

Методы и методология клинической диагностики

Термином диагностика (от греч. *diagnostikos* - способный распознавать) в медицине обозначают процесс распознавания болезни, ведущий к постановке окончательного диагноза (от греч. *Dia* – разделение и *gnosis* – познание, значение). Следует различать методы и методологию процесса диагностики. Под методами диагностики понимают любой технический прием, с помощью которого устанавливается (выявляется) какой-либо признак (знак) патологического процесса или болезни. Методология же определяет порядок применения этих методов, способы анализа результатов (признаков), добытых с их помощью, в связи с чем включает в себя целый ряд положений и правил, предъявляемых к характеру и направлению мышления врача (врачебное мышление).

Методы клинической диагностики

Для постановки диагноза, как известно, врач использует различные технические приемы, с помощью которых он исследует пациента и выявляет признаки, отличающие здоровый организм от больного, то есть симптомы патологического процесса (табл.1). Поскольку речь идет о постановке клинического диагноза, все методы исследования пациента (от расспроса до лабораторных и инструментальных методов) являются клиническими. Именно такое видение медицинской диагностики было присуще клиницистам прошлого, которые лабораторные (например, альбуминурию, гиперсекрецию желудка) или инструментальные (например, язвенную «нишу» при рентгеноскопии желудка) признаки болезни рассматривали в ряду клинических симптомов.

М.В.Яновский, касаясь вопросов диагностики наиболее частой патологии 20-х годов прошлого столетия туберкулеза легких, подчеркивал, что все проявления болезни «кашель, мокрота, содержание в ней бацилл, крови, эластических волокон, повышение температуры, ознобы, поты, исхудание, отеки, звуковые явления в грудной полости – называются болезненными симптомами» [10].

В настоящее время в высшей медицинской школе преобладает тенденция относить к клиническим методам исследования больного расспрос и физикальное обследование, а лабораторные и инструментальные методы обозначать как дополнительные методы обследования. Вопрос студенту на экзамене или у постели больного «какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больному, чтобы подтвердить диагноз» – уже стал классическим. Не

случайно, замечательная книга американского врача С.Манджони «Physical diagnosis secrets», дословный перевод которой звучит как «секреты физикальной диагностики», на русском языке была опубликована как «секреты клинической диагностики». Сейчас трудно установить, когда и почему в отечественной медицине появилось разделение методов исследования пациентов на основные и дополнительные, причем только первые из них стали причислять к клиническим. Возможно, что это было обусловлено дидактическими соображениями в преподавании курса пропедевтики внутренних болезней. Однако, с точки зрения обучения диагностическому мастерству такое деление является, прежде всего, методологически неверным. Профессор Казанского Университета В.И.Катеров в 1960 году, рассматривая вопросы методологии диагноза, все методы обследования пациентов подразделял на три группы: расспрос, физикальное обследование и лабораторно-инструментальные методы исследования больных. Он писал: «Иногда возникают разговоры и даже споры вокруг вопроса о том, какой из методов обследования больного является наиболее важным и заслуживающим предпочтения. Подобные разговоры надо считать плодом недоразумения вследствие неправильной постановки вопроса: эти методы, будучи существенно отличными один от другого, никоим образом не конкурируют между собой и не исключают, а взаимно обогащают и дополняют друг друга» [2]. Иными словами говоря, гиперферментемия (повышение активности трансаминаз в плазме крови) такой же клинический и объективный симптом гепатита, как и гепатомегалия с болезненным, округлым краем при пальпации живота. Таким образом, любой метод клинического исследования больного имеет свое, определенное значение в общем процессе диагностики, поскольку каждый из них отображает какую-то из сторон единого патологического процесса, в рамках которого врач устанавливает диагноз болезни. Патологический процесс, который необходимо диагностировать, образно можно представить в виде опечатанного конверта с неизвестной информацией, скрытой внутри (Рис.1). Каждый из методов исследования позволяет как бы приоткрыть поочередно одну из сторон конверта, а, следовательно, получить часть информации о той, или иной характеристике патологического процесса. Только собрав воедино, и обобщив данные всех методов исследования, врач сможет диагностировать саму болезнь. Поучительны слова выдающегося отечественного клинициста Г.Р.Рубинштейна, который обращал внимание врачей на тот факт, что «современная диагностика может быть только комплексной. Она не может ограничиваться только клинической

картиной соответствующего синдрома и физикальными методами исследования, но должна учесть и результаты рентгенологических, лабораторных, биологических и физиологических методов исследования» [3]. С точки зрения методологии диагностики, принципиально важным является вывод о том, что различные методы исследования больного не назначаются врачом «для подтверждения диагноза», а проводятся им осознанно с целью раскрытия (обнаружения) какой-то важной черты (стороны) патологического процесса. Конечно, вклад в диагноз различных методов исследования чаще всего бывает неравнозначным.

В.И. Катеров пишет: «Так как врач, видя больного впервые, заранее не может знать, с каким заболеванием он здесь встретится, то он и не может сказать, каким методом обследования больного он скорее придет к цели - к правильному распознаванию, прогнозу и назначению индивидуальной терапии»[2]. Таким образом, заранее невозможно отнести какие-либо из исследований к основным или дополнительным. Например, фиброгастродуоденоскопия, бесспорно, является решающим методом диагностики язвенной болезни. Однако окончательный клинический диагноз будет неполным без учета характера болевого синдрома, данных биопсии или факта присутствия в язвенном дефекте *Helicobacter. pylori*. Для больного с язвенной болезнью потребуется и выполнение клинического анализа крови, конечно не для скрининга сопутствующего заболевания крови, а скорее для получения информации о возможной хронической кровопотери из язвенного дефекта, которая может отсутствовать на момент осмотра (отрицательная реакция Грегерсена). Данные физикального обследования (пальпация живота), хотя и не имеют решающего значения в диагностике самого язвенного дефекта, тем не менее, могут оказаться весьма необходимыми для дифференциальной диагностики болевого синдрома. С помощью различных клинических методов исследования больного врач выявляет те, или иные признаки патологического процесса (болезни), которые носят название в медицине симптомов. Симптом – это внешний признак (знак) внутреннего патологического процесса (реже, когда самой болезни), выявляемый врачом при исследовании больного и используемый им для постановки диагноза и определения прогноза заболевания.

