

А.В. ДРЕВАЛЬ

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ

**ПРИНЦИПЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ
ПРАКТИКА**



Александр Древаль

**Диагностика болезней: принципы
и клиническая практика**

«Aegitas»

2020

УДК 616
ББК 53.4

Древаль А. В.

Диагностика болезней: принципы и клиническая практика /
А. В. Древаль — «Aegitas», 2020

ISBN 978-5-98811-623-3

В пособии представлены общие принципы диагностики болезней, которые в учебной литературе до сих пор подробно не разбирались. В книге даются алгоритмы выбора диагностических гипотез, разъясняются основные понятия, неоднозначно трактуемые в медицинской литературе. Пособие облегчит студентам старших курсов медицинских вузов, клиническим ординаторам и начинающим врачам усвоение фундаментальных принципов дифференциальной диагностики. Книга поможет им стать отличными специалистами с высокой общеклинической культурой и эффективно применить знания в реальной клинической практике.

УДК 616
ББК 53.4

ISBN 978-5-98811-623-3

© Древаль А. В., 2020
© Aegitas, 2020

Содержание

Предисловие	5
Глава 1	6
1.1. Дефиниции в диагностике болезней	7
1.2. Донозологическая и нозологическая диагностика	10
1.3. Логические принципы обоснования и дифференцирования болезней	18
1.4. Три основных типа симптомов и штампы бытовых ситуаций	34
Конец ознакомительного фрагмента.	36

Александр Древаль

Диагностика болезней: принципы и клиническая практика

«Qui bene diagnoscit – bene curat»¹

Предисловие

Эта книга – результат обобщение метода многолетнего преподавания в Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова, который, я как начинающий педагог повзаимствовал в свое время у доцента Садовой З.М. Она разбирала больных со студентами так называемым методом «у постели больного», а не по истории болезни больного или докладу студента в отсутствие больного (детально эта методика, с моей модификацией, описана в этой книге). В результате я наглядно увидел типичные ошибки, которые совершает начинающий врач и, на этой основе, разработал определенную технику опроса, обследования и стратегии обследования больного, которая позволяет ускорить освоение навыков профессиональной медицинской диагностики в любой медицинской специальности. Очевидно, что описанный метод является в значительной степени развитием русской классической клинической школы, основанной великими клиничесстами – М.Я. Мудровым, Г.А. Захарьиным, С.П. Боткиным, В.Х. Василенко и многими другими.

Глава 1

Общие вопросы

Рассмотрим вначале общие принципы диагностики болезней, которые в учебной литературе обычно специально не разбираются, а без знакомства с ними практически невозможно эффективное их применение в реальной клинической практике. Начнем с уточнения (дефиниции) неоднозначно толкуемых в медицинской литературе понятий «диагностическая гипотеза», «диагноз», «нозологическая форма», «болезнь» и т. п., которые являются базисными в методе диагностики болезней. Донозологическая оценка состояния здоровья, логические принципы диагностики болезней, понятия об основном и сопутствующем заболеваниях, классификация симптомов и представление о штампе бытовых ситуаций используются в диагностике методом интервью на всех этапах опроса больного (жалобы, история жизни и заболевания), а также при оформлении результатов беседы с больным в истории болезни и потому обсуждаются в этой главе.

1.1. Дефиниции в диагностике болезней

Такие фундаментальные понятия, как «болезнь», «диагноз» и другие, интерпретируются клиническими школами по-разному. Приведенная их трактовка в данной работе не всегда совпадает с самой распространенной, поскольку определения сформулированы прежде всего с прикладной точки зрения – так, как обычно понимает и использует эти понятия практикующий врач при постановке диагноза или построении сценария болезни.

Приведенные здесь определения следует рассматривать как сугубо рабочие, позволяющие исключить разночтения и, главное, упростить понимание и восприятие методологических приемов диагностики болезни.

Заболевание (*син.: патологическое состояние*) – комплекс внешне видимых изменений организма, субъективных ощущений и (или) физикальных, лабораторных, инструментальных признаков, которые расцениваются врачом как отклонение от нормы.

Нозологическая форма (*син.: болезнь*) – выделенный в классификации болезней под лаконичным названием некоторый набор клинических и (или) лабораторно-инструментальных признаков (симптомов) заболевания, обнаружение которого у больного позволяет врачу назначить рекомендуемое лечение с гарантированным эффектом.

Такое определение вытекает из основной цели диагностики болезни – назначения наиболее целесообразного лечения. После установления соответствия между группой признаков заболевания и нозологической формой из классификации цель диагностики достигнута, и врачу остается лишь назначить лечение.

Диагноз — врачебное лаконичное описание заболевания в виде перечня нозологических форм.

Следует обратить внимание, что исходя из вышеуказанных определений понятие «заболевание» шире понятия «болезнь», поскольку у больного может наблюдаться сложное заболевание, включающее несколько нозологических форм.

Диагностическая гипотеза (концепция) – предполагаемая врачом нозологическая форма (комплекс нозологических форм) заболевания.

Если в диагноз включены диагностические гипотезы, то он является предварительным или вероятным, окончательный же диагноз основывается лишь на верифицированных нозологических формах. Нередко одну часть диагноза составляет перечень диагностических гипотез, а другую – точно установленные нозологические формы, и тогда он является предположительным лишь отчасти.

Симптом — элементарное проявление болезни, которое ощущается или замечается больным или выявляется при опросе, осмотре, физикальном обследовании врачом или обнаруживается лабораторными, инструментальными методами. Поскольку симптом является элементарным признаком болезни, он не может состоять из набора симптомов. На практике симптом заболевания нередко трактуется врачом в более узком смысле: как элементарное проявление болезни, выявляемое при опросе или осмотре, но не с помощью лабораторных или инструментальных методов. Понятия «симптом» и «признак болезни» употребляются в настоящем издании как эквивалентные.

Каждый выявляемый у больного симптом должен быть охарактеризован врачом относительно диагностической гипотезы как диагностический, специфический, неспецифический или нехарактерный. Ниже приведено развернутое определение указанных понятий.

Д и а г н о с т и ч е с к и й с и м п т о м (признак, критерий) свойствен единственной нозологической форме. Следовательно, обнаружение диагностического симптома делает предполагаемый диагноз (а при случайной находке и непредполагаемый) окончательным. Например,

для рака щитовидной железы диагностическим признаком является характерная гистологическая картина новообразования, а для сахарного диабета – определенный уровень гликемии.

С п е ц и ф и ч е с к и й с и м п т о м (признак) встречается при ограниченном круге нозологических форм, чем, собственно, и определяется специфичность симптома для некоторой болезни. Например, жажда является специфическим симптомом сахарного диабета, поскольку круг болезней, при которых наблюдается этот симптом, весьма ограничен.

Н е с п е ц и ф и ч е с к и й с и м п т о м встречается при широком круге нозологических форм, в том числе и при предполагаемой болезни. Например, общая слабость, снижение трудоспособности – неспецифические симптомы сахарного диабета, поскольку они также сопутствуют любой другой тяжелой болезни.

Нехарактерный симптом никогда не наблюдается при рассматриваемой (предполагаемой) нозологии.

Следует отличать часто встречаемый при некоторой болезни симптом от специфического, так как это отнюдь не одно и то же. Так, жажда – специфический и частый симптом сахарного диабета, а «ложкообразные» ногти – специфический, но редкий симптом диффузного токсического зоба. Общая слабость – частый неспецифический симптом сахарного диабета, а генерализованный гипертрихоз – редкий неспецифический симптом первичного гипотиреоза. Таким образом, симптом может быть охарактеризован как специфический частый (редкий) или как неспецифический частый (редкий).

В клинической практике комплекс специфических симптомов, выявляемых у больного, имеет для диагностики болезни не меньшее значение, чем диагностический признак, тем более что и диагностический тест может давать как ложноотрицательные, так и ложноположительные результаты. Так, для рака щитовидной железы диагностическим признаком является гистологическая картина пораженного участка. Однако, если в пунктате «холодного» узла щитовидной железы отсутствуют характерные для рака патологические изменения, это не позволяет врачу категорически исключить злокачественное новообразование, поскольку либо пунктат мог быть получен не из узла, а из здоровой ткани щитовидной железы, либо гистологическая картина опухолевой ткани оказалась близкой к нормальной, и у гистолога не было достаточных оснований для категорического заключения. Следовательно, если диагностический признак обнаруживается (и притом исключен ложноположительный результат), то предполагаемый диагноз подтверждается. В противном случае диагностическая гипотеза может и не отвергаться, особенно если у больного имеются специфические симптомы или у врача отсутствует полная уверенность в надежности исследования. Таким образом, специфические симптомы для врача, как правило, не менее значимы, чем диагностический признак, тем более что в последнее время наблюдается неблагоприятная для практической врачебной деятельности тенденция развития лабораторно-инструментальных методов диагностики: чем более надежен диагностический признак, тем труднее его получить технически. Например, обнаружение в сыворотке антител к β -клеткам поджелудочной железы является надежным диагностическим критерием аутоиммунного сахарного диабета, но такого рода исследование доступно, к сожалению, лишь ограниченному числу лабораторий.

Можно также указать болезни, для которых отсутствует диагностический признак. Исходя из вышеприведенных определений, очевидно, что широко распространенная гипертоническая болезнь вообще не имеет диагностического признака, так как повышенное артериальное давление, на основе которого диагностируется эта болезнь, – всего лишь специфический для гипертонической болезни синдром. Именно поэтому диагноз гипертонической болезни ставят путем исключения у больного нозологических форм, имеющих схожие диагностические признаки (в частности, эндокринные гипертонии и др.).

Симптомокомплекс – сочетание симптомов, объединенных некоторым единым принципом. По патогенетическому единству формируется, например, симптомокомплекс, отражаю-

щий повышенное теплообразование при тиреотоксикозе: потливость, хорошая переносимость холода и плохая – жары, симптом «простыни» и др. Симптомы могут быть сгруппированы и по степени специфичности относительно некоторой нозологической формы: симптомокомплексы специфичные в противовес неспецифичным.

Синдром — симптомокомплекс, специфичный для определенной нозологической формы и обычно имеющий общепринятый в медицине термин (название, наименование). При этом для синдрома, как и симптома, можно указать степень его специфичности относительно нозологической формы. Иногда синдромом исчерпывается описание болезни (например, синдром Пиквика), и тогда его обнаружение равносильно установлению диагноза, т. е. синдром эквивалентен диагностическому признаку. Но обычно синдром составляет лишь часть клинической картины болезни, и его обнаружение хотя и повышает вероятность выявления предполагаемой нозологической формы, но, однако, не является достаточным для установления окончательного диагноза, поскольку такой синдром может, например, наблюдаться и при других болезнях или симптомокомплекс, характерный для синдрома, может возникнуть при достаточно вероятном у больного сочетании сопутствующих нозологических форм. Иногда синдромом называют патогенетически связанное сочетание двух или более нозологических форм (например, синдром Шмидта, который характеризуется сочетанием первичного гипотиреоза и первичной надпочечниковой недостаточности, развившихся вследствие аутоиммунного поражения эндокринных желез).

Диагностический поиск — опрос, осмотр и (или) инструментально-лабораторное обследование, направленные на выявление специфических и диагностических признаков болезни.

В клинической практике можно наблюдать два основных вида диагностического поиска. Во-первых, когда врач интервьюирует и обследует впервые обратившегося за медицинской помощью человека с ранее не диагностированной болезнью, он пытается оценить состояние его здоровья и найти какой-либо специфический симптом исходно неизвестной болезни, что позволило бы аргументированно высказать диагностическую гипотезу. Во-вторых, после построения диагностической гипотезы задача врача существенно упрощается, так как далее поиск ограничивается специфическими симптомами предполагаемой болезни. Итак, с учетом сказанного определим два вида диагностического поиска.

Д о н о з о л о г и ч е с к а я д и а г н о с т и к а – опрос, осмотр и (или) инструментально-лабораторное обследование, направленные на выявление специфических и диагностических признаков какой-либо из всех известных врачу нозологических форм.

Н о з о л о г и ч е с к а я д и а г н о с т и к а (син.: диагностика болезни или нозологической формы) – опрос, осмотр и (или) инструментально-лабораторное обследование, направленные на выявление специфических и диагностических признаков предполагаемой болезни.

Таким образом, в случае нозологической диагностики диагностический поиск направляется диагностической гипотезой, а при донозологической – некоторой общей схемой обследования.

Для удобства анализа собираемой информации диагностический поиск разделяют на следующие этапы: первый завершается сбором жалоб, второй включает историю заболевания, третий – историю жизни, четвертый – данные осмотра, пятый – лабораторно-инструментальное обследование, хотя можно предположить и другие градации. Завершение каждого из этапов требует обоснования ведущей диагностической гипотезы и дифференцирования ее по имеющейся информации от конкурирующих, поэтому диагностический поиск благодаря обзорности каждого из этапов упрощается, что удобно для молодых, начинающих клиницистов. Вместе с тем, как будет ясно из дальнейшего подробного изложения приемов обоснования и дифференцирования болезней (см. п. 1.4), для процесса принятия диагностически значимых решений характерны гораздо более «мелкие шаги».

1.2. Донозологическая и нозологическая диагностика

Решение врача о необходимости диагностировать болезнь в значительной степени зависит от его уверенности в болезненном состоянии человека, обратившегося к нему за профессиональной помощью. Этот процесс можно представить следующим образом.

