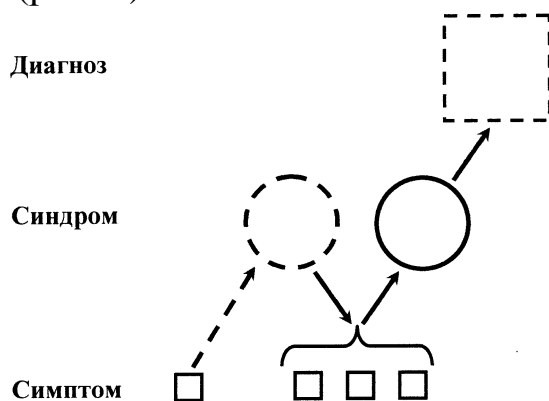


Рис. 9. Построение диагностической гипотезы по схеме «Симптом \Rightarrow Синдром \Rightarrow Диагноз»

Построение гипотезы об инфекционном эндокардите как о причине возникновения аортальной недостаточности облегчается, если в процессе обследования больного врач выявил какие-то симптомы общей воспалительной реакции организма (субъективные, объективные, параклинические). При хорошо организованном мышлении врач оперирует в этом случае не симптомами, а синдромами. Например, нужно решить, какова природа синдрома общей воспалительной реакции организма. Может быть, это инфекционный эндокардит, ревматизм, а может быть это застойная пневмония. С каждым новым выявленным симптомом, синдромом количество предположительных суждений может увеличиться по принципу зерен на шахматной доске. Поэтому к построению гипотез нужно относиться строго. Нужно вести отбор гипотез в такой мере, чтобы процесс обследования пациента проходил организованно, без суеты. Отбор гипотез, как правило, проходит «в уме», если клиническая ситуация не столь сложная. Для защиты себя от ошибочного диагноза нужно помнить, что любое, даже на первый взгляд правдоподобное, предположение, нельзя считать истиной до получения достаточно убедительных фактов в его пользу. Даже и в этом случае нельзя забывать, что свойство – в каждом диагнозе, что в нем всегда остается определенная доля гипотезы.

Что означает отбор гипотез? Как он проводится «в уме»? А если ситуация сложная и отбор «в уме» не происходит, что делать с нахлынувшими гипотезами?

Очень хорошо, что возникло много гипотез. Чтобы отобрать из них достойную внимания, нужно вспомнить свойства гипотезы – критерии ее отбора.

Приведем пример.

У пациента Н. врач обнаружил 3 симптома, которые позволили ему сделать предположение об аортальной недостаточности, то есть о пороке сердца. Врач обнаружил:

1. Скорый пульс.
2. Усиленную пульсацию сонных артерий.
3. Систолический шум на аорте.

От знания меньшей общности (от симптомов) к знанию большей степени общности (к синдрому) врач перешел путем индуктивного умозаключения. Это предположительное суждение нужно оценить по 3 свойствам гипотезы:

1. Объясняет ли эта гипотеза все найденные 3 симптома? Да! Объясняет и систолический шум при аортальной недостаточности. Он, правда, функциональный, но обычно громкий и обнаруживается легче по сравнению с диастолическим шумом, специфическим для этого порока.
2. Гипотеза не противоречит симптомам.

3. Проверяема ли гипотеза? Проверяема.

Теперь врач приступает к проверке гипотезы, как это описано в примере с пациентом У.

В клинике, между прочим, может возникать противоположная ситуация, когда диагностических гипотез мало, подтвердить их нечем или возможности их проверки ограничены. Чаще всего это связано с тем, что клиническая картина заболевания не развернута. Требуется наблюдение за пациентом. На проявления заболевания может оказывать влияние использование лекарственных препаратов (глюкокортикостероиды, цитостатики, антибиотики и др.). Диагностика заболеваний внутренних органов в современных условиях стала намного сложнее в связи с тем, что диагноз заболеваний устанавливается на более ранних этапах, и яркие симптомы этих заболеваний не успевают развиваться.

6.3. Уровни творческой работы при постановке клинического диагноза

Понятие «уровень творческой работы» означает последовательность решения конкретных задач в процессе диагностики и ни в коем случае не означает качество творчества.

Мы рассматривали 2 этапа:

1. Формирование синдромов из найденных симптомов.
2. Построение диагноза из сформированных синдромов.

Уровни обобщения, однако, могут рассматриваться и в другом аспекте, например:

1-й уровень – постановка нозологического диагноза (пневмония);

2-й уровень – выявление особенностей течения заболевания, характерных для какой-то категории больных, например, с понижением общего и местного иммунитета.

Особого внимания заслуживает анализ уровней обобщения, которые совершают исследователи, открывая новые, до сих пор неизвестные синдромы, заболевания. Открытие нового требует, прежде всего, объективного анализа клинического материала и раскованности, нестандартности мышления. Такие способности врачи проявляют довольно часто, открывая для себя уже известные явления.

Приведем пример:

В клинику поступает пациентка с отчетливыми признаками недостаточности правого желудочка, большой печенью и необычайно резко выраженным центральным теплым цианозом. История заболевания и результаты

исследований показывают, что у больной цирроз печени с выраженной печеночной желтухой и портальной гипертензией.

Под влиянием лечения признаков недостаточности правого желудочка не стало, исчезли отеки, уменьшилась печень. Цианоз остался по-прежнему резко выраженным. Признаков обструктивных нарушений вентиляции легких не было обнаружено, а вдыхание кислорода никак не отражалось на газовом составе крови.

Для объяснения гипоксемии потребовалось создать гипотезу о развитии патологических анастомозов в легких, которые при циррозе печени могут быть выражены значительно: шунтирование крови из системы артериол в вены, минуя капилляры альвеол, вместо 5% может достигать 40% при патологии. Однако могут быть, вероятно, и порто-пульмональные анастомозы. При этом повышенное давление в системе портальной вены является причиной сброса крови в легочные вены, минуя капилляры легких. Нужна была гипотеза, которая бы объяснила посткапиллярный легочный застой, повышение нагрузки на правый желудочек, развитие его недостаточности и резко выраженную гипоксемию, которая не корригируется вдыханием кислорода. Эта гипотеза казалась очень неправдоподобной, но подтвердилась. В литературе были найдены подобные описания. Рентгеновское исследование позволило выявить расширенные тени легочных вен. На аутопсии диагноз был подтвержден.

Построение умозаключений в этом примере проходило по принципу энтимемы. Уровни обобщений следующие: 1-й – выявление синдромов; 2-й – диагностика цирроза печени путем поиска связей между характерными для него синдромами, 2-м уровнем также можно считать уровень диагностики сердечной недостаточности и центрального цианоза; 3-й уровень – поиск связи между синдромами, характеризующими цирроз печени и недостаточность правого сердца, и формулировка механизма гипоксемии и легочного сердца. В этом примере нами преднамеренно выделяются только три уровня обобщения. Многие частные гипотезы остаются как бы за кадром («в уме» – энтимема).

Весьма показательным является пример описания синдрома К. Пархона. Кратко синдром характеризуется уменьшением количества мочи, отсутствием жажды и появлением отеков, не связанных с патологией сердца, печени и почек. Подвигом исследователя был отказ от стереотипного связывания отеков с патологией сердца, печени и почек по известным к тому времени механизмам. Раскрытие механизма отеков при данном синдроме связано с общеизвестной оценкой состояния функции желез внутренней секреции. Она может быть и уменьшена, и увеличена. Это касается, в частности, продукции АДГ. Как будто ничего нового в открытии синдрома нет: для любого синдрома характерно, наряду с другими, свойство иметь неизвестный механизм, неизвестное происхождение. Так, можно отойти от

стереотипа: почечные, сердечные и печеночные отеки. Зная это свойство синдрома, можно с уверенностью полагать, что, вероятно, есть отеки другой, пока неясной, природы. Если врач знает об этом свойстве синдрома, он, вероятно, сможет когда-то высказать смелое суждение о другой природе синдрома и подойти к правильному диагнозу. Но для этого нужна раскованность мышления сначала на 1-м уровне обобщения, когда обнаружен синдром (отеки), и на 2-м уровне обобщения, когда врач не смог найти связь между отеками и патологией сердца, печени и почек. 3-й уровень обобщения тоже требует определенной смелости.

Рассмотренные выше три уровня обобщения являются условными. Конечно, обсуждение и интерпретация клинической картины порождают много больше различных обобщений, требующих проверки, т.е. специального исследования, пробного лечения, наблюдения и т. д. Нам представляется полезным теоретическое обоснование процесса анализа клинической картины, которое стимулирует активный поиск вместо пассивного ожидания, когда врача «осенит» догадка, опирающаяся на постепенно складывающийся клинический опыт.

Клиническим примером нестандартности и раскованности мышления является открытие синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа). Здесь можно выявить несколько уровней обобщений, 1-й и 2-й – нозологическая диагностика пневмонии; 3-й – пневмония, вызванная простейшими, сходная с таковой у больных, которым целенаправленно подавляли иммунную систему организма; 4-й – происхождение гипотезы, что у этих больных иммунодефицит, приобретенный в результате какого-то неизвестного заболевания; 5-й – гипотеза о половом заражении предполагаемым инфекционным агентом.

Конечно, удачных и неудачных гипотез было значительно больше. Успех и материальные затраты здесь зависят от качества рабочих гипотез. Так интеллект определяет успех научной работы. Это в такой же степени свойственно практической клинической медицине: трудные, неясные больные «появляются» там, где врачи больше думают и анализируют клиническую картину, где квалификация врача выше.

Глава 7

МЕТОДИКА ПОСТРОЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

7.1. Прямой диагноз

Способ постановки прямого клинического диагноза доминирует в работе поликлинического врача, когда тот не имеет достаточно времени на размышление и сталкивается преимущественно со сравнительно простыми ситуациями, очевидными диагнозами. Диагностическая гипотеза при этом может возникать в самом начале исследования, когда врач еще не получил необходимых сведений для настоящего формирования синдромов.

Тем не менее, гипотетический диагноз обязательно включает какое-то представление о синдромах, которые, очевидно, имеются у больного, но врач еще их не обнаружил.

Прямым называют способ построения диагноза в тех случаях, когда при исследовании больного возникает одна диагностическая гипотеза, и она подтверждается при окончании обследования. Если подходить строго, то в любом случае врач дифференцирует клинические симптомы, синдромы, причем тем больше, чем больше он знает, однако это делается как бы подсознательно. Решение приходит быстро, как бы естественно, без остановки внимания. Например, при расспросе больного врач дифференцирует характер удушья (бронхообструктивный синдром или сердечная астма?). При аускультации легких, например, дифференцирует влажные хрипы и шум трения плевры. Поэтому с известной степенью условности методику построения диагноза при одной гипотезе можно назвать методикой постановки прямого клинического диагноза. Просто здесь рассматривается **одна, явно доминирующая, гипотеза.**

Структура учебной истории болезни

1. Фактографическая часть – последовательное описание результатов исследования:
 - анамнеза,
 - физического исследования больного,
 - параклинического исследования.
2. Обоснование диагноза (профессиональный комментарий клинической картины).

Общая схема работы делится на 2 основных этапа, которым соответствуют 2 раздела истории болезни.

1-й раздел включает результаты трех основных видов исследования: субъективное, объективное и параклиническое. Каждый вид исследования занимает свое место в истории болезни. Субъективное исследование называют сбором анамнеза (воспоминания) пациента о его ощущениях, связанных с заболеванием (жалобы, история развития заболевания, история жизни, семейный, аллергологический, профессиональный, экологический и другой анамнез). Объективное исследование включает описание результатов осмотра, общей пальпации, перкуссии, аускультации, специальной пальпации. Для параклинических методов исследования также отводится специальное место в истории болезни.

Учебная история болезни должна быть предельно подробной. Перечисленные три раздела истории болезни можно назвать фактографическими. В них излагаются факты, результаты исследования больного, однако здесь требуется серьезная творческая работа, так как она отражает процесс поиска симптомов болезни. Нет нужды доказывать творческую сущность данного этапа исследования. Уже было сказано о чередовании при этом индукции и дедукции. Тем не менее, при изложении фактического материала нужно избегать оценочных фраз типа «легкие без патологии», «печень и селезенка не увеличены» и т.д. Требуется указание границ, размеров, свойств органов. Труднее изложить субъективный раздел истории болезни. В нем нужна не просто сумма фактов, а определенная их систематизация.

Фактографическая часть

Жалобы больного. Жалобы больного следует изложить в той последовательности, которая отражает основное заболевание, осложнение и сопутствующие заболевания. Это делается независимо от того, какие жалобы больной предъявляет прежде всего. Например, больной может предъявлять жалобы, характеризующие сопутствующее заболевание.

Требование систематизации жалоб выполнять трудно без важнейшего этапа – **группировки жалоб по синдромам**. При этом нужно не назы-

вать синдромы, а выделять группы жалоб либо красной строкой, либо цифрами. Оценка синдромов будет даваться в другой части истории болезни.

История развития заболевания. В этом разделе необходимо указать время появления каждого из субъективных симптомов по синдромам. Необходимо также указать время и характер изменения жалоб в процессе развития заболевания, изменения субъективных симптомов под влиянием лечебных воздействий, изменения условий жизни и др.

В этом разделе врачебной работы скрывается, пожалуй, наибольшая сложность. Из-за дефицита времени врач, беседуя с больным, тут же заполняет историю болезни. Естественно, порядка, системы изложения материала при такой работе нет. Это возможно только при условии, что диагностическая гипотеза верна.

Такое, однако, может быть в тех случаях, когда пациент обращается повторно или врачу был предварительно сообщен диагноз или у больного весьма очевидны проявления данного заболевания. Однако в таких случаях у врача обязательно должна быть определенная доза скепсиса в отношении предварительно сообщенного ему диагноза. Вполне может оказаться, что этот диагноз ошибочный. Тем не менее доза скепсиса должна быть вполне достаточной, чтобы не оказаться под гипнозом предварительно сформулированного мнения, но и чтобы не отвергнуть правильный диагноз, находясь в плену сомнений. Другими словами, сомнение должно быть продуктивным. Правильным следует считать предварительное изучение анамнеза и затем изложение его в истории болезни.

История жизни больного, профессиональный, аллергологический анамнез, наследственность, экология и др. излагаются тоже по принципу описания фактов, без оценочных фраз.

Физикальное обследование. Требования к изложению результатов физического исследования традиционные. При этом нужно использовать общепринятые термины. Размеры и границы внутренних органов описываются в соответствии с принятыми правилами. Оценочных фраз здесь не должно быть. Излагаются только факты.

Параклиническое исследование. В этом разделе желательно перечислить параклинические симптомы и заключение специалиста. Запись должна быть обоснованной, корректной. Например, нельзя считать допустимым, если в заключении специалиста какого-то раздела диагностики указывается клинический диагноз. Например, специалист-рентгенолог, описывая скиалогическую картину (рентгеноскопия, рентгенография), может высказать суждение о сущности теневых образований, возможных и наиболее вероятных причинах их возникновения, но он не может делать заключения, что у больного пневмония.

Обоснование диагноза

(профессиональный комментарий клинической картины)

Во врачебной истории болезни второй раздел представляется в форме развернутого клинического диагноза. Все рассуждения о диагнозе, о лечении больного выносятся в эпикриз. Здесь же излагаются при необходимости прогноз, план дальнейшего лечения, диспансеризации, реабилитации и т. д. Рассуждения можно изложить в разделе «Первичный осмотр больного», где описываются особенности клиники, обосновывается план обследования и лечения. Далее по ходу наблюдения за больным рассуждения врача можно изложить в этапном эпикризе. Имеются в виду оценка результатов обследования, лечения, переоценка диагностического заключения.

Этапный эпикриз обязателен при описании резкого или выраженного изменения состояния больного в процессе лечения. Это могут быть улучшение, ухудшение состояния, появление осложнений и др.

В учебной истории болезни второй раздел предлагается изложить по следующей схеме методики прямого клинического диагноза:

1. Группировка симптомов в синдромы.
2. Формулировка синдромов и выявление среди них основного.
3. Поиск причинно-следственной связи между синдромами (доказательства связи).
4. Формулировка синтетического диагноза.

Для студентов III курса на этом основная задача курирования пациента может быть окончена. Дополнительно к перечисленным положениям обоснования диагноза следует добавить объяснение механизмов всех найденных симптомов болезни. Решение этой задачи представляет часто большие затруднения. Требуется обратиться к специальной литературе, патологической физиологии и патологической анатомии.

Здесь необходимо попытаться дать объяснение механизмам симптомов именно у курируемого пациента, а не сводить всю работу к переписыванию отдельных разделов из специальной литературы. Нужно оценить особенности симптомов у пациента. Эта работа может оказаться чрезвычайно большой, если у больного много симптомов, тем не менее краткое изложение механизмов симптомов будет весьма полезным для формирования клинического мышления. Пожалуй, наиболее трудным является способ изложения обоснования диагноза. Казалось бы, проще всего написать, что такие-то симптомы характерны для такого-то заболевания. О чем еще надо говорить, что доказывать? И вот именно в этом заключается сложность перехода от внутренней речи к внешней. Надо объяснить, почему диагноз очевиден. С этого начинается школа профессионального комментария клинической картины.

7.2. Практические советы при выполнении схемы обоснования прямого клинического диагноза

1. Группируя симптомы в синдромы, следует учитывать виды и типы синдромов, вспомнить основные свойства синдромов. Ни один из перечисленных в истории болезни симптомов не должен оставаться вне данной систематизации. Если такой симптом найдется, проверьте, может быть, это ошибка, может быть, не раскрыты еще какие-то симптомы. Постарайтесь дать характеристику каждому синдрому и продумайте, как можно уточнить, расширить его картину с помощью дополнительных исследований. Следует помнить, что синдром – понятие очень гибкое.
2. Выявление основного синдрома часто представляет собой сложную задачу. При удовлетворительном состоянии больного основным синдромом можно считать наиболее отчетливо проявляющийся и характеризующий основное заболевание. Если же состояние больного тяжелое или близкое к нему, следует считать, что какое-то осложнение заболевания является основным синдромом. Например, коллапс при острой пневмонии, шок при инфаркте миокарда. В сложных для диагностики случаях работа ведется по принципу дифференциального диагноза, например, сильные боли в эпигастральной области при инфаркте миокарда.
3. Поиск причинно-следственной связи между синдромами представляет собой главную задачу, решение которой позволяет в дальнейшем сформулировать клинический диагноз. Конкретно связь между синдромами может отражать:
 - а) одновременное появление синдромов, их развитие и угасание. Например, при пневмонии практически одновременно возникают болевой синдром, синдром общей воспалительной реакции организма на воспалительный процесс в легких, бронхитический синдром и синдром уплотнения легких;
 - б) определенная последовательность в появлении синдромов: проявление тонзиллита, суставная атака ревматизма, повторная атака спустя какое-то время, признаки порока сердца, признаки нарушения гемодинамики (синдром недостаточности левого желудочка, правого желудочка и др.);
 - в) связывать отдельные синдромы могут какие-то определенные симптомы или синдромы. Например, при острой пневмонии нужно доказать, что уплотнение легкого и общая воспалительная реакция организма связаны между собой. Другими словами, надо доказать, что

общая реакция (лихорадка, лейкоцитоз, нейтрофилез, высокая СОЭ) есть проявление местного воспаления в легких, т.е., что найденное уплотнение легких есть местная воспалительная инфильтрация легких, а не уплотнение легких другой природы, старый фиброз, опухоль и др. Связывать эти синдромы могут боль, кашель болезненный с гнойной или «ржавой» мокротой. Связывать синдромы могут и лабораторные симптомы, результаты инструментальных исследований.