В отечественной медицине симптомы, которые были выявлены при расспросе больного о жалобах, носят название субъективных, а симптомы, обнаруженные в ходе физикального, лабораторного или инструментального исследования пациента называют объективными. В англо-американской литературе для

обозначения субъективных и объективных признаков патологического процесса (болезни) используются различные термины. Только первые из них собственно называют симптомами (symptoms), а вторые классифицируются как признаки (signs). Некоторые из российских клиницистов, в свое время, предлагали и в отечественную медицину ввести подобное разделение, полагая, что «симптомы всегда имеют в основном наводящее значение, (а) признаки – бесспорное» [4]. На самом деле любой симптом субъективный, или объективный на первичном этапе его выявления вначале всегда имеет лишь «наводящее значение». Необходим подробный (детальный) дополнительный анализ этого симптома для того, чтобы в дальнейшем можно было использовать его в диагностическом процессе.

Проведение такого анализа требует от врача совершения целого ряда мыслительно-логических операций, направленных на выяснение патогенеза, реже когда причины, данного симптома. Заслуживает внимания мнение, не очень популярного в наши дни в России, философа К. Маркса, который считал, что «если бы форма проявления и сущность вещей непосредственно совпадали, то всякая наука была бы излишня». Применительно к медицине это означает, что любой симптом (субъективный или объективный) в первоначальном виде, без предварительного, детального анализа, как правило, не может отображать суть (сущность) патологического процесса (болезни). Например, любая жалоба пациента в его изложении не может быть использована в диагностическом процессе, поскольку, строго говоря, симптомом не является. Задача врача, как раз, и состоит в том, чтобы в ходе расспроса «преобразовать» жалобу больного в симптом. С этой целью врач использует целый ряд дополнительных вопросов, но не просто, как принято говорить, «уточняющих характер жалобы», а направленных на установление (или обоснованное предположение) причины или патогенеза данной жалобы. Например, для пациента бывает достаточным только одной локализации боли в эпигастральной области, чтобы сделать окончательный вывод о том, что это «боли в желудке». Для врача же потребуются совершить целый ряд мыслительно-логических операций, обличенных в форму дополнительных вопросов больному прежде, чем он согласится (или не согласится) с мнением пациента о связи боли с «заболеванием желудка». Интересно, что даже, внутренне согласившись с суждением пациента о причине болей, в истории болезни в разделе «жалобы больного» врач оставит запись: «жалуется на боли в эпигастральной области...» и далее приведет все характеристики боли, но окончательный вывод о ее патогенезе отложит до

получения результатов полного обследования больного. Говоря об объективных симптомах, трудно согласиться с традиционным мнением о том, что в отличие от субъективных они являются признаками патологического процесса, имеющими «бесспорное значение» [4]. К примеру, такой «бесспорный» объективный симптом как «гепатомегалия» также потребует со стороны врача детального анализа прежде, чем станет «симптомом цирроза печени», или «симптомом застойной сердечной недостаточности», или «симптомом гепатита», или «симптомом портальной гипертензии». Объективный симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга всегда анализируется в связи с субъективной симптоматикой (боли, диспептические расстройства и др.). То же самое можно сказать и про любой лабораторный, или инструментальный симптомы. В одной из статей, выражаясь образным языком, авторы написали, что в ходе клинической диагностики «с помощью ассоциаций и мыслительных операций мы преобразуем цветы в любовь, Отелло в ревность, а широко раскрытые, большие и красивые глаза в тиреотоксикоз» [5]. Редким исключением из общего правила является выявление, так называемых, патогномоничных симптомов (греч. Pathos – болезнь; gnōtonikos – знающий), т.е. **признаков характерных исключительно для определенной болезни и дающих основание поставить окончательный диагноз.** Например, розеола на коже боковых поверхностей живота при брюшном тифе, эритема на коже лица в виде «бабочки» при системной красной волчанке, мелкие беловатые папулы на слизистой оболочке щек против вторых нижних моляров в начальном периоде кори (пятна Филатова-Коплика), роговичное кольцо Кайзера-Флейшера при болезни Вильсона-Коновалова и т.д. Приходится только сожалеть, что число таких симптомов чрезвычайно ограничено.

Все вышесказанное может служить объяснением самому термину «симптом», дословный перевод которого с греческого языка означает «совпадение». Что с чем должно совпасть? Становится понятным, что внешнее проявление патологического процесса (болезни), регистрируемое врачом с помощью методов исследования по субъективным (расспрос) и/или объективным (физикальное, лабораторное, инструментальное исследование) признакам, в результате осуществления ряда мыслительно-логических операций, должно **совпасть** с представлением врача об этом патологическом процессе, которое возникает у него в ходе исследования больного. Принимая во внимание утверждение К.Маркса, процитированное выше, можно сказать, что в самом греческом термине «симптом» заложена глубокая философская мысль искусства

врачевания, означающая «совпадение» между «формой проявления и сущностью вещи», именуемой в медицине патологическим процессом или болезнью.

Медицинская симптоматика или семиология (греч. *Sēmeion* – знак, признак), изучающая симптомы болезней и патологических состояний [6], является частью общей науки о знаках – семиотики, рассматривающей значение и свойство как языковых, так и неязыковых признаков (знаковых систем) [7]. Для любого медицинского работника очевидно, что развитие семиотики в медицине неуклонно идет в направлении от анализа языковых знаковых систем к созданию неязыковых систем знаков (лабораторные и инструментальные методы исследования). Именно эта тенденция, положительная с точки зрения технического прогресса, по-видимому, питает ложное убеждение большинства «немедиков» в том, что именно сам метод способствует постановке окончательного диагноза, а поэтому, чем он сложнее и более современен, тем более точен и достоверен сам диагноз болезни. Такое, широко распространенное мнение, обусловлено тем, что между понятием болезни и патологическим процессом, лежащим в ее основе, ставят знак равенства. Однако в большинстве случаев это неверно, т.к. основанием для постановки диагноза является клиническая картина болезни, под которой следует понимать всю совокупность симптомов (как субъективных, так и объективных), отражающих возникновение, развитие и исход внутреннего патологического процесса. Отсюда становится понятным уникальное значение расспроса как метода исследования больного, так как только с его помощью можно воспроизвести «возникновение, развитие или исход» патологического процесса, даже в тех редких случаях когда для диагностики последнего используются исключительно лабораторные или инструментальные методы исследования. Таким образом, объектом медицинской диагностики является внутренний патологический процесс, внешние признаки которого, носящие название симптомов, устанавливаются с помощью клинических методов исследования.

Методология клинической диагностики.