1. Полная уверенность в том, что человек здоров.
2. Неполная в той или иной степени уверенность, что человек болен (здоров).
3. Полная уверенность в том, что человек болен:
 - 3.1. неизвестны локализация процесса, его характер;
 - 3.2. известно, какая система, орган вовлечены в патологический процесс (сердечно-сосудистая, пищеварительная и т. п.);
 - 3.3. известно, к какой подгруппе болезней пораженного органа (системы) относится заболевание (болезнь сосудов сердца, хроническое воспалительное заболевание почек и т. п.);
 - 3.4. известна нозологическая форма, но не установлен вариант ее течения;
 - 3.5. известна нозологическая форма, а также определен вариант ее течения (степень тяжести, осложнения и т. п.).

Врач после первых жалоб и (или) поверхностного осмотра может решить, что обратившийся к нему человек здоров (см. п. 1). Например, обратившегося может беспокоить слегка болезненное и обнаруженное при самостоятельной пальпации округлое образование на голове, которое при осмотре оказывается всего лишь костным выступом, вариантом нормального развития костного скелета, а боль – результат гиперестезии часто пальпируемой им зоны.

Женщины нередко обращаются с жалобой на чувство «кома» в горле, возникающее при волнении, обычно связывая это ощущение с заболеванием щитовидной железы, однако на самом деле это так называемый «истерический комок», свидетельствующий о высоком психоэмоциональном напряжении обратившейся. Это один из неспецифических симптомов тиреотоксикоза, и если, кроме него, при опросе и осмотре врач не находит специфических проявлений какой-либо болезни щитовидной железы, то имеет основания заключить, что состояние щитовидной железы нормальное и чувство «кома» в горле не связано с ним. Однако про себя врач рассуждает следующим образом (см. п. 2): «Общее хорошее состояние и самочувствие обратившейся при наличии неспецифического симптома, скорее всего, не может оправдать углубленного поиска какой-либо болезни щитовидной железы, так как, с одной стороны, она, вероятнее всего, не будет обнаружена, а с другой – если какая-то болезнь и будет выявлена, то не потребует специального лечения. Поэтому женщину можно считать практически здоровой и не обременять ее и лабораторию малоперспективным обследованием». Следовательно, в реальной клинической работе во всех случаях обращения за консультативной и (или) лечебной помощью врач испытывает большую или меньшую неуверенность в том, что интервьюируемый здоров, что и служит ведущим мотивом для организации диагностического поиска.

Когда врач не уверен в состоянии здоровья интервьюируемого (см. п. 2), то его решение относительно целесообразности проведения углубленного диагностического поиска, а значит, признание факта, что обратившийся скорее болен, чем здоров, зависит от следующих объективных и субъективных обстоятельств:

- 1) настойчивости обратившегося;
- 2) внушаемости врача;
- 3) приверженности врача к диагностическому поиску;
- 4) степени выраженности неспецифических признаков болезни;
- 5) наличия специфических симптомов.

На рис. 1.1 условно представлена зависимость решения врача о проведении углубленного диагностического поиска от соотношения указанных факторов. При этом шансы обратившегося быть признанным больным меняются от 0 до 100 %.



Рис. 1.1. Шансы обратившегося за медицинской помощью быть признанным больным с точки зрения врача

В правой части окружности указаны факторы, дающие низкие шансы интервьюируемому получить от врача заключение «болен» (условно менее 50 % для каждого фактора в отдельности), а в левой – высокие шансы. Кроме того, хорошо видно, что в клинической практике могут возникать очень неблагоприятные для больного сочетания, когда, например, застенчивый больной со слабовыраженными общими симптомами и малым числом специфических жалоб попадает на прием к врачу с низкой приверженностью к диагностическому поиску, невысокой эмпатией (умением сопереживать). В этом случае шансы больного получить врачебную помощь падают практически до нуля. Обычно указанные в левой и правой частях окружности факторы комбинируются самым причудливым образом, и в результате шансы каждого обратившегося находятся между 25 и 75 %.

Способностью внушать обладают не только врачи, но и больные, и об этом клиницисту не следует забывать, особенно при критической оценке ранее установленного другим врачом диагноза. Глубокая уверенность человека в своей болезни, несмотря на наличие только мало-специфических ее симптомов, может заставить врача продолжить диагностический поиск, когда в аналогичном случае, но при малой настойчивости больного он посчитал бы обратившегося практически здоровым. Например, при обнаружении при УЗИ-исследовании щитовидной железы малоспецифических для ее заболевания признаков. Особенно внушаемы начинающие и неуверенные в себе врачи, и именно они «сенсibilизированы» к проведению диагностического поиска по малейшему поводу. Вместе с тем недопустима и непоколебимость врача в своем решении, когда он категорически отвергает настойчивые жалобы больного, ведь неприятные ощущения, заставившие человека обратиться к врачу, являются если не признаком соматического, то, вероятно, психосоматического заболевания и, возможно, требуют врачебной помощи, например психиатра.

Устойчивость к внушению должна проявляться прежде всего в игнорировании фантастических измышлений больного о природе беспокоящих его симптомов и в трезвом, независимом от мнения больного, профессиональном их анализе. Следовательно, врач должен принимать во внимание только признаки болезни и критически относиться к диагнозам, на которых необоснованно настаивает больной. Этому правила нужно особенно строго придерживаться, когда отсутствует не только уверенность в каком-либо диагнозе, но и в состоянии здоровья больного вообще.

Обнаружение специфического признака болезни не всегда служит безусловным поводом для отнесения обратившегося к категории больных. Например, выявленные в крови обследуемого антитела к ткани щитовидной железы являются лабораторным диагностическим признаком аутоиммунного ее поражения. Вместе с тем лечение при аутоиммунном тиреоидите сводится на сегодня только к коррекции нарушенной функции щитовидной железы. Следовательно, до тех пор пока функция щитовидной железы нормальна, эндокрино лог никакого лечения не назначает, потому что такое состояние расценивается не как эндокринная болезнь, а всего лишь как «антителоносительство» – не норма, но и не болезнь. С точки зрения эндокринолога, такая позиция понятна, хотя, вероятно, иммунолог с этим бы не согласился, поскольку антитела к ткани щитовидной железы явно указывают на аутоиммунную болезнь. Но поскольку иммунология до сих пор не предложила каких-либо методов лечения аутоиммунного тиреоидита, то подобных возражений практически не возникает.

Очень трудно определить, есть ли у больного соматическая (не психическая) болезнь, когда жалобы исчерпываются лишь неспецифическими признаками (слабость, вялость, снижение трудоспособности), которые всегда можно отнести на счет переутомления, психоэмоциональных расстройств и других столь характерных для жизни современного человека каждодневных стрессорных жизненных событий. Беседуя с впервые обратившимся за медицинской помощью человеком, предъявляющим только вышеуказанными «неспецифические» жалобы, необходимо получить отчетливое представление прежде всего о степени их выраженности. Устают все, но некоторые к концу рабочего дня, другие – к середине, а третьи и десятки шагов пройти не могут без чувства утомления. Итак, яркие проявления общих, неспецифических симптомов при отсутствии специфических являются безусловным поводом для вынесения категорического донозологического суждения: болен, но пока неизвестно чем (см. п. 3). После этого направление диагностического поиска обычно разворачивается в определенной последовательности: выявление пораженного органа или системы, установление группы болезней, к которой может относиться предполагаемая болезнь, и, наконец, выделение из группы наиболее вероятной нозологической формы и варианта ее течения.

Таким образом, можно выявить определенную преемственность между донозологическим и нозологическим диагностическим поиском, которая находит отражение в следующих уровнях (или стадиях) постижения врачом заболевания у больного.

Уровень 1 (донозологический надорганный)

Оценка состояния здоровья обратившегося («болен – здоров») по общим (нелокализованным) неспецифическим признакам болезни (общая слабость, снижение трудоспособности, похудание, повышение температуры тела и т. п.).

Уровень 2 (донозологический органный)

Определение локализации патологического процесса в организме больного по специфическим симптомам (заболевание поджелудочной железы, сердца, нервной системы, гипоталамогипофизарно-надпочечниковой системы и т. п.).

Уровень 3 (нозологический)

Диагностика болезни органа или системы регуляции (инсулиновая недостаточность, хронический активный гепатит, ревматический порок сердца, синдром гиперкортизолизма и т. п.) – *внутриорганный или внутрисистемный диагностика*.

Разберем более подробно каждый уровень. На уровне 1 (донозологическом надорганном) врач пытается установить, болен ли вообще обратившийся за медицинской помощью человек. Эта ситуация часто возникает при первичном обращении человека к врачу, когда обратившийся предъявляет субъективные жалобы на недомогание, снижение трудоспособности и имеются такие общие объективные симптомы, как похудание, потемнения кожи и т. п. Этот уровень постижения болезни является низшим, поскольку, обосновывая болезненное состояние организма вообще, врач высказывает простейшее из возможных суждений о состоянии здоровья человека: «болен» или «здоров». И более простого или менее определенного утверждения о заболевании привести невозможно. Кроме того, на уровне 1 проводится лишь наименее определенная дифференциальная диагностика между заболеванием и здоровьем. Если на этом уровне диагностический поиск завершается, то в результате больному может быть назначено только общее симптоматическое лечение («лекарство от температуры», «физический покой», например).

Когда врачу удастся не только определить наличие заболевания у обратившегося за медицинской помощью человека, но и выяснить, какой орган или система организма вовлечены в патологический процесс, уровень постижения врачом заболевания повышается (уровень 2, донозологический органный). Например, когда больного беспокоят неопределенные боли в правом боку, то перед врачом стоит на первом месте задача определения пораженного органа, провоцирующего боль, а уж потом – болезни, вызвавшей поражение органа. В этом случае процессы обоснования и дифференцирования заболевания имеют отношение к поражению органов или системы регуляции в целом, а не к конкретным нозологическим формам, поэтому такая диагностика остается донозологической. Следовательно, установив локализацию патологического процесса по соответствующим местным неспецифическим для определенной нозологической формы симптомам, врач резко ограничивает область диагностического поиска, что и характеризует качественно новый, второй, уровень постижения заболевания. Но если уровнем 2 диагностический поиск завершается, то у врача оказывается существенно больше возможностей помочь больному, чем на предыдущем уровне, так как в большинстве случаев можно назначить симптоматическое лечение препаратом, снимающим проявления заболевания независимо от его причины. Более того, несмотря на существенный прогресс современной медицины, болезней, которые можно излечить, остается намного меньше, чем тех, проявление и прогрессирование которых можно контролировать лечебными средствами. Отсюда подавля-

ящее большинство лекарственных препаратов не излечивают болезнь, а снимают лишь ее проявления (симптомы) и, следовательно, являются симптоматическими.

Итак, принципиальная особенность донозологической диагностики заключается в том, что она основывается на столь распространенных при многих заболеваниях симптомах, что практически исключает проведение эффективной диагностики болезней (например, проведение дешевого, быстрого и необременительного как для больного, так и медицинской службы обследования). Но как только удастся выявить специфический симптом, характерный для узкой группы сходных по клиническим проявлениям нозологических форм, становится возможным проведение нозологической диагностики (уровень III).

После того как определен пораженный орган или система, появляется возможность нозологической диагностики (уровень 3.1), так как круг возможных заболеваний становится вполне обозримым. Например, когда у 18-летнего больного выявлены симптомы поражения гипоталамогипофизарно-надпочечниковой системы (гиперкортизолизм), то дифференциальная диагностика ограничивается тремя патологическими состояниями: болезнь Иценко – Кушинга, синдром Иценко – Кушинга и пубертатно-юношеский диспитуитаризм.

Когда установлена нозология (болезнь), диагноз уточняют путем выявления варианта ее течения, осложнений и т. п. (уровень 3.2). Например, если в результате исследования диагностического признака гликемии установлен диагноз «сахарный диабет», то далее следует уточнить: 1) тип диабета (1-й или 2-й); 2) наличие сосудистых его осложнений (микрои макрососудистых); 3) наличие диабетической нейропатии и т. д.

есть многочисленные примеры мгновенной диагностики болезни, когда диагноз устанавливается при первом взгляде на больного (диагностика на уровне 3.1, который «поглощает» уровни 1 и 2, но не 3.2). Так, опытный эндокринолог может диагностировать акромегалию буквально на улице, поскольку заболевание сопровождается характерным изменением внешности больного. В частности, с 2005 года, когда руководимое мной отделение эндокринологии Московского областного научно-исследовательского института (МОНИКИ) стало формировать московский областной регистр больных акромегалией, мне удалось выявлять 1–2 больных в год буквально на улице и диагностировать данное заболевание впервые. При этом ни разу еще не было случая гипердиагностики.