Поиск причинно-следственной связи между синдромами формирует стереотип стремления к завершенности суждений, раскрытию сущности явлений, поэтому этот аспект работы следует считать полезным для формирования клинического мышления.

4. Формулировка синтетического диагноза требует обращать внимание на структуру диагноза и постараться учесть все необходимые его компоненты. Однако общепринятые классификации болезней внутренних органов не всегда учитывают полную гамму компонентов синтетического диагноза. В каждом конкретном случае надо понять, в чем заключается описательный компонент, анатомический, функциональный, патогенетический, этиологический и т.д. Различные компоненты диагноза в разных ситуациях могут играть то большую, то меньшую роль, например, при инфекционном заболевании этиологический компонент является важнейшим.

Методика описания комментария клинической картины произвольная, всегда строго индивидуальная и по отношению к частному клиническому примеру, и по отношению к куратору. В тех случаях, когда в клинической картине богато представлены жалобы больного, целесообразно начинать с деления их по принадлежности к определенным синдромам.

Далее описывают каждый синдром, дополняя информацией, полученной при объективном исследовании, а также при лабораторном и инструментальном исследованиях. Если клиническая картина не представлена большим количеством жалоб, можно начинать описание с выделения основного синдрома. Важнейшим условием здесь должно быть содержание, т.е. ответы на поставленные ранее 4 вопроса.

Пример построения прямого клинического диагноза

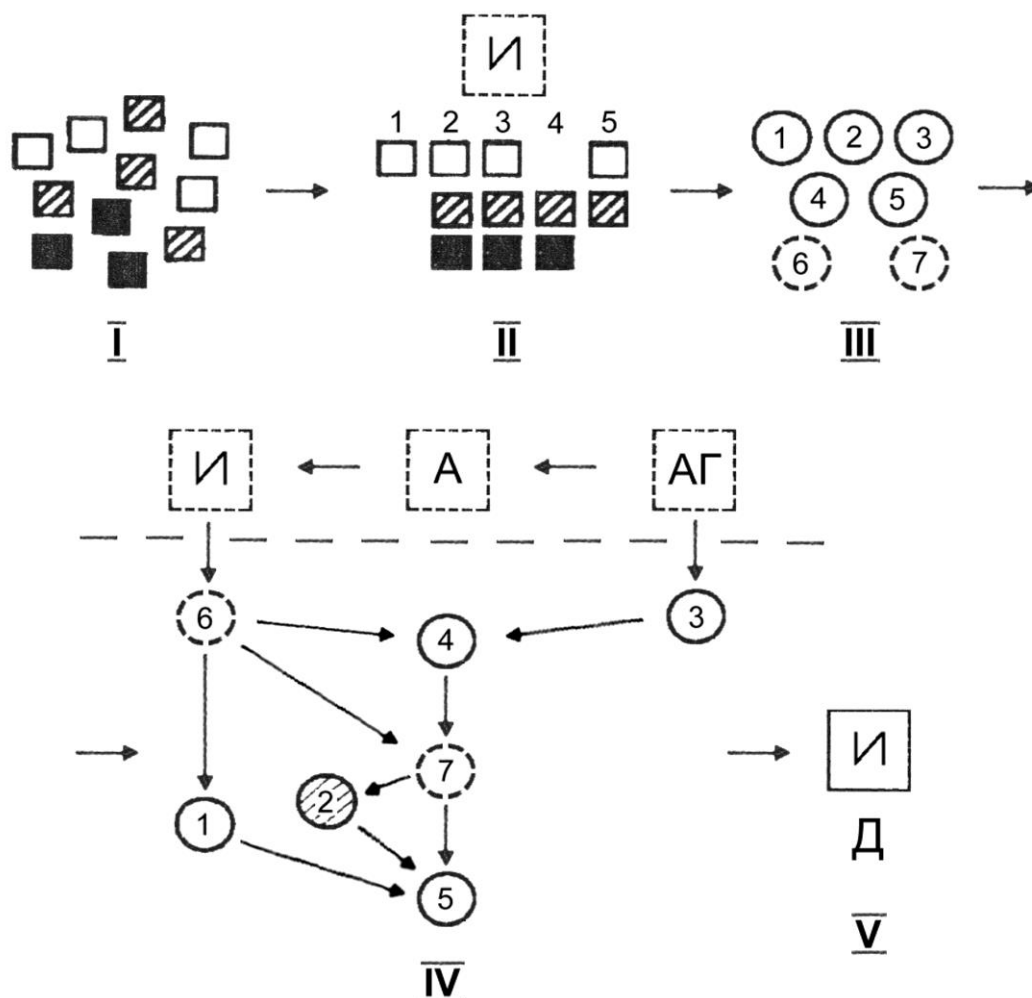


Рис. 10. Схема построения прямого клинического диагноза

На рисунке 10 показаны этапы постановки и обоснования прямого (предварительного) диагноза. Белыми квадратиками обозначены группы субъективных симптомов, заштрихованные квадратиками обозначают группы симптомов, выявленных при физикальном обследовании больного. Черные квадратика – группы параклинических симптомов. Группы симптомов в квадратиках являются простыми синдромами.

- I. Набор простых синдромов без определенной систематизации (условная ситуация).
- II. 1-й простой субъективный синдром. Другие простые синдромы систематизированы в сложные (2, 3, 4, 5). Большой квадрат «И», выполненный пунктирной линией, обозначает диагностическую гипотезу (ИБС), лежащую в основе систематизации информации.
- III. Перечисление синдромов:

1. Стенокардитический – простой субъективный синдром (жалобы, характерные для стенокардии).
2. Нарушение ритма сердца – сложный субъективно-объективно-параклинический синдром (сердцебиение, нарушение ритма пульса – мерцательная аритмия, изменение тонов сердца, на электрокардиограмме тахисистолическая форма мерцательной аритмии).
3. Гипертензионный – сложный субъективно-объективно-параклинический синдром (головная боль пульсирующего характера, твердый пульс, усиление II тона на аорте, артериальное давление 170/100 мм рт. ст.).
4. Гипертрофия левого желудочка: сложный, объективно-параклинический синдром (усиление смещения влево верхушечного толчка, увеличение поперечника и длинника сердца, прямые ЭКГ- и рентгеновские признаки гипертрофии левого желудочка).
5. Сердечная недостаточность: сложный субъективно-объективный синдром. Симптомы недостаточности и левых, и правых отделов сердца (инспираторная одышка при ходьбе по ровному месту, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы над нижними отделами легких, увеличение и болезненность печени, отеки на голенях и стопах).

Дополнительные синдромы, необходимые для построения схемы причинно-следственной связи между синдромами:

6. Атеросклероз венечных артерий сердца (анатомический синдром простой параклинический). Он подразумевается исходя из теоретических знаний. Существование этого синдрома можно проверить с помощью коронарокардиографии.
7. Дистрофия миокарда (анатомический синдром – простой параклинический). Он подразумевается исходя из теоретических знаний. Наличие этого синдрома можно проверить с помощью ряда исследований (эхокардиография, сцинтиграфия, биопсия миокарда, электрокардиографическое картирование сердца).

IV. Наиболее вероятная причинно-следственная связь между синдромами. 2-й синдром (нарушение ритма сердца) – основной. Причиной нарушения ритма, очевидно, является дистрофия миокарда, в том числе структур проводящей системы сердца. Дистрофия миокарда (7-й синдром) является следствием нарушения кровообращения в сердце в связи с атеросклерозом венечных артерий сердца. Кроме того, дистрофия миокарда могла быть следствием гипертрофии (4-й синдром), связанной с артериальной гипертензией (3-й синдром).

Сердечная недостаточность (5-й синдром) проявилась неделю назад одновременно с появлением нарушения ритма сердечной деятельности (2-й синдром). Таким образом, до нарушения ритма сердца, не-

смотря дистрофические изменения, функция сердца компенсировалась. Нарушение ритма сердца, очевидно, обусловило декомпенсацию сердца. 5-й синдром можно более детально изучить с помощью эхокардиографии, сцинтикардиографии.

На схеме причинно-следственной связи между синдромами выше штриховой линии представлены диагностические гипотезы, объясняющие природу других синдромов: И – ишемическая болезнь сердца, А – атеросклероз сосудов, АГ – артериальная гипертензия, которая способствует развитию атеросклероза сосудов.

Для диагностики атеросклероза сосудов требуются специальные исследования липидного обмена, состояния аорты, периферических сосудов. Конкретный клинический случай указывает на атеросклеротическое поражение коронарных артерий.

V. Приведенная схема причинно-следственных связей между синдромами в достаточной степени убедительна и гипотезу об ишемической болезни сердца можно перевести в ранг прямого диагноза. Прямой диагноз – это предварительный диагноз. В нем остаются гипотезы, предположения, которые будут изучаться при выполнении методики дифференциального диагноза.

Механизм возникновения диагностической гипотезы

История развития настоящего заболевания выявляет:

- 1) последовательность появления и развития синдромов (артериальная гипертензия – 6 лет, стенокардия напряжения – 1,5 года, нарушение ритма сердца – 1 неделя.;
- 2) одновременность проявления синдромов нарушения ритма сердечной деятельности и сердечной недостаточности.

Таким образом, в данном примере для построения диагностической гипотезы требуется клиническое исследование – хорошо собранный анамнез, а если говорить более конкретно – история развития настоящего заболевания.

Вариант профессионального комментария клинической картины, представленной на рисунке 10

Размышления о диагнозе пациента начинаются в самом начале обследования при получении первых симптомов. Первым значимым симптомом была жалоба на боли в области сердца. При детализации жалобы была выяснена типичная иррадиация боли, определены характер, возникновение, купирование нитроглицерином, свойственные стенокардии. В семиотике стенокардии преимущественное место занимает ишемическая болезнь сердца. Детальный анализ проявлений стенокардии говорит о том, что это, ве-

роятно, стабильная стенокардия II функционального класса. В данном проявлении нет угрожающего качества синдрома.

Сердцебиение, по описанию пациента, беспокоит в большей степени, чем одышка. Сердцебиение и одышка возникают при ходьбе по ровному месту. При синдроме нарушения ритма сердца (тахисистолическая форма мерцательной аритмии) в списке семиологии на первом месте считается ишемическая болезнь сердца.

Стенокардия больного беспокоит около 2 лет, а сердцебиение и проявления сердечной недостаточности начались 1 неделю назад и усилились в последние 3 дня. В связи с этим возникает гипотеза, что основным синдромом является нарушение ритма сердечной деятельности, которое обусловило развитие сердечной недостаточности. Причиной нарушения ритма, очевидно, является ИБС. Эту гипотезу подтверждает и заключение по семиологии стенокардии.

Гипертензионный синдром имеет достаточно пространную семиологию. Наиболее частой причиной повышения артериального давления является гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия). У пациента в возрасте 59 лет при достаточно отчетливой клинике ИБС гипертоническая болезнь является наиболее вероятным сопутствующим заболеванием. Повышение артериального давления у больного отмечалось в течение 10 лет, но по этому поводу лекарства он принимал нерегулярно.

У больного были выявлены признаки гипертрофии левого желудочка при физикальном и ЭКГ-исследованиях. Гипертрофия левого желудочка является не только компенсаторной реакцией. Параллельно при этом развивается дистрофия миокарда. Дистрофия миокарда в рассматриваемом случае может быть следствием и ИБС, и артериальной гипертензии. Она явилась причиной нарушения ритма. Нарушение ритма сердца, очевидно, стало причиной развития сердечной недостаточности. Связь между синдромами подтверждается одновременным их появлением.

Таким образом, гипотеза о ИБС как основном заболевании пациента помогает систематизировать симптомы в синдромы и определить причинно-следственную связь между синдромами. АГ является сопутствующим заболеванием, но роль артериальной гипертензии определяется тем, что она способствует развитию атеросклеротического поражения сосудов, в частности атеросклероза венечных артерий сердца. В связи с этим в схеме причинно-следственных связей нужно учесть атеросклероз сосудов, который может быть самостоятельной формой патологии и причиной развития атеросклероза венечных артерий в частности.

При определении основного синдрома всегда необходимо рассматривать анатомический синдром, лежащий в основе основного синдрома и нозологической формы. Анатомическим синдромом ИБС является атеросклероз венечных артерий сердца. Он диагностируется с помощью коронарокардиографии. Это исследование проводится не всегда. По этой причине данный синдром в схеме причинно-следственных связей предполагается и обозначается пунктирным кружочком.

Анатомическим синдромом, определяющим нарушения ритма сердца и сердечную недостаточность, является дистрофия миокарда в целом и в зоне проводящей системы сердца. Этот синдром может быть установлен с помощью специальных методов исследования (эхолокация сердца, специальная ЭКГ, сцинтиграфия и биопсия миокарда).

Синдромы 6 и 7 формируются как предположительное суждение. Они могут быть верифицированными, но в большинстве случаев соответствующие исследования не проводятся.

Представленная на рисунке 10 причинно-следственная связь между синдромами является достаточно обоснованной для постановки предварительного клинического диагноза с помощью методики прямого клинического диагноза.

Для закрепления навыков построения прямого клинического диагноза предлагается другой клинический пример.

Клинический пример

Пациент Г., 40 лет, шофер, поступил в клинику по скорой помощи.

Жалобы:

1. Боли в грудной клетке справа в нижних отделах, усиливаются при вдохе, при кашле.
2. Кашель с мокротой ржавого цвета в небольшом количестве, болезненный.
3. Одышка инспираторная, при небольшой нагрузке.
4. Лихорадка, чувство жара, периодически сменяющееся ознобом.
5. Общая слабость, недомогание, головокружение, при перемене положения тела темнеет в глазах, при попытке встать слабость резко нарастает.

История развития заболевания. 5 дней назад переохладился, работая в гараже, выходил во двор раздетым (начало декабря). К вечеру почувствовал недомогание, однако на это не обратил внимание. Ночью на следующие сутки появились озноб, легкое покашливание, повысилась температура. Утром обратился к врачу, было диагностировано острое респираторное заболевание и назначено лечение. Первое время чувствовал себя лучше. Температуру не измерял, слабость была вечерами, сохранялось покашливание. На 5-е сутки появилась боль в груди, усилился кашель и повысилась температура. Ночью был бред. Вызвал врача скорой помощи, который, осмотрев пациента, направил его в клинику.

Анамнез жизни. До настоящего времени не болел, служил в армии. Курит, работа связана с частыми охлаждениями. Алкоголем не злоупотребляет. Условия жизни удовлетворительные.

Объективно. Умеренный цианоз, кожа горячая, температура 38° С. Дыхательные движения правой половины грудной клетки резко ограничены.

Сравнительная перкуссия: справа между лопатками и под лопаткой тупой перкуторный звук. **Топографическая перкуссия:** справа верхняя граница тупого перкуторного звука на уровне V остистого отростка, нижней трети лопатки, на IV ребре по средней аксиллярной линии и VI ребре по передней аксиллярной линии.

Голосовое дрожание: в зоне тупого перкуторного звука усилено.

Бронхофония: шепотная речь в зоне тупого перкуторного звука проводится ясно.

Аускультация: бронхиальное дыхание над легкими в зоне тупого перкуторного звука. Под углом лопатки крепитация. Пульс одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, напряжение снижено, форма волны правильная, ритмичный, учащен (110 в 1 минуту), стенка сосуда эластичная. Тоны сердца достаточной звучности.

Более подробно состояние не описывается для краткости, так как патологических симптомов не было найдено. Обсуждение изложенной информации ведется до получения результатов параклинического обследования.

Обсуждение результатов исследования. Жалобы больного дают богатую информацию. 4-я и 5-я группы жалоб определяют тяжесть состояния больного. Слабость резко выражена при попытке встать. По-видимому, это признаки коллапса (падения артериального давления) – острой сосудистой недостаточности. Уточнить можно, исследуя пульс, артериальное давление, сердце. Лихорадка является проявлением общей воспалительной реакции. Это можно уточнить, исследуя лейкоциты, лейкоцитарную формулу, СОЭ. 1-я и 2-я группы жалоб указывают, что, вероятно, в области нижней доли правого легкого есть воспалительный процесс с вовлечением плевры. Мокрота ржавого цвета указывает, что воспалительный процесс именно в легких. Одышка рестриктивного типа.

История развития заболевания показывает, что накануне заболевания у больного было охлаждение, первые проявления воспалительного процесса в бронхах, что было расценено как ОРЗ. Явное ухудшение состояния наступило вечером, перед поступлением. Синдромы, имеющиеся у больного, возникли одновременно. Это указывает на связь их между собой. Общую воспалительную реакцию и местные изменения в легких связывают кашель с ржавой мокротой и боли в грудной клетке.

Все это диагностическая гипотеза. Хотя она достаточно обоснованна, тем не менее останавливаться на этом в процессе диагностики нельзя!

Данные объективного исследования подтверждают гипотезу. В области нижней доли справа синдром уплотнения легких. На это указывает топографическая перкуссия – топография зоны тупого перкуторного звука. Бронхиальное дыхание, усиление голосового дрожания и бронхофонии однонаправлено свидетельствуют об уплотнении легкого как о причине тупого звука. Крепитация подтверждает предположение о воспалительном отеке легочной ткани. Сроки развития воспаления позволяют судить о начале заболевания и крепитацию можно назвать крепитацией *indux*. Более точно топографию и интенсивность уплотнения легких можно исследовать рентгенологически, сделав рентгеновские снимки в двух проекциях.

Синдромы

1. Общая воспалительная реакция организма (2-й вариант сложного синдрома): лихорадка, субъективные и объективные проявления без данных лабораторных исследований.
2. Коллапс (1-й вариант сложного синдрома, если учесть жалобы, объективные данные, величину артериального давления).
3. Уплотнение легких (простой объективный синдром).
4. Местное проявление воспаления в легких (2-й вариант сложного синдрома).
5. Недостаточность внешнего дыхания (2-й вариант сложного клинического синдрома), если учесть одышку, цианоз без данных газового состава крови, функциональных исследований, 1-й и 2-й синдромы являются основными, так как определяют тяжесть состояния больного. Уплотнение легких (3-й синдром) говорит о физическом состоянии нижней доли правого легкого, 4-я группа симптомов указывает, что место воспаления – именно очаг уплотнения, 5-й и 2-й синдромы могут конкурировать в определении тяжести состояния больного.

Долевое воспаление легких с выраженной картиной общей воспалительной реакции свойственно крупозной пневмонии, которая более чем в 90% случаев вызывается пневмококком. Плотный экссудат, богатый фибрином, не дает влажных хрипов, свойственных очаговой пневмонии. Эти рассуждения строятся на известном опыте медицинской науки. Так можно представить себе место синдрома уплотнения легких в диагнозе крупозного воспаления легких в конкретном клиническом примере.

Диагноз заболевания. Крупозное² воспаление нижней доли правого легкого. Недостаточность внешнего дыхания II функционального класса. Нарушение диффузионной емкости легких. Недостаточность внешнего дыхания диагностируется с помощью клинико-функциональных методов исследования. Осложнение: коллапс. Сосудистый коллапс объясняется интоксикацией, реакцией сердечно-сосудистой системы на бурный воспалительный процесс.