Выявление симптомов с помощью клинических методов исследования является лишь началом, первым этапом общего процесса диагностики. Обнаруженные симптомы далее должны быть подвергнуты с помощью мыслительно-логических операций группировке и анализу с учетом временного фактора (возникновение, развитие и исход патологического процесса) и других сведений из анамнеза жизни (Табл.2). В результате врач формирует в своем сознании вместо представления о патологическом процессе, образ клинической

картины болезни, на основании которой создает краткое заключение о ней в соответствии с современными нозологическими критериями с указанием особенностей течения заболевания у конкретного пациента. Данное краткое врачебное заключение носит название клинического диагноза. Нередко преподаватели и врачи, отчасти справедливо, полагают, что «диагностике по учебникам научить нельзя», что это исключительно «практическая дисциплина», которая должна усваиваться «у постели больного». Обучение студента или начинающего специалиста навыкам «врачебной диагностики», чаще всего, выстраивается по формуле «делай как я». Однако у любого думающего и любознательного человека не могут не возникнуть вопросы: «А как Вы это делаете? Чем Вы руководствуетесь, когда говорите, что делать надо так, а не иначе? Какими правилами, техникой, умозаключениями Вы пользуетесь?»

Вполне очевидно, что эффективность диагностики должна неминуемо возрасти, если мыслительно-логические операции будут выполняться по определенным правилам и опираться на общие законы логики мышления. Последние два обстоятельства и определяют методологию клинической диагностики. К сожалению, эта область медицинской науки, имеющая самое прямое отношение к искусству (практике) врачевания, остается самой неизученной и неразработанной до наших дней. Основная трудность заключается в том, что процесс обучения медицине, а также порядок изложения фактического материала в медицинских руководствах, изначально логически противоречит ходу клинической диагностики у постели больного. Вначале, обучающийся (или совершенствующийся) усваивает патологию и клинику известной болезни, т.е. мыслительные операции совершаются им в направлении от диагноза болезни к ее симптомам. При осуществлении же диагностики у постели больного он совершает «обратную» мыслительную операцию: от симптома к диагнозу болезни, который заранее не известен. В вопросах теории диагностического процесса современная медицина не ушла далеко от времен С.П.Боткина, который в 1885 году писал: «В учебниках и монографиях по отделам частной патологии и терапии мы можем подчерпнуть прекрасные сведения относительно проявлений патологической жизни человека вообще, относительно того или другого способа лечения той или иной болезни; но, к сожалению, способ применения этих знаний к отдельным индивидуумам остается на произвол каждого: всякий вырабатывает свой собственный метод и применяет свои знания как ему удобнее; но не легко дается это применение к индивидуальным случаям, и каждый из нас проходит через целый ряд

мучительных сомнений и ошибок, прежде чем достигнет умения правильно применять с гуманной целью свои теоретические врачебные сведения со спокойной совестью, без последующих нравственных пыток» [8]. При анализе современной мировой учебной медицинской литературы некоторые авторы также отмечают отсутствие в ней логического и системного подхода к решению конкретных клинических проблем, даже в руководствах очень высокого уровня. Это означает, что и в наши дни студенты (и врачи), как и во времена С.П.Боткина, вынуждены познавать процесс диагностики эмпирически и интуитивно, без каких-либо инструкций или наставлений.

В диагностике давно сформировались и сосуществуют в наши дни два подхода. Первый – характеризует исследовательский путь, заключающийся в активном выявлении и в оценке клинических симптомов, исходя из закономерностей формирования и развития патологического процесса (реже, когда болезни). Второй заключается в установлении аналогии, когда на основе выявленных симптомов производится поиск образа, аналогии, копии ранее описанной, как правило, классической, т.е. типичной клинической картины болезни (но не патологического процесса). Бесспорно, что метод аналогии широко применяется врачами узких специализаций, используется в случаях классического (типичного) течения заболевания, при отсутствии сопутствующей патологии. Однако данный метод в большей степени ориентирован на «узнавание» болезни, а не на ее «распознавание». По примеру того, как мы узнаем знакомого человека («... Я милого узнаю по походке...»), врач иногда высказывается о диагнозе болезни. По-видимому, именно аналогия лежит в основе «врачебной интуиции» и позволяет сформулировать, так называемые «диагностические афоризмы». Приведем некоторые из них, имеющие отношение к болезням желудочно-кишечного тракта [9]:

- Сочетание дисфагии с анемией, особенно у пожилых людей, чаще является следствием рака кардиального отдела желудка, перешедшего на пищевод;
- Дисфагия без выраженной анемии характерна для рака пищевода, опухоли средостения, аневризмы аорты;
- Прогрессирующая до крайней выраженности «безболевая» обтурационная желтуха («оливковая» желтуха), особенно в пожилом возрасте, в первую очередь требует исключения рака головки поджелудочной железы;

- Рвота, особенно в сочетании с жидким стулом, после приема мясных, рыбных или молочных продуктов может быть признаком пищевой токсикоинфекции;
- Внезапно появляющийся судорожный кашель у пожилых больных при каждой попытке приема жидкой пищи заставляет думать в первую очередь о раке пищевода с его перфорацией в бронх;
- Внезапно наступившая слабость, головокружение, бледность, холодный пот при частом и слабом пульсе у больных с диспептическими явлениями и особенно с сильными болями в животе, свидетельствует о внутреннем профузном кровотечении на фоне язвенной болезни;
- Желудочно-кишечное кровотечение при диспептических явлениях и болях в животе должно вызвать подозрение на язвенную болезнь, а при асците – на цирроз печени;
- Появление неврологических симптомов – в начале возбуждения, затем угнетения нервной системы – при остром и хроническом гепатите, циррозе печени, как правило, указывает на печеночную недостаточность.