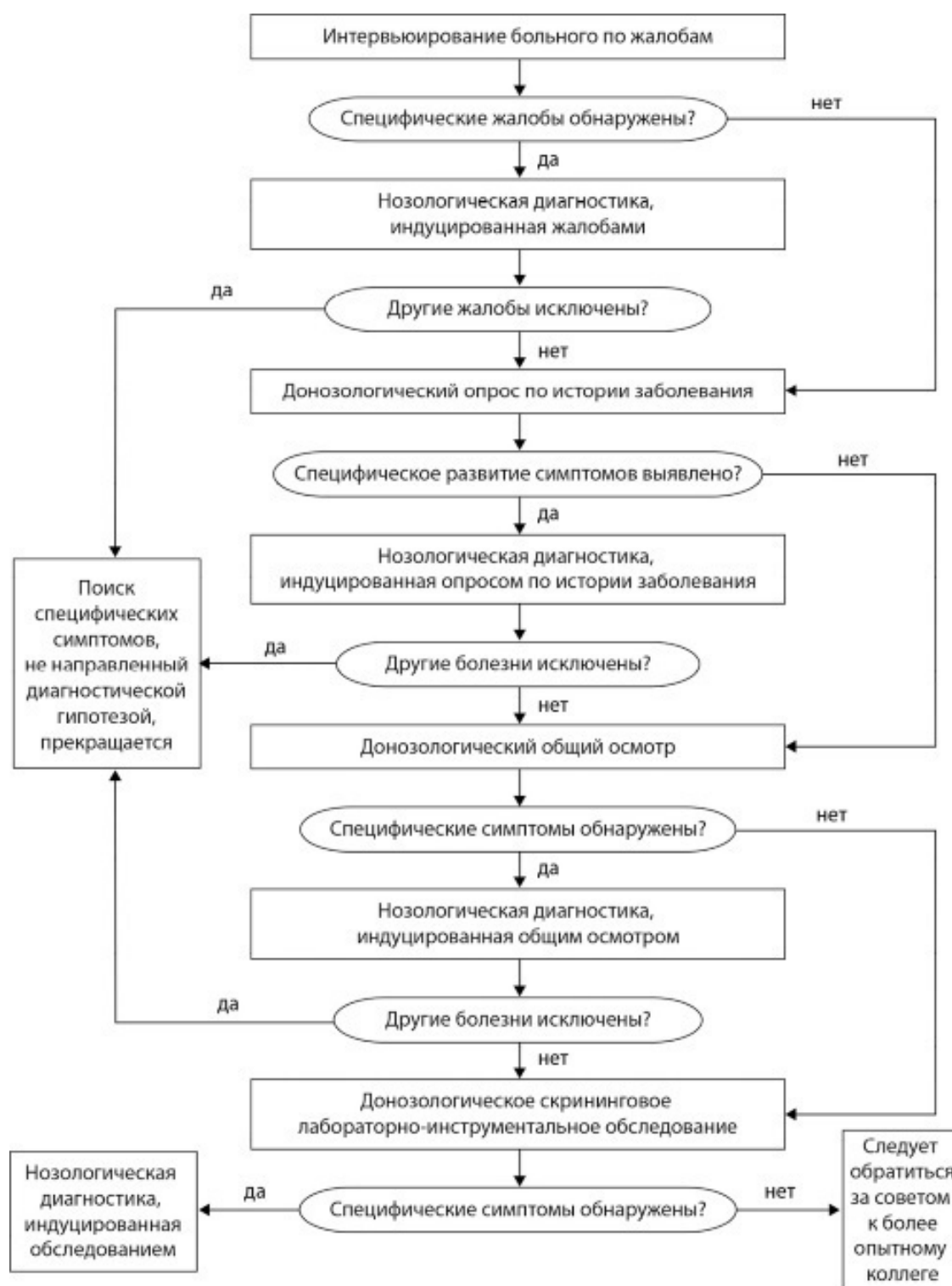


Рис. 1.2. Структура взаимоотношений донозологической и нозологической диагностик на разных этапах диагностического поиска

Вместе с тем диагностирование акромегалии не исключает у больного возможности других сопутствующих болезней, а значит, не избавляет врача от проведения донозологической диагностики в других, не связанных с диабетом направлениях. Потому в реальной практической врачебной деятельности донозологическая диагностика, как правило, сопутствует нозологической. Их взаимоотношения при опросе, осмотре и обследовании больного представлены на рис. 1.2.

Направленность клинической медицины на максимально исчерпывающее представление о заболевании у человека связано с сугубо практической задачей – подобрать наиболее эффективное из возможных лечение. И чем выше уровень постижения заболевания, тем более эффективное лекарственное средство удастся подобрать больному.

Основная особенность их взаимодействия заключается в том, что выявление специфического симптома на каком-либо из этапов диагностического поиска индуцирует нозологический поиск, при этом донозологический сохраняется до тех пор, пока не исключена, по мнению врача, возможность у больного других, не диагностированных на предыдущих этапах болезней, тем более что нозологический поиск вырастает как бы из донозологического, так как конечная цель последнего – обнаружение специфических симптомов болезни.

Поясним это положение на конкретном примере организации донозологической диагностики методом интервью. Число болезней слишком велико, чтобы начинать интервьюирование с нозологической диагностики, спрашивая потенциального больного обо всех известных медицинской науке специфических симптомах. Упростить эту сложную задачу позволяет донозологическая диагностика, основывающаяся всего лишь на двух типах вопросов, направленных на выявление, во-первых, хотя бы какой-нибудь жалобы, высказываемой больным самостоятельно, без наводящих на определенный специфический симптом подсказок, и, во-вторых, обнаружение каких-нибудь жалоб со стороны органов и систем.

Первый тип вопросов формулируется примерно так: «На что вы жалуетесь?» В ответ врач рассчитывает получить прежде всего перечни общих жалоб (уровень I) и, если возможно, специфических симптомов, позволяющих построить первые диагностические гипотезы и начать нозологическую диагностику. При отрицательном ответе указанный вопрос может быть усилен серией наводящих на общие неспецифические жалобы вопросов: «А не снизилась ли у вас трудоспособность?» или «Не похудели ли вы?» и т. п.

Второй тип вопросов направлен на выявление местных симптомов в соответствии со «Схемой истории болезни» В.Х. Василенко, например: «Нет ли у вас каких-либо неприятных ощущений со стороны живота?» или

«Не беспокоят ли вас боли?» На эти последние вопросы врач ожидает получить не только и не столько местные неспецифические (уровень II), сколько специфические признаки, которые позволили бы начать нозологический поиск.

Таким образом, проводя опрос (а также осмотр и лабораторно-инструментальное обследование) на донозологическом уровне, врач всегда надеется получить специфические симптомы для начала нозологической диагностики, а следовательно, донозологический опрос и обследование индуцируют и диагностику болезней. Именно потому выявление специфических жалоб для некоторой болезни не должно автоматически прекращать донозологический поиск специфических жалоб для других сопутствующих болезней, поэтому выяснение жалоб завершается лишь после исчерпания всех вопросов донозологического поиска уровнями 1 и 2.

Аналогичная ситуация складывается и при осмотре больного: диагностический поиск не должен ограничиваться специфическими симптомами лишь ранее высказанной, пусть и очень правдоподобной, диагностической гипотезы, а включать и плановый осмотр всех указанных в «Схеме истории болезни» органов и систем, так как донозологическое обследование, не направленное определенной диагностической гипотезой, может неожиданно выявить симптомы другой болезни.

Когда среди жалоб отсутствуют специфические, а значит, нозологическая форма по жалобам не диагностируется, это обстоятельство не должно исключать интервьюирование больного по истории заболевания. Наоборот, особенности развития симптомов нозологически неопределенного заболевания в динамике могут способствовать возникновению диагностической гипотезы, а если этого не происходит, то суть донозологического опроса по истории

заболевания заключается в том, что с его помощью выясняется последовательность развития неспецифических симптомов, не связанных какой-либо диагностической гипотезой.

Донозологическое, или так называемое плановое, обследование включает перечень лабораторно-инструментальных исследований, проводимых в отношении каждого больного, независимо от предполагаемого диагноза (общий анализ мочи, кала, крови, ЭКГ и т. д.). если после его завершения специфические симптомы так и не были обнаружены, а на основании выявленных неспецифических сохраняется глубокая уверенность в том, что обратившийся за помощью человек болен, то следует посоветоваться с более опытным коллегой. Когда и неспецифические симптомы малоубедительны, то отсутствие специфических служит обычно достаточным поводом для заключения, что обратившийся здоров или не страдает соматическим заболеванием. Это означает, что на самом начальном этапе взаимодействия с больным была совершена диагностическая ошибка – гипердиагностика соматического заболевания. Таким образом, очевидна чрезвычайно высокая ответственность врача, когда он выносит самое первое донозологическое заключение: болен ли обратившийся к нему за помощью человек, так как гипердиагностика требует необоснованного и обычно дорогостоящего обследования, средства от которого могли бы быть затрачены с большей пользой. Вместе с тем несвоевременная диагностика вредит больному, нередко уменьшая его шансы на выздоровление.

1.3. Логические принципы обоснования и дифференцирования болезней

Логические основания построения диагноза можно представить в виде довольно сложной диагностической системы (компьютерной программы, например), которую обычно реализуют математики, работающие в этой области (см. *Котов Ю.Б.* Новые математические подходы к задачам медицинской диагностики. Серия «Синергетика: от прошлого к будущему», 2004). В повседневной практической работе врач тоже пользуется логическими правилами диагностики болезней, но не требующими сложных компьютерных вычислений, что не делает диагностику малоэффективной. Это связано с тем, что клиницист действует в рамках иерархической структуры принятия решений, что чрезвычайно эффективно в случаях поиска решений сложных интеллектуальных задач, к которым относится и диагностика болезней. Более того, на сегодня решение такого рода интеллектуальных задач в той полноте, в которой осуществляет ее человек (врач в нашем случае), не доступно никакой компьютерной программе.

Итак, практически используемые врачом логические основания диагностики болезней, представленные в данном разделе, базируются на иерархическом структурировании диагностического поиска, что в медицине называется этапами диагностики болезни. Следует заметить, что поскольку в процессе обучения врача эти правила явно не формулируются, то могут показаться на первый взгляд несколько непривычными. Однако любой алгоритм диагностики болезней, которыми сегодня насыщены практически все руководства по диагностике болезней, базируется именно на нижеописанных логических основаниях.

Процессы обоснования болезни и ее дифференцирования от схожих по проявлениям тесно связаны, так как в обоих случаях базируются на одном и том же наборе специфических и диагностических симптомов болезни, с одной стороны, а с другой – обоснование неявно включает в себя и процесс дифференцирования болезней.

Процесс обоснования болезни протекает в два этапа: 1) вначале из полученных у больного тем или иным способом признаков (симптомов) заболевания исключаются неспецифические; 2) затем для каждого из оставшихся специфических симптомов указывают перечень нозологических форм, при которых встречается рассматриваемый специфический симптом. В результате указанного процесса получается список болезней, возможность существования которых у больного *обосновывается* выявленным у него специфическим набором симптомов. Например, если больной жалуется на жажду (выпивает до 8 л воды в сутки) и общую слабость, то из процесса диагностического поиска исключается симптом «общая слабость», а оставшаяся специфическая жалоба «жажда» указывает на возможность у больного сахарного или несахарного диабета.

Таким образом, в процессе обоснования болезни не учитываются неспецифические симптомы, иначе врачу следовало бы принимать в расчет огромное количество возможных нозологий у больного, подлежащих дифференцированию. Выделяя у больного только специфические для болезней симптомы, врач очерчивает круг наиболее вероятных болезней. С одной стороны, выявленные у больного специфические симптомы обосновывают возможность соответствующих этим симптомам болезней. С другой стороны, принимая в расчет только выявленные у больного специфические симптомы, врач фактически проводит и первый этап дифференциальной диагностики болезней, так как исключает из диагностического поиска те болезни, на которые указывают неспецифические симптомы. Но процесс исключения из диагностического поиска части болезней и есть, по сути, *дифференцирование* болезней. И дифференциально-диагностический прием в этом случае сводится к игнорированию неспецифических симптомов.

Итак, в процессе обоснования и дифференцирования болезней используются только специфические (и, где это возможно, диагностические) симптомы. Именно поэтому при обнаружении диагностического признака (симптома) прекращается не только процесс обоснования, но и дифференцирования болезни. Специфические симптомы, обосновывающие определенную нозологию, потому лишь специфичны, что свойственны ограниченному кругу болезней, т. е. благодаря только своему дифференцирующему качеству они указывают на соответствующую нозологическую форму, имеющуюся у больного.

Неспецифическим симптомом «слабость» нельзя обосновать какую-либо болезнь. Но симптом «жажда» указывает на возможность у больного диабета, как сахарного, так и несахарного. И наличие этого специфического симптома тут же исключает огромное число болезней, сопровождаемых слабостью. Но если у больного, жалующегося на жажду, выявлен такой диагностический признак сахарного диабета, как высокий уровень глюкозы крови, то тем самым получает обоснование окончательный диагноз «сахарный диабет». Кроме того, благодаря диагностическому признаку (гипергликемия) не только обоснован диагноз сахарного диабета, но отдифференцирован (исключен) диагноз «несахарный диабет».

Продолжим рассмотрение общих принципов обоснования и дифференцирования болезней. После того как врач для всех выявленных у больного специфических симптомов сформировал перечень соответствующих им болезней, могут возникнуть 4 варианта типичных простейших взаимоотношений между болезнями и симптомами (рис. 1.3), которые определяют направление дифференцирования сходных болезней.

Как указывалось выше, если у больного найден диагностический признак Д1 (см. в а р и а н т А на рис. 1.3), то он окончательно *обосновывает* болезнь Н1 и ее *дифференцирование*, таким образом, также завершено (нет необходимости с чем-либо сравнивать). Например, выявленный диагностический признак «гликемия» в пероральном тесте толерантности к глюкозе более 11 ммоль/л через 2 ч от начала теста (признак Д1) свидетельствует только о сахарном диабете (болезнь Н1), т. е. указанный диагностический признак *обосновывает* сахарный диабет, одновременно *дифференцируя* его от любой другой болезни со схожими специфическими симптомами (например, жажда, полиурия).