Какой бы убедительной ни представлялась такая трактовка клинической картины, врач должен быть уверен в том, что до начала заболевания в легких пациента не было уплотнения какой-либо природы. Для этого нужно иметь рентгеновский снимок легких, сделанный до настоящего заболевания, на котором было бы документировано нормальное состояние легочной паренхимы. В части случаев клинический диагноз становится возможным при ретроспективном изучении клиники, документов. В таких случаях казавшийся ранее очевидным диагноз может в действительности быть ложным. Например, воспаление возможно в участке легочного ателектаза, обусловленного раковой опухолью. Другая возможность: в прошлом перенесенное воспаление легких, завершившееся карнификацией, фиброзными изменениями.

7.3. Дифференциальный диагноз

Методика построения клинического диагноза путем дифференцирования предполагает те же три уровня исследования: **симптом, синдром, диагноз**. Фаза обобщения от симптома к синдрому имеет те же механизмы. Отличие начинается на фазе обобщения от синдромов к диагнозу.

Методика дифференциального диагноза используется в тех случаях, когда в процессе исследования больного возникает не одна, а несколько диагностических гипотез.

Чтобы конкретно рассмотреть методику построения дифференциального диагноза, обратимся к схеме (рис. 11). При попытке поставить диагноз врач сталкивается с затруднениями: найденные у больного синдромы

²В настоящее время термин «крупозная пневмония» не употребляется. Пневмонии разделяют на внебольничные и больничные. Учитывают также этиологический фактор, тяжесть состояния пациента.

могут быть при многих заболеваниях. Какой же из них является более правильным?

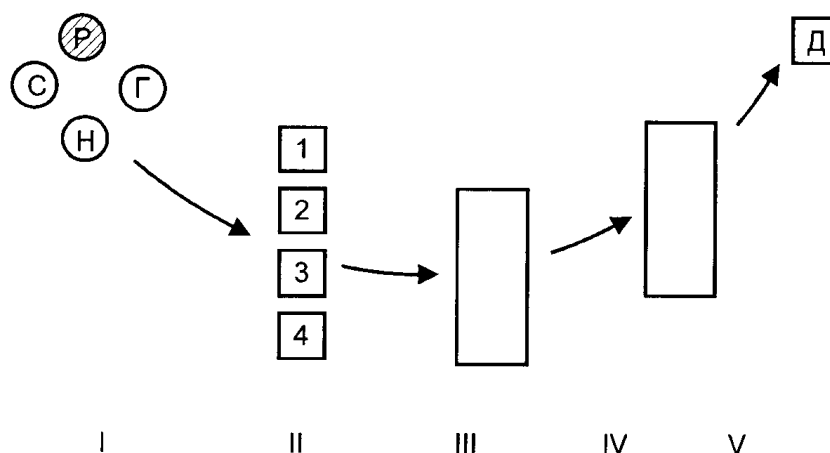


Рис. 11. Схема дифференциального диагноза

Путь к заключительному диагнозу проходит через 5 фаз:

I – выбор основного синдрома (Ⓟ - нарушение ритма сердечной деятельности); II – перечисление возможных диагностических

гипотез по семиологии основного синдрома «Ⓟ»; III – обследование (проверка диагностических гипотез);

IV – исключение менее вероятных диагностических гипотез (2, 3, 4), доказательство наиболее вероятной причинно-следственной связи между синдромами (гипотеза 1); V – формулировка диагноза.

I фаза. Выделение основного синдрома.

II фаза. Перечисление всех заболеваний, при которых возможен найденный основной синдром (семиология основного синдрома).

III фаза. Обследование.

IV фаза. Исключение из числа диагностических гипотез таких, не получивших подтверждение при обследовании.

V фаза. Формулировка диагноза.

I фаза уже описана при обсуждении прямого диагноза. Если в первом случае определение основного синдрома не вызывает затруднения, то в тех клинических случаях, когда врач использует дифференциальный диагноз как метод постановки клинического диагноза, довольно часто возникает затруднение в определении основного синдрома. Например, приступ удушья может оказаться весьма сходным и при бронхиальной, и при сердечной астме. Ошибка на I фазе дифференциального диагноза самая обидная с позиции оценки квалификации врача, хотя возможны большие объ-

ективные трудности в постановке диагноза на любом этапе его формирования.

II фаза представляет определенные сложности, заключающиеся в индивидуализации клинических проявлений заболевания. Для каждого конкретного случая определяется свой перечень заболеваний. Например, в литературе можно перечислить основные заболевания, с которыми нужно дифференцировать язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако у конкретного пациента этот список заболеваний может существенно отличаться.

На III фазе все названные заболевания выстраиваются по степени обоснованности, близости к разбираемому клиническому случаю.

Исключение из круга дифференциального диагноза заболеваний, которые не получили подтверждения при обследовании, проводится по трем принципам.

1. *Принцип существенного отличия.* Например, при болях в эпигастральной области предполагался панкреатит, однако при исследовании не было обнаружено каких-либо признаков поражения поджелудочной железы. Не было найдено признаков нарушения ее функции лабораторными и биохимическими исследованиями, да и боли не были типичными в достаточной степени для диагноза «панкреатит». Однако в клинической картине может отсутствовать один какой-то существенный признак предполагаемого заболевания, например, нарушение углеводного обмена, обязательный для сахарного диабета. Другой пример: при дифференциации природы коматозных состояний азотемическая кома исключается при отсутствии повышения в крови концентрации мочевины, креатинина. Может, однако, быть и сложная ситуация, когда важнейший признак заболеваний временно отсутствует по различным причинам, например, при подагре концентрация мочевой кислоты в крови повышена не всегда.
2. *Принцип – исключение через противоположность.* Это означает, что при сравниваемом заболевании встречается симптом, который противоположен симптому, имеющемуся у пациента. В качестве примера обычно приводят тесную связь между язвенной болезнью желудка и повышением кислотности желудочного сока. Если кислотность снижена, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки исключается. Вместе с тем и 1-й, и 2-й принципы исключения весьма несовершенны, не абсолютны, особенно в современном представлении о патогенезе заболеваний, патоморфозе и стертости клинической картины большинства заболеваний.
3. *Принцип составления дифференциальных таблиц.* Таблицы составляют следующим образом. Выписывают все наиболее существенные симптомы, оценивая их выраженность, типичность, характерность при забо-

леваниях со сходной клинической картиной. Последний принцип при всей его полезности, однако, имеет недостаток. Он заключается в перечислении симптомов и степени их выраженности при традиционной схеме «симптом-диагноз».

С нашей точки зрения, более продуктивным является принцип рассмотрения механизма синдромов и механизма связи между ними с позиции современных представлений теоретической и клинической медицины. Строго оценивая данный принцип дифференцирования заболеваний, нужно отметить, что он требует еще теоретической разработки.

Формулировка диагноза на V фазе соответствует уже описанной методике постановки прямого клинического диагноза.

Клинический пример. Пациентка Л., 52 лет, транспортерщица крупного завода, поступила в клинику для обследования и лечения.

Жалобы:

1. Давящие, сжимающие боли за грудиной, возникающие 3-4 раза в день при привычной физической нагрузке средней интенсивности. Боли иррадируют в левую лопатку, левую руку, купируются нитроглицерином через 2 минуты и при прекращении физической нагрузки.
2. Сердцебиение, перебои в работе сердца, особенно при нагрузке.
3. Одышка при небольшой физической нагрузке.
4. Удушье по ночам. Встает, открывает форточку, последнюю ночь спала сидя.
5. К вечеру появляются отеки на ногах, исчезают за ночь.
6. Боли, чувство давления в эпигастральной области, боли иногда приступообразные, купируются приемом спазмолитиков.
7. Головная боль, периодически ощущение пульсации в голове, больше беспокоит утром, проходит к середине дня. Иногда головная боль приступами, при этом усиливается сердцебиение.

История развития заболевания. Головная боль беспокоит примерно 4 года, усилилась в последние 3-4 месяца. Обращалась в медицинский пункт, иногда находили повышение артериального давления. Сердцебиение беспокоит немногим более года при физической нагрузке, сопровождается слабостью. Проходило оно постепенно. Значительное усиление сердцебиения 3 месяца назад после нервного стресса.

С этого времени стала беспокоить одышка при физической нагрузке. 5 дней назад усилилась одышка, появились приступы удушья по ночам, ощущения давления в эпигастральной области, отеки на ногах по вечерам. Боли в области сердца давящего, сжимающего характера беспокоили примерно 2-2,5 года. Первое время эти ощущения заставляли больную отдыхать, принимать валидол. Более частыми приступы болей в области сердца стали примерно 1 год назад, в это же время обратила внимание на иррадиацию болей в левую руку и лопатку. По рекомендации фельдшера медицинского пункта принимала нитроглицерин.

Анамнез. В детстве не болела. Образование среднее, имеет двух взрослых детей. Месячные нерегулярные 2,5 года. Условия жизни удовлетворительные, вредных привычек нет. 8 лет назад диагностирован холецистит. Нервный стресс связан с тяжелой болезнью мужа.

Наследственность. У матери и брата гипертоническая болезнь. Две сестры, старшая и младшая, здоровы.

Для краткости изложения результаты объективного и лабораторного, инструментального исследований приводятся при формировании синдромов и их обсуждении.

7 групп жалоб позволяют выявить 7 синдромов:

1. Стенокардитический синдром (простой субъективный).
2. Синдром нарушения ритма сердечной деятельности. При исследовании пульса выявлена тахисистолическая форма мерцательной аритмии с дефицитом пульса 30 (пульс 100 в 1 минуту). На ЭКГ подтверждено мерцание предсердий (сложный субъективно-объективно-параклинический).
3. Хроническая недостаточность левых отделов сердца, подтверждающаяся рентгенологическими признаками застоя в легких (сложный субъективно-параклинический синдром).
4. Острая недостаточность левых отделов сердца – простой субъективный синдром.
5. Синдром недостаточности правых отделов сердца объективно не подтвержден: нет смещения вправо правой границы сердца (правое предсердие), нет отеков в настоящий момент, нет набухания вен шеи, не измерялось венозное давление. Таким образом, пока остается простой субъективный синдром.
6. 6-ю группу жалоб и умеренное увеличение, болезненность печени можно объединить в самостоятельный синдром недостаточности правых отделов сердца.
7. Гипертензионный синдром сложный объективно-параклинический, подтвержденный исследованием пульса (твердый), аускультацией сердца (усиление II тона на аорте), измерением АД (170 и 95 мм рт. ст.). 3, 4, 5 и 6-й синдромы можно объединить в один синдром недостаточности сердца.
8. Исследование сердца подтвердило увеличение размеров левого желудочка и левого предсердия, гипертрофию левого желудочка по данным ЭКГ, рентгенологическим данным, а также по результатам эхокардиографии. Это можно объединить в анатомический синдром (сложный объективно - параклинический).

Какой синдром является основным? По общей клинической картине тяжесть состояния больной определяет синдром нарушения ритма сердечной деятельности. Почему не сердечная недостаточность? В клинической картине нет резко выраженного застоя в легких (нет влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов над нижними отделами, нет сейчас ортопноэ). Мы не сомневаемся в том, что у больной есть признаки недостаточности

сердца (левых отделов острая и хроническая, умеренная правожелудочковая), тем не менее, нарушение ритма считаем основным синдромом, определяющим механизм сердечной недостаточности. В этом случае и терапия должна быть направлена на коррекцию ритма. Если бы у пациентки были выражены проявления сердечной астмы, этот синдром считался бы основным, и терапия была бы направлена на причину сердечной астмы. Это могло быть и нарушение ритма, и падение сократительной функции миокарда. Гипертонический криз мог быть причиной развития левожелудочковой недостаточности. Причиной сердечной астмы могла стать недостаточность левого предсердия при митральном стенозе, который бывает афоническим.

Таким образом, выбор основного синдрома является довольно сложным процессом дифференцирования различных форм патологии. Порок сердца мы отвергли, так как эхокардиографическое исследование не дало в этом отношении каких-либо сведений при том условии, что не было и клинических проявлений порока (анамнестических, пальпаторных, аускультативных).

Острая коронарная недостаточность могла вызвать и нарушение ритма сердечной деятельности, и сердечную недостаточность. Однако клиника синдрома грудной жабы была типична для стабильной стенокардии, а на ЭКГ не было обнаружено признаков повреждения и ишемии миокарда. Теперь обратимся к схеме прямого клинического диагноза, ее первой части, расчленению симптомов на синдромы (рис. 11). Простая хаотическая схема суммы симптомов возможна лишь в тех случаях, когда куратор не разобрался в жалобах, о которых сообщила больная, и в данных объективного и параклинического исследований. Излагая жалобы больного, врач обязательно опирается на одну или несколько гипотез. Одна гипотеза – явление условное. Можно ли в действительности обойтись одной гипотезой, исследуя пациентку Л.? Конечно, нет.

Чем больше опыт врача, тем точнее будет первая диагностическая гипотеза, правильнее будет выявлен основной синдром. Что касается количества диагностических гипотез, то их больше у того клинициста, у кого выше квалификация. Однако здесь следует учесть необходимость определенного критического отношения к диагностическим гипотезам. Прежде всего обрабатываются основные гипотезы и только затем переходят к дополнительным.

Таким образом, изложение фактического материала в истории болезни уже включает работу с диагностической гипотезой, т. е. дифференцирование ее среди других.

Хаотическое перечисление синдромов на рисунке 10 тоже является чисто условным. Удовлетворительные знания по внутренним болезням позволяют высказывать предположение об определенных связях между синдромами, среди которых основным является синдром нарушения ритма

сердечной деятельности. ИБС, очевидно, наиболее вероятная причина нарушения ритма сердечной деятельности. Одна из основных форм ИБС у больной очевидна – стенокардия. Гипертензия какой-либо природы способствует развитию ИБС. Если не углубляться в возможные причины развития гипертензионного синдрома, можно предварительно считать его проявлением гипертонической болезни как сопутствующего заболевания.

При традиционном дифференцировании обсуждаются заболевания, которые могут вызывать основной синдром, обнаруженный у больного.

В рассматриваемом клиническом случае возможны следующие предположения:

1. Ишемическая болезнь сердца.
2. Порок сердца.
3. Тиреотоксическая дистрофия миокарда.
4. Миокардитический кардиосклероз, другие дистрофии миокарда.

Обследование сердца не подтвердило предположения о пороке какой-либо природы. По принципу существенного отличия эта гипотеза отвергается на IV фазе. Отсутствие каких-либо данных, указывающих на патологию щитовидной железы в настоящем и прошлом, тоже позволяет исключить эту гипотезу. Не всегда легко отказаться от такой гипотезы без исследования показателей функции щитовидной железы.

В настоящем клиническом примере первая гипотеза была достаточно обоснованной, и исследование функции щитовидной железы проводить не было необходимости (избыточное обследование). Четвертая группа гипотез может быть отвергнута, учитывая их свойство: эти гипотезы практически нельзя проверить.

Традиционный стиль методики дифференциального диагноза, изложенный в работах В.Х. Василенко, остался практически невостребованным отчасти в связи с отсутствием в них конкретных рекомендаций и учета современных тенденций развития клинической диагностики. При работе над учебной историей болезни рекомендуется активно использовать общую схему дифференциального диагноза (5 фаз) и внести некоторые пояснения.

1. I фаза остается прежней.
2. II фазу следует выполнять, используя монографии по дифференциальной диагностике, например, по частным разделам клинической медицины.
3. III фаза. Здесь нужно использовать алгоритмы исследования различных лабораторных, инструментальных показателей для уточнения отдельных форм патологии внутренних органов, например, алгоритмы исследования плевральной жидкости.
4. IV фаза должна состоять в формировании четкого обоснования отклонения диагностических гипотез, не получивших подтверждение. В отличие от старой схемы исключения по трем принципам, исключение

ведется путем обсуждения механизма синдрома с использованием доказательств, полученных с помощью современных лабораторных и инструментальных методов исследования. Таким образом, фазы остаются, но содержание работы становится сложнее, глубже, а доказательства более достоверными. Примеры таблиц дифференциального диагноза (третий принцип исключения) даются в учебниках «Внутренние болезни», в «Большой медицинской энциклопедии», в отдельных монографиях по частным вопросам клинической медицины.

5. V фаза должна состоять в использовании современной классификации заболеваний, которые приводятся в специальной, частично в учебной литературе. В этих классификациях отражено стремление исследователей полнее описывать структуру современного синтетического диагноза. Так как в одном учебнике или монографическом издании невозможно описать состояние представления о структуре диагноза по всем нозологическим формам, при работе с учебной историей болезни, абсолютно необходимо использовать дополнительную специальную литературу. Следует еще отметить, что толкование диагноза многих заболеваний разными авторами дается часто по-разному, описываются не все его компоненты. Сопоставление уровня диагностики в настоящее время с предполагаемым наиболее полным уровнем согласно теоретическим понятиям помогает оценивать степень развитости диагностики в данной области клинической медицины, а также видеть тот предел, к которому нужно стремиться, изучая диагностику и воплощая ее в повседневную практику.

В настоящем исследовании по теории диагноза сделана попытка систематизации основных терминов, понятий, рассмотрен механизм формирования диагностической гипотезы, предполагающей два уровня обобщения после получения какого-то набора симптомов. Поиск симптомов является достаточно сложным и творческим процессом, уже включающим работу с диагностической гипотезой. Свойства симптомов, синдромов и диагноза рассматриваются практически впервые. Хотя знание их очень важно для формирования синдромов из симптомов, диагноза из синдромов.

Подробное изучение процесса формирования гипотезы, индуктивное и дедуктивное умозаключение при проверке гипотезы обосновывают основополагающий принцип клинического обучения: от книги к больному и от больного к книге. Так как ни один учебник не в состоянии дать исчерпывающую информацию для полноценного осмысления диагностического процесса, работая над историей болезни, нужно использовать монографии и специальную литературу. Способы профессионального комментария клинической картины следует изучать, используя опыт лекторов по клиническим дисциплинам. Метод, план обоснования диагноза всегда индивидуальны.

7.4. План построения профессионального комментария клинической картины

Последовательность выполнения операций для Вас уже знакома из описания схемы прямого и дифференциального диагноза. Теперь нужно устно или письменно рассказать доступным профессиональным языком, как Вы построили диагностическую гипотезу и обосновали ее.

1. Если трудно начать устное или письменное обсуждение клинической картины, попробуйте сначала выписать отдельно все найденные симптомы болезней пациента, которые Вы нашли при его обследовании и получили из документов.
2. Найдите те симптомы, которые имеют общий патогенез, и сгруппируйте симптомы в синдромы. При этом обратите внимание на то, чтобы один симптом не входил бы одновременно в 2 и более синдромов.
3. Определите вид и вариант каждого синдрома согласно классификации, представленной в главе 3, это нужно для того, чтобы оценить синдромы, их проявление и определить то, что можно еще исследовать, чтобы подтвердить наличие данного синдрома у пациента.
4. Определите, какой из синдромов является основным, и объясните, почему Вы приняли такое решение. Может быть, этот синдром определяет тяжесть состояния больного, а может быть, он определяет нозологическую форму.
5. Теперь подумайте, какое заболевание должно обусловить появление основного синдрома. Это заболевание выставляется как диагностическая гипотеза и стрелка от нее (на графике) опускается к основному синдрому.
6. Далее нужно представить механизм развития остальных синдромов, относящихся к диагностической гипотезе, причем каждый из них должен занять свое место в создаваемой схеме. Причинно-следственная связь обозначается стрелкой от причины к следствию. Например, при обследовании больного был выявлен анатомический синдром – изменения сердца: митральный стеноз, увеличение объема левого предсердия, гипертрофия правого желудочка. Гипотеза о ревматической природе поражения митрального клапана, допустим, подтвердилась тем, что у больного были частые ангины, атаки полиартрита. От ревматизма на схеме проводятся стрелки к полиартриту и эндокардиту, от эндокардита – к анатомическому синдрому (митральный стеноз). От митрального стеноза стрелка идет к недостаточности сердца (левого предсердия), от порока сердца – к синдрому нарушения ритма, а от последнего синдрома – к недостаточности левого предсердия. Так мы видим определенную концепцию патогенеза

заболевания и состояния больного в общих чертах. Возможны, конечно, более детальные причинно-следственные связи.