Перечень подобных «афоризмов» мог бы быть продолжен любым широко практикующим врачом. Именно такие «наставления» чаще всего, являются основным инструментом в обучении начинающих врачей у постели больного со стороны их более опытных коллег. Иногда к «аналогии» относят и врачебный опыт, полагая, что чем чаще врач встречается с какой-то болезнью, тем лучше он ее диагностирует. Однако это не совсем так. Под врачебным опытом следует понимать не простую частоту встречи врача с какой-то болезнью, что позволяет ему «хорошо запомнить главные ее симптомы», а потому успешнее диагностировать ее (узнавать) в последующем. Врачебный опыт – это приобретение врачом определенной системы в принятии решений, касающихся диагностических и лечебных задач. Так как сама «система» и в наши дни пока остается индивидуальной, самостоятельно приобретенный «врачебный опыт» может иметь и отрицательные последствия для диагностики, особенно это касается тех случаев, когда практикующий врач под самой «системой принятия решений» понимает исключительно поиск аналогий. Важно понимать, что заподозрить болезнь или даже диагностировать ее, это не значит поставить клинический диагноз. Например, даже для начинающего врача не составит труда диагностировать ангину по «аналогии», т.е. сравнив симптомы, имеющиеся у больного с теми, которые зарегистрированы у него в памяти как «клинические

симптомы ангины» (острое начало, боли в горле, повышение температуры, status localis). Однако, как свидетельствует клиническая практика, только опытный врач заподозрит связь ангины с инфекционным мононуклеозом и поможет ему в этом физикальное обследование (лимфаденопатия, сплено- и гепатомегалия, экзантема) и лабораторное исследование крови (лимфоцитоз). Можно было бы заключить, что ошибка в данном случае связана не с диагностикой по «аналогии», а с неполным, не классическим физикальным обследованием больного (лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, экзантема). Однако, нередки случаи инфекционного мононуклеоза, протекающие без гепато- и спленомегалии и экзантемы, а лимфаденопатия может отмечаться и при банальной бактериальной ангине. Как быть тогда? Очевидно, полезную информацию может дать в этом случае клинический анализ крови (лимфоцитоз), но ведь сторонники метода «аналогии» говорят о том, что это «дополнительный лабораторный метод», который используют для «подтверждения» заболевания, в данном случае ангины. В практике такой подход чреват в лучшем случае «поздней» диагностикой болезни. На самом деле, для того, чтобы определить место и роль метода аналогии в общем диагностическом процессе, необходимо твердо усвоить, что в первую очередь врач диагностирует патологический процесс, и лишь в его рамках, т.е. во вторую очередь – болезнь. Более того, в ходе диагностики болезни мысль врача «движется по законам развития патологического процесса». Отличие «нестабильной стенокардии» от «стабильной» заключается не «в подсчете частоты и продолжительности приступов болей» у постели больного, а в осознании того, что в первом случае идет формирование тромбоза внутри коронарной артерии, со всеми вытекающими из этого последствиями. Если для клинициста наипервейшей задачей станет оценка патофизиологического состояния и понимание законов его дальнейшего развития, то «подсчет частоты и продолжительности приступов стенокардии» будет для него само собой разумеющимся явлением, а поэтому не вызывающим каких-либо затруднений в постановке клинического диагноза. Именно поэтому, как было указано выше, при анализе любого симптома (субъективного или объективного) врач дает ему детальную характеристику с целью установления его причины или механизма развития. Анализ симптома, по сути является начальным этапом диагностического процесса, в том случае если сам этот процесс заключается в исследовательском подходе к изучению закономерностей формирования и развития патологического процесса, а не в

поиске «аналогии» между комплексом симптомов данного «клинического образца» и его «копией», зафиксированной в памяти врача или взятой им из «описания типичной клинической картины» данной болезни в литературе. После анализа симптома и завершения физикального осмотра, а иногда после проведения скрининговых лабораторных и инструментальных исследований начинается этап семиологической дифференциальной диагностики. Здесь уместно остановиться на вопросах терминологии в медицине. Как указывалось выше, греческий термин «диагноз» сам по себе подразумевает осуществление процесса разделения знаний о болезни. В связи с этим, когда врач в практической работе встречается с такими определениями как «окончательный диагноз» или «клинический диагноз», он понимает, что процесс различения (дифференциации) между сходными нозологическими формами уже завершен.

Латинский термин *differentia*, дословно означающий разделение, в значительной степени применим к процессу диагностики, который в этом случае носит название дифференциальной диагностики. Следует различать два вида дифференциальной диагностики: семиологическую и нозологическую дифференциальную диагностику [6].

Термин «дифференциальный диагноз», несмотря на словосочетание, характеризует процесс, а не состояние и потому является синонимом нозологической дифференциальной диагностики.

Нозологическая дифференциальная диагностика («дифференциальный диагноз») является заключительным этапом общего процесса диагностики и проводится в тех случаях, когда в рамках одного патологического процесса могут быть выделены несколько нозологических форм (подробнее см.далее). К сожалению, между двумя видами дифференциальной диагностики как в нашей стране, так и за рубежом нередко не проводят разграничения, что приводит к путанице, а зачастую к недоразумениям. Целью этапа семиологической дифференциальной диагностики является установление (или обоснованное предположение) патологического процесса, являющегося причиной данного симптома.

Дифференциальная диагностика того или иного симптома должна проводиться с учетом полученных данных (характеристик) о самом пациенте (данные анамнеза жизни), а также о связи изучаемого симптома с другими симптомами, выявленными в ходе физикального и лабораторно-инструментального исследований. В этом случае последние, как правило, носят скрининговый а не детальный характер. Например, клинический анализ крови, общий анализ мочи,

биохимические тесты (глюкоза, креатинин, билирубин, тропонин и др.), рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. На обсуждаемом этапе диагностики часто требуется и консультация других специалистов (например, хирурга или гинеколога при подозрении на острую хирургическую патологию органов брюшной полости).

В качестве конкретных примеров семиологической дифференциальной диагностики приведем следующие. Наличие «голодных» болей в эпигастрии, диспептические расстройства (изжога) у мужчины молодого или среднего возраста, курящего, неправильно питающегося, ассоциируются в большом проценте случаев с язвенной болезнью, язвой двенадцатиперстной кишки. Наличие анемии у этого же пациента может указывать на хроническую кровопотерю из язвы.

Напротив, появление болей указанного характера у пожилого мужчины, в прошлом имевшего язвенную болезнь желудка, с потерей массы тела и наличием анемии заставят врача соблюсти онкологическую настороженность.

Гепатомегалия с округлым, мягкими и умеренно болезненным краем в сочетании с печеночной желтухой, при отсутствии эпидемиологического анамнеза и при наличии системных симптомов (лихорадка, артралгии, ускоренная СОЭ) укажет на аутоиммунный гепатит.

Большую помощь в проведении семиологической дифференциальной диагностики оказывают графические клинические алгоритмы. Основоположником создания таких алгоритмов и выработки оригинального принципа «оптимальной диагностической целесообразности» в нашей стране, явился Л.Б. Наумов, посвятивший этой теме несколько увлекательных монографий, в том числе посвященных диагностике болезней желудочно-кишечного тракта) [10].