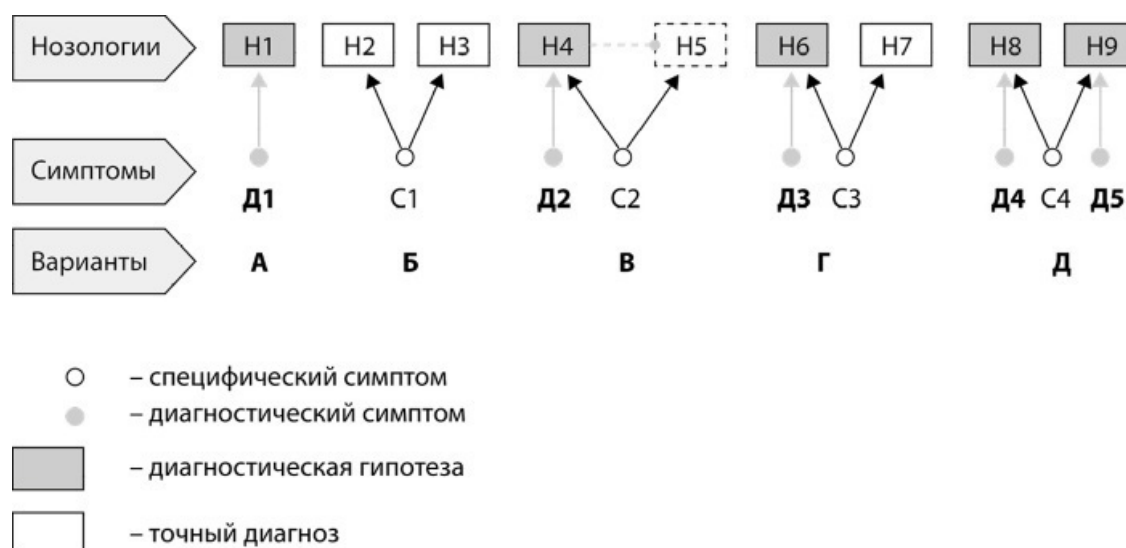


Рис. 1.3. Основные (типичные) элементарные варианты (А – Д) взаимоотношений нозологических форм (Н1—Н9) и их специфических симптомов (С1—С4) и диагностических признаков (Д1—Д5)

Если у больного найден специфический симптом С1, который наблюдается как при болезни Н2, так и Н3 (в а р и а н т Б), то этот симптом *обосновывает* возможность у больного обоих заболеваний, и, следовательно, нужно проводить в этом случае *дифференциально-диагностический* поиск, который мог бы однозначно диагностировать одну из возможных болезней или обе. Например, жажда (симптом С1) наблюдается как при сахарном (Н2), так и несахарном (Н3) диабете, и потому врач вправе подозревать у больного наличие обеих болезней, которые надлежит дифференцировать.

В случае в а р и а н т а В специфический симптом С2 у больного *обосновывает* возможность болезней Н4 и Н5, но наличие у больного и диагностического для болезни Н4 симптома Д2 однозначно указывает (обосновывает) диагноз Н4. Тем самым для нозологии Н4 диагностический поиск завершен и она отдифференцирована от болезни Н5. Более того, если болезни Н4 и Н5 не могут сосуществовать, то диагностирование болезни Н4 тут же исключает болезнь Н5 и тогда диагностический поиск болезни Н5 тоже завершен.

В качестве примера можно указать симптом «одиночный узел щитовидной железы» (С2). Он может быть как злокачественным (Н4), так и доброкачественным (Н5), но если проведена биопсия щитовидной железы и обнаружены гистологические признаки рака щитовидной железы (Д2), то тем самым диагностирован злокачественный узел и исключен доброкачественный и диагностический поиск завершен для обеих диагностических гипотез (доброкачественная или злокачественная опухоль).

Вместе с тем у больного могут быть и не взаимоисключающие болезни Н6 и Н7 с совпадающим специфическим симптомом С3 (в а р и а н т Г). Так как симптом С3 встречается не только при болезни Н6, но и Н7, то врач должен продолжить поиск специфических (или диагностических) симптомов болезни Н7, пока не будет выявлен, например, симптом, который бы встречался только при болезни Н7. если такой поиск увенчается выявлением диагностического признака для болезни Н7, тогда у больного две болезни и получается в итоге вариант Д на рис. 1.3. А если нет, то ситуация с дифференциально-диагностической точки зрения оказывается несколько неопределенной: верифицированная болезнь Н6 не исключает у больного возможность болезни Н7. В результате в варианте Г окончательное дифференцирование болезни Н5 от Н4 оказывается невозможным, если для болезни Н7 не найдется диагностического признака.

Практически такая ситуация может возникнуть у больного с верифицированным по гликемии сахарным диабетом (диагностический признак Д3 для Н6), так как симптом «полиурия» (С3), к примеру, может быть и при несахарном диабете (Н7). При этом обнаружение сахарного диабета не исключает у больного несахарного диабета (это не взаимоисключающие заболевания). В связи с этим необходимо исследование диагностического для несахарного диабета признака, чтобы исключить или подтвердить диагноз несахарного диабета.

В а р и а н т Д характеризуется тем, что обнаруженные у больного диагностические признаки Д4 и Д5 окончательно обосновывают болезни Н8 и Н9, а специфический симптом С4 свойствен обоим нозологиям и их не дифференцирует и потому обладает меньшей обосновывающей силой, чем Д4 и Д5 в отдельности. Следовательно, в ситуации Д симптом С4 при обосновании комплексного диагноза, включающего Н8 и Н9, можно опустить. Очевидно, что в варианте Д процесс обоснования, а вместе с ним и дифференцирования завершен, так как для схожих по специфическим симптомам и потому подлежащих дифференцированию болезней получены диагностические признаки.

Как видно из описания рис. 1.3, дифференцирование обоснованных и при этом сходных по проявлениям болезней необходимо продолжать лишь в случаях Б и Г, т. е. процесс дифференцирования заключается в том, что путем поиска диагностического признака для каждой из возможных и сходных по проявлениям болезней вариант Б вначале приводится к варианту В или Г, а последний, в свою очередь, – к варианту Д.

При этом следует иметь в виду, что проведение, например, диагностического теста ДЗ в случае положительного результата подтверждает наличие у больного нозологической формы Н6, а в случае отрицательного – окончательно исключает болезнь Н6. Но если специфический симптом С3 свойствен только двум болезням (Н6 и Н7), то после исключения диагностическим тестом Д3 болезни Н6 симптом С3 оказывается у больного характерным лишь для болезни Н7, и тем самым он в этом частном случае из специфического превращается в диагностический. В итоге вариант Г распадается на два варианта А. Описанный прием является типичным в дифференциальной диагностике методом исключения. его обычно применяют, когда, с одной стороны, для основной предполагаемой болезни отсутствует или малодоступен диагностический признак, а с другой – у больного наблюдается ее высокоспецифический симптом, т. е. встречаемый при одной-двух других дифференцируемых нозологических формах, для которых имеется или легкодоступен диагностический признак. В частности, гипертоническая болезнь диагностируется по специфическому признаку «повышенное артериальное давление» методом исключения симптоматических гипертоний (альдостерома, феохромоцитомы и др.), для которых есть диагностические признаки (повышенный уровень альдостерона, катехоламинов и т. п.).

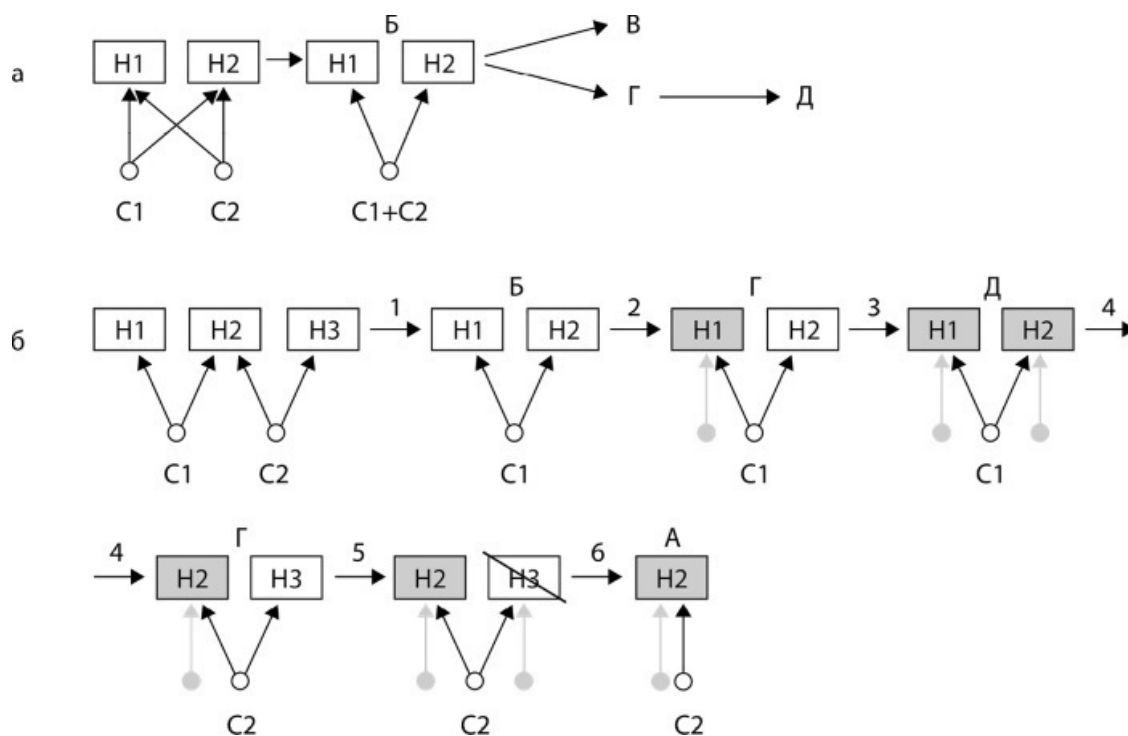


Рис. 1.4. Методы сведения двух сложных вариантов взаимоотношений между специфическими симптомами и соответствующими нозологическими формами к типичному элементарному варианту Б с последующим дифференцированием по цепочке В или Г, Д или Г, А

Поскольку в процессе дифференцирования одновременно сравниваются лишь 2 нозологии, то более сложные взаимоотношения между специфическими симптомами и соответствующими им болезнями всегда можно и следует сводить к одному из четырех простейших вариантов Б, В, Г или Д, что делает процесс дифференцирования обозримым. Тем более что других простейших типов взаимоотношений, кроме А – Д, не существует!

На рис. 1.4 показаны наиболее часто встречаемые в клинической практике сложные взаимоотношения между специфическими симптомами и болезнями и методика их сведения к простейшим типам Б, В или Г.

Когда два симптома С1 и С2 одновременно обосновывают две болезни Н1 и Н2, их можно объединить в симптомокомплекс (С1 + С2) (1-й шаг на рис. 1.4, а). В результате получается элементарный вариант обоснования Б. Например, больного беспокоят жажда (С1) и полиурия (С2), которые обосновывают у него возможность сахарного (Н1) и несахарного (Н2) диабета. Формируя из полиурии и полидипсии симптомокомплекс, отражающий нарушение водного обмена с окружающей средой, получаем типичный вариант обоснования Б. Когда две болезни обоснованы по варианту Б, дифференциальная диагностика между Н1 и Н2 заключается в преобразовании варианта обоснования Б в окончательный В или вначале в Г, а затем окончательный Д, в зависимости от дифференциально-диагностических возможностей (рис. 1.4, а). В приведенном клиническом примере, чтобы дифференцировать сахарный диабет от несахарного, необходимо вначале определить гликемию, что может доказать (обосновать) наличие сахарного диабета (вариант Г). Проведя пробу с антидиуретическим гормоном, получаем диагностический критерий несахарного диабета (Н2), т. е. вариант Д, и на этом заканчиваем процесс дифференцирования сахарного и несахарного диабета. Заметим, что в конечном счете могут быть верифицированы у больного оба заболевания, одно из дифференцируемых или ни одного.

Если симптомы С1 и С2 обосновывают три болезни Н1, Н2 и Н3, то для перехода к элементарным вариантам следует вычленив 2 болезни и обосновывающий их симптом С1; в результате получается вариант Б (см. 1-й шаг на рис. 1.4, б). Дифференциально-диагностический поиск после этого проходит ранее разобранным путем: к варианту Г (2-й шаг), затем Д (3-й шаг). После этого рассматривают 2 болезни Н2 и Н3 и обосновывающий их симптом С2 (4-й шаг). Следует заметить, что с учетом проведенного ранее дифференцирования Н1 и Н2 между Н2 и Н3 и обосновывающими их симптомами возникает вариант взаимоотношений Г, который после проведения дифференцирующего диагностического теста, исключающего Н3, переводится в вариант А (шаги 5-й и 6-й).

Из приведенного анализа легко усматриваются тесные взаимоотношения между обоснованием и дифференцированием болезней: в случае Б ни одна из сравниваемых болезней не обоснована окончательно, в случае Г окончательно обоснована одна из них, а в случае Д обоснованы окончательно обе. Поскольку процесс дифференцирования заключается в получении (указании) диагностических признаков для каждой из двух сравниваемых болезней, то тем самым он последовательно продвигается от варианта обоснования Б к варианту В или Д.

Итак, процесс дифференцирования болезней, имеющих совпадающие специфические симптомы, заключается в выявлении для каждой из них диагностических признаков (симптомов) – абсолютно надежных дифференцирующих показателей.