7. Проверьте, насколько убедительной получилась причинно-следственная связь между синдромами. Если она достаточно убедительная, гипотезу можно считать обоснованной и возводить ее в клинический диагноз.

Так завершается методика постановки прямого клинического диагноза.

Дифференциальный диагноз должен выполняться врачом независимо от того, насколько убедительным оказался прямой клинический диагноз. Мы уже говорили, что это потребует для того, чтобы защитить больного и себя (врача) от диагностической ошибки.

Схема дифференциального диагноза выполняется в форме мышления. Обратите внимание, что после выполнения пункта 7 Вам нужно задать себе вопрос: «Убедительна ли моя концепция диагноза?». Опыта у Вас мало. Как оценить степень убедительности суждения? Решение этого очень важного вопроса лежит в очень субъективной сфере: «Мне кажется, я думаю. Почему я так думаю? Я должен читать литературу по данному вопросу». Но как читать? Возвращаться к тому, что уже изложено и сказано, полезно, однако должен быть взгляд на проблему со стороны. Как это – с другой стороны? Кто должен смотреть, если перед диагнозом я один и мой взгляд уже мною описан? Ответить на все эти вопросы помогают знания теории диагностики.

8. Я возвращаюсь к основному синдрому и вспоминаю его семиологию. Почему при постановке прямого клинического диагноза я выбрал одну из известных мне (допустим, четырех)? Просто она была более яркой и более частой. Теперь я сознательно перечисляю семиологию основного синдрома и выполняю 2-ю фазу дифференциального диагноза. Каждая из перечисленных нозологических форм является диагностической гипотезой и каждая достойна внимания. Вспомним свойства синдрома и диагноза!
9. На 3-й фазе дифференциального диагноза я должен продолжать обследование больного или получать результаты исследования из документов в отношении каждой из гипотез.

Изучая литературу, я смогу найти у больного те симптомы, которые ранее не видел. Мое мышление занимала первая гипотеза и, вполне вероятно, я мог не заметить симптомы, характерные для других заболеваний.

Если объем информации о больном в результате обследования стал больше, потребует оценка степени вероятности каждой из гипотез, и это уже будет 4-я фаза дифференциального диагноза.

Литературное оформление обоснования диагноза на первых порах всегда вызывает затруднение. Чтобы преодолеть его, попытайтесь для начала дать четкий конкретный ответ на каждый из пунктов предложенного плана.

Например, на пункт 1 ответ будет состоять из механического переписывания всех найденных симптомов. Вы начнете это делать и тут же поймете, что можете выполнять не только механическое действие по выписыванию симптомов из истории болезни. Вы почувствуете, что можете соединять симптомы в синдромы и сразу отвечать на пункт 2. Перечисление симптомов будет теперь не механическим, а довольно добротным осмысленным. Далее нужно смелее отвечать на все последующие пункты.

Незаметно Вы подойдете к дифференциальному диагнозу. Тут уже Вас будет трудно оторвать от интересной работы. Представьте себе, что Вы в библиотеке обложились книгами и читаете о том, что уже слышали или не знали вовсе. Это уже будет не просто чтение на тему... Это будет поиск ответов на конкретные вопросы о больном.

Вы приготовитесь к повторному посещению больного в клинике и со знанием дела вновь будете обследовать пациента. При этом нужно будет попросить преподавателя или лечащего врача провести еще какое-то лабораторное исследование. Конечно же, это нужно делать деликатно. Коллегиальность в этом вопросе исключительно важна. Лечащий врач отвечает за пациента. Соблюдение субординации в этом деле определяет культуру взаимоотношения.

Бывает, что проницательный ученик добывает важные симптомы и удивляет и радуется преподавателя, врача. Бывает и так, что ученику приходится указывать его место. Бывают самые разные нюансы общения, но ничего удивительного в этом нет, нет ничего зазорного, если идет поиск истины.

Преодолевайте в себе гордыню и не переживайте, если на Вас посмотрели как на наивного ученика и не обратили внимания на Ваши интеллектуальные усилия. Ничего не проходит просто так, без следа. Труд, в конце концов, оценивается по достоинству. Вспомните ученика Гиппократ с картины Розенфельдера «Медицина». Как хорошо, что Ваше стремление к знанию обретает реальные черты! **Работайте с увлечением!**

Однако вернемся к литературному оформлению. Эта способность к Вам обязательно придет. Если Вы начнете выполнять план комментария письменно, в Вас может открыться даже литературный дар. Но Вам нужно позаботиться еще о культуре Вашей речи. Все, что Вы написали, надо научиться рассказывать и строить устную речь по всем правилам логики. Для молодого ученика Гиппократ все впереди, всего можно достичь трудом. Не теряйте времени, начинайте работать прямо сейчас, и у Вас все получится.

Глава 8

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ

8.1. Происхождение врачебных ошибок

Врачебные ошибки возникают по нескольким причинам:

1. Ошибки, связанные с незнанием законов логики

Существует довольно категоричное суждение, что одной из важнейших причин врачебных ошибок является незнание законов логики. *«...большинство клиницистов просто не знают законов логики и пользуются ими неосознанно. Диагностические ошибки – это не столько результат недостаточной медицинской квалификации, сколько почти неотвратимое следствие незнания и нарушения элементарных требований законов логики».*

Говоря о сложности применения формальной логики в клинической медицине, исследователи теории диагноза пытаются обосновать существование особой врачебной логики. Это так же искусственно, как и выделение особых видов врачебной, инженерной и др. философии. Логика и философия – это науки, единые для человека любой профессии и любого вида деятельности.

Мы проанализировали клинические примеры, с помощью которых авторы демонстрировали связь врачебных ошибок с незнанием определенных законов логики, и не нашли их вполне убедительными.

Во-первых, все *известные диагностические алгоритмы построены с учетом законов логики*. Иначе не может быть. К сожалению, диагностические алгоритмы сами по себе несовершенны, но и врач может использовать их не вполне корректно. Это уже не дефекты в знании логики, а либо дефект алгоритма, либо неправильное его применение в конкретной диагностической ситуации.

Во-вторых, логика нужна для формирования культуры речи, следовательно, мышления, а знание философии формирует мировоззрение.

Требования к мышлению врача должны быть определенными, однозначными, ясными и последовательными (т.е. лишенными логической противоречивости), а также доказательными, достаточно обоснованными.

К сожалению, однозначных решений в клинической медицине нет, и эти требования справедливы только в рамках действующих правил. Правила, однако, могут изменяться, и они существуют только потому, что есть исключения из правил. Например, врач выполнил общепринятые правила при постановке клинического диагноза, но диагноз оказался ложным, так как случай попал в число исключений из этих правил.

Несовершенство диагностических алгоритмов с позиции логики – это очень сложный вопрос, касающийся проблемы определения понятия «сложный синдром» и разделения категорий «синдром» и «диагноз» (нозологическая форма). Это специальная проблема, профессиональная, требующая отдельного рассмотрения.

Все же значение знания законов логики и умение ими пользоваться в жизни, повседневной практике, в том числе профессиональной, конечно же, велико, но в другом аспекте. ***Непонимание законов логики и отсутствие внутреннего интуитивного чувства логики не позволяют полноценно усваивать и понимать проблемы клинической диагностики, так как они сложнее таковых в тех областях деятельности человека, где возможна однозначность суждений.*** Безусловно, лучше начинать изучение клинической медицины после предварительной подготовки по логике. Если же того не произошло в свое время, учиться никогда не поздно.

2. Ошибки от «неведения и от невидения»

Наиболее частой причиной врачебных диагностических ошибок, с нашей точки зрения, является то, что врач не видит, не находит симптомы болезни. Это особенно характерно для первого обращения больного к врачу. Когда симптомы заболевания выражены деликатно, процент ошибок наиболее высок. Это вполне понятно, но весьма часто врач не видит даже достаточно отчетливо выраженные симптомы.

Приведем пример, когда две ночи подряд врачи высокой квалификации отказывались принять больного в стационар по скорой помощи, поскольку жалобу его на кашель они расценивали как проявление бронхита. Врачи выписывали больному бронхолитики, отхаркивающие средства и отправляли домой. А у больного, между тем, было выражено ортопноэ, повышена частота дыхания с напряжением дыхательной мускулатуры на вдохе. Была смещена правая граница относительной тупости сердца вправо (увеличение правого предсердия), чуть увеличена и болезненна печень. Врач, отправлявший в дежурную по скорой клинику, сообщил по телефону дежурному врачу свое предположение о сердечной астме у пациента. Эта ситуация повторилась. На второй день больной обратился к дежурному врачу уже другого стационара. Только на третью ночь больной, высокий красивый молодой человек, заплакал, прося помощи у врача, кандида-

та медицинских наук с 10-летним стажем. Только теперь больного повели в рентгеновский кабинет и обнаружили огромное сердце. Спустя 1 год пациент умер от фидлеровского миокардита.

Трудность диагностики в данном примере состояла в том, что кашель у больного был эквивалентом сердечной астмы, а к третьему обращению у него были еще более выраженные симптомы недостаточности левых и правых отделов сердца.

Подобных примеров из врачебной практики можно привести много. В значительной степени диагностическая ошибка в данном случае связана с психологическими нюансами диагностики.

Еще пример: 9 врачей не находили «студенческий» симптом у больного до тех пор, пока десятый врач не показал им этот симптом. Речь идет о систолическом дрожании на аорте у мужчины в возрасте 44 лет со стенозом аортального отверстия, как потом выяснилось, ревматической природы.

Процент такого рода диагностических ошибок установить сложно. Из приведенного примера понятно, что процент ошибок очень высок. В разделе построения диагностической гипотезы мы приводили пример её построения по одному симптому, обнаруженному у пациента – бронхиальному дыханию над правой надключичной ямкой, когда не было и рентгеновских признаков неблагополучия в легких. При беседе с практическими врачами выяснилось, что большинство из них не смогли назвать кардинальные признаки этого симптома. Можно ли надеяться, что эти врачи смогли бы диагностировать бронхиальное дыхание в подобном случае? Однако вопрос много сложнее, если представить ситуацию, что врачи знают механизм и признаки бронхиального дыхания, но не проводят аускультацию легких по классическим правилам. Сколько при этом будет диагностических ошибок? В итоге новообразование легких будет диагностироваться в поздней стадии его развития.

Какой должна быть защита от описанной диагностической ошибки? Систематическое подкрепление навыка физикального обследования больного. Но и в этом случае успешная диагностика будет много реже по сравнению с числом совершенных при этом диагностических ошибок. Всем лицам в подобной ситуации проводить бронхоскопию вместо квалифицированной аускультации легких нереально и просто невозможно. То же самое касается компьютерной томографии.

Таким образом, врачебные ошибки от неведения и от невидения встречаются очень часто. Поиск симптомов – наиболее сложный раздел диагностики. С него начинается работа врача с пациентом (первый этап творческой работы), которая далее продолжается в течение всего времени наблюдения за больным. Этот раздел творческой работы врача изучен менее всего. В нем заключается значительная доля психологических аспектов диагностики. Все это нуждается в специальном изучении.

В заключение следует отметить, что трудно сосчитать число врачебных ошибок от неведения, а к ним еще добавляется огромное число ошибок от невидения.

3. Ошибки от нерациональной экономии мышления: симптом – диагноз

В разделе построения диагностической гипотезы мы уже пояснили, что основной принцип построения клинического диагноза «симптом – синдром – диагноз». Во всех работах, посвященных теории диагностики, прослеживается обсуждение построения диагноза по принципу «симптом – диагноз». Последнее справедливо только в связи с тем, что для построения диагностической гипотезы часто достаточно одного симптома. Это экономно, но только в тех случаях, когда нет других симптомов и когда диагноз оказался правильным. Скрупулезный анализ построения диагностической гипотезы все же показывает, что практически всегда оно идет по более сложному пути «симптом – синдром – диагноз». Это происходит чаще всего за пределами внимания (в уме). Важность соблюдения принципа построения диагноза «симптом – синдром – диагноз» мы поясним на простом примере.

Семиология всегда лежит в основе дифференциального диагноза, в связи с тем, что симптом и синдром – это неспецифическая информация о нозологической форме болезни. Семиология симптома, например, включает 10 вероятных синдромов. В свою очередь, каждый синдром имеет свой список семиологии, включающий, например, 10 нозологических единиц. Память врача способна удерживать в среднем 5 различных единиц из списка семиологии. В приведенном примере для симптома этот список может достигать 100, а для синдрома – много меньше, всего лишь 10 вероятных нозологических форм. Следовательно, для построения диагностической гипотезы более рационально использовать синдром, как с позиции экономии мышления, так и с позиции объема памяти врача. Серьезную проблему составляет процесс отсеивания большого количества гипотез, который в большинстве случаев бывает успешным при построении клинического диагноза. Компьютер подобную диагностическую ситуацию будет решать, изучая все 100 гипотез. Врач этого не делает. Почему он оперирует узким кругом гипотез? Здесь ситуация, сходная с шахматистом и ЭВМ. Оперируя с более *часто* встречающимися нозологическими формами, врач *чаще* бывает прав.

Однако, обсуждая ряд гипотез, врач ничем не гарантирован от того, что он упустил одну из гипотез, которая в дальнейшем окажется в роли нераспознанного диагноза. Редко встречающиеся заболевания меньше занимают врача, а поэтому и ошибки этого плана встречаются редко. Причинами диагностических ошибок могут быть:

1. Отсутствие симптомов данной нозологической формы или противоположные симптомы, говорящие против этой гипотезы.
2. Врач не знает о данной форме патологии.
3. Врач не видит тех симптомов, которые имеются у больного.
4. Симптоматика дается ошибочная интерпретация.

4. Ошибки, связанные с невыполнением плана дифференциального диагноза

Анализ историй болезни терапевтических стационаров показывает, что практические врачи-клиницисты не фиксируют в истории болезни план дифференциального диагноза в классическом варианте. Обычно можно встретить план обследования больного, за которым угадывается план дифференциального диагноза. Каждая история болезни, по видимому, не требует подробного и четкого изложения плана дифференциального диагноза. Это требуется в случаях сложной клинической картины и больших диагностических затруднений. Тем не менее, и в таких историях болезни нет четкого плана дифференциального диагноза.

В процессе обсуждения сложных клинико-анатомических параллелей врачам, представлявшим истории болезней на обсуждение, мы задавали два стандартных вопроса:

1. Каким был план дифференциального диагноза в рассматриваемом клиническом случае? Ни в одном случае мы не получили надлежащего ответа.
2. Какой синдром в клинической картине заболевания был основным? И на этот вопрос врачи не могли дать надлежащего ответа.

Неудовлетворительный ответ на эти вопросы свидетельствует, что врач не задумывался над дифференциальным диагнозом в должной мере. 1-я фаза дифференциального диагноза состоит в определении основного синдрома. 2-я фаза заключается в перечислении семиологии этого синдрома, то есть в изложении плана дифференциального диагноза.

Если работа с выбранным синдромом на 3-й, 4-й, и 5-й фазе дифференциального диагноза окажется недостаточно убедительной, нужно изучать другой синдром и повторять это до тех пор, пока не будет получена достаточно убедительная форма диагноза.

В сложных клинических случаях зачастую встречается такая ситуация, когда ни один синдром не позволяет получить заключение, удовлетворяющее врача. В таком случае нужно рассмотреть семиологию всех синдромов, претендующих на основной, и поискать в этих списках наиболее часто повторяющиеся нозологические формы, среди которых может оказаться искомая диагностическая версия. Нельзя при этом забывать, что поиски наиболее убедительной гипотезы должны сопровождаться про-

должением обследования больного и тщательного наблюдения за клинической картиной.

Приведем пример дифференциального диагноза в сложной клинической ситуации.

Больная Г., 62-х лет, поступила 6.01.1995 по скорой помощи в дежурный стационар с диагнозом: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия тахисистолической формы, недостаточность кровообращения IIб, угрожающий отек легких.

Жалобы: одышка в покое и удушье инспираторного характера, сердцебиение. История развития заболевания: сердцебиение и повышение артериального давления возникли 15 лет назад. Нарушения ритма сердца, боли в области сердца беспокоили около 5 лет. Была диагностирована стенокардия, пользовалась валидолом. 3 месяца назад появились и стали нарастать одышка, слабость, а в последний месяц беспокоили приступы удушья.

Объективно: ожирение II степени, ортопноэ, отечность подкожной клетчатки живота, поясницы, голеней. Над легкими везикулярное дыхание, над нижними отделами – незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца равномерно ослаблены, мерцательная аритмия 112 в 1 минуту. Пульс 96 в 1 минуту, удовлетворительных качеств. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, умеренно болезненная.

Параклиническое обследование. Показатели крови, мочи, биохимические константы были в пределах нормы. Ультразвуковое исследование выявило двухсторонний гидронефроз, умеренное увеличение печени, небольшое количество жидкости в брюшной полости. Эхокардиографическое исследование от 17.01.1995 выявило умеренный атеросклероз аорты, небольшую степень увеличения камер сердца и стенозирование устья аорты. На электрокардиограмме (рис. 12) были выявлены тахисистолическая форма мерцательной аритмии, единичные желудочковые экстрасистолы, альтернация. 12.01.1995 была отмечена депрессия сегмента ST V2-6, что расценивалось либо как перегрузка правого желудочка, либо как субэндокардиальное повреждение миокарда левого желудочка (рис. 12). Отмечено прогрессирующее снижение вольтажа зубцов ЭКГ во всех отведениях за период с 6 по 20.01.1995.

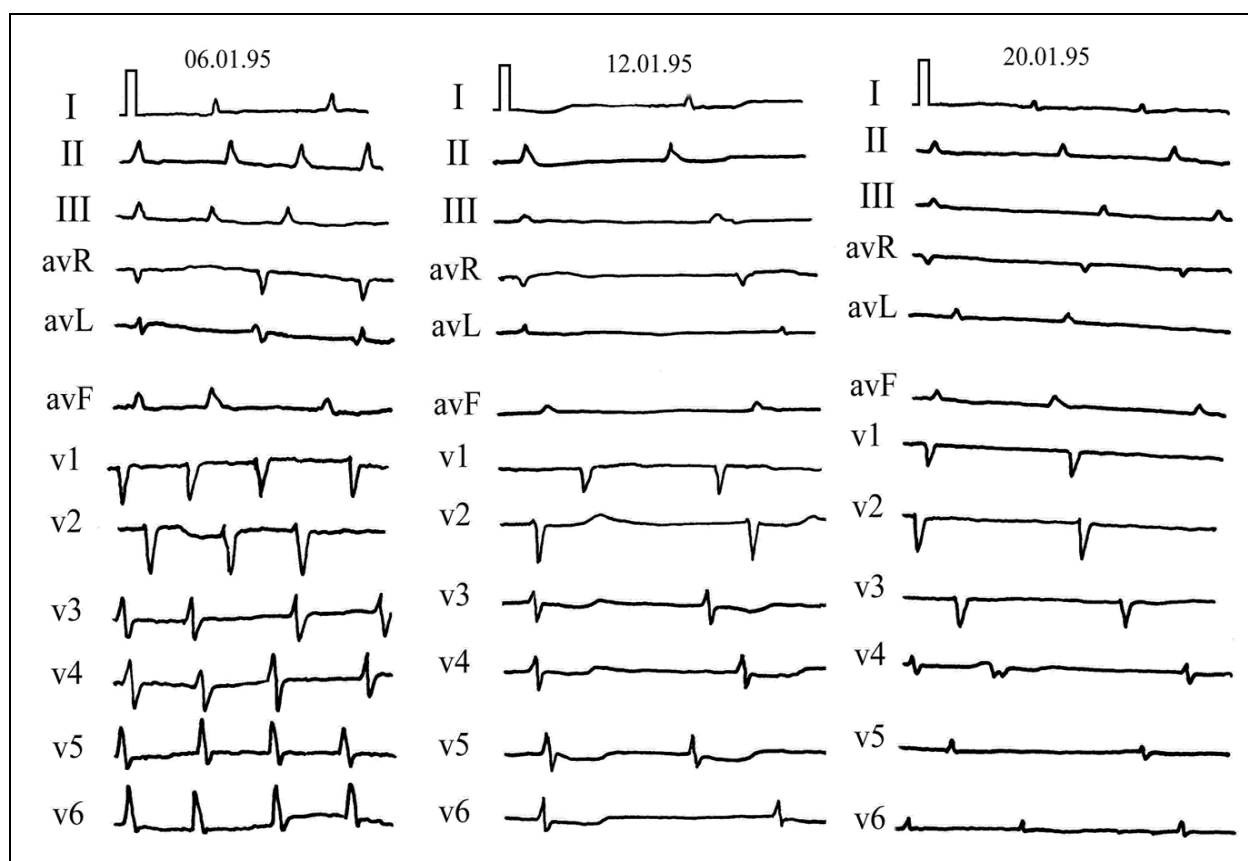


Рис. 12. Электрокардиограмма больной Г.

Объяснение прогредиентного течения болезни вызывало затруднения. Несмотря на очевидное проявление сердечной недостаточности (правого и левого желудочков), этот синдром не был расценен как определяющий тяжесть состояния больной. Высказывалось предположение об инфаркте правого желудочка сердца, расслаивающейся аневризме брюшного отдела аорты. Боли в пояснице, появившиеся у больной в стационаре, гидронефроз, подтвержденный при урологическом обследовании, необычность отеочного синдрома, повышение содержания мочевины в крови (без повышения креатинина) склонили клиницистов к диагнозу хронического пиелонефрита (без проявления воспалительного синдрома) и ХПН II. Этот диагноз тоже не удовлетворял клиницистов, поэтому после наступления смерти 20.01.1995 был поставлен **комбинированный диагноз**.

Основной: Хронический пиелонефрит, двухсторонний гидронефроз, вторично сморщенная почка, ХПН II.

Конкурирующий: ИБС, стенокардия напряжения ФК II-III. Мерцательная аритмия, нормосистолическая форма, НК IIб, анасарка.

Патологоанатомический диагноз. Основной: нейробластома забрюшинного пространства с прорастанием в печень, желчный пузырь, воротную вену, 12-перстную кишку, правую почку, мочеточник, мочевой пузырь, матку. Метастазы в сердце, почку, печень, селезенку, лимфатиче-

ские узлы брюшной полости и малого таза. Осложнения: фибринозно-геморрагический перикардит, панкреонекроз, двухсторонний гидронефроз, сердечная недостаточность (двухсторонний гидроторакс, асцит). Отечное набухание головного мозга.

Сопутствующий диагноз: диффузный хронический бронхит.

Сделанное предположение о новообразовании, как о причине сложной для диагностики ситуации возникло в самом финале болезни, когда при ретроградной пиелографии 19.01.1995 было обнаружено сдавление мочеточника извне. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, консультация гинеколога не выявили симптомов опухоли. Кажется, проведи врач пациентке компьютерную томографию, и диагноз мог бы быть поставлен.

Однако данный клинический случай показателен недостаточным вниманием клиницистов к давно известным принципам дифференциального диагноза (ДД), что обуславливает недостаточное внимание к клиническому исследованию больного. ДД проходит 5 фаз.

1-я фаза – выбор основного синдрома, определяющего тяжесть состояния больного. В рассматриваемом случае таковым был синдром недостаточности сердца и сосудов: эпизоды сердечной астмы, постоянная одышка в покое, падение артериального давления. Недостаточность правого желудочка была выражена, может быть, не так резко, как обычно, однако достаточно отчетливо. Не было описано набухание вен шеи, не измерялось венозное давление, хотя подключичная вена катетеризировалась.

Основной синдром нужно было выбрать из следующих:

1. Сердечная недостаточность.
2. Сосудистая недостаточность.
3. Нарушение ритма сердца.
4. Двухсторонний гидронефроз.
5. Болевой синдром в животе и пояснице.

Тяжесть состояния больной определяла сердечная недостаточность, но этот синдром нельзя было брать за основу формирования 2-й фазы ДД, так как список возможных причин недостаточности сердца весьма велик. Причиной последней являлось какое-то поражение миокарда.

2-я фаза ДД заключается в перечислении основных заболеваний, которые могли быть причиной поражения миокарда:

1. ИБС.
2. Миокардиты.
3. Дистрофии миокарда.
4. Редкие формы патологии – кардиомиопатия, амилоидоз, подагра, опухоли сердца (в том числе метастатические).

3-я фаза ДД включает обследование, то есть те факты, которыми можно сейчас располагать.

4-я фаза ДД – исключение из списка заболеваний, которые не получили подтверждения. ИБС, учитывая имеющиеся факты, исключить нельзя, однако столь значительные, прогрессирующие диффузные изменения миокарда при ИБС маловероятны при такой клинической картине (принцип существенного отличия). Против миокардита какой-либо этиологии говорило отсутствие синдрома воспаления (принцип существенного отличия). Об определенных формах дистрофии миокарда можно было бы судить, если бы клиника располагала сведениями о действии соответствующих патологических факторов.

Используя принцип экономии гипотез, врачу следовало обратить внимание на быстрое, значительное снижение вольтажа зубцов ЭКГ. Это существенно суживало бы круг дифференциального диагноза во 2-й фазе. Такое явление возможно при гидроперикарде, при развивающемся метастатическом поражении миокарда. Другие формы патологии характеризуются более стабильным проявлением симптомов. Гидроперикард мог быть результатом перикардита, но не было проявлений воспалительного синдрома. Недостаточность сердца тоже могла дать гидроперикард. Мысль врача о данной патологии стимулировала бы клиническое исследование: контроль положения абсолютной тупости сердца, поиск парадоксального пульса, контроль с помощью рентгеновского и ультразвукового исследования и, наконец, побудила бы врача пунктировать перикард. Перикардальная жидкость (200 мл) содержала кровь, что могло быть косвенным признаком новообразования. Воспалительный характер жидкости помог бы поставить диагноз перикардита. Получение опухолевых клеток в перикардальной жидкости помогло бы поставить диагноз новообразования, хотя о первичной локализации его судить не представлялось бы возможным. Вероятно, она содержала и элементы опухоли. Еще более информативной была бы биопсия миокарда, хотя вряд ли можно было бы судить о первоисточнике опухоли.

5-я фаза ДД – формулировка диагноза зависела бы от результатов исследования перикардальной жидкости. Диагноз мог быть и ошибочным, но вероятность его правильной постановки была бы достаточно высокой.

Описанный клинический случай был весьма трудным для постановки диагноза, однако и весьма поучительным в отношении необходимости следовать принципам ДД. Он поучителен также в том, что современные информативные методы диагностики не заменяют интеллект врача.

На вопрос, как часто встречаются врачебные ошибки, связанные с невыполнением плана дифференциального диагноза, мы не можем дать ответ с математической точностью. Это нужно еще исследовать. Выполне-

ние плана дифференциального диагноза не гарантирует защиту от врачебной ошибки, но в какой-то степени повышает эту защиту, развивая клиническое мышление. Интересно отметить, что основные положения дифференциального диагноза хорошо известны, опубликованы, однако клиницисты ими не пользуются, пренебрегают ими, о чем уже было сказано.

5. Ошибки от несвоевременного получения информации

Приведем пример. При обсуждении эпикриза неожиданно погибшего пациента была представлена рентгенограмма легких с картиной множественных мелкоочечных и покрупнее теней, симметрично во всех полях («снежная буря»). Еще у пациента были кровохарканье и гипохромная анемия. Периодические обострения кашля связывали с хроническим бронхитом курильщика, а по поводу кровохарканья обследовался в противотуберкулезном диспансере, и туберкулез, как причина кровохарканья, был отвергнут. Общий анализ крови, сделанный в поликлинике, показал умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез и эозинофилия. Рентгенологическая картина легких соответствовала гемосидерозу легких, однако это суждение, высказанное молодым врачом, посчитали неправдоподобным, и диагноз не был поставлен. По результатам аутопсии был поставлен диагноз идиопатического гемосидероза. Об этом заболевании не думали врачи, наблюдавшие пациента. О таком заболевании не знал и врач, высказавший суждение о гемосидерозе, однако в литературе, посвященной гемосидерозу, имелись конкретные указания на идиопатический гемосидероз легких, в который укладывалась клиническая картина погибшего пациента. Тем не менее диагноз был оформлен несколькими часами раньше.

В этом примере отчетливо проявились следующие ошибки:

1. Врачи не распознали гемосидероз при типичной его рентгеновской картине. А в обсуждении диагноза принимали участие и очень опытный рентгенолог, и терапевты, имевшие очень большой клинический опыт. Эту ошибку надо отнести ко второму виду происхождения ошибок (от невидения и от неведения).
2. Врач, подумавший о гемосидерозе, не знал свойств синдрома гемосидероза легких, который может быть не только при врожденных и приобретенных пороках сердца, но бывает еще и идиопатический.

Не обладая знаниями, невозможно отстаивать свое предположение. Нужно было изучать литературу. Секрет диагноза раскрыло чтение руководства по гематологии в библиотеке уже в вечернее время. Напрашивается вывод: нужно сократить время получения информации из литературы. Прискорбно, что мысль о правильном диагнозе пришла уже после смерти больного. Ошибки можно было избежать с помощью коллегиального обсуждения клинической картины еще при жизни больного, когда было время для изучения литературы.

3. В данном примере была допущена еще одна ошибка – неправильный выбор основного синдрома – кровохарканье. Если за основу плана дифференциального диагноза взять «снежную бурю» как проявление какой-то диссеминации, то в семиологии такой картины легких будет не только туберкулез, но и многие причины диссеминации, в том числе идиопатический гемосидероз легких. Кровохарканье, как очень серьезный симптом, тоже нужно было принять во внимание, но развернуть его в виде синдрома, то есть детально описать все проявления и особенности. Просто симптом кровохарканья имеет весьма пространную семиологию. Кровохарканье встречается много чаще без гемосидероза. В связи с этим нерационально было в основу дифференциального диагноза брать симптом кровохарканья, даже синдром, хотя последний был основным в клинической картине. Гемосидероз легких в данном случае должен был рассматриваться как наиболее яркое морфологическое проявление болезни (морфологический компонент диагноза), и семиология этого синдрома была бы ближе к нозологическому диагнозу.

В описанном примере с идиопатическим гемосидерозом проявился еще один важный аспект теории диагностики. Гипотеза о том, что изменения в легких – суть проявления гемосидероза, для врача, не знавшего об этом заболевании, стала озарением, открытием. Гемосидероз ранее он видел у больных с митральным стенозом. В рассматриваемом случае порока сердца не было, но имелся гемосидероз легких. Может быть, это другая причина гемосидероза? Изучение свойств симптомов и синдромов, таким образом, дает возможность создавать подобные гипотезы не по озарению, а по осмысленному с теоретических позиций знанию.

В данном примере мы решили подчеркнуть одну из важных причин врачебных ошибок – несвоевременное получение информации. Этот вопрос можно решать, имея под руками руководства по разным аспектам клинической медицины. Еще эффективнее в этом отношении является компьютерная программа типа Up to day и Интернет. Пример, кроме того, демонстрирует важность возникновения гипотезы, которая указывает путь поиска информации.

6. Ошибки, связанные с неправильным выбором основного синдрома

Данный вид врачебных диагностических ошибок касается клинических случаев, представляющих сложность для диагностики. Ключом для постановки диагноза в таких условиях является правильный выбор основного синдрома. Повторим, для чего это нужно. При использовании методики и прямого, и дифференциального диагноза диагностическая гипотеза формируется по семиологии основного синдрома. Если врач, выбирая ос-

новной синдром, ошибся, то семиология ошибочно выбранного синдрома приводит к ошибочной диагностической гипотезе.

Неправильный выбор основного синдрома как отдельный вид причин диагностических ошибок выделить трудно. Как правило, здесь имеет место **неведение и невидение**. Тем не менее, выбор основного синдрома составляет особую проблему. Понятие основного синдрома неоднозначное:

1. Основной синдром – это синдром, определяющий нозологическую форму.
2. Основной синдром весьма часто определяет тяжесть состояния больного либо непосредственно, либо он является следствием другого синдрома, определяющего нозологическую форму.

Как подойти к проблеме выбора основного синдрома? Прежде всего, надо классифицировать синдромы по наиболее общим признакам клинического проявления:

1. а) местное проявление болезни;
б) общее проявление болезни;
2. а) острое течение;
б) хроническое течение;
3. а) яркое проявление симптоматики;
б) скрытое проявление симптомов;
4. а) морфологические изменения органов;
б) функциональные изменения органов, систем.

В приведенной классификации синдромов ничего принципиально нового нет. Первые 2 вида проявления болезни использовал П.А. Чаруковский с дидактическими целями. Эти же цели преследуются в настоящей работе.

Общая воспалительная реакция организма на патологический процесс в каком-то органе может создавать различные диагностические сложности. Выраженная общая воспалительная реакция может определять тяжесть состояния больного, но для постановки диагноза она не может быть основным синдромом, так как семиология этого синдрома весьма пространная. Она является следствием локального воспалительного процесса. **Нужно найти локализацию местного патологического процесса, и этот синдром должен быть основным.** Семиология синдрома локального воспаления, поражения какого-то органа уже значительна и из нее легче выбрать нозологическую форму в качестве гипотезы. Допустим, воспаление легких проявляется выраженной общевоспалительной реакцией: лихорадкой, изменениями в крови, другими осложнениями. Местное проявление воспаления может быть завуалированным. Возможна обратная ситуация, когда общая воспалительная реакция не выражена, а локальные изменения могут быть разной степени выраженности.

Общая воспалительная реакция может быть основным синдромом, например, генерализованного васкулита при коллагенозах. Поражение внутренних органов (мишеней) в таком случае представляется следствием. Такая диагностическая гипотеза возникает чаще всего в процессе дифференциального диагноза, когда отвергается другая природа воспаления.

В разделе, посвященном ошибкам, связанным с невыполнением плана дифференциального диагноза, предложен клинический пример, когда врач не смог выбрать основной синдром. При постановке диагноза была своеобразная паника, и основным диагнозом был выбран пиелонефрит по очень скромным клиническим проявлениям, тогда как выраженная недостаточность кровообращения ПБ с анасаркой оказалась в структуре конкурирующего заболевания. Основным синдромом в этом клиническом случае была сердечная недостаточность, но этот синдром нельзя было брать в качестве основного синдрома для построения плана дифференциального диагноза. Слишком широкая семиология у этого синдрома, и не было возможности подойти к конкретной причине развития сердечной недостаточности.

В рассматриваемом случае следовало сузить круг поиска причин сердечной недостаточности, взяв за основу синдром поражения миокарда, что выявлялось *по функциональному синдрому – синдрому мерцательной аритмии*. При дифференцировании различных нозологических форм как возможных причин развития мерцательной аритмии можно было отказаться от ИБС, других заболеваний и подумать о перикардите и о новообразовании сердца. Не исключено, что биопсия миокарда или пункция перикардальной полости помогли бы поставить диагноз. Но это было бы возможно, если бы вообще у врача был план дифференциального диагноза и он бы еще выполнялся. При оценке этого клинического случая мы исходили из чисто академических позиций. Обвинять врача в том, что он не сумел построить план дифференциального диагноза из-за того, что не определил основной синдром, не нужно. Очень сложным был этот клинический случай. Однако пример важности выбора основного синдрома здесь очевиден.

Клинический пример, представленный в 5-м разделе, тоже весьма показателен в отношении выбора основного синдрома. Этот аспект достаточно подробно рассмотрен ранее.

Проблема выбора основного синдрома исключительно важна при диагностике urgentных состояний. Для изучения клинической медицины необходимо рассмотрение конкретных клинических примеров, которыми богата врачебная практика дежурств по скорой помощи. Это и должно составлять предмет изучения клинической медицины в вузе.

8.2. Знания и размышления врача в процессе постановки клинического диагноза

Общепринято различать 3 вида познавательного процесса.

1. *Наука.* Это познание нового для мировой науки. Неизвестное познает учёный – первооткрыватель.
2. *Обучение.* Это познание нового для обучающегося.
3. *Практическое диагностирование.* Нового знания для мировой науки и для врача нет.

Соответственно такому, на наш взгляд, очень упрощенному, разграничению процесса познания общепринятым является мнение, что врач может поставить диагноз заболевания только в том случае, если он его знает, причем достаточно хорошо, чтобы дифференцировать его среди ряда других заболеваний. Такое положение лишь на первый взгляд представляется простым и убедительным. При этом, однако, возникает вопрос, каким образом объём нозологических форм болезней стал необычайно большим, особенно за период времени от середины XIX до середины XX столетия. В клинической медицине известно примерно 100 тысяч названий болезней. Примечательно, что в начале XIX века было известно всего 276 нозологических единиц. Каким образом врачи узнали о таком количестве заболеваний? Ответ на этот вопрос как будто убедительный: медицинские знания накапливаются благодаря усилиям отдельных личностей. Что же касается остальной армии врачей, они являются пассивными потребителями новых знаний. Это очевидное заблуждение.

Обучаясь в университете, студенты не могут увидеть и глубоко изучить в полном объёме все заболевания даже по узкой клинической специальности, с которыми они встретятся в жизни, работая врачами. Практика последипломного обучения, периодического обучения на курсах специализации, повышения квалификации, постоянная работа в научно-практическом обществе врачей по основным специальностям существует для того, чтобы способствовать приобретению новых знаний и умений, но не определяет сам процесс овладения знаниями. Последнему, главному, врач учится сам. ***В клинической практике врач периодически делает для себя открытия нового знания, которое не ново для клинической науки.*** Обратив внимание на что-то новое в своей практике, врач обращается к литературе. Но это и есть самое сложное в процессе образования. Чтобы увидеть новое врач должен быть подготовлен к этому, он должен быть готов построить диагностическую гипотезу и только затем обратиться к литературе. Без гипотезы, без размышления над клинической картиной даже самая полная библиотека для врача будет бесполезной.

Теперь можно смелее задать вопрос, может ли врач поставить диагноз того заболевания, которое он не знает, видит впервые или впервые диффе-

ренцирует в сложном сочетании с другими заболеваниями, и ответить на него положительно. Может, если размышляет над клинической картиной. Речь, очевидно, идет о способности формировать диагностическую гипотезу. Как возникает гипотеза, можно ли научиться создавать гипотезы да еще таким образом, чтобы она открывала кратчайший путь к постижению нового знания? Эти вопросы непосредственно обращены к теории диагностики, которая относится к недостаточно изученному разделу медицины. Методология диагностического и лечебного процесса обсуждается довольно активно в нашей стране и за рубежом. Чтобы понять механизм построения диагностических гипотез, необходимо для начала разграничить понятия «знания» и «размышления» врача.

Знания врача – это объем информации в памяти врача относительно:

1. Количества симптомов, синдромов, нозологических форм патологий.
2. Этиологии, патогенеза, клиники, диагностики наиболее часто встречающихся болезней.
3. Медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, механизмов их лечебного действия, способов клинического применения, методов профилактики и реабилитации пациентов при наиболее часто встречающихся заболеваниях.
4. Знаний по всем перечисленным разделам, имеющимся в справочной литературе, руководствах, постоянно меняющихся общепринятых доктринах, так называемых консенсусов.

Литература обычно построена по принципу частной патологии и сравнительно легко используется при достаточно ясном диагнозе заболевания или группы заболеваний, например, бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца. При диагностике редко встречающихся заболеваний, при нетипичных проявлениях болезни и сочетании различных форм патологии возникают серьезные затруднения: что это за заболевания и где о них прочитать? Чтобы успешно решать диагностические проблемы, в сложных ситуациях врач должен размышлять над клинической картиной.

Размышления врача над клинической картиной – *это способность представлять (или вообразить) предполагаемый объем информации, превышающий объем конкретных его знаний в данной области науки.* Обращение к справочной литературе в рутинном объеме не может удовлетворить исследователя, кроме того, что он дополнительно убеждается в том, что рассматриваемая конкретная клиническая задача не укладывается в известную ему модель.

Теперь попытаемся определить те знания и умения, которые позволяют врачу размышлять над клинической картиной:

1. Знания общей и частной семиологии.
2. Знания свойств симптомов, синдромов и диагноза.
3. Знания основных законов логики, философии и общей патологии.

4. Раскованностью мышления и умение использовать перечисленные знания.

Эти качества врача и знания приходят постепенно благодаря хорошо выстроенной системе клинического образования в отечественной школе (пропедевтическая, факультетская, госпитальная клиники). Навыкам профессионального комментария клинической картины студенты и начинающие врачи учатся у опытных преподавателей. Клинический опыт, как известно, складывается длительное время, при том очень индивидуально. Неслучайно поэтому способность к виртуозной диагностике относят к области искусства, поскольку процесс формирования суждений в конкретных клинических ситуациях обычно не объясняется и относится к недостаточно изученным аспектам гносеологии. В настоящей работе мы суммируем опыт, как побудить студента и врача к размышлению. С этой целью подробнее объясним приведенные положения.

Знание семиологии симптома позволяет вспомнить и перечислить те синдромы, при которых он может быть. Например, если обнаруживаются общие отеки, врач вспоминает об основных причинах отеков и называет, допустим, 4 синдрома:

1. Сердечная недостаточность.
2. Нефротический синдром.
3. Нефритический синдром.
4. Портальная гипертензия.

Каждая версия достойна того, чтобы считать её гипотезой. Если при проверке названные гипотезы не получают подтверждения, врач может обратиться к справочной литературе, где он обнаружит более полный перечень причин отеков:

1. Сердечная недостаточность.
2. Нефротический синдром.
3. Нефритический синдром.
4. Портальная гипертензия.
5. Кахексия.
6. Синдром Пархона.
7. У беременных.
8. Идиопатические отеки.

Нужно, однако, обратить внимание, что перечень причин не окончательный. Можно, вероятно, найти более пространный список синдромов. Идиопатические отеки, например, включают целую группу отеков неизвестного происхождения. Таким образом, врач должен знать, что в перечне синдромов, при которых может быть данный симптом, обязательно есть резерв для неизвестных не только врачу, но и клинической науке синдромов. Если же врач подумал об этом, соответственно у него возник стимул подумать о возможном существовании такого синдрома в кон-

кретном случае. Вполне очевиден также стимул для поиска нового знания в литературе и, может быть, в лаборатории.

Знание семиологии синдрома позволяет построить план дифференциального диагноза. Напоминаем: это вторая фаза дифференциального диагноза, когда врач перечисляет те заболевания, которые нужно рассмотреть как возможные варианты клинического диагноза. Дифференцирование ведется по принципу проверки гипотез.

Например, если в конкретном клиническом случае врач решил, что мерцательная аритмия тахисистолической формы является основным синдромом, то в плане дифференциального диагноза нужно указать:

1. Ишемическую болезнь сердца.
2. Митральный порок.
3. Тиреотоксическую дистрофию миокарда (тиреотоксикоз).
4. Миокардит.
5. Миокардитический кардиосклероз.
6. Дистрофии миокарда различной природы.
7. Редкие формы поражения миокарда и его проводящей системы (амилоидоз, подагра, опухоли сердца и др.).

План дифференциального диагноза может быть детализирован и расширен, что делается с помощью использования литературы. В разных источниках можно найти перечисление разного количества заболеваний, которые могут привести к развитию мерцательной аритмии. Предела соответствующему перечислению, очевидно, не может быть, так как обязательно найдется неизвестная причина возникновения данного синдрома.

Знание свойств симптомов, синдромов и диагноза

Свойства симптомов, синдромов и диагноза изложены ранее в главе 3.

Первое свойство симптомов. Врач помнит, что имеются субъективные, объективные и параклинические симптомы болезней в зависимости от метода их обнаружения. В отношении диагностической ценности разных категорий симптомов важно уяснить правило, что все – и субъективные, и объективные, и параклинические – симптомы равны перед диагнозом. Такое категорическое суждение вызывает протест. Тем не менее мы уже знаем, что при одном и том же заболевании диагностическая ценность одного и того же симптома у разных больных может весьма значительно различаться. Например, при стенокардии могут отсутствовать объективные и параклинические симптомы. Возможны случаи выраженных патологических проявлений заболевания при полном отсутствии жалоб. Подобные соотношения возможны и в отношении объективных и параклинических симптомов. Знание этого свойства симптомов предостерегает врача от необоснованного преувеличения или преуменьшения значения какой-либо категории симптомов.

Второе свойство симптомов имеет большое значение в отношении осторожности при оценке специфичности симптомов. Деление симптомов на патогномоничные, специфические непродуктивно, так как врачу неизвестно, к какой категории относится исследуемый пациент: очень или не очень характерный симптом для заболевания именно у данного больного. Да и само деление симптомов по степени специфичности неопределенное и практически не поддается измерению в конкретном случае. Таким образом, знание второго свойства симптомов тоже предостерегает врача от поспешного решения.

Третье свойство симптомов предостерегает врача от прямолинейного решения диагностической задачи в другом плане. Например, снижение показателя «поток-объем» принято рассматривать как результат обструктивных нарушений вентиляции легких. Однако этот показатель может быть снижен у пациента без всякой обструкции бронхов при повышении сопротивления грудной клетки, дискоординации работы дыхательной мускулатуры, общей усталости исследуемого лица, миастении разного происхождения.

Первое свойство синдромов. Классификация синдромов по методам обследования больного позволяет четко выделить круг диагностических проблем. Другими словами, ясность приходит в оценке того, что уже исследовано, что еще можно исследовать для уточнения соответствующего синдрома.

Второе свойство синдромов вытекает из второго свойства симптомов. Если симптомы неспецифичны в отношении какого-то одного синдрома, то совокупность симптомов, синдромов тоже не может стать специфическим проявлением болезни. Поэтому семиология синдромов обычно содержит достаточно широкий спектр заболеваний. Например, мерцательная аритмия, рассмотренная выше.

Третье свойство синдромов также является продолжением третьего свойства симптомов. Например, выше мы рассматривали семиологию общего отека как симптома и перечислили 8 различных причин. Отеки можно рассматривать как синдром, если давать полное клиничко-лабораторное описание. Сущность отека для всех одна – это избыточное накопление жидкости в тканях организма и серозных полостях. Механизм же отеков при разных заболеваниях различный. Так, семиология отеков была построена по различным механизмам в связи с тем, что перечисление заболеваний, при которых могут возникать общие отеки, чрезвычайно пространное. В основе механизма сердечных отеков лежит ослабление функции миокарда. Заболеваний же сердца, при которых развивается недостаточность функции миокарда, очень много. В основе патогенеза нефротического отека лежит поражение нефрона. Заболеваний же, при которых возможно развитие нефротического отека, много. В основе кахектических отеков лежит снижение белка в сыворотке крови. Непосредственных же причин этого яв-

ления много. При гидропексическом отеке в основе патогенеза лежит повышение секреции антидиуретического гормона. Этиология же и семиология этого синдрома (синдром Пархона) остается неизученной. Механизм идиопатических отеков соответственно их названию остается неизвестным. Знание и понимание свойств симптомов и синдромов показывает ограниченность наших знаний и тот предел, где возможен поиск нового знания.

Чтобы размышлять над клинической картиной, надо хорошо представлять конечную цель размышления – диагноз. Современный клинический диагноз называют синтетическим. Знание содержательного определения диагноза ориентирует врача на сбор необходимого объема информации о больном человеке. Кроме того, надо представлять методологическое определение диагноза – это причинно-следственная связь между синдромами. Это означает, что вся информация о больном (симптомы) должна быть разделена на синдромы. Деление должно быть однозначным, без наложения объемов отдельных синдромов

Связь между синдромами должна быть именно причинно-следственной. Это принципиальный аспект диагностики, так как взаимосвязь между синдромами правдоподобна и безошибочна в едином организме и не обязывает создавать диагностическую гипотезу. Причинно-следственная же связь требует создания гипотезы о нозологической форме болезни, так как представление о нозологической форме предполагает этиологию, патогенез и все остальное, чем занято внимание врача.

В последние годы происходит весьма энергичный отход от нозологического принципа построения клинической медицины и переход на синдромный. Эта проблема сложная и многоплановая.

С нашей точки зрения, этот процесс прогрессивный в том отношении, что многие синдромы изучены и изучаются весьма глубоко, определяются способы лечебного воздействия на патологический процесс. Например, гиперлипидемия. Этот раздел клинической медицины вооружился достаточно точными диагностическими критериями и внушительным арсеналом лечебных средств. Появился даже соблазн выделить особую специальность врача-липидиолога. Выделение отдельных форм ишемической болезни оказалось весьма полезным и для науки, и для практической медицины. Успехи клинической медицины последних лет, связанные с открытием таких механизмов развития сердечной недостаточности, а также новые эффективные подходы к ее лечению позволили определить её как самостоятельную нозологическую форму.

Нам представляется в связи с этим возможным заметить, что по мере открытия тонких механизмов отдельных синдромов должны появляться новые нозологические формы патологии. Нозологическая форма должна отличаться от синдрома следующими признаками.

1. Содержание нозологической формы должно включать представление об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении, профилактике и реабилитации.
2. Нозологическая форма должна включать несколько, как минимум, два синдрома. Это может быть синдром местных изменений (анатомический, функциональный синдромы) либо синдром общей реакции организма на патологический процесс в каком-то органе или системе.

Первое и второе свойства диагноза вполне очевидны. Например, неизвестным является этиологический компонент онкологического заболевания, остается пока неразработанным личностный компонент клинического диагноза. При инфекционных заболеваниях ведущим является этиологический компонент, при заболеваниях печени и почек – морфологический компонент, который определяется методом пункционной биопсии.

Третье свойство требует пояснения. Механизмы синдромов более изучены по сравнению со связями между синдромами. Например, рассуждая о клинико-патогенетических связях при гипертонической болезни, различного свойства стрессовые ситуации, травмы головного мозга мы относим к вероятным факторам, способствующим развитию артериальной гипертензии.

При постановке предварительного диагноза связь между синдромами устанавливается на основании простых критериев, которые можно отнести к описательному компоненту клинического диагноза.

1. Одновременное появление синдромов и параллельное их развитие. Например, при острой пневмонии чаще всего после охлаждения через какой-то промежуток времени возникают лихорадка, боль в груди, кашель, общая слабость. За этими жалобами раскрываются вполне очевидные синдромы. Под влиянием корректной терапии эти синдромы исчезают.
2. Определенная последовательность развития синдромов. Например, курильщик с детства, в возрасте 30 лет появился кашель с мокротой, частые обострения (до 2 раз в год) хронического бронхита. В 45-летнем возрасте появилась дополнительно постоянная экспираторная одышка, сначала при привычной нагрузке, через 3 года при ходьбе по ровному месту, а в 50-летнем возрасте одышка стала беспокоить в покое, а ещё через 3 года появились отеки на ногах. В этой схеме просматриваются основные синдромы последовательного развития хронического бронхита, эмфиземы легких и декомпенсации легочного сердца.
3. Какой-то симптом или синдром может связывать различные синдромы в единое представление о заболевании. Например, у больного

обнаружены синдром уплотнения легких и синдром общей воспалительной реакции организма на воспалительный процесс в каком-то органе. Уплотнение легких может быть вовсе не связано с воспалительной реакцией, если оно возникло несколько лет назад (исход пневмонии в карнификацию). На локализацию местного воспаления в легких укажут боль в грудной клетке, кашель и гнойная мокрота, которая может быть с кровью.

Значение знаний законов логики, философии и общей патологии для развития способности врача размышлять над клинической картиной нуждается в отдельном рассмотрении. Отметим лишь некоторые аспекты.

Знания основных законов логики, а главное, умение ими пользоваться определяют культуру мышления, способность противостоять, на первый взгляд, яркому, красивому, авторитетному, но ложному суждению, способность проанализировать корректность умозаключения. Для клинициста полезно помнить, что в клинической диагностике нельзя использовать построение суждений по принципу категорического силлогизма.

В качестве примера из общего философского осмысления проблемы клинической диагностики следует напомнить, что врач не может становиться негибким в вопросе отношения его к кондиционализму и моноказуализму. Кондиционализм дал пока наиболее удачное определение причины болезни: это сумма необходимых и достаточных условий для её возникновения. Кондиционализм привел медицину к весьма продуктивному учению о факторах риска болезни, а также к плодотворному развитию и использованию статистических методов исследования.

Тем не менее, основные успехи клинической науки определяет открытие причинно-следственных связей явлений, на которые ориентирует моноказуализм. Можно даже отметить смещение вектора в сторону моноказуализма. Например, обнаружение L-форм стрептококка в органах и антител к ним в крови больных ревматизмом позволило назвать ревматизм стрептококковой болезнью сердца. Ведущим фактором в этиопатогенезе язвенной болезни желудка рассматривается открытый *Helicobacter pylori*. В возникновении камней в желчном пузыре, в мочевыводящих путях, в других органах, обызвествлений в легких, плевре, сосудах реально просматривается роль нанобактерий.

Заслуживает внимания выдающееся, но пока непонятое научным сообществом достижение профессора Томского медицинского университета А.Я. Шияневского, создавшего модель трех форм миопатии парентеральным введением или закапыванием в глаза сыворотки больных молодым животным (кроликам). Если сыворотка подвергалась термической обработке, модель болезни не воспроизводилась.

Наконец, широкий круг заболеваний, в основе патогенеза которых лежит иммунное воспаление, тоже ждет смелых исследователей, которым надлежит определить истинную причину болезней.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Объясните, почему для изучения клинической медицины важна теория диагностики.
2. Дайте определение понятиям «методика» и «методология».
3. Дайте определение понятию «клиническое мышление».
4. В чем заключается специфика клинического мышления?
5. Что следует подразумевать под термином «стиль клинического мышления»?
6. Какие изменения стиля клинического мышления характерны на современном этапе развития клинической медицины?
7. Что такое симптом, какими свойствами он обладает?
8. Дайте определение понятию «синдром».
9. Назовите свойства синдромов.
10. Какие виды и варианты синдромов Вам известны?
11. Назовите принципы, по которым проводится рациональное классифицирование симптомов и синдромов.
12. Дайте описательное, содержательное и методологическое определение понятия «диагноз».
13. Перечислите основные компоненты современного синтетического клинического диагноза.
14. Какое значение имеет знание отдельных компонентов синтетического клинического диагноза?
15. Назовите свойства диагноза.
16. Что такое диагностическая гипотеза? Назовите свойства диагностической гипотезы.
17. Индуктивное и дедуктивное умозаключение при построении и проверке диагностической гипотезы.
18. В чем состоит отличие построения гипотезы при диагностике синдрома и при постановке клинического диагноза?
19. Дайте определение прямого метода построения диагноза.
20. Дайте определение метода дифференциального диагноза.
21. Назовите 5 фаз дифференциального диагноза.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Пропедевтика внутренних болезней: учебник для студентов медицинских вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 848 с.

Дополнительная

1. 100 клинических разборов. Внутренние болезни / П. Джон Рис, Джеймс Паттисон, Гуин Вильямс ; пер. с англ. под ред. Ж. Д. Кобалавы. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 320 с.
2. Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней / А.Ф. Томилов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 176 с.
3. Исследование функции аппарата внешнего дыхания. Основы клинической физиологии дыхания: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Ф.Ф. Тетенев, Т.Н. Бодрова, К.Ф. Тетенев, А.И. Карзилов, А.В. Левченко, О.В. Калинина. – Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2008. – 164 с.
4. Клинические разборы в факультетской терапевтической клинике им. В. Н. Виноградова / под ред. В.А. Сулимова, О.В. Благовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с.
5. Клинический диагноз / В.Т. Ивашкин, О.М. Драпкина. — М.: Литтерра, 2011. – 224 с.
6. Лекционный тест-контроль выживаемости знаний у студентов: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Ф.Ф. Тетенев, Т.Н. Бодрова, А.И. Карзилов. – Томск: СибГМУ, 2008. – 75 с.
7. Окончательный диагноз / Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 576 с.
8. Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты: учебное пособие / под ред. Ж.Д. Кобалавы, В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 400 с.
9. Расспрос больных в клинике внутренних болезней (материалы к клиническим лекциям): учебное пособие для студентов медицинских вузов / Ф. Ф. Тетенев, Т. Н. Бодрова. – Томск: СибГМУ, 2010. – 239 с.
10. Уроки дифференциального диагноза. Учебное пособие / Э.Р. Бек / пер. с англ. / под ред. Л.В. Козловской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 304 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ОБЩІЯ ОСНОВЫ
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ



РѢЧЬ,

ПРОИЗНЕСЕННАЯ НА ТОРЖЕСТВЕННОМЪ АКТѢ ВЪ ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи

ПРОФЕССОРОМЪ

С. П. БОТЕНИНЫМЪ

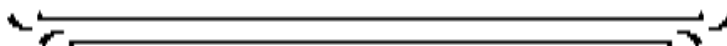
7-го Декабря 1886 года.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія М. М. Стасюлевича, Вас. Остр., 2 лин., 7.

1887.



Высокочтимое собрание!

Когда высшее учебное учреждение, в полном сознании честно выполненного долга, дает молодым силам право самостоятельной деятельности, совершается поистине торжественный акт в скромной и трудовой жизни учебного учреждения, стремящегося достигнуть высокой цели — **дать своей родине честных и полезных деятелей.** Тот день, когда государство и общество принимают в свою среду новых сотрудников на общую пользу, ознаменовывается публичным, торжественным собранием всех членов академии, ее учеников, ее почетных членов и почетных гостей с участием близких и родных, из среды которых нынешним днем вступают на самостоятельный жизненный путь наши надежды, наше будущее. В силу старинного академического обычая конференция академии возлагает на одного из профессоров произнесение речи в этом торжественном собрании, и в этом году на мою долю выпала честь исполнить это почетное поручение.

Имея перед собой молодых товарищей, вступающих в практическую деятельность, стоя перед обществом, в среде которого будут действовать новые силы, я решился изложить перед почтенным собранием те общие основы клинической медицины, которые у меня постепенно слагались в течение моей практической и преподавательской деятельности.

Мм. гг.!

Изучение человека и окружающей его природы в их взаимодействии с целью предупреждать болезни, лечить или облегчать, — составляет ту отрасль человеческого знания, которая известна под общим именем **медицины.**

Болеет только живой организм, и так как болезнь составляет одно из многих проявлений жизни, то изучение этой последней и должно составлять основу научной медицины.

Простейшая форма проявления жизни представляется в живой клетке и в ее отношениях к окружающей среде. Клеточка воспринимает нужный для нее материал, перерабатывает его и выводит ненужное и вредное для ее жизни. Находясь, таким образом, в постоянном обмене с окружающей средой, живая клеточка питается и сохраняет свое «я» в известном равновесии, растет и множится, смотря по ее возрасту и прирожденному ей свойству; она живет или же, утратив свою самостоятельность, она умирает и подвергается процессу разрушения и, находясь тогда исключительно под влиянием окружающей среды, разлагается на свои первоначальные элементы.

Сложные физико-химические процессы, совершающиеся в живой клеточке, обуславливают ее способность самосохранения, которая проявляется известной самостоятельностью относительно окружающей среды. Этим свойством самосохранения отличается все живое; **жизнь есть самосохранение в обширном смысле этого слова, – свойство, равно принадлежащее живой элементарной клетке и самому сложному организму, состоящему из целой массы живых клеточных элементов.**

В силу этого общего свойства сохраняется не только жизнь отдельного неделимого, но и его вида.

Существующие колебания окружающей среды влияют в значительной степени на живую клетку и могут быть более или менее благоприятными для ее жизни; жизнь клеточки может быть более или менее продолжительна, смотря по ее прирожденному свойству и смотря по тем более или менее благоприятным условиям, в которых она находится. Живой организм при самых благоприятных для него условиях умирает в силу старости, неизбежного свойства всего жившего.

Живой элемент для сохранения своего равновесия приспособляется к различным изменениям окружающей среды. В силу свойства самосохранения он удерживает свою влагу, свою температуру, свое количество и качество твердых составных частей, несмотря на существующие колебания в этом отношении окружающей среды. Эта способность приспособления с сохранением своего равновесия обуславливает известную степень стойкости жизни, которая не уничтожается при незначительных изменениях внешней среды, а, приспособляясь, продолжает свое более или менее благоприятное существование. Эта способность живого элемента приспособляться с сохранением своего равновесия к различным колебаниям окружающей среды имеет свои границы, обуславливаемые количественной и качественной степенью колебаний и прирожденным свойством того или другого элемента жизни. **Сущность этого свойства приспособления за-**

ключается в тех же сложных физико-химических процессах, которые составляют основу общего свойства живого существа – самосохранения. Проявление жизни в состоянии равновесия ее отправления составляет нормальную или здоровую жизнь, благоприятную для ее продолжения. Состояние организма с нарушением равновесия жизни составляет **болезнь**. Всякое нарушение равновесия, не восстановленное приспособляющейся способностью организма, представляется нам в форме болезни, более или менее тяжелой, смотря по значению ее для жизни всего организма.

Понятие о болезни неразрывно связывается с ее причиной, которая исключительно всегда обуславливается внешней средой, действующей или непосредственно на заболевший организм, или через его ближайших или отдаленных родителей.

Реакция организма на вредно действующие на него влияния внешней среды и составляет сущность больной жизни. Болезнь есть явление преходящее, временное, и только в том случае, если организм не восстановит своего равновесия, оно становится постоянным, влияя в большей или меньшей степени на укорочение жизни. Восстановление нарушенного равновесия жизни организма совершается в силу той же способности живого элемента приспособляться, – свойства, которым отличается все живое; и если причина болезни не уничтожила в организме этой прирожденной ему способности, то равновесие восстанавливается и болезнь проходит. Болезнь не есть нечто особенное, самостоятельное, она представляет обычные явления жизни при условиях, невыгодных организму, который или умирает, или в силу своей приспособляющейся способности восстанавливает свое равновесие, достигая, таким образом, более или менее полного выздоровления, или же остается больным, сохраняя иногда способность передавать болезнь или расположение к ней своему потомству, что и обуславливает наследственность болезней.

Так как управляющие нами законы природы не изменяются, то внешние причины заболеваний остаются приблизительно одни и те же, что и обуславливает известную законность проявления жизни при расстройстве ее равновесия под влиянием тех или других вредно действующих условий. Эта законность проявления болезней на различных организмах дала возможность классифицировать различные болезни на отдельные группы.

Смотря на болезнь как на проявление жизни в неблагоприятных и вредных для нее условиях, мы допускаем болезнь в самой элементарной форме жизни, в клеточке точно так же, как и в самых сложных органах и организмах.

Свойство живых элементов приспособляться к окружающей среде и ее колебаниям, без расстройств равновесия, бывает в различной степени, в различных клеточных элементах, в различных органах и в различных организмах. Вспомним, например, то разнообразное отношение различных родов и видов растений, животных к колебаниям температуры, влаги, количеству кислорода.

Существенная причина этих различных отношений живых элементов заключается в прирожденных свойствах того или другого элемента к жизни, в той или другой ее организации. Наблюдения нам показывают, **что это прирожденное свойство приспособления может в значительной степени увеличиваться привычкой организма к тем или другим колебаниям окружающей среды;** культура растений, акклиматизация животных убеждают нас в свойстве живых элементов **увеличивать свою приспособительную способность до значительных границ, причем увеличившаяся способность приспособления родителей передается их потомству.**

Способность приспособляться к вредно действующим изменениям окружающей среды в животном организме может достигать такой степени, что равновесие сохраняется, несмотря на действие вредной причины. Человек мало-помалу приспособлялся к различным колебаниям внешних условий, **передавая своему потомству постоянно нарастающую способность приспособления, которая в значительной степени увеличивалась помощью знания и искусства, приобретаемых путем наблюдения и опыта.**

Со времени первых следов жизни человека на земле, оставшихся нам в виде свайных построек, в виде различных остатков каменного, железного периода, прошло много времени, в течение которого постепенно нарастала приспособляющаяся способность человека, обуславливаемая его прирожденными свойствами и различными внешними условиями, в которых он находился.

Способность приспособления с сохранением равновесия, способность восстановления равновесия как проявление общего свойства жизни – самосохранения, **были существенной причиной сохранения человеческого вида и физического и нравственного его усовершенствования.** В силу общего свойства самосохранения человеческий организм, приспособляясь к различным условиям жизни, выискивал наилучшие, наиболее для него подходящие. Не зная огня, не имея орудий, путем наблюдения, долгого опыта, человек мало-помалу приспособлялся к настоящему, улучшал его и передавал последующим поколениям результаты своей борьбы за существование. **Все, что живет, борется за свое существование с более или менее благоприятным результатом для своей жизни и жизни своего потомства.**

Болезнь, как явление нарушенного равновесия жизни, должна была явиться с первыми ее признаками на земле. Вредно действующие условия были приблизительно те же, а приспособляющаяся способность не была достаточно развита. История древности указывает нам на такие разрушительные действия болезней, которые мы в настоящее время едва можем себе представить. Примеры разрушительного действия болезней на дикие, некультурные племена существуют и в наше время. Смертность населения идет обратно пропорционально с его культурой и, следовательно, с его возрастом в физическом и нравственном отношении, и с вероятностью можно допустить, что существуют несомненные особенности болезней различных возрастов человеческого развития. Хотя, с другой стороны, можно думать, что злобредность некоторых условий в свою очередь в течение жизни человечества могла потерять свою первоначальную силу, но тем не менее можно допустить, что способность приспособления, свойственная человеку, развита у людей в различной степени, смотря по их большей или меньшей культурности в широком смысле этого слова, и что болезни нашего времени легче прежнего; нарушенное равновесие восстанавливается быстрее и большее число неделимых не выходит из равновесия при действии на них вредных условий.

В силу свойства самосохранения, в силу приспособляющейся способности живого организма к различным внешним условиям и в силу преемственности человек живет и совершенствуется как в физическом, так и в нравственном отношении. Первобытный человек не имел ни религии, ни знания, ни искусства; обладая сложными нервными центральными и периферическими аппаратами, подчиняясь общему закону каждой клеточки своего организма, он сохранял свою жизнь, постоянно увеличивал свою опытность и вместе с тем свою приспособляющуюся способность, передавая потомству результаты своей борьбы за существование, которые и проявлялись в постоянном его развитии.

Изучение жизни и окружающей его природы в их взаимодействии составляло жизненную потребность человека; результатом первых шагов этого изучения явилось знание, смешанное вначале с суеверием; при дальнейшем развитии человека началась религия в ее различных формах, наконец, искусства; при расширении знания человек мало-помалу стал группировать факты, обобщать, устанавливать их законность, и таким образом, стали развиваться и науки.

Медицина представляет ту область человеческого знания, зачатки которого относятся к первым шагам сознательного отношения человека к окружающей его среде. В древности медицина, по-видимому, была настолько высока и польза ее настолько очевидна, что врачебное искусство входило в религиозный культ, составляло принадлежность божества. Жрецы были врачами. Древнейшие законодательства заключают в себе прямое

указание известных познаний человека в гигиене. Нет сомнения, что при более простых условиях социальной жизни наблюдательность человека легче подмечала вредные влияния, а также и средства для их удаления. Но сознание некоторых вредно действующих условий и мер противодействия болезненным причинам еще не составляло науки; это были отрывочные сведения, передававшиеся из потомства в потомство. Без сомнения, уже в очень раннем периоде развития человека были люди, по преимуществу обладавшие искусством применять эти сведения к делу лечения человека; но так как медицина не была тогда наукой, а почти исключительно искусством, то передача потомству не могла совершаться без утраты многого ценного материала, принадлежавшего отдельным личностям. Так же как и другие искусства древних – зодчество, ваяние – не перешли в последующие поколения в той высоте, на которой они стояли у древних, и погибли с отдельными их представителями.

Много труда, много времени положил человек на то, чтобы освободить медицину от влияния личности, чтобы поставить ее на более твердую почву науки, но и до сих пор понятие о медицине как о науке неразрывно еще связывается с понятием о медицинском искусстве.

Современная медицина как наука дает нам сумму знания в известной системе и с известными обобщениями, которые, к сожалению, еще не имеют значения законов, и потому знание современной медицины еще не дает нам умения прилагать его к практической жизни; это умение и до сих пор еще приобретает только путем опыта. Знание человека, его взаимных отношений к окружающей среде, его способность приспособления к различным, более или менее неблагоприятным изменениям этой среды; возможные границы восстановления равновесия и те условия, при которых равновесие восстанавливается более или менее скоро, – вот существенные вопросы, которые ставятся нам в практической жизни по поводу каждого представившегося нам случая.

С какой степенью точности можем мы ответить на все эти вопросы при постели того или другого больного? Основные науки медицины и наше знание природы еще не имеют той точности, на основании которой каждый представившийся нам частный случай мог бы быть подведен к какому-нибудь математическому уравнению, разрешение которого требовало бы только известного знания.

Представляющаяся нам задача в виде того или другого страдальца, требующего от нас помощи, может быть разрешена и в настоящее время только приблизительно с большей или меньшей вероятностью, и такое неточное разрешение возможно только при известном умении, искусстве, которое приобретается путем упражнения, навыка в решении подобных задач. Лечить больного, облегчать его страдания и, наконец, предупредить болезнь – требует в настоящее время **знания и искусства** прилагать его.

Это-то искусство, принадлежащее личности, и было так высоко в древности, что человек связывал его с понятием о божестве; с течением истории искусство утратилось вместе с отдельными личностями за неимением твердых научных основ. Существовавшее знание некоторых фактов, не подведенных под общие истины, не составляло науки; оно мало-помалу исчезало, искажалось под влиянием различных школ, с различными воззрениями. Тем не менее, однако же, практическая медицина держалась и приносила свою посильную пользу страждущему человечеству, в большей или меньшей степени. Не говоря о медицине древних, вспомним врачей – наших предшественников.

Еще на моей памяти, когда я начал только учиться практической медицине, ныне принятый метод объективного исследования больного, а также столь распространенные сейчас аускультация и перкуссия тогда еще не составляли такого общего достояния, как теперь, когда, можно сказать, почти нет врача, не владеющего с большим или меньшим искусством техникой этого способа исследования.

Среди моих талантливых учителей были люди, стоявшие тогда во главе московской практической медицины, однако не знавшие при этом почти элементарных приемов аускультации и перкуссии и, несмотря на это, однако же, эти деятели приносили несомненную пользу целым массам стекавшихся к ним больных. Некоторые из их советов больным, которые навсегда сохранились в моей памяти, я должен признаться, выдержат и в настоящее время самую строгую критику. Не раз мне в то время приходилось видеть, как тогдашняя практическая знаменитость при обходе своей клиники, не выслушивая больных, иногда даже не расспрашивая их и без всякого предварительного исследования, ставила диагноз болезни, ее предсказание, назначала лечение. Нередко такого рода приемы клинического метода оправдывались дальнейшим течением болезни или смертью с последующим вскрытием; но, конечно, случались и ошибки, и иногда весьма грубые для нынешнего времени.

Невольно, однако же, зарождается вопрос, каким путем достигали врачи, наши предшественники, этого умения узнавать болезнь, назначать лечение и пр.?

Врачи прежнего времени, лишённые почти совершенно тех способов исследования, которые в настоящее время составляют общую принадлежность каждого начинающего, **путем опыта вырабатывали в себе способность наблюдать без всяких вспомогательных средств**; и нередко общее впечатление, производимое на врача, талантливого наблюдателя, видом больного, давало основание для окончательного заключения о его болезни и ее дальнейшего течения.

Эти диагнозы по первому взгляду врача на больного были причиной общеизвестного мнения о верности или неверности так называемого взгляда того или другого доктора. Нет никакого сомнения, что при известном навыке и известных способностях у людей может развиваться в очень значительной степени способность делать заключения на основании первого впечатления и нередко без участия сознательного центра мышления. В большей или меньшей степени эта способность существует у каждого из нас; при взгляде на какой-нибудь предмет издали мы нередко безошибочно заключаем об его свойствах, недоступных другим нашим чувствам; так, мы отличим издали каменный дом от деревянного, хотя бы они снаружи были одинаково оштукатурены; по одному взгляду специалисты могут отличить фальшивый бриллиант от настоящего; большая часть людей по первому впечатлению отличает больного человека от здорового, крепкого от слабого, трезвого от пьяного. Некоторые по одному взгляду на человека с известной вероятностью могут делать заключения об его характере. Без сомнения, эта способность у человека складывается и развивается в силу его опыта, приобретаемого посредством периферических и центральных нервных приборов, помимо участия того нервного центра, который проявляется сознательным мышлением. Заключения, представляющиеся результатом деятельности нервных аппаратов без участия нашего сознания, составляют одно из обычных и частых проявлений нашей жизни. В силу прирожденных человеку свойств, в силу различных внешних условий совершаются различные тончайшие процессы в нервных центрах, не доходящие до центра сознания и проявляющиеся уже в форме окончательного заключения.

Способность делать заключения без участия сознательной мыслительной способности, без анализа, без строгой логической последовательности в постепенном развитии мысли мы привыкли называть инстинктом; известно, какое громадное значение имеет это свойство нервных аппаратов в жизни животных. В инстинктивных проявлениях жизни животных мы можем убедиться в величайшей разумности и тонкости этого свойства нервных аппаратов. Врач, делающий диагностику больного или заключение об его болезни, не имея достаточного количества фактов, на основании одного только первого впечатления на его центры через посредство его периферических приводов, действует по инстинкту. В древности, в высшей степени вероятия, инстинкт врача имел чрезвычайно большое значение, ибо для сознательного заключения древний человек был лишен средств. Кроме того, можно предположить, что у древнего человека инстинкт был в большей степени развития, чем у современного человека, у которого по мере развития мыслительной способности инстинкт постепенно слабеет.

Успех и прочное развитие практической медицины будут обуславливаться уменьшением значения в ней инстинкта и большого подчинения науке или разуму. Чем более сознательны будут заключения врача при по-

стели больного, тем более они будут научны. Понятно, что для сознательного заключения необходимо большое количество верных фактов, которые и должны быть основанием той внутренней логической работы сознательной мысли, которая выражается в том или другом окончательном заключении. Отсюда понятно, какое важное значение для заключения имеет запас истинного знания и способ собирания фактов, или, другими словами, метод исследования больного.

Собирание фактов или исследование больного должно производиться с известной руководящей идеей, без которой легко впасть в ошибки, недосмотры и, потеряв массу времени, придти к ложным заключениям.

Ставя в обязанность врачу исследовать состояние всех важных для жизни органов у каждого больного, исследование необходимо начинать с настоящего его состояния. *Status praesens* больного и выдающаяся фактическая сторона, полученная при этом, и составляет основание руководящей мысли при дальнейшем исследовании. Эта руководящая идея есть, в сущности, первая гипотеза, которую врач делает более или менее сознательно на основании первых приемов исследования. Нередко эта гипотеза является путем инстинкта врача-практика и есть результат его опыта и большей или меньшей впечатлительности нервных аппаратов. Современному врачу необходимо анализировать первое впечатление, произведенное на него больным. Больной худ, бледен или хорошо упитан; на ногах, сидит или в постели, и в таком случае, как он лежит: на спине, на боку? Какое выражение лица, глаз, голос больного, запах? Все это, несомненно, производит на наши нервы известное впечатление, которое, в конце концов, слагается в одно общее заключение: у больного тиф, апоплексический инсульт, воспаление легкого, чахотка, хроническая болезнь печени, желудка. Необходимо, однако, врачу помнить, что это первое заключение есть результат по преимуществу инстинкта и представляет гипотезу, еще далеко не доказанную; а потому, продолжая исследование, он должен быть весьма осторожен и не терять своей объективности при дальнейшем собирании фактов, которые могут опровергнуть или подтвердить первое, как бы инстинктивное предположение.

При первом взгляде на тифозного больного всякий, кто видел несколько подобных случаев, с большой вероятностью уже сделает заключение, которое только подтвердится дальнейшим исследованием. Прилагая к подобному субъекту метод объективного исследования, мы не тратим времени на определение чувствительности кожи этого больного по веберовскому способу, не будем применять электричества для определения функций его мышечных и нервных аппаратов; не применим к нему спирометра и пр. Все это имеет свое научное значение и составляет будущность практической медицины, но пока **в подобном случае** многие из этих приемов исследования не достигли до значения существенной необходи-

мости. В другом же случае исследование офтальмоскопом, ларингоскопом и пр. будет иметь важное значение, иногда решающее окончательно то или другое заключение по поводу представившегося субъекта.

Владея различными методами физического исследования и применяя их в отдельных случаях практической жизни, врач руководится известной мыслью, которая должна меняться по мере представляющихся фактов при исследовании больного.

Особенную важность имеет такая руководящая идея при исследовании помощью вопросов самого больного или его окружающих. Чтобы поставить вопросы, врачу необходимо сделать какое-нибудь предположение о больном.

После первого ответа больного на вопрос: на что он жалуется, врач ставит ряд вопросов, сообразно тем соображениям, которые у него более или менее сознательно образуются в силу его опыта и знания. Для начинающих полезно этому исследованию расспросами предпосылать обстоятельное объективное исследование, которым он и будет руководствоваться при постановке своих вопросов, предполагая, конечно, в начинающем хотя теоретическое знакомство с болезненными симптомами различных органов и группировкой симптомов в различных болезнях.

Собрав, таким образом, всю фактическую сторону представившегося случая различными методами исследования, врач подвергает тщательному анализу полученные им факты; группирует их по большей или меньшей их важности и устанавливает их хронологию развития **и взаимную связь на основании разностороннего исследования больного и собственного знания патологических процессов.**

Таким образом, врач устанавливает диагностику болезни и больного, давая название той или другой патологической форме, которая представляет наибольшее значение для жизни и которая составляет **основную форму данного случая.**

Исследуя взрослого больного, мы редко встречаемся с какой-нибудь одной патологической формой; в большинстве случаев представляющиеся при этом патологические факты бывают различного происхождения по времени и по причинам. У больного, положим, крупозное воспаление легкого, развившееся под влиянием эпидемических условий, но одновременно у него может быть старая болезнь сердца или сосудов, или, наконец, сахарное мочеизнурение, брайтова почка, сифилис и пр.

Анализируя найденные факты, при исследовании необходимо, как уже было сказано, установить правильную между ними связь и оценить взаимное отношение и влияние различных фактов на течение болезни. Установив диагноз, мы должны указать на этиологию данного случая, ища ее или во внешней среде, или в самом организме, унаследовавшем расположение к заболеванию от более или менее отдаленных родителей.

Установив такой диагноз больного, мы составляем более или менее вероятную гипотезу, которая оправдывается или опровергается дальнейшим течением болезни. На основании такой гипотезы врач обязан действовать – чем, и отличается практический врач от натуралиста ученого, который, изучив представившийся ему объект до возможной по его силам тонкости, может отложить дальнейшее исследование предмета до более благоприятного времени, когда явится новый способ, новый прием исследования, который можно будет применить с большим успехом к изучаемому предмету.

Объект изучения не ждет врача-практика, требуется помощь и иногда немедленная, безотлагательная; врач должен действовать, и обязанности его не ограничиваются только предметом его исследования; у больного есть близкие, друзья, родные, дети, те кровные связи человека, разрыв которых вносит несчастье в целую семью и иногда влечет за собой новые жертвы смерти. Поставив диагноз болезни и больного, врач должен установить показания к содержанию и лечению больного или к облегчению его страданий.

Показания эти должны быть результатом анализа данных, полученных при исследовании больного, и знания врача пределов возможности восстановления нарушенного равновесия, а также знания условий, при которых это равновесие наиболее легко восстанавливается. Установив показания, врач выбирает наиболее подходящие к данному случаю условия для восстановления нарушенного равновесия и назначает те или другие меры для самого больного и его окружающих, здоровье которых может быть в большей или меньшей опасности под влиянием найденной болезни. Приступив к выполнению своих назначений и последовательному наблюдению больного, врач обязан еще высказать то или другое предсказание относительно представившегося случая, его большей или меньшей опасности для жизни и возможности полного или неполного выздоровления. Знание врача, его опытность и искусство обуславливают большую или меньшую верность предсказания – этой обязанности по преимуществу перед обществом и перед близкими больного. Если самая диагностика больного представляет более или менее вероятную гипотезу, то предсказание, вытекающее из этой гипотезы, будет иметь еще меньшую степень вероятности, чем первая основная гипотеза, тем более что при разрешении этой медицинской задачи вводится еще целый ряд новых неизвестных нам условий. При постановке предсказания врач берет во внимание основную болезнь данного случая, организм самого больного, его возраст, пол, общественное положение, его наследственные особенности, существующие в нем изменения под влиянием прежде бывших болезней, его приспособляющуюся способность, психические и физические условия, под влиянием которых находился и находится больной; при всем этом врач лишен

возможности знать степень **устойчивости существенных для жизни органов исследуемого субъекта.**

Все условия более или менее благоприятного течения болезни известны нам не в такой точности, чтобы предсказания в большей части случаев не имели только гадательного характера, и относительно немногих только случаев предсказание может быть поставлено с полной точностью. Предсказание, оставаясь часто гадательным, более или менее вероятным, может быть хорошим, сомнительным и абсолютно дурным, если положение больного относительно жизни не представляет никакой надежды. Я считаю непозволительным врачу высказывать больному свои сомнения в возможности неблагоприятного исхода болезни, если какие-нибудь особые условия со стороны больного или его семьи не заставляют высказать предполагаемого сомнения; но и тут не следует забывать всю возможность ошибки и всю тяжесть могущих быть дурных последствий для нервной системы больного, мысль о предстоящей смерти которого не может благотворно действовать на течение болезни. Высказывая свое предсказание окружающим, врач должен поступать с большой осторожностью; он должен беречь больного и окружающих, от которых приходится иногда скрывать тяжелую истину в интересах самого больного. Надежда спасти больного или продлить его дни действует благотворно не только на окружающих его близких и ухаживающих за ним, но и на самого врача, бодрое состояние духа которого необходимо как для больного, так и для его окружающих. Факт смерти, несмотря на его неизбежность, так тяжел, что остающиеся живые нелегко с ним мирятся, и утрата навсегда любимого существа нескоро изглаживается... При недостаточности распространения знания медицины в нашем обществе душевное расстройство оставшихся близких умершего пациента нередко проявляется тяжелыми обвинениями в смерти больного лечившего врача. Особенным поводом к этим обвинениям является его ошибочное предсказание. Это обстоятельство в свою очередь имеет большое влияние на заключение врача при постановке предсказания, которое, как было сказано, почти всегда в большей или меньшей степени гадательно и, кроме того, высказывается еще под влиянием страха в возможности быть обвиненным в смерти человека. С другой же стороны, неоправдавшаяся сомнительная прогностика производит радостное впечатление на всех окружающих, и заслуга врача этим как будто только увеличивается.

Понятно, что врач не должен **смущаться ни страхом незаслуженного обвинения душевно расстроенного общества, ни увлекаться мнимой возможностью быть спасителем той или другой жизни.**

Сохраняя интересы больного и его ближайших окружающих, не думая о личных своих выгодах, врач **будет поступать согласно своим обязанностям и требованиям науки**, причем его душевное состояние наиболее устойчиво сохранится в равновесии. **При сознании добросовестного отношения к своим обязанностям врач не будет нравственно угнетен несправедливыми обвинениями и не впадет в самообольщение при своих успехах.**

Объективное отношение врача к самому себе составляет самое лучшее условие его дальнейшего развития и его душевного спокойствия в тех, поистине тяжелых обстоятельствах жизни, в которых нередко приходится ему действовать.

Установив диагноз больного, определив этиологию данного случая, установив показания к содержанию и лечению больного, высказав предсказания, врач приступает к выполнению всех выбранных им мер и **к дальнейшему наблюдению больного.**

Наблюдая больного, необходимо помнить, что диагноз больного есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять; могут явиться новые факты, которые могут изменить диагноз или увеличить его вероятность. С течением болезни одни симптомы остаются, другие меняются, появляются новые, некоторые проявления расстроенного равновесия жизни становятся резче, другие слабее или совсем исчезают, соответствуя тому или другому течению болезни или уступая предпринятым мерам.

Врач, составив себе план наблюдения, соответственно диагнозу больного и болезни, зная типические проявления тех или других патологических форм, наблюдает **строго объективно, делая отметки о тех или других** переменах в течении и лечении болезни. Каждая перемена должна быть анализирована и взвешена с возможной точностью, так как на основании этого анализа может быть сделано изменение в лечении, в диагнозе или предсказании больного.

Основательное наблюдение больного требует неизменных ежедневных отметок (реже или чаще, смотря по случаю), которые должны служить справками при дальнейшем наблюдении хода болезни и также для **составления окончательного заключения о данном случае, когда болезнь оканчивается полным или неполным выздоровлением или смертью**, когда, одним словом, прекращается наше наблюдение. Это окончательное заключение или эпикриз в случаях смертельного исхода доставляется с помощью данных, полученных и при посмертном исследовании. В случаях же полного или неполного выздоровления для окончательного заключения остаются факты, найденные при первом исследовании и при последующем его наблюдении.

Врач, имея возможность обозреть все течение болезни, может усмотреть особенности данного случая и отношение его к той или другой терапии. Он увидит при этом и сделанные ошибки, и возможность или невозможность их избежать. Составление эпикриза каждого случая условливает дальнейшее и наиболее благоприятное развитие врача, которое **никогда не должно останавливаться, если только врач продолжает исследовать, наблюдать** и делать заключения, основанные на его **знании и искусстве**.

Бросив общий взгляд на задачи, представляющиеся практическому врачу, и предлагая клинику как школу, дающую возможность выучиться применять теоретические знания к отдельным случаям, я считаю необходимым сказать несколько слов о способе клинического преподавания.

Достигнуть окончательной цели всего медицинского образования – предупреждать болезни, лечить или облегчать страдания своего ближнего – можно различными путями. Нет сомнения, что всякий человек с известным запасом наблюдательности и опыта жизни, даже без специального образования, может дать не один полезный совет в деле помощи, и нужно признаться, что в некоторых случаях совет разумного человека бывает иногда лучше совета плохого специалиста, действующего под влиянием какого-нибудь ложного или одностороннего воззрения.

Путем практики и опыта в известном направлении можно дойти до некоторой степени искусства узнавать болезнь, лечить не без успеха некоторые патологические формы; примеры практических успехов фельдшеров, различных знахарей слишком всем известны, чтобы распространяться по поводу этого постоянно повторяющегося явления в нашем обществе. В силу человеческого свойства – желая помочь ближнему – всякий считает себя в праве что-нибудь посоветовать тому или другому больному. Поползновение лечить есть у каждого в большей или меньшей степени, и, вероятно, это свойство унаследовано от наших самых отдаленных прародителей. Но нужно ли распространяться о всех выгодах и невыгодах способа врачевания, приобретаемого исключительно путем навыка, посредством развития только в известном направлении инстинктивной стороны наших способностей?

Каждый из получивших теоретическое знакомство с основными науками медицины и оставленный без дальнейшего руководства, без сомнения, с большею или меньшею легкостью, смотря по таланту, приобрел бы умение прилагать свое знание к делу распознавания и лечения больного человека. Но прежде чем достигнуть известного умения, много пройдет времени и много положится тяжелого и мучительного труда. Страх ошибки своего заключения и возможности принести вред вместо пользы действует в высшей степени угнетательно на нравственное состояние врача, силы которого будут, таким образом, непроизводительно расходоваться и, наконец, парализоваться горьким сознанием принесенного вреда больному. Чтобы

избегнуть этой страдальческой жизни, необходимо руководство опытного врача при первых шагах в практической жизни, предполагая, конечно, предварительное знание основных наук медицины в широком смысле этого слова. Нельзя допустить, чтобы предварительное теоретическое знание заключалось только в специальных отраслях собственно медицины, так, нормальной и патологической анатомий, физиологии и пр. Для будущего врача научного направления необходимо изучение природы в полном смысле этого слова. Знания физики, химии, естественных наук при возможно широком общем образовании человека составляют наилучшую подготовительную школу к изучению научной практической медицины.

При такой подготовке начинающего клиническому преподавателю остается только познакомить приступающего к изучению практической медицины с приемами исследования и мышления для составления **заключений при относительной недостаточности фактической стороны исследуемого субъекта**, на что обречен практический врач в силу его призвания безотлагательно помогать ближнему, чем он и отличается от натуралиста, не обязанного обстоятельствами к преждевременной гипотезе. Задача клинического преподавателя состоит в том, чтобы начинающий овладел методом **клинического исследования и приемами умозаключения в такой степени**, чтобы быть самостоятельным деятелем. Публичное решение отдельных практических задач с указаниями и объяснениями метода исследования и метода мышления и составляет клиническое преподавание при ныне существующих условиях многолюдности учащихся, относительной недостаточности материала для исследования и числа учащихся. Без всякого сомнения, если бы каждый учащийся мог самолично в каждом случае принимать участие в исследовании и заключении и участие преподавателя ограничивалось бы только руководством его как при исследовании, так и при заключении, то, конечно, это было бы то идеальное преподавание, которое при настоящих условиях пока неисполнимо. Чем более будет разрешено задач перед начинающими, тем, конечно, лучше; но существеннее и полезнее для начинающего более обстоятельная обработка отдельных случаев, чем поверхностный анализ большого числа случаев. Как бы ни был велик материал, которым располагает преподаватель, его будет все-таки недостаточно, чтобы показать учащимся в течение каково-нибудь года всевозможные комбинации различных патологических форм на различных субъектах; для этого далеко недостаточно всей нашей жизни. Если учащийся овладел клиническим методом, то он вполне готов для самостоятельной деятельности со всеми условиями будущего его развития, если только будет продолжать исследовать, наблюдать и делать заключения не **по инстинкту, а сознательно на основании своего знания, подкрепляемого трудами других наблюдателей**, с которыми он будет знакомиться путем литературных занятий. Считаю необходимым здесь же

упомянуть, что литературные занятия в развитии врача приносят действительную и существенную пользу только тогда, когда они производятся с известной системой. В настоящее время так много пишется и печатается, что поставить себе в обязанность прочесть все написанное, хотя бы и по одной только специальности, почти невозможно и, кроме того, бесполезно, так как ни одна голова не в состоянии удержать в себе содержания существующих медицинских библиотек. Необходимо читать с выбором, умея пропускать несущественное, мало дающее, останавливаясь на солидных трудах и исследованиях, дающих новые факты и, главное, **новые истины**.

Уменье пользоваться литературой, уменье останавливаться на существенном развивается, конечно, путем опыта, предполагая при этом известную степень развития, приобретенную путем изучения наилучших руководств по различным отраслям знания. При практических занятиях чрезвычайно полезно чтение брошюр и монографий, относящихся к тем случаям, которые подлежат наблюдению в данное время.

Одновременное практическое и литературное изучение какой-нибудь патологической формы совершенно изменяет отношение читающего к литературному материалу; самостоятельное наблюдение развивает ту истинную критическую способность, при которой литературные данные получают настоящий смысл и значение в развитии врача, причем литературный материал делается действительным достоянием читающего, а не наслойкой, быстро исчезающей под влиянием времени.

При таком способе изучения практической медицины невольно являются обобщения фактов, получаемых при наблюдении представляющихся случаев; эти мысли, слагаясь в форму вопросов, составляют исходную точку для целого ряда специальных исследований и наблюдений в известном направлении, причем является необходимость и опыта в смысле эксперимента.

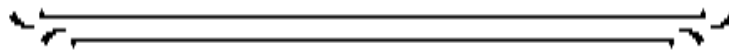
Понятно, что эксперимент на человеке допускается только в исключительных случаях, когда мы вполне можем быть убеждены в его безвредности; в противном же случае мы прибегаем к экспериментам над животными, причем условия для наших наблюдений значительно упрощаются.

Не считая нужным перечислять все приобретения практической медицины, полученные этим способом исследования, укажу только на то, что в настоящее время при лучших европейских клиниках учреждены лаборатории, где и производят различные исследования над животными, с той или другой руководящей идеей, выработанной путем клинических наблюдений, и этим последним существенно должны отличаться наши клинические лаборатории от физиологических, фармакологических и пр.

Долгий опыт показал, что существовавшие до сих пор высшие медицинские школы, дающие известную сумму знания и умения прилагать его к практической жизни, достигали своей цели; при этом образовывались и врачи-ученые, и врачи-практики, отвечавшие всем требованиям современной медицины с задатками дальнейшего правильного самостоятельного развития. Тем не менее, однако же, получив в школе все необходимое для самостоятельной деятельности и оставшись без руководителей, вступив в практическую жизнь, врач тогда только вполне почувствует всю тяжесть и трудность своей деятельности. Но внутреннее сознание добросовестно выполняемого долга будет поддерживать его нравственные силы в этой тернистой жизни непрерывающегося труда с тяжелыми впечатлениями при виде страданий ближнего и нередко с убеждением в невозможности помочь страдальцу.

Необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни, не впадая при неудачах в уныние или самообольщение при успехах. Нравственное развитие врача-практика поможет ему сохранить то душевное равновесие, которое даст ему возможность исполнить священный долг перед ближним и перед родиной, что и будет обуславливать истинное счастье его жизни.

С.П. Боткин



ПИСЬМО К МОЛОДЕЖИ

Что бы я хотел пожелать молодежи моей Родины, посвятившей себя науке?

Прежде всего, последовательности. Об этом важнейшем условии плодотворной научной работы я никогда не смогу говорить без волнения. Последовательность, последовательность и последовательность. С самого начала своей работы приучите себя к строгой последовательности в накоплении знаний.

Изучите азы науки, прежде чем попытаться взойти на ее вершины. Никогда не беритесь за последующее, не усвоив предыдущего. Никогда не пытайтесь прикрыть недостатки своих знаний хотя бы и самыми смелыми догадками и гипотезами. Как бы ни тешил ваш взор своими переливами этот мыльный пузырь – он неизбежно лопнет, и ничего, кроме конфуза, у вас не останется.

Приучите себя к сдержанности и терпению. Научитесь делать черную работу в науке. Изучайте, сопоставляйте, накапливайте факты.

Как ни совершенно крыло птицы, оно никогда не смогло бы поднять ее ввысь, не опираясь на воздух. Факты – это воздух ученого. Без них вы никогда не сможете взлететь. Без них ваши «теории» – пустые потуги.

Но, изучая, экспериментируя, наблюдая, старайтесь не оставаться у поверхности фактов. Не превращайтесь в архивариусов фактов. Пытайтесь проникнуть в тайну их возникновения. Настойчиво ищите законы, ими управляющие.

Второе – это скромность. Никогда не думайте, что вы уже все знаете. И как бы высоко ни оценивали вас, всегда имейте мужество сказать себе: я невежда.

Не давайте гордыне овладеть вами. Из-за нее вы будете упорствовать там, где нужно согласиться, из-за нее вы откажетесь от полезного совета и дружеской помощи, из-за нее вы утратите меру объективности.

В том коллективе, которым мне приходится руководить, все делает атмосфера. Мы все впряжены в одно общее дело, и каждый двигает его по мере своих сил и возможностей. У нас зачастую и не разберешь, что «мое», а что «твое», но от этого наше общее дело только выигрывает.

Третье — это страсть. Помните, что наука требует от человека всей его жизни. И если у вас было бы две жизни, то и их бы не хватило вам. Большого напряжения и великой страсти требует наука от человека. Будьте страстны в вашей работе и в ваших исканиях.

Наша Родина открывает большие просторы перед учеными, и нужно отдать должное — науку щедро вводят в жизнь в нашей стране. До последней степени щедро.

Что же говорить о положении молодого ученого у нас? Здесь ведь ясно и так. Ему многое дается, но с него много спросится. И для молодежи, как и для нас, вопрос чести — оправдать те большие упования, которые возлагает на науку наша Родина.

И.П. Павлов

Учебное издание

Ф.Ф. Тетенев, Т.Н. Бодрова, А.И. Карзилов,
К.Ф. Тетенев, П.Е. Месько,
Е.Л. Мишустина, А.В. Дубоделова

**РУКОВОДСТВО ПО ОВЛАДЕНИЮ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ КОММЕНТАРИЕМ
КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ**

Учебное пособие

Редактор Н.А. Суханова
Корректор И.А. Зеленская
Оригинал-макет Е.М. Харитонова

Редакционно-издательский отдел СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-41-53
факс. 8(382-2) 51-53-15
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru

Подписано в печать 05. 12. 2014 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист. 9,75
Тираж 200 экз. Заказ № 311

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2