Клинический алгоритм можно отнести к одному из инструментов (способов) проведения семиологической дифференциальной диагностики, конечной целью которой является установление патологического процесса, являющегося причиной симптома. Дальнейший этап диагностики заключается в группировке симптомов (субъективных, физикальных, лабораторных, инструментальных и др.) на основе единой причины (например, анатомической) или общего патогенеза (например, единой патофизиологии). Французский терапевт E. Ch. Achard (1860-1944) указывал: «Нужно под листвою симптомов отыскать анатомические и физиологические ветви, несущие и связывающие их». Поясним сказанное следующими клиническими примерами. Острое начало заболевания, после

употребления жирной пищи, с повышения температуры тела, возникновение постоянных, тупых, ноющих болей в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и под правую лопатку, сопровождающихся тошнотой, возможно, рвотой с примесью желчи; наличие болезненности в правом подреберье (эпигастральной области) и в точках желчного пузыря (возможно, положительный симптом Щеткина-Блюмберга), данные УЗИ (отечный желчный пузырь с утолщенными стенками, наличие конкрементов), данные лабораторных исследований (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренная СОЭ, повышение билирубина и щелочной фосфатазы) позволяют предполагать, что все эти симптомы (как субъективные, так и объективные) связаны (обусловлены) с острым воспалением желчного пузыря (острым холециститом). Внезапно возникшие острые, разлитые боли в животе без иррадиации у пожилого мужчины с признаками распространенного атеросклероза, наличие в животе при пальпации пульсирующего образования над которым выслушивается систолический шум, снижение систолического артериального давления (сосудистый коллапс), нарастающая анемизация при исследовании крови, наличие расширения брюшной аорты и признаков деструкции ее стенки при УЗИ брюшной полости, позволяет связать все симптомы воедино на основании анатомической локализации патологического процесса, представленного расслаивающей аневризмой брюшного отдела аорты.

Постепенное увеличение в объеме живота при общей потере массы тела, диспептические жалобы, указания на частые геморроидальные кровотечения, физикальные признаки асцита, расширение подкожных вен живота (а в выраженных случаях формирование *Cirrut medusae*), гепатоспленомегалия, а также данные УЗИ (гепатоспленомегалия, расширение *V. portae*) и ФГДС (варикозно расширенные вены нижней трети пищевода) укажут на то, что все выявленные симптомы обусловлены повышением давления в системе *V. porta* (портальной гипертензией). Объединение различных симптомов в «единое целое» на основании общей причины или патогенеза позволяет врачу выделить в течении заболевания ведущий синдром. Под синдромом, в диагностическом смысле этого слова, следует понимать устойчивую совокупность симптомов (субъективных или объективных), объединенных единой причиной или патогенезом (что встречается чаще). Одна из объективных трудностей диагностики заключается в том, что ни в одном из разделов внутренней медицины (в том числе в гастроэнтерологии) не существует общепринятой классификации

синдромов. Так, в выше приведенных примерах только в последнем случае, выявленные и сгруппированные симптомы, могут быть обозначены как синдром портальной гипертензии. Отсутствие общепринятой классификации синдромов в различных разделах внутренней медицины объясняется тем, что большая часть клинических диагнозов, даже в современных условиях, остается синдромальной, хотя формально они могут причисляться к нозологическим формам. Таковы диагнозы, например, хронического гепатита, острого гастроэнтерита, цирроза печени, и т.д. Очень часто такими диагнозами в отечественной медицине злоупотребляют, что связано с отсутствием материальных возможностей для их детализации в отношении этиопатогенеза или морфологии. При появлении таких возможностей диагноз хронического гепатита может трансформироваться в диагноз хронического вирусного гепатита С или в диагноз аутоиммунного гепатита. Диагноз «цирроз печени», сформулированный на основании общепатологического термина может получить расшифровку как «первичный билиарный цирроз печени». Следует также учесть то обстоятельство, что термин «синдром» очень распространен в медицине и часто используется вне контекста процесса диагностики. Так, этот термин нередко включается в общее название нозологической формы (например, синдром приобретенного иммунодефицита), используется вместо термина «симптом» в том случае, если последний имеет много причин и играет ведущую роль в клинической картине заболевания (например, «болевой синдром в грудной клетке» или «синдром правого подреберья»). Ряд синдромов, которые равнозначны самой болезни (нозологической форме), носят имя врача, впервые его описавшего (например, синдром Хагемана), или имя литературного персонажа (например, синдром Пиквика). Это, так называемые, эпонимические синдромы. Еще раз подчеркнем, что перечисленные примеры использования термина «синдром» не имеют никакого отношения к диагностическому процессу и лишь отражают исторические особенности развития медицины. В диагностическом смысле синдром является одним из этапов умозаключений врача, результатом которых является установление локализации и характера патологического процесса (как правило, типового). Не случайно диагностическую цепочку от «симптома к синдрому, и от него к диагнозу» давно называют в медицине «царственным путем диагностики». Интересен дословный перевод данного термина с греческого языка на русский, означающий «бегущие вместе» или «бегущие рядом». Заметим, что симптомы не случайно побежали «вместе или рядом», а вынуждены это делать, так как

связаны (повязаны) прочной нитью единого патогенеза. Невольно возникает ассоциация с упряжкой ездовых собак. Синдромы бывают простыми и сложными, в основе их могут лежать анатомические или функциональные нарушения. В том случае, если синдром объединяет симптомы, выявленные с помощью одного или двух любых методов исследований, он носит название простого синдрома. Например, «синдром уплотнения легочной ткани» или рентгенологический синдром «инфильтрации легочной ткани» (простые, анатомические синдромы) и т.д. Если синдром объединяет симптомы трех и более методов исследования, то он носит название сложного. Например, «синдром портальной гипертензии», «синдром печеночной недостаточности», «энтеритный (колитный) синдром», «синдром сердечной недостаточности» и т.д.

Принцип диагностики «от симптома к синдрому, и от него к диагнозу» соблюдается даже в тех случаях, когда обозначить сам синдром не представляется возможным, т.к. отсутствуют общепринятые классификационные критерии.