Следовательно, не составляет особого труда дифференцировать сходные болезни, когда врач имеет возможность получить их диагностические признаки. Но, к сожалению, на ранних этапах диагностического поиска (опрос, осмотр) врачу обычно доступны лишь специфические симптомы, а целесообразность проведения обычно дорогостоящих или высокотравматичных диагностических тестов следует еще обосновать, опираясь лишь на специфические симптомы. Таким образом, на каждом из этапов диагностического поиска врач, используя лишь специфические симптомы, должен оценить, какая из сходных болезней более вероятна (обоснована), чтобы указать наиболее целесообразное направление дифференциально-диагностического обследования, освободив тем самым больного и лабораторно-инструментальные службы клиники от заведомо излишних диагностических процедур.

Кроме указанного выше метода исключения, существует и другой прием дифференцирования болезней по специфическим симптомам, который базируется на принципе «достаточного основания». Рассмотрим использование этого принципа вначале на клиническом примере, чтобы его общее определение не показалось излишне умозрительным.

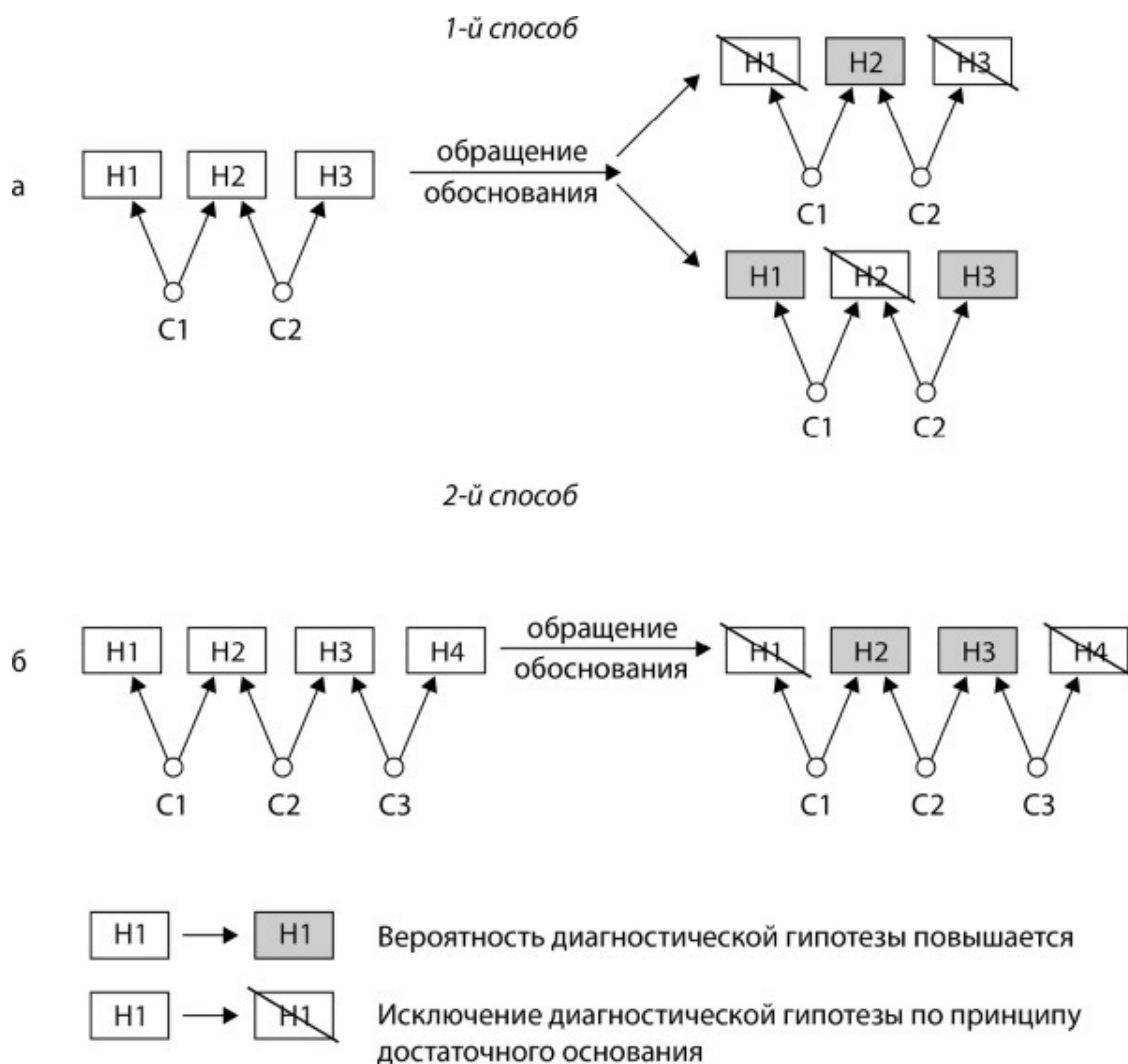


Рис. 1.5. Дифференцирование диагностических гипотез по принципу достаточного основания

Предположим, что специфические симптомы C1 и C2 обосновывают болезни H1, H2 и H3 указанным на рис. 1.5 способом. Посмотрим теперь на взаимоотношение этих симптомов и болезней как бы с противоположной (обратной) точки зрения – оценим, какое число симптомов позволяет объяснить (интерпретировать) каждая из нозологических форм: H1 и H3 объясняют наличие отдельно симптомов C1 и C2 соответственно, а болезнь H2 объясняет присутствие сразу обоих симптомов – C1 и C2 у больного. Следовательно, для объяснения всех клинических проявлений заболевания достаточно в приведенном примере одной нозологической формы H2, и на этом основании «достаточности» болезни H1 и H3 можно не принимать в расчет, и тем самым мы отбросили, а значит, и от дифференцировали H2 от H1 и H3. Можно рассуждать по-другому: у больного имеются лишь нозологические формы H1 и H3, которые имитируют болезнь H2, и тем самым мы по принципу достаточного основания избавляемся от необходимости проводить диагностический поиск болезни H2. Однако второй способ рассуждений менее предпочтителен, поскольку привлекает для объяснения симптомов заболевания не одну, а две болезни.

Таким образом, обнаруженные у больного специфические симптомы обосновывают выдвигаемые врачом одну или более диагностических гипотез. Но в последнем случае возникает необходимость выбора среди возникших диагностических гипотез наиболее вероятной, и тогда процесс обоснования как бы обращается: среди конкурирующих диагностических гипо-

тез выбирается наиболее полно объясняющая клиническую картину заболевания. Этот прием дифференцирования диагностических гипотез будем в дальнейшем называть для краткости «обращение о б о с н о в а н и я».

Следовательно, **принцип достаточного основания** заключается в следующем: если одна из предполагаемых болезней объясняет некоторый симптомокомплекс у больного, а другая – лишь часть его, то более обоснованной (а значит, и отдифференцированной от других) является первая.

Например, если у больного обнаружены полиурия, полидипсия, глюкозурия и гипергликемия, то полиурию и полидипсию можно объяснить несхарным диабетом, глюкозурию – почечным диабетом, а весь симптомокомплекс – сахарным диабетом. Так как сахарный диабет позволяет объяснить весь симптомокомплекс, наиболее обоснованной является именно эта диагностическая гипотеза. Тем самым по принципу достаточного основания отдифференцирован сахарный диабет от других болезней на основе лишь специфических симптомов. Однако принцип достаточного основания базируется не на законах логики, а лишь на здравом смысле, и потому его следует использовать очень осторожно, особенно в медицине, и всегда быть готовым к тому, что отброшенные («отдифференцированные») на его основе болезни могут тем не менее присутствовать у больного. Известно, например, что сахарному диабету нередко сопутствует почечный и первый вполне может сочетаться с несхарным диабетом.

Итак, рассмотрена одна из сторон принципа достаточного основания, когда из конкурирующих гипотез наиболее вероятна та, которая наиболее полно позволяет объяснить наличие комплекса проявлений заболевания. Назовем этот подход принципом максимизации достаточного основания.

С другой стороны, у врача могут возникнуть две гипотезы, симптоматология каждой из которых может объяснить присутствие всего набора выявленных симптомов у больного, но при этом в отношении одной из них (пусть второй) врачу известен достаточно обширный перечень почти обязательных специфических симптомов, не обнаруженных у интервьюируемого. В такой ситуации целесообразно считать менее вероятной именно вторую диагностическую гипотезу, так как первой вполне **достаточно** для объяснения наличия симптомов у больного, и потому нет необходимости привлекать гипотезу с более обширной симптоматологией. Назовем такой подход принципом минимизации достаточного основания.

Например, если у больного в результате опроса выявлены только полиурия и полидипсия, то более вероятной является диагностическая гипотеза психогенной полидипсии, чем сахарного диабета, специфические жалобы которого включают не только все признаки психогенной полидипсии, но и многие другие.

Следовательно, дифференциально-диагностический принцип достаточного основания является как бы зеркальным по отношению к обоснованию: конкурирующие диагностические гипотезы обосновываются набором специфических жалоб, а затем из этих гипотез исключаются те, которые объясняют меньший объем проявлений болезни.

Рассмотрим еще один типичный случай использования принципа достаточного основания, когда следует сохранять обе диагностические гипотезы, объясняющие один и тот же симптом. Предположим, что обнаружены 3 симптома С1, С2 и С3, обосновывающие болезни Н1, Н2, Н3 и Н4, указанные на рис. 1.5, б. Так же как и на рис. 1.5, а, можно отбросить болезни Н1 и Н4, поскольку нозологий Н2 и Н3 достаточно для объяснения симптомокомплекса (С1, С2, С3). Однако принцип достаточного основания не позволяет освободиться ни от Н2, ни от Н3, так как каждой из них недостаточно для объяснения симптома С3 или С1 соответственно. Таким образом, если две болезни объясняют наличие одного симптома (симптомокомплекса) у больного, но при этом каждая из них в отдельности объясняет наличие у больного и некоторых других симптомов, то обе следует рассматривать как в равной степени обоснованные и не исключать из процесса дифференциального поиска.

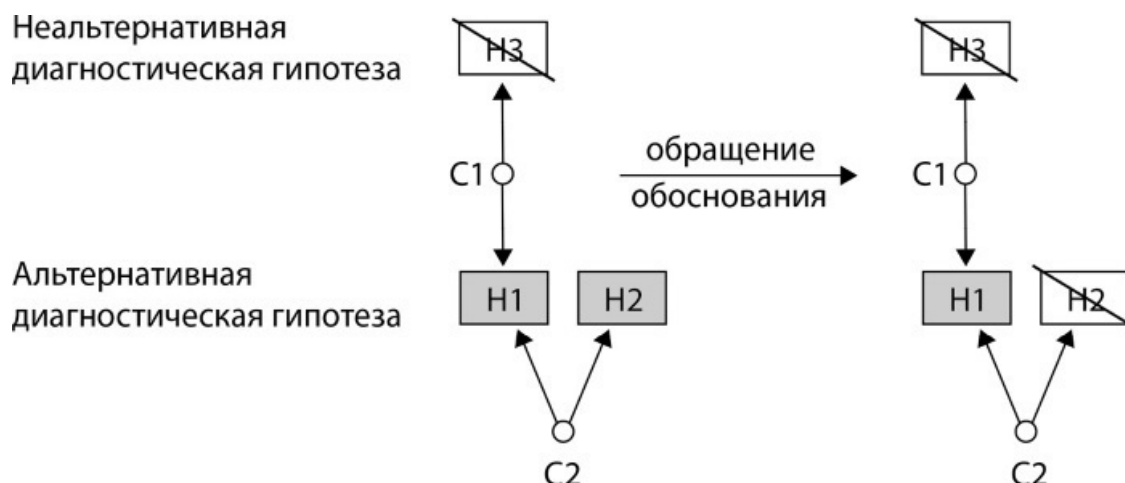


Рис. 1.6. Дифференцирование диагностических гипотез по принципу альтернативности и достаточного основания: альтернативная гипотеза H3 исключается в силу строго специфического для H1 (но не для H3) симптома C2, а H2 – достаточного основания

Для повышения качества дифференциальной диагностики принцип достаточного основания дополняют *принципом альтернативности*. Альтернативными считают болезни, которые не могут одновременно сосуществовать у больного. При дифференцировании альтернативных гипотез H1 и H3 (рис. 1.6), обоснованных одним симптомом (симптомокомплексом) C1, достаточно получить (указать) для одной из них (пусть H1) диагностический признак или несовпадающий специфический симптом C2, чтобы исключить на основании альтернативности другую (H3).

Таким образом, при использовании принципа альтернативности отпадает необходимость поиска диагностических признаков или специфических несовпадающих симптомов для обеих таких гипотез, так как это не повышает качества дифференцирования. Применение этого принципа как минимум вдвое экономит время, затрачиваемое врачом на дифференцирование болезней. Например, альтернативными болезнями являются гипертрофический вариант зоба Хашимото с гипотиреозом и диффузный токсический зоб с тиреотоксикозом. Но в обоих случаях наблюдается целый ряд совпадающих специфических симптомов, в частности диффузное увеличение щитовидной железы, выпадение волос и др. Обнаружение диагностического признака или строго специфического симптома, симптомокомплекса (см. C2 на рис. 1.6) для одной из таких гипотез исключает другую. В этом случае принцип достаточного основания действует очень надежно.

С учетом всего сказанного выше можно понять, почему у клинициста все более растет уверенность в обоснованности некоторой диагностической гипотезы, когда он выявляет все большее число специфических для нее симптомов, причем именно желание получить максимально широкий спектр специфических симптомов диагностической гипотезы и является движущей силой диагностического поиска. Необходимость поиска специфических симптомов предполагаемой болезни оправдывает лишь принцип достаточного основания, поскольку чем больше обнаружено специфических симптомов рассматриваемой болезни, тем больше у врача основания принять ее за главную и даже единственную диагностическую концепцию, отбросив конкурирующие диагностические гипотезы, объясняющие лишь часть симптомокомплекса, характерного для ведущей диагностической гипотезы.

Руководствуясь принципом достаточного основания, врач упрощает процессы обоснования и дифференцирования болезней: он стремится сразу найти такую нозологию, которая охватила бы максимально широкий симптомокомплекс у больного, и игнорирует те, которые

объясняют лишь часть симптомов выделенного симптомокомплекса. То есть наиболее вероятной считается диагностическая гипотеза, которой соответствует максимальное число специфических симптомов у больного.

Таким образом, в реальной клинической практике **процесс обоснования** заключается в подборе вначале такого минимального числа болезней (желательно одной, если возможно), которое позволяет наилучшим образом объяснить весь комплекс симптомов у больного; обобщая этот первый логический шаг, врач утверждает, что выявленные симптомы обосновывают каждую из соответствующих болезней, опираясь в таком утверждении на принцип достаточного основания, когда болезнь обосновывается комплексом специфических симптомов.

В процессе дифференцирования рассматривают две уже обоснованные болезни, имеющие сходные специфические симптомы. Целью этого процесса является выделение таких симптомов сравниваемых болезней, которые позволили бы с разной долей уверенности утверждать, что больной страдает обеими или одной из двух нозологических форм. Такие симптомы называют дифференцирующими, так как они позволяют различить (дифференцировать) болезни со сходными специфическими симптомами. Наиболее распространенные приемы дифференцирования схожих по клинике болезней освещены выше.

Рассмотрим еще один клинический пример, который отражает степень завершенности диагностического от цели лечения заболевания. Предположим, при опросе установлено, что у больного повышение артериального давления носит кризовый характер, сопровождается дрожью во всем теле, бледностью кожных покровов, и криз заканчивается обильным отделением светлой мочи. На этом основании можно заподозрить у больного феохромоцитому, так как обнаружен специфический симптомокомплекс этой болезни. Если же при пальпации живота обнаружится опухолевидное образование в области правой почки, причем интенсивная его пальпация провоцирует кризовое повышение артериального давления, сопровождаемое гипергликемией, то на основании принципа достаточного основания такая диагностическая гипотеза станет еще более обоснованной. Когда же в процессе лабораторного обследования у больного обнаружится значительное повышение экскреции катехоламинов, особенно диагностических фракций, эта гипотеза превратится в точный диагноз феохромоцитомы (обнаружен диагностический критерий!), на чем процесс обоснования диагноза закончится.

Некоторые клиницисты могут не согласиться с тем, что в приведенном примере процесс обоснования, а значит, и дифференцирования феохромоцитомы завершен, поскольку не указана локализация патологического очага, что очень важно для назначения лечения: фактически хирургу не дано явного указания относительно направления оперативного вмешательства. Ведь пальпируемое в животе новообразование не обязательно является феохромоцитомой. Однако результаты любого инструментального обследования (ангиография, компьютерная томография и т. п.) доставляют врачу лишь косвенные признаки локализации феохромоцитомы. С этой точки зрения диагностическая гипотеза не сможет стать окончательным диагнозом вплоть до оперативного вмешательства, пока интраоперационно не будет получена гистологическая характеристика опухолевой ткани, подтверждающая диагноз феохромоцитомы. Поэтому очевидно, что степень обоснованности диагностической гипотезы связана и с тем, насколько строго врач подходит к формулированию диагноза, что вытекает из поставленных врачом лечебных целей. С точки зрения клинициста, диагноз можно считать достаточно обоснованным, когда с его помощью удастся выбрать самое эффективное из доступных лечебных воздействий. Диагноз ради диагноза не нужен ни врачу, ни тем более больному.

До выявления диагностического признака, т. е. установления окончательного диагноза, перед врачом стоит нетривиальный вопрос: как обосновать не только диагностическую гипотезу, но и необходимость продолжения поиска специфических симптомов, чтобы поиск занимал разумное время и особенно отрицательно не сказывался на здоровье больного, задерживая назначение необходимого лечения? В частности, необходимы ответы на следующие вопросы.

Когда целесообразно прекращать опрос специфических жалоб и переходить к следующему этапу диагностического поиска?

Когда целесообразно не проводить травмирующих и (или) дорогостоящих лабораторно-инструментальных диагностических процедур, несмотря на то что их помощью диагноз может быть установлен однозначно?

На каком этапе диагностического поиска целесообразно прекращать всякое обследование больного, обычно лабораторно-инструментальное, и начинать лечение, если в распоряжении врача имеется набор лишь специфических симптомов, обосновывающих некоторую диагностическую гипотезу, а по техническим или другим причинам в принципе недоступно обнаружение диагностического признака?

Чтобы ответить на эти вопросы, рассмотрим варианты процесса обоснования диагноза, изображенные на рис. 1.7.

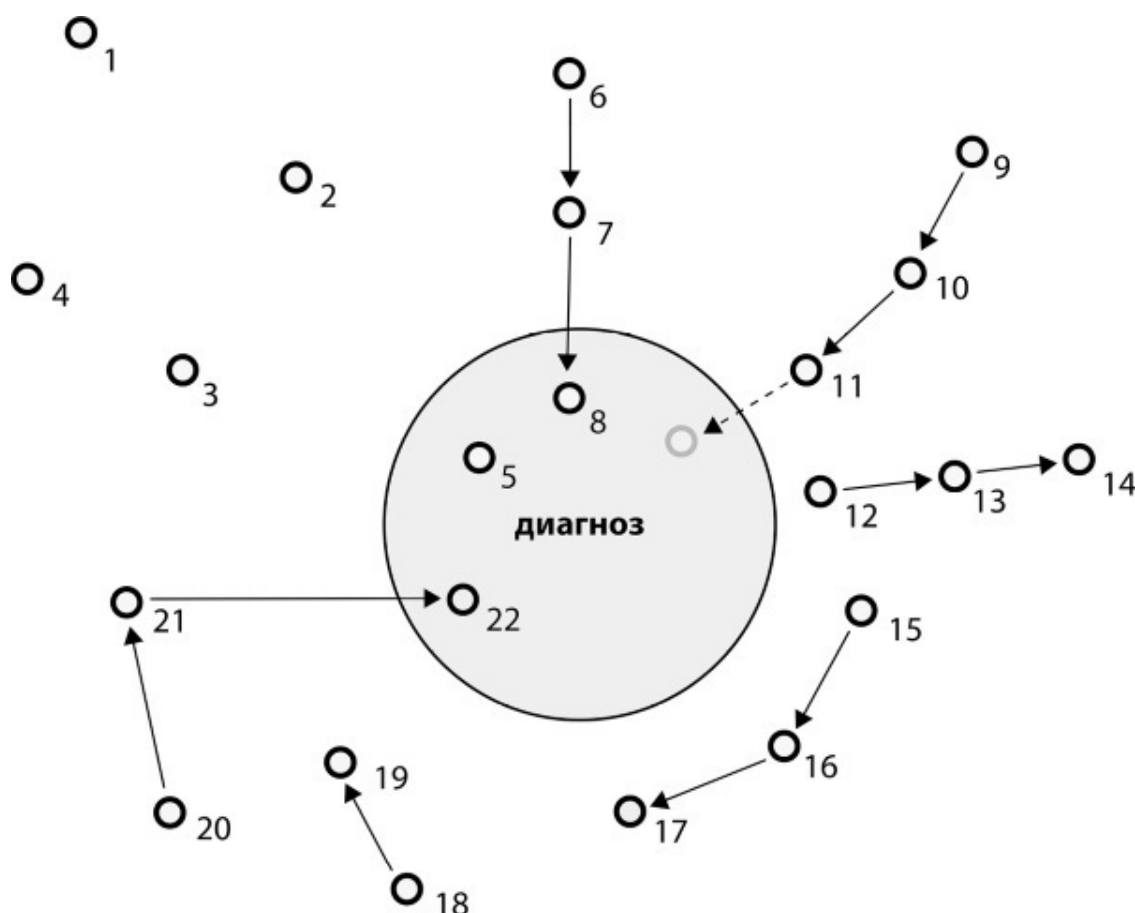


Рис. 1.7. Процесс обоснования диагностической гипотезы точки – симптомы; кругом обозначена область диагностических признаков. Расстояние от точки или конца стрелки до окружности пропорционально отражает степень специфичности соответствующего симптома или симптомокомплекса. Стрелки объединяют специфический симптомокомплекс (синдром). Пунктирной стрелкой обозначено направление диагностического поиска, от которого в большинстве случаев целесообразно воздерживаться

Предположим, что в процессе опроса и (или) осмотра выявлены отдельные специфические симптомы (например, 1, 2, 3 и 4, см. рис. 1.7), позволившие сформулировать диагностическую гипотезу и на этом основании назначить диагностический тест (симптом 5), который верифицировал предполагаемый диагноз. Во избежание излишне умозрительного изложения воспользуемся клиническим примером. Допустим, больной жалуется на обильное выделение

мочи (см. рис. 1.7, симптом 1), что позволило врачу заподозрить сахарный диабет. При направленном опросе больной сообщил, что моча липкая и сладкая на вкус (см. рис. 1.7, симптом 2). Очевидно, что симптом 2 более специфичен для диабета, чем симптом 1, и врач приблизился к диагнозу «сахарный диабет». Затем врач выявил, что больного беспокоят «волчий голод» (симптом 3) и жажда (симптом 4). Обнаруженные симптомы можно ранжировать следующим образом: симптом 3 («волчий голод») примерно в такой же степени специфичен для сахарного диабета, что и симптом 2 (сладкая моча), а симптом 4 (полидипсия) прямо коррелирует с симптомом 1 (полиурия) и потому не более специфичен, чем последний. Следовательно, активное, направленное обнаружение симптомов 3 и 4 не усилило обоснованности диагностической гипотезы врача. Таким образом, двух любых симптомов 1 и 2, или 4 и 2, или 1 и 3 вполне достаточно для обоснованного назначения верифицирующего диагностического теста – исследования гликемии (симптом 5). Итак, на основе вышеприведенного анализа процесса обоснования диагностической гипотезы можно сделать заключение, что опрос или лабораторно-инструментальный поиск специфических симптомов излишен, когда врач не ожидает получить более специфический признак или симптомокомплекс предполагаемой нозологической формы по сравнению с уже выявленным.

Если у больного дифференцируют спорадический зоб и диффузный токсический зоб, то обнаруженный специфический симптомокомплекс в виде сердцебиения (см. рис. 1.7, симптом 6), диффузного увеличения щитовидной железы до III степени (симптом 7) и двустороннего экзофтальма (симптом 8) в силу принципа достаточного основания обосновывает диагноз диффузного токсического зоба и дифференцирует его от спорадического зоба. Однако диагноз диффузного токсического зоба у того же больного мог бы в равной степени основываться и на другом специфическом симптомокомплексе: диффузном увеличении щитовидной железы, значительном и быстром похудании при хорошем аппетите и повышенном захвате радионуклида ^{131}I щитовидной железой. Следовательно, из симптомов больного можно комбинировать разные высокоспецифичные диагностические симптомокомплексы и вместе с тем эквивалентно обосновывающие диагностическую гипотезу.

Таким образом, основная задача при формировании диагностических симптомокомплексов заключается в выявлении не минимального числа симптомов у больного, а наименьшего их числа, достаточного или для обоснованного перехода к следующему этапу диагностического поиска, или установления окончательного диагноза.

Опытные клиницисты могут заметить, что указанные выше триады специфичны не только для диффузного токсического зоба, но и для таких редких болезней, как «хашитоксикоз» (зоб Хашимото, сопровождающийся тиреотоксикозом) или тиротропиномой, и тогда для обоснования и дифференцирования этих нозологических форм потребуются специальное иммунологическое обследование и исследование гипофизарнотироидной оси регуляции. Таким образом, направления и объем диагностического поиска связаны не только с объективными, но и субъективными факторами, в частности с объемом знаний врача. Итак, степень специфичности каждого симптома также оценивается с определенной долей субъективизма, поэтому несовпадение у клиницистов требований к обоснованности и дифференцированности нозологических форм – обычное явление, и относиться к этому необходимо с должным пониманием, т. е. терпимо.

Иногда обоснование диагноза целесообразно ограничить выявлением высокоспецифического синдрома, но не диагностического признака болезни, даже когда последний и доступен. Например, если больной жалуется на сжимающие боли за грудиной (симптом 9 на рис. 1.7) и уточнено, что они провоцируются физической или эмоциональной нагрузкой (симптом 10) и снимаются нитроглицерином (симптом 11), то выявленный симптомокомплекс существенно приближает врача к диагнозу ишемической болезни сердца (ИБС). Верифицировать диагноз

ИБС можно посредством коронарографии (см. кружок на рис. 1.7). Однако такая диагностическая процедура не показана всем больным со специфическим симптомокомплексом ИБС.

Следовательно, прекращение обследования больного может быть обусловлено не только истощением высокоспецифических симптомов или диагностических процедур. В ситуациях, аналогичных рассмотренной, «недообследование» может быть оправдано следующими взаимосвязанными моментами: а) назначение пробного лечения предполагаемой болезни потенциально менее вредно для здоровья, чем проведение диагностической процедуры; б) диагностика по результату лечения сравнима с точностью высокотравматичной диагностической процедуры; в) уточнение диагноза с помощью диагностической процедуры существенно не повлияет на характер лечения больного, подбираемого и без нее.

Очевидно, в некоторых случаях проще отвергнуть диагностическую гипотезу, чем доказать ее правомочность.

Тогда обнаружение симптомокомплекса, нехарактерного для рассматриваемой гипотезы, все больше будет отдалять врача от первично предполагавшегося диагноза (см. рис. 1.7, симптомы 12, 13 и 14). Например, если больного беспокоят боли в области сердца (симптом 12), усиливающиеся при повороте корпуса (симптом 13) и не снимающиеся нитроглицерином (симптом 14), то диагноз ИБС при каждом новом из этих симптомов становится все менее вероятным (см. схему 1.6).

Если исходить из вышеуказанных общих положений, то в этой ситуации направленно формируется симптомокомплекс, который не может быть объяснен гипотезой ИБС.

Следует заметить, что не каждый симптомокомплекс изменяет вероятность предполагаемой болезни, что можно изобразить в виде «зацикливания» симптомов (см. рис. 1.7, симптомы 15, 16 и 17). Такая ситуация возникает, когда симптомы в сформированном врачом симптомокомплексе патогенетически взаимозависимы: наличие хотя бы одного из них обуславливает существование и всех остальных. В таком случае каждый новый симптом симптомокомплекса не несет никакой дополнительной диагностической информации. Например, если больного беспокоит полиурия (симптом 15), то она обязательно будет сопровождаться полидипсией (симптом 16) и сухостью во рту (симптом 17), а значит, выявление каждого последующего симптома из этого симптомокомплекса не усиливает обоснованности диагноза, допустим, сахарного диабета.

Таким образом, в клинической практике процесс обоснования диагноза, базирующийся на принципе достаточного основания, состоит как бы из трех составляющих частей: каждый новый симптом может приближать врача к предполагаемому диагнозу; не приближать и не удалять; удалять от него. Явное осознание этих качеств специфических симптомов и симптомокомплексов позволяет отсекал неинформативные направления диагностического поиска и тем самым существенно повышать его эффективность. Заметим, что в сложных клинических ситуациях реально проводимый диагностический поиск врачом даже высочайшего класса не идет строго прямолинейно к точному диагнозу с обязательным нарастанием вероятности (обоснованности) выдвинутой диагностической гипотезы после ответа на каждый поставленный врачом вопрос. Это может быть, например, связано с отсутствием у больного полного набора высокоспецифических взаимонезависимых симптомов, и потому после уточнения части из них (см. рис. 1.7, симптомы 18 и 19) приходится искать новый специфический симптомокомплекс (симптомы 20, 21 и 22), где комбинация двух симптомов (20 и 21) оправдывает необходимость назначения диагностического теста (22).

В заключение этого раздела опишем алгоритмы дифференцирования болезней, базирующиеся на принципах достаточного основания и альтернативности. На рис. 1.8 представлен алгоритм дифференцирования альтернативных диагностических гипотез.

На начальном, первом, этапе диагностического поиска в распоряжении врача имеется ограниченный набор жалоб, который может быть объяснен только одной из двух предпола-

гаемых болезней (в силу их альтернативности). если направленный опрос, например по первой диагностической гипотезе (ДГ1 на рис. 1.8), выявит строго специфические признаки, т. е. симптомы, которых не может быть при альтернативной диагностической гипотезе (ДГ2), то с учетом принципа достаточного основания и альтернативности принимается ДГ1 и отвергается ДГ2, и на этом дифференциальнодиагностический поиск завершается. если не удалось выявить ни одного строго специфического симптома для ДГ1, то только в этом случае следует искать строго специфические признаки ДГ2, и при их обнаружении подтверждается ДГ2 и отвергается ДГ1. Однако может оказаться, что опрос не позволяет обнаружить строго специфические симптомы ни для одной из альтернативных гипотез. В таком случае их дифференцирование откладывается на последующие этапы интервьюирования и обследования больного, но алгоритм работы с альтернативными гипотезами, изображенный на схеме 1.8, справедлив для любого этапа диагностического поиска.

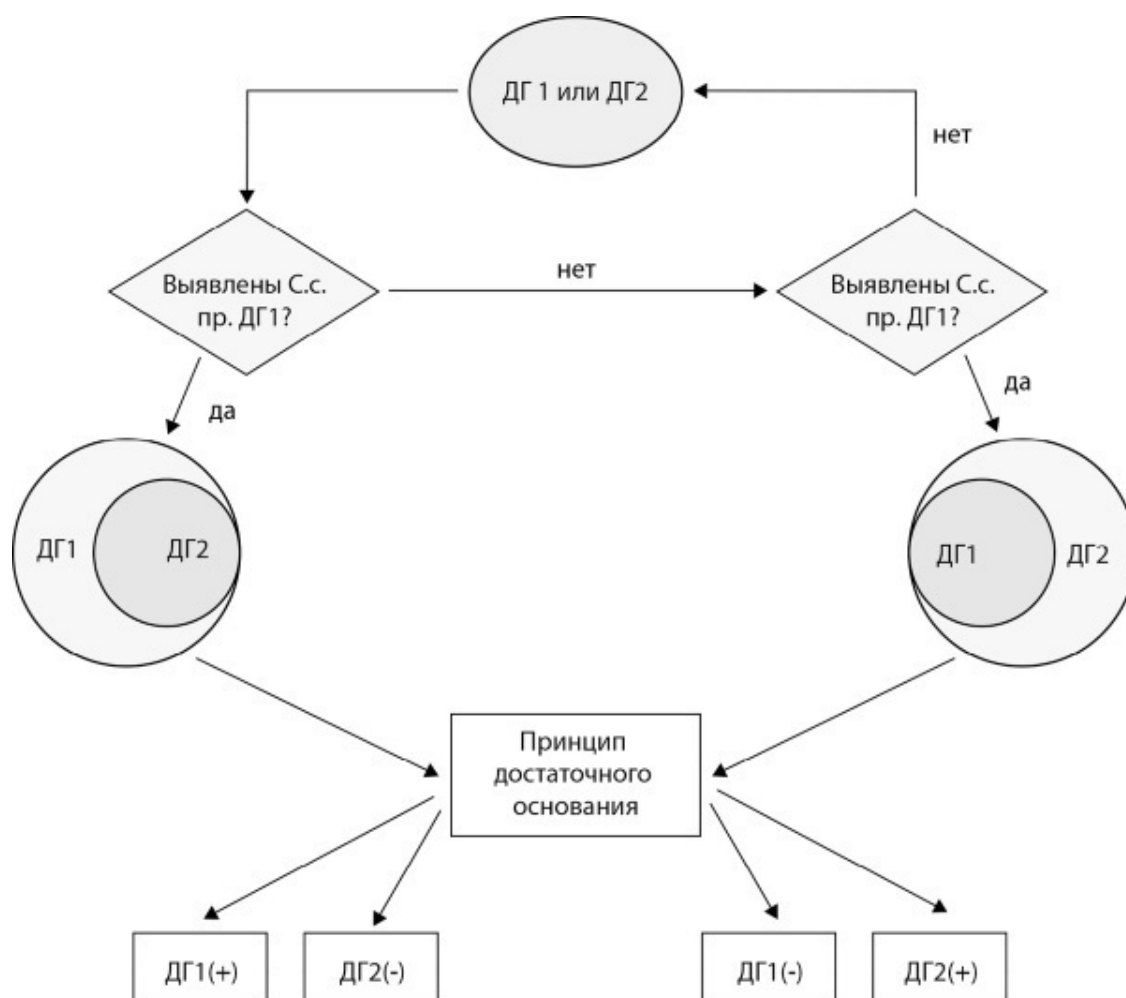


Рис. 1.8. Алгоритм дифференцирования альтернативных диагностических гипотез ДГ1 и ДГ2 полное наложение кругов означает совпадение симптомов дифференцируемых болезней (ДГ1 и ДГ2). С.С. пр. – строго специфические признаки; ДГ(+) – диагностическая гипотеза подтверждается; ДГ(—) – диагностическая гипотеза отвергается

Обсуждение алгоритма дифференцирования неальтернативных гипотез начнем с ситуации, когда обе они охватывают один и тот же набор симптомов у больного (рис. 1.9). Другие варианты будут освещены в процессе анализа алгоритма.

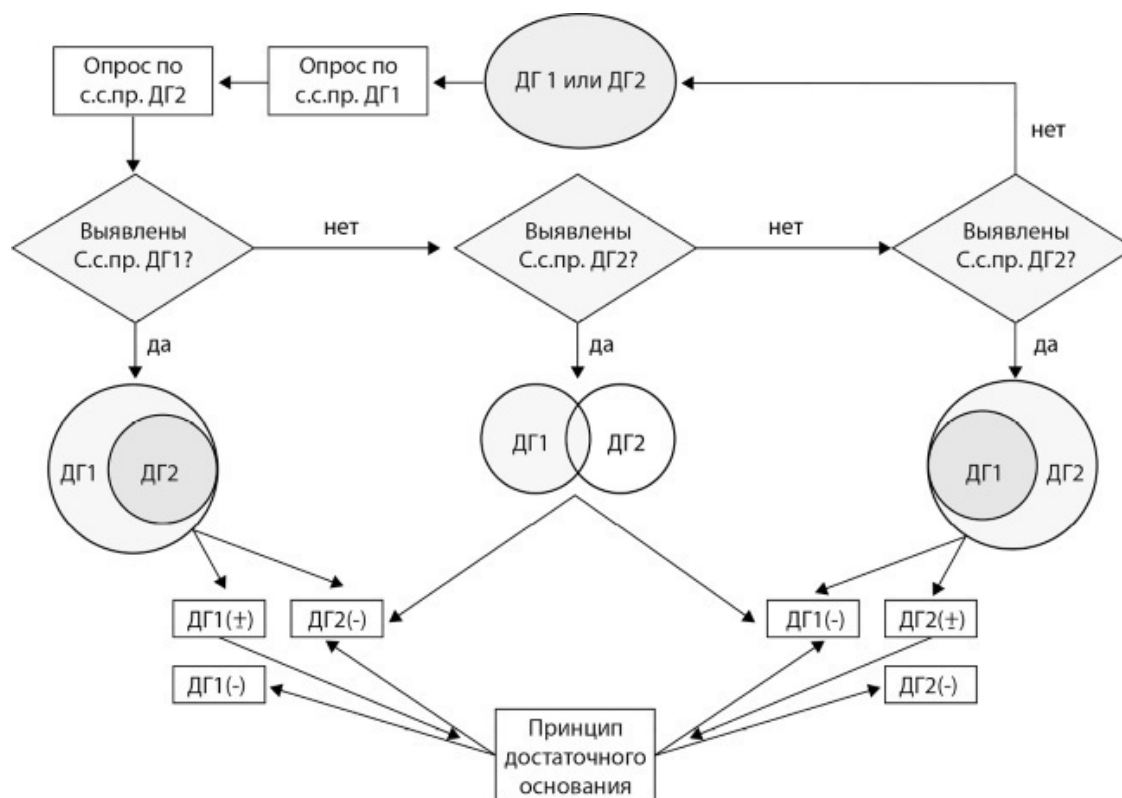


Рис. 1.9. Алгоритм дифференцирования неальтернативных диагностических гипотез ДГ1 и ДГ2 ДГ± – диагностическая гипотеза не может быть дифференцирована от альтернативной; ДГ(с+) – строго специфические симптомы обнаружены; ДГ(с—) – строго специфические симптомы не обнаружены. Остальные обозначения, как в схеме 1.7

В случае неальтернативных гипотез процесс дифференцирования не исчерпывается выявлением строго специфических симптомов или диагностического признака для одной из диагностических гипотез, так как подтверждение одной не исключает у больного сопутствующей другой неальтернативной болезни со сходной клинической картиной, и потому следует направленно искать по возможности строго специфические симптомы для каждой из дифференцируемых болезней. В итоге дифференциально-диагностический поиск в случае неальтернативных гипотез может завершиться одним из исходов (см. рис. 1.9), а именно обнаружатся диагностический или строго специфический симптомы: а) только для одной из диагностических гипотез (первой или второй); б) для обеих диагностических гипотез и в) ни для одной из диагностических гипотез. В ситуации «б» обе диагностические гипотезы следует считать обоснованными и дифференцированными, и, следовательно, больной страдает двумя неальтернативными болезнями с частично сходной клинической картиной. В случае «в» дифференцирование гипотез невозможно и следует вернуться к исходной позиции в алгоритме. Когда же симптомы одной диагностической гипотезы включаются в симптомокомплекс другой (вариант «а»), тогда та из них, которая имеет строго специфические (диагностические) признаки, считается обоснованной и дифференцированной от сходной, а другая, включенная в симптомокомплекс, – отдифференцированной и не может быть ни отвергнута, ни подтверждена.

Если к варианту «а» врач приходит после завершения максимально возможного обследования больного, то одну из неальтернативных гипотез можно исключить на основе принципа достаточного основания.

Выше проанализированы алгоритмы дифференцирования двух диагностических гипотез, хотя на практике нередко приходится дифференцировать большее число болезней. Диф-

ференцирование и в таких ситуациях идет через попарное сравнение, поэтому описанные алгоритмы диагностического поиска применимы для любого числа дифференцируемых болезней.

Существуют как минимум три точки зрения по поводу того, что считать основной болезнью. По мнению больного, основными являются те проявления заболевания, которые доставляют наибольшее беспокойство, и именно на них он жалуется в первую очередь. Поэтому самая распространенная ошибка описания жалоб и истории болезни заключается в том, что они излагаются именно с позиций больного, а не врача.

Вторая, вероятно, наиболее оправданная методологически, позиция – считать основной ту болезнь, которая в наибольшей степени определяет тяжесть состояния, неблагоприятный прогноз для жизни или летальный исход. На этом обычно категорически настаивают патологоанатомы, и в той или иной степени разделяют такой подход интернисты широкого профиля (терапевты).

Третья точка зрения на основную болезнь исходит от так называемых узких специалистов (эндокринологов, урологов, хирургов и т. п.). Для них основной является та болезнь, которая лежит в сфере их специальности, а все остальные имеющиеся у больного нозологические формы – сопутствующие. Такой сугубо прагматический подход вполне имеет право на существование, так как позволяет специалисту сосредоточить внимание на тех проявлениях заболевания, где он в состоянии оказать наибольшую помощь. В такой ситуации задача терапевта – интегрировать описания специалистов в общую концепцию заболевания.

Что касается определения осложнений основной болезни, то, несмотря на кажущуюся очевидность этого понятия, путаница в этом вопросе огромная. Прежде всего необходимо уметь четко разграничивать понятия «проявление» и «осложнение» основной болезни. Если

под осложнением болезни понимать некоторую неосновную нозологическую форму, которая патогенетически обусловлена (вызвана) основной болезнью, то проявления и осложнения основной болезни относительно легко различаются: необходимо выделить специфические симптомы нозологической формы, которая является осложнением, тогда оставшиеся специфические симптомы окажутся проявлением основной болезни. Или, другими словами, проявления некоторой основной болезни – это комплекс симптомов, который наблюдается в начальной стадии основной болезни, пока ее не сопровождает другая, вызванная основной нозологической формой болезнь. Например, жажда, полиурия – проявления (симптомы) сахарного диабета, поскольку характерны для начальной стадии сахарного диабета, а диабетическая катаракта – нозологическая форма, его осложняющая. Однако и такое, казалось бы, однозначное определение отнюдь не всегда позволяет очертить круг осложнений основной болезни. Например, атеросклероз может рассматриваться по отношению к сахарному диабету как осложнение, или как проявление, или как сопутствующая болезнь, или даже как основная его причина, в зависимости от некоторых общенаучных, нередко априорных установок, основанных обычно на противоречивых результатах популяционных исследований, которые невозможно применить к отдельному больному.

Более того, некоторые крайние проявления основной болезни вследствие своей выраженности угрожают жизни больного и потому также нередко рассматриваются как ее осложнения.

Метаболические нарушения являются сутью сахарного диабета (инсулиновой недостаточности) и потому должны быть отнесены к его проявлениям. В частности, гипергликемия – диагностический признак диабета, т. е. его кардинальное проявление, но ни в коем случае не осложнение. Вместе с тем крайняя степень метаболических нарушений (так называемая гипергликемическая кома), по сути, есть проявление диабета, но вследствие чрезвычайной опасности для жизни рассматривается диабетологами как его осложнение.

Однако такое очевидное с клинической точки зрения осложнение сахарного диабета, как генерализованная микроангиопатия, инвалидизирующая больного вследствие глубоких поражений сетчатки глаз, сосудов почек и других систем, не может в строгом смысле считаться

осложнением сахарного диабета, поскольку наблюдается (правда, в умеренной степени) у лиц, не страдающих сахарным диабетом, но имеющих близких родственников с этой болезнью. Это наблюдение позволяет ряду диабетологов утверждать, что микроангиопатия – генетически детерминированное проявление сахарного диабета, развивающееся независимо от метаболических нарушений, и потому по сути не является осложнением диабета.

Описанные проблемы касаются не только формулирования диагноза сахарного диабета, но и практически любого другого диагноза хронической болезни, поэтому в учебной литературе целесообразно давать директивное определение осложнений основной болезни, приводя непосредственно перечень ее проявлений и неосновных нозологических форм, который следует (!) считать осложнениями основной болезни.

Вместе с тем если не дать основных, опорных представлений, позволяющих студенту или начинающему врачу самостоятельно дифференцировать осложнения от проявлений болезни, то в любой нетипичной ситуации, которых в практической медицине немало, будут совершаться, может быть, и не грубые, но все-таки диагностические ошибки.

С учетом сказанного к *осложнению основной болезни* следует относить клинически очевидную или выявляемую с помощью распространенных (общепринятых) лабораторных или инструментальных методов любую неосновную нозологическую форму, патогенетически обусловленную (вызванную) основной болезнью, а также проявление (симптомы, синдром) основной болезни, которое вследствие своей крайней выраженности непосредственно угрожает жизни больного или неблагоприятно сказывается на течении болезни.

Исходя из этого определения, любое проявление микроангиопатии должно быть, безусловно, отнесено к осложнениям, поскольку до развития явного сахарного диабета она может быть обнаружена только с помощью такого нетрадиционного для медицинских учреждений способа, как измерение под электронным микроскопом толщины базальных мембран сосудов в биоптате кожи, мышцы и других тканей. Диабетическая кома, гангрена, нейропатии также относятся к осложнениям сахарного диабета, и, что важно, предложенная трактовка осложнений вполне согласуется с общеклинической практикой построения диагноза.

В определении умышленно ограничивается способ диагностики осложнений общепринятыми методами исследований, поскольку только для них отработаны и обоснованы диагностические критерии, доступные практикующему врачу. Если какая-либо болезнь или ее проявления диагностируются некоторым, пусть самым современным, но уникальным способом, то, очевидно, отвечать за трактовку полученных результатов должен лишь специалист, владеющий таким методом, но не интернист общего профиля, у которого отсутствуют необходимые для этого знания. Следовательно, не каждый принципиально новый метод исследования может и должен сразу получать широкое распространение, поскольку он обычно требует пересмотра традиционных алгоритмов принятия диагностических решений, основанных на общепринятых тестах. Но для этого большинство интернистов должны осознать необходимость существенной ломки старых представлений.

Все сказанное, очевидно, позволяет понять естественность некоторого противоречия между логическими построениями практикующего врача и интерпретацией тех же клинических данных в научной литературе. Именно поэтому на основании научных работ клиницисту-практику всегда трудно понять, как в реальной работе относиться к причинно-следственной связи, например, сахарного диабета и атеросклероза. Единственный выход – придерживаться общепринятых в практике на текущий момент интерпретаций клинических данных и с пониманием относиться к возможным пересмотрам диагностических схем, когда уже очевидно, что общая точка зрения вредит больному, сдерживает развитие новых, более точных методов диагностики, улучшающих результаты лечения.

Нозологические формы, которые не являются осложнениями основной болезни, относятся, очевидно, к сопутствующим болезням.

1.4. Три основных типа симптомов и штампы бытовых ситуаций

Эффективность интервьюирования больного может существенно повыситься в случае выделения трех основных типов симптомов относительно воздействия внешних физических факторов или функциональных нагрузок на организм. Первый тип симптомов можно обнаружить только в ответ на определенное специфическое внешнее воздействие. Например, приступ печеночной колики, возникающий после приема жирной пищи, или слабость четырехглавой мышцы бедра при диффузном токсическом зобе, ощущаемая больным при подъеме по лестнице, т. е. на фоне нагрузки на мышцу. Назовем для краткости симптомы первого типа *индуцируемыми*. Но большинство симптомов болезни, умеренно проявляясь в покое, значительно усиливаются под влиянием специфических нагрузок (жажда у больного сахарным диабетом возрастает после приема богатой рафинированными углеводами пищи и т. п.). Симптомы второго типа назовем *провоцируемыми*. Однако можно указать и симптомы, проявления которых нельзя вызвать или усилить какими-либо функциональными нагрузками, например такие, как зоб, гирсутизм. В связи с этим последний тип симптомов назовем *индифферентными*.

Каждый из трех типов симптомов требует своей оптимальной тактики опроса. Очевидно, в случае индифферентных симптомов достаточно уточнить признаки болезни, отмечающиеся у больного в покое, без особых внешних воздействий. Что касается индуцируемого симптома, то для его обнаружения опытные клиницисты широко используют эффективный прием, который можно охарактеризовать как «штамп бытовой ситуации». Для обнаружения симптома болезни, проявляющегося или усиливающегося под воздействием каких-то внешних факторов, больному предлагают представить себя в определенной бытовой ситуации. Например, для выявления слабости четырехглавой мышцы, специфического симптома диффузного токсического зоба, можно спросить у больного, легко ли он поднимается на ступеньку автобуса, троллейбуса, не приходится ли при этом прибегать к помощи рук, подтягиваясь за ручку у двери автобуса (поскольку ступеньки в автобусе и троллейбусе располагаются высоко, то при подъеме на них нагрузка на четырехглавую мышцу резко увеличивается). Проявления этого же симптома можно уточнить и по-другому. Например, выяснить, легко ли больной встает после приседания или же не заметил, что стало трудно взбираться на стул, и не испытывает ли затруднений, когда встает с низкого дивана или кресла, и т. п. Все это примеры бытовых ситуаций, предлагаемых больному и направленные на выявление индуцируемого симптома. Причем широко используемые при интервьюировании ситуации получают иногда короткое «синдромное» определение: «синдром простыни», которым, в частности, обозначают склонность больных с тиреотоксикозом легко укрываться ночью только простыней. Это же проявление повышенного теплообразования при тиреотоксикозе можно было бы обнаружить по переносимости больным холода или жары и дать ему название синдрома «жаркого лета» или «холодной зимы» соответственно.

Как видно из вышеизложенного, можно изобрести достаточно много бытовых ситуаций, обнаруживающих один и тот же индуцируемый симптом болезни. Однако опытный клиницист пользуется одним и тем же удобным, отработанным набором бытовых ситуаций (по одной на индуцируемый симптом болезни), которые назовем ситуационными штампами. Это значительно упрощает интервьюирование, так как не приходится отвлекаться от диагностического поиска на изобретение новых бытовых ситуаций без особой необходимости. Вместе с тем следует иметь в виду, что выбранный штамп «работает» не всегда. Так, когда для выявления слабости четырехглавой мышцы бедра выбрана ситуация с автобусной ступенькой, может оказаться (как, собственно, это и произошло на одном из занятий со студентами), что больной не пользуется городским транспортом, а ездит исключительно на легковой машине. В таком слу-

чае следует использовать или изобрести другую эквивалентную ситуацию, выявляющую индуцируемый симптом.

При построении штампа бытовой ситуации следует придерживаться определенных правил. Прежде всего штамп должен быть априорно применим к большинству интервьюируемых, для чего следует избегать излишне изощренных ситуаций, и, кроме того, при описании некоторой бытовой ситуации желательно ограничиваться лишь факторами, индуцирующими симптом. Длинный текст штампа также нежелателен, так как рассеивает внимание больного; но в то же время слишком лаконичное описание не позволяет сформировать у больного достаточно четкое представление об обстановке, в которую его «помещает» врач. Описывать ситуацию штампа следует простыми короткими предложениями, что облегчает восприятие. Таким образом, построение штампа бытовой ситуации требует не только изобретательности, но и таланта повествователя, что гарантирует от неоднозначности ответа на штамп.

Можно указать следующий типичный пример неудачного описания штампа бытовой ситуации, когда больного с тиреотоксикозом спрашивают: «Хорошо ли вы переносите жару?» Отрицательный ответ на такой вопрос совсем не указывает на искомую патологическую непереносимость жары у интервьюируемого. Уже хотя бы потому, что и здоровый человек на этот излишне лаконичный вопрос может ответить отрицательно. Повышенное теплообразование могло бы быть выявлено серией нижеследующих вопросов, исходящих из ситуации, противоположной вышеприведенной (В – врач, Б – больной).

В. если на улице холодно, то по сравнению с членами вашей семьи вы одеваетесь легче или примерно так же?

Б. Обычно легче. **В.** А конкретнее?

Б. Ну, например, зимой хожу без перчаток: в них мне жарко. Или, когда жена уже носит зимнее пальто, мне достаточно тепло и в осеннем.

В. Всегда ли вы так хорошо переносили холод?

Б. Нет, только в последний год, когда обнаружилось заболевание щитовидной железы.

Бытовой ситуацией в данном случае является нахождение больного на холоде, и благодаря серии наводящих вопросов, сообразных штампу, выясняется устойчивость интервьюируемого к низкой температуре окружающей среды, причем четко регламентируется хронология симптома относительно начала болезни, что исключает индивидуальную высокую норму устойчивости к холоду. Следует подчеркнуть, что приведен удачный пример диалога, поскольку больной самостоятельно конструирует довольно обстоятельный и однозначно понимаемый ответ, фактически активно сотрудничая с врачом. Между тем ситуационное интервьюирование нередко складывается для клинициста менее благоприятно, когда больной в разговоре очень пассивен, отвечает определенно лишь на абсолютно очевидный вопрос, а сам не хочет или чаще не может понять, какого рода ответы нужны врачу. Например, в вышеприведенном диалоге такие больные на первый вопрос, вынуждающий их самостоятельно воссоздать свое поведение в предложенной ситуации, могут ответить: «Не знаю». В таком случае необходимо уже самому врачу представить, как должен проявиться симптом у интервьюируемого в предлагаемой ситуации, и в соответствии со своими представлениями шаг за шагом «выуживать» требуемую информацию, ориентируясь обычно лишь на ответы «да – нет» больного. Интервью с больным, занявшим пассивную позицию в разговоре, выглядит примерно так.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.