

## **Значение теории диагностики при изучении внутренних болезней на педиатрическом факультете**

***Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Калинина О.В.***

## **Value of diagnostic theory at studying of internal diseases on pediatric faculty**

***Tetenev F.F., Bodrova T.N., Kalinina O.V.***

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

© Тетенев Ф.Ф., Т.Н. Бодрова, Калинина О.В.

Обосновано изучение основ теории диагностики на педиатрическом факультете, которые позволяют решить проблему развития и формирования клинического мышления независимо от количества часов, отпущенных для преподавания внутренних болезней.

**Ключевые слова:** теория диагностики, дифференциальный диагноз, симптом, синдром, диагноз.

It is proved in the article to decide studying of bases of theory of diagnostic on pediatric faculty, that allow problem development and formation clinical thinking irrespective of quantity of hours of internal diseases released for teaching.

**Key words:** theory of diagnostics, differential diagnosis, symptom, syndrome, diagnosis.

**УДК 616.1/4-053.2-07-035**

Формирование полноценного врача-клинициста требует обязательного изучения большого количества различных клинических дисциплин. Нисколько не умаляя значения каждой из многих клинических наук, все же надо отметить, что изучение внутренних болезней составляет основу для формирования научного клинического мышления. На педиатрическом факультете преподавание клинических наук поставлено в сложные условия: изучается большее количество специальных дисциплин по сравнению с лечебным факультетом. При этом существенно меньше учебных часов остается для изучения внутренних болезней, хотя требования к качеству знаний нисколько не снижаются. Врач-педиатр должен быть полноценным клиницистом. В связи с этим в условиях снижения резерва учебного времени на педиатрическом факультете при изучении клиники внутренних болезней необходимо решать те же задачи, что и на лечебном факультете. Официальные источники предлагают варианты рабочих программ по пропедевтике внутренних болезней, например повысить интенсивность учебного процесса, что само по себе никак не ориентирует на конкретные способы интенсификации обучения.

Многолетний опыт работы кафедры пропедевтики внутренних болезней Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск) со студентами лечебного, педиатрического и медико-биологического факультетов позволил найти весьма эффективный путь ускорения формирования научного клинического мышления с помощью внедрения в процесс обучения теории диагностики. Параллельно решалась задача оптимизации изучения субъективных, физических и параклинических методов обследования больного, что было успешно достигнуто унификацией, детализацией конкретных действий при перкуссии, пальпации и аускультации внутренних органов.

Особое внимание было уделено изложению теоретического обоснования методов исследования. Для решения этой задачи созданы видеофильмы, написано учебное пособие [3], аналога которому нет в учебной литературе. Например, подробно описаны и показаны фазы пальпации внутренних органов, детально изложены перкуссия и аускультация. Представлено объяснение происхождения тонов сердца с позиции теории гидравлического удара, описаны основные синдромы при физическом исследовании легких и сердца. Таким

образом удалось добиться хорошего уровня выполнения студентами фактографической части учебной истории болезни и получить возможность формализовать оценку качества работы студента, курирующего пациента [3].

В учебной истории болезни обоснование диагноза студентами излагается в форме профессионального комментария клинической картины [2]. Эта часть хорошо формализована совершенно конкретными действиями, которые выполняются по общему плану:

1. Все найденные симптомы группируются в синдромы. При этом соблюдаются строгие правила. Один симптом не может включаться в разные синдромы.

2. Выделяется основной синдром, определяющий тяжесть состояния больного или нозологическую форму.

3. Устанавливается причинно-следственная связь между синдромами, в основе которой лежит диагноз нозологической формы.

4. Формулировка диагноза.

Это план построения прямого клинического диагноза, который выполняется студентами III курса врачебных факультетов. Творческий характер обоснования прямого клинического диагноза не вызывает сомнения. Так, студенты описывают, каким образом у них возникла диагностическая гипотеза и как она подтвердилась в процессе обследования. Диагностическая гипотеза всегда возникает при обнаружении причинно-следственной связи между синдромами. Прежде всего нужно разграничить синдромы, характеризующие местные изменения в органах и общую реакцию организма на патологический процесс. Далее нужно определить, является ли общая реакция организма следствием местного патологического процесса в каком-то органе. Если причинно-следственная связь будет найдена, исследователю нужно будет решить вопрос, какое заболевание данного органа или системы может сопровождаться имеющейся общей реакцией. Таким образом, будет создана диагностическая гипотеза.

Серьезное диагностическое значение имеет знание свойств симптомов и синдромов, которые бы были свойственны всем симптомам и синдромам при всех болезнях [3]. Так, выделяют три категории симптомов: субъективные, объективные и параклинические (лабораторные и инструментальные), которые охватывают весь объем информации при исследовании пациента. Второе свойство тоже общее для всех симптомов —

это неспецифическое проявление болезни. Знание этого свойства позволяет врачу проводить осторожную интерпретацию найденных высокоспецифических симптомов. Третье свойство симптомов очевидно: механизмы симптомов различны, в том числе и неизвестные. Например, вряд ли возможно в настоящее время перечислить все механизмы одышки, так как неизвестного здесь остается больше, чем уже известного. Поиск симптомов — это творческий этап работы, после чего требуется сформировать из найденных симптомов болезней синдромы. Содержание синдрома весьма гибкое, оно может детализироваться с помощью различных методов исследования. В связи с этим синдромы могут быть простыми (субъективные, объективные и параклинические) и сложными (имеют четыре комбинации: субъективно-объективно-параклинические, субъективно-объективные, субъективно-параклинические, объективно-параклинические). При формулировании свойств синдромов учитывались критерии, которые были у свойств симптомов. Второе свойство указывает, что специфических синдромов не бывает. Следовательно, нельзя в каждом конкретном случае прямолинейно говорить о диагнозе, а можно высказывать только предположение. Знание семиотики синдромов наиболее эффективно развивает эрудицию обучающегося. Достаточно знать, что полное перечисление семиологического ряда синдрома практически невозможно. Обязательно есть возможность расширения этого ряда тем, что мы не знаем, но можем найти в литературе, и тем, что пока еще не известно науке. Наконец, третье свойство дает возможность понимать, что механизм синдрома может быть разным, в том числе неизвестным. Знание последнего свойства рассматриваемых категорий вообще создает мотивацию и открывает путь к поиску нового знания.

В этом процессе труднее всего объяснить механизм возникновения диагностической гипотезы, точнее, перейти от внутренней речи к внешней, но этому можно и нужно учиться. Для этого требуется сделать несложное обобщение и анализ клинической картины с помощью простых правил, включающих три возможных варианта: 1) одновременность появления, развития и исчезновения синдромов; 2) определенная последовательность развития, проявления и угасания синдромов; 3) отдельные симптомы и синдромы могут быть связующим звеном для других синдромов. То есть какие-то симптомы или какой-то синдром доказывает

связь, например, синдрома местных изменений в организме и общей реакции организма на патологический процесс. Предложенные критерии носят описательный характер, что дает понимание относительности доказательств истинности диагностического суждения. Тем не менее в клинической медицине не существует более надежных критериев доказательства причинно-следственных связей. Последнее, в свою очередь позволяет исследователю задумываться над важнейшими фундаментальными вопросами клинической медицины. Если же исследователь задумался над такими вопросами, то это уже более половины пути к познанию. Таким образом, уже в самом раннем, начальном периоде обучения у студентов стимулируется развитие пространственного мышления.

При формулировке предварительного (прямого) клинического диагноза используются все имеющиеся результаты обследования на данный момент, в том числе и параклинические.

Перечисленные аспекты размышления над клинической картиной являются исключительно серьезными стимулами развития и формирования клинического мышления уже на первом этапе работы с учебной историей болезни на III курсе.

При изучении внутренних болезней на старших курсах работа студента становится еще более интересной и содержательной. Теперь нужно описывать дифференциальный диагноз по известным пяти фазам, которые изложены в учебнике В.Х. Василенко [1], однако, к сожалению, не используются на практике. Первая фаза — формирование синдромов и выбор основного синдрома (это уже было сделано студентами на этапе обоснования прямого клинического диагноза). Основным синдром — это синдром, определяющий тяжесть состояния больного или нозологическую форму.

После того как будет найден основной синдром, следует приступить ко второй фазе. Вторая фаза состоит в том, что необходимо перечислить семиотику выбранного основного синдрома, которая и будет представлять собой план дифференциального диагноза. С этой целью записывают семиологию основного синдрома, т.е. те заболевания, при которых может иметь место выбранный основной синдром. При этом нужно учесть последовательность нозологических форм по частоте встречаемости. К сожалению, в учебной и специальной литературе по частной патологии

этому аспекту дифференциального диагноза не уделяется должного внимания.

Третью фазу дифференциального диагноза составляет обследование пациента. В этой фазе студент рассматривает результаты тех исследований, с помощью которых он проверял диагностические гипотезы, указанные в плане дифференциального диагноза. На четвертой фазе дифференциального диагноза согласно результатам обследования выстраивается последовательность нозологических форм по степени их обоснованности.

Исключение из дифференциального ряда заболеваний, не получивших подтверждения при обследовании, проводится по трем принципам. Первый принцип — принцип существенного отличия (в процессе обследования больного симптомы, относящиеся к предполагаемой форме патологии, не были найдены). Например, предполагалась диабетическая кома, но изменений содержания глюкозы в биохимическом анализе крови не обнаружено. Однако однозначность и категоричность при этом не всегда оправданы. Например, повышенная концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови не всегда определяется при подагре.

Второй принцип — исключение через противоположность, когда полученные результаты противоположны проявлению данной нозологической формы. Например, для язвенной болезни желудка характерно повышение секреторной функции желудка, а при исследовании пациента обнаружено снижение секреторной функции. Принцип дифференцирования через противоположность в условиях современной медицины все-таки является весьма условным. Клиническую картину в значительной степени могут изменять современные методы лечения, так, при приеме блокаторов протонной помпы (или омеза) изменяется секреторная функция желудка.

Третий принцип — составление дифференциально-диагностических таблиц. Данный принцип используется в тех случаях, когда симптомы заболевания у пациента и при заболеваниях, находящихся в плане дифференциального диагноза, сходные. В таблице нужно указывать степень выраженности симптомов. Предпочтение отдается той форме патологии, при которой определяется наибольшее сходство степени выраженности симптомов, и это позволяет исключить диагностические гипотезы, не получившие подтверждения.

Описанные три принципа дифференцирования диагностических гипотез в целом имеют описательный характер и не могут рассматриваться однозначно. В основном это третий принцип, где учитывается чисто количественная выраженность симптомов — больше или меньше. Составление дифференциально-диагностических таблиц, однако, очень полезно, так как позволяет познакомиться с большим количеством различных заболеваний внутренних органов, тем более что оно ведется в сравнительном аспекте.

Пятая фаза состоит в формулировке современного синтетического клинического диагноза. Основным диагнозом считается тот, который наиболее полно соответствует набору симптомов и синдромов. Диагноз нужно описать в соответствии с требованиями современной классификации болезней. Студенты должны определить компоненты синтетического диагноза: описательный, анатомический, функциональный, этиологический, патогенетический, конституциональный, экологический, индивидуальный. Отдельные компоненты синтетического диагноза

могут отсутствовать, подразумеваться или быть неизвестными. При этом важно понимание причин особенностей сочетания компонентов синтетического диагноза.

Таким образом, изучение теории диагностики позволяет решить проблему развития и формирования клинического мышления независимо от количества часов, отпущенных для преподавания внутренних болезней. Все болезни нельзя изучить, обучаясь в университете, однако изучение важнейших форм патологии с помощью знаний положений теории диагностики формирует клиническое мышление как важнейший стимул для самообразования.

#### Литература

1. *Пропедевтика* внутренних болезней. 3-е изд., перераб. и доп. / под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева. М., 1982. 513 с.
2. *Тетнев Ф.Ф.* Как научиться профессиональному комментарию клинической картины. Томск, 2005. 175 с.
3. *Тетнев Ф.Ф.* Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции): 2-е изд., перераб. и доп. Томск, 2001. 392 с.

Поступила в редакцию 23.09.2010 г.

Утверждена к печати 22.12.2010 г.

#### Сведения об авторах

*Ф.Ф. Тетнев* — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней СибГМУ (г. Томск).

*Т.Н. Бодрова* — д-р мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней СибГМУ (г. Томск).

*О.В. Калинина* — канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней СибГМУ (г. Томск).

#### Для корреспонденции

*Калинина Ольга Викторовна*, тел.: (3822) 53-24-41, 8-913-818-8737; e-mail: kov7575@km.ru