Поясним данный процесс диагностики на примере «конверта клинической диагностики» и диагноза «острый холецистит», не предполагающего выделения специфического (гастроэнтерологического) синдрома (Рис.2). В клинической практике обычно на основании нескольких симптомов первичного обследования больных, чаще всего, расспроса (симптомы а, b) и/или физикального осмотра (симптомы с, d) после проведения семиологической дифференциальной диагностики, врачом высказывается предположение об имеющемся патологическом процессе (острое воспаление желчного пузыря), которое часто называют врачебной гипотезой. Далее врач целенаправленно и осознанно назначает те лабораторные и инструментальные методы исследования, которые могут помочь ему в подтверждении наличия патологического процесса (острое воспаление желчного пузыря), заподозренного им вначале. Патологический процесс, а в данном примере и окончательный диагноз, можно будет считать распознанным если на него одновременно и однозначно укажут как субъективные (а, b), так и объективные (с, d; e, f; g, h, l) симптомы. Если при этом какие-либо из симптомов отсутствуют, например, f и/или h это должно быть логически объяснено. Повышение активности щелочной фосфатазы (f) нередко отсутствует при остром холецистите, если нет внутрипеченочного холестаза. Отсутствие конкрементов (h) не исключает возможности развития острого воспаления желчного пузыря. Однако, если отсутствуют лихорадка (а) и/или изменения со

стороны крови (е) предварительный диагноз должен быть подвергнут пересмотру. Должна быть выдвинута другая «диагностическая гипотеза». Как видно из этого простого клинического примера, в процессе диагностических рассуждений врач вынужден совершать целый ряд мыслительно-логических операций. В связи с этим, к мышлению врача предъявляется целый ряд требований («врачебное мышление»). Полагают, что оно должно быть: определенным, однозначным и ясным; последовательным, т.е. лишенным логических противоречий; доказательным, т.е. достаточно обоснованным [7]. Каждое, из выше названных требований, определяется одним из четырех законов формальной логики: законом тождества, законом непротиворечия, законом исключенного третьего, законом достаточного основания. Закон тождества, характеризующий определенность, однозначность, ясность и в значительной степени последовательность мышления врача, предписывает на каждом этапе мыслительного процесса рассматривать объект в одном и том же содержании его признаков. Наиболее типичным примером нарушения закона тождества являются ситуации, когда в рассуждениях врача о диагнозе (или синдроме) сознательно не принимаются во внимание («отбрасываются») какие-либо симптомы, полученные им ранее (например, при расспросе или физикальном обследовании), а внимание намеренно переключается на более «достоверные» лабораторные и инструментальные данные. Например, отсутствие данных УЗИ за «воспаление желчного пузыря» и наличие конкрементов, может заставить врача отвергнуть диагноз о холецистита несмотря на наличие других, причем более характерных симптомов. Возможна и другая ситуация, когда лабораторные и инструментальные симптомы игнорируются как ложноположительные или ложноотрицательные и суждение о диагнозе выносится на основании субъективных симптомов и данных физикального обследования. Рассматривая закон тождества, уместно вернуться еще раз к вопросу о нецелесообразности обозначения лабораторных и инструментальных методов исследования как неклинических, а дополнительных «необходимых для подтверждения диагноза». Очевидно, что без их учета становится невозможным «рассматривать объект в одном и том же содержании его признаков». Это же положение справедливо и по отношению к субъективным и физикальным симптомам. Таким образом, разделение симптомов на основные (клинические) и дополнительные (лабораторно-инструментальные) противоречит самой логике диагностического процесса (нарушение действия закона тождества).

С законом тождества тесно соприкасаются и остальные три закона формальной логики. Так, закон непротиворечия, характеризующий последовательность рассуждений врача и гласящий, что «два суждения, одно из которых утверждает что-либо о предмете, а другое одновременно отрицает то же самое о предмете, не могут быть одинаково истинными». На практике это означает, что какая-либо симптоматика патологического процесса (болезни) не только не принимается во внимание, но и истолковывается неверно в угоду другому («ведущему») методу исследования (как правило, лабораторному или инструментальному).

Одновременно с этим, как понятно, нарушается и закон тождества. В качестве клинического примера приводим следующее наблюдение

Пациентка Н. 35 лет с умеренно избыточной массой тела (ИМТ=27 кг/м²) стала ощущать изжогу, периодически появляющиеся боли в «правом подреберье», иногда носящие характер «голодных». Самостоятельно обратилась в диагностический центр к врачу отделения ультразвуковой диагностики. При УЗИ исследовании органов брюшной полости выявлен одиночный конкремент желчного пузыря 1,0х0,8 см. С данными обследования сначала обратилась к врачу-терапевту районной поликлиники, который диагностировал «желчно-каменную болезнь. Одиночный конкремент желчного пузыря». Затем консультирована хирургом, который высказался о необходимости «лапароскопической холецистэктомии». Не желая проводить оперативное лечение, пациентка стала обращаться за помощью к другим специалистам, в том числе к фитотерапевту. В течение двух месяцев принимала «печеночный сбор», аллохол, но-шпу без эффекта. Обратилась в клинику. При сборе анамнеза обращено внимание на периодичность болей, связь их с приемом пищи, наличие «голодных» болей, купирующихся приемом пищи, присутствие изжоги. При пальпации живота выявлена болезненность в эпигастральной и холедехо-панкреатической областях. Заподозрена язва луковицы 12 перстной кишки. При ФГДС выявлена язва луковицы 12 перстной кишки, положительный тест на *H.pylori*. На фоне комплексной противоязвенной терапии состояние больной нормализовалось, боли полностью купировались, при контрольной ФГДС – язва зарубцевалась. Через год, после начала лечения язвенной болезни, выполнена в плановом порядке лапароскопическая холецистэктомия. Ранний и отдаленный послеоперационные периоды без осложнений. В настоящее время клинически здорова.

В данном клиническом примере врач, имея предварительное инструментальное «подтверждение» диагноза желчно-каменной болезни, неправильно (противоречиво) посчитал клинические симптомы («боли в правом подреберье») характерными для окончательного клинического диагноза. Известно, что одиночные конкременты желчного пузыря, чаще всего, являются инструментальной находкой и редко, когда проявляют себя клинически в тех случаях, если не являются причиной осложнений (холецистит, панкреатит), симптомы которых у больной отсутствовали. Боли, которые пациентка хотя и

локализовала в правом подреберье, не имели характерных для желчно-каменной болезни признаков и в то же время были почти «классическими» и специфическими для язвы выходного отдела желудка. Таким образом, врачом не был соблюден принцип семиологической дифференциальной диагностики, мыслительно-логические операции носили поверхностный характер и противоречили законам формальной логики. Нарушение закона тождества заключалось в том, что объект рассматривался только с одной стороны (данные УЗИ исследования), т.е. не все признаки были тождественны предполагаемому патологическому процессу. Нарушение закона непротиворечия выражалось в том, что несмотря на такие «нехарактерные» для желчно-каменной болезни симптомы как «голодные боли», сочетание их с изжогой, врач учел только их локализацию в «правом подреберье» и наличие «одиночного конкремента желчного пузыря» при УЗИ. Тесно соприкасается с законом непротиворечия третий закон формальной логики, носящий название закона исключенного третьего. В соответствии с этим законом «одно из двух противоречивых суждений об одном и том же объекте может быть либо истинным, либо ложным, «третьего не дано» (tertium non datum) [7]. Данный закон является самым трудным для восприятия клиницистов и часто трактуется ими не верно. Так, некоторые клиницисты, говоря об этом законе приводят следующую его формулировку: «из двух взаимоотрицающих мыслей о какой-либо стороне одного явления, предмета истинной должна быть признана не какая-то третья мысль, а именно одна из этих двух» [9]. И хотя формально и эта формулировка закона является верной, для клинициста сложно представить, что невозможен «третий» или «четвертый» альтернативный диагнозы. Возникает предположение о том, что этот закон не применим в медицине. В книге «Клинический диагноз», ее авторы В.П.Казначеев и А.Д.Куимов (1984) пишут: «Как быть... если формулируется две и более гипотезы с равной степенью вероятности? Во-первых, нужно иметь в виду, что не всегда они являются взаимоисключающими, так как у больного может оказаться налицо сложное заболевание, т.е. обе предполагаемые болезни могут быть одновременно. Поэтому нельзя в данном случае мыслить только по принципу или-или, т.е. вновь принципы формальной логики оказываются несостоятельными». Критикуя данное утверждение, К.Е.Тарасов и соавт. [7] замечают, что «ни при каких условиях (законы формальной логики) не могут «оказаться несостоятельными», если их правильно применять».

В первом клиническом наблюдении у больной были диагностированы две болезни: «Желчнокаменная болезнь. Одиночный конкремент желчного пузыря, а затем язва луковицы 12 перстной кишки». Вопрос в рамках «закона исключенного третьего» нельзя формулировать как «есть или нет у больного желчнокаменная болезнь, третьего не дано». Его следовало бы задать как: «является ли одиночный конкремент желчного пузыря причиной имеющихся болей или нет». И правильным был бы, естественно, ответ «нет, не является» и в этом состоял бы философский смысл утверждения «*tertium non datum*». Законы формальной логики не только не запрещают думать врачу о возможности «третьего», «четвертого» и т.д. альтернативных диагнозов, но и вовремя напоминают ему об этом. Однако следует учесть одно важное обстоятельство. В случае предположения об альтернативном диагнозе, должна быть выбрана новая система координат (в наших примерах «конверт клинической диагностики»), которых может быть несколько. В выше приведенном клиническом наблюдении таких систем координат две. Одна из них, представленная субъективной симптоматикой (боли), данными физикального обследования (болезненность в эпигастральной и холедехопанкреатической областях) и данными ФГДС, характеризует язвенный процесс в луковице 12-перстной кишки. Другая, представленная исключительно инструментальными данными (УЗИ), характеризует желчнокаменную болезнь. Приведем в качестве иллюстрации еще одно клиническое наблюдение.

Пациентка М. 48 лет, в прошлом считала себя здоровой. После праздничного ужина, на утро следующего дня отметила тошноту, двукратную рвоту с примесью желчи, однократно кашецеобразный стул, тупые, постоянные боли в правом подреберье и в эпигастральной области. Повышения температуры не было. Самостоятельно принимала но-шпу, альмагель-А. Боли уменьшились, однако сохранилась тошнота. На следующий день обратилась к врачу-терапевту районной поликлиники, где была выполнена ФГДС, по заключению которой имелись признаки острого, эрозивного гастродуоденита. Были назначены ингибиторы протонной помпы (омепразол), антациды (альмагель-А), спазмолитики (но-шпа). Однако в последующие два дня состояние больной не улучшалось. Сохранялись боли в эпигастральной области и в правом подреберье, из-за выраженной тошноты отказывалась от еды, с целью подавления позывов на рвоту в большом количестве употребляла альмагель-А (до 3-х флаконов за день) с временным эффектом. Повысилась температура тела до 37,5-37,8° С. При консультации в клинике обращено внимание на постоянный характер болей с преимущественной локализацией в правом подреберье и с иррадиацией в правое плечо, наличие упорной тошноты и позывов на рвоту, повышение температуры тела. При пальпации живота выраженная болезненность в правом подреберье, болезненность в точках желчного пузыря. Заподозрен холецистит и панкреатит, как альтернативные диагнозы к имеющемуся эрозивному гастродуодениту. При УЗИ исследовании

органов брюшной полости желчный пузырь увеличен в объеме, стенки отечные, в просвете множественные мелкие конкременты. Головка поджелудочной железы отечная, экзогенность повышена. В клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз до 8000 в 1 мкл, ускоренная СОЭ до 30 мм/час. В биохимических анализах крови увеличена активность амилазы. Уровень билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы в норме. Диагностированы желчнокаменная болезнь с множественными мелкими конкрементами желчного пузыря. Хронический холецистит в ст. обострения. Острый, вторичный панкреатит. Инфузионная, дезинтоксикационная терапия холинолитики и антиферментные препараты (октреатид) привели к полному купированию имеющихся симптомов. Одновременно проводилась терапия острого, эрозивного гастродуоденита (омепразол). Через год, в плановом порядке проведена лапароскопическая холецистэктомия. В настоящее время клинически здорова.

Приведенное клиническое наблюдение иллюстрирует действие всех трех законов формальной логики. Все, отмеченные у больной симптомы (постоянная боль в эпигастральной области и в правом подреберье, тошнота, рвота) не могли быть «тождественны» патологическому процессу в виде острого эрозивного гастродуоденита, диагностированного с помощью ФГДС. С этим процессом можно было связать только боли в эпигастральной области и факт облегчения этих болей на фоне терапии (альмагель, омепразол). Остальные симптомы «противоречили» клинической картине гастродуоденита. Суть третьего закона формальной логики в данном примере заключалась не в том, что «есть или нет гастродуоденит, поскольку третьего не дано», а в том, что «является ли гастродуоденит причиной всех имеющихся у больной симптомов, а именно болей в эпигастральной области и в правом подреберье (!), упорной тошноты, рвоты, расстройства стула?» И если в ходе диагностики такой вопрос был бы задан, то, скорее всего, на него был бы дан ответ, что гастродуоденит в данном конкретном случае не может являться причиной возникновения этих симптомов. И в философском значении одного из законов формальной логики другой (третьей) мысли быть не может.

Четвертый закон формальной логики, называемый «законом достаточного основания», гласит: «Любое высказывание об объекте, чтобы быть истинным, должно иметь достаточное основание... Достоверность диагноза обязательно предполагает его обоснованность» [7]. Очень часто суть этого закона понимают исключительно в использовании наиболее современных, а следовательно наиболее «доказательных» методов исследования.

Действительно, современную гастроэнтерологическую диагностику не возможно представить без таких инструментальных методов, как гастро- и колоноскопия, компьютерная томография и ультразвуковое исследование брюшной полости или

без лабораторных методов исследования, например, определения активности ферментов. Однако под «достаточным основанием» следует понимать не простой набор результатов различных методов исследования, а логическую увязку их с предполагаемым врачом патологическим процессом (болезнью) в определенной системе координат (именуемой нами для наглядности « конвертом клинической диагностики»), что в конечном итоге приводит к обоснованию (обоснованности) диагноза.

Приведенные выше два клинических наблюдения (отнюдь не самых сложных и запутанных) наглядно иллюстрируют это положение. Использование самых современных методов исследования (ЭФГДС и УЗИ органов брюшной полости) не помогло врачу правильно поставить окончательный клинический диагноз.

Таким образом, выявив симптомы с помощью различных методов исследования, проведя их семиологическую дифференциальную диагностику и установив характер патологического процесса, врач группирует эти симптомы в единой системе координат с использованием законов формальной логики (чаще это происходит не осознанно, а интуитивно). В тех случаях, когда понятие патологического процесса совпадает с определением болезни, а следовательно нет надобности в выделении синдрома, как это было в клиническом наблюдении пациента с острым холециститом, врач сразу приходит к диагнозу болезни. И хотя такой диагноз чаще называют (не правильно) прямым или диагнозом по аналогии (diagnosis morbi) [6,9], на самом деле он носит синтетический или полный характер (diagnosis morbi et aegroti) [6]. Таковым его делают принцип семиологической дифференциальной диагностики и использование законов формальной логики в единой диагностической системе координат («конверт клинической диагностики»). Истинный диагноз по аналогии не предполагает проведения выше названных этапов. Роль аналогии во врачебном (клиническом) мышлении, безусловно, велика. Как уже говорилось, именно аналогия служит методом выдвижения первичной диагностической гипотезы о патологическом процессе (или болезни) на основании субъективных симптомов и данных физикального обследования пациента. Однако аналогия не является законом логики, как считают некоторые клиницисты. В логике аналогию, хотя и относят к одному из методов научного познания, тем не менее, подчеркивают, что он дает не достоверные, а вероятностные данные.

Использование метода аналогии имеет значение в проведении нозологической дифференциальной диагностики [6]. Необходимость в этом этапе

диагностического процесса (не путать с семиологической дифференциальной диагностикой) возникает в тех случаях, когда установленный патологический процесс включает несколько нозологических форм. В современной медицине нозологический диагноз становится все более конкретным и детальным. В качестве нозологических критериев все чаще выступают морфологические, иммуногистохимические, иммунологические или биохимические признаки. Так, еще сравнительно недавно совокупность таких симптомов как диспептические расстройства (тошнота, снижение аппетита), умеренно увеличенная печень с округлым и слабоблезненным краем, транзиторное повышение уровня трансаминаз и билирубина была достаточна для диагностики хронического гепатита как клинической нозологической единицы. В настоящее время у больного с подобными симптомами врачу необходимо будет провести дифференцировку, по крайней мере, между четырьмя нозологическими формами (см. главу 7 «Заболевания печени»), для чего ему потребуются как лабораторные (вирусологические исследования, иммунологические тесты), так и морфологические критерии (иммуногистохимия, степень и стадия болезни).

Методология нозологической дифференциальной диагностики заключается в сравнении комплекса, выявленных у больного симптомов с симптомами предполагаемого заболевания (нозологической формы), т.е. в применении метода аналогии в каждом конкретном случае. Наличие или наоборот отсутствие характерных для нозологической формы симптомов (критериев) позволит врачу установить или отвергнуть тот или иной диагноз. Иногда врач «доказывает правильность диагноза путем исключения всех остальных возможностей» [6]. Это так называемый «diagnosis per exclusionem». Например, такой подход необходим будет при диагностике криптогенного хронического гепатита (гл.7). Принцип «исключения» потребуется врачу и в случаях дифференциальной диагностики вторичных повреждений печени, идентифицируемых в клинике как «хронический гепатит». Например, болезнь Вильсона-Коновалова (гепатолентикулярная дегенерация), представляющая собой генетический дефект в синтезе церулоплазмينا (α -глобулин, транспортирующий медь), приводящий к накоплению ионов меди в гепатоцитах, нейтроцитах и роговице (роговичное кольцо Кайзера-Флейшера) может манифестироваться клиническими симптомами «хронического гепатита» или «цирроза печени». Первичный биллиарный цирроз печени, алкогольный и медикаментозный (например, вследствие приема метилдопы, диклофенака) гепатиты могут приобретать в клинике черты

аутоиммунного гепатита. Примечательно, что в последних двух случаях решающее значение в дифференциальной диагностике будет иметь анамнез. Важно отметить, что и в случаях нозологической дифференциальной диагностики с использованием метода аналогии мышление врача должно также оставаться патофизиологичным. Более того, на этом этапе диагностики врач обязан «индивидуализировать патогенез», т.е. общие сведения о патофизиологии и патогенезе применить к данному пациенту или как говорил С.П. Боткин создать «теорию данного случая» [8].

Так, например, осознавая, что в основе аутоиммунного гепатита лежит нарушение функции Т-клеток (гиперпродукция $IFN-\gamma$ $CD4^+$ и $CD8^+$), врач не удивится ассоциации этого заболевания с другими аутоиммунными процессами (СКВ, ревматоидный артрит, тиреоидит и т.д.). Принципы нозологической дифференциальной диагностики сохранятся и в случаях выделения ведущего синдрома, например, портальной гипертензии. Применяя метод аналогии, следует также придерживаться выбранной системы координат («конверт клинической диагностики»), которых может быть несколько (столько, сколько дифференцируемых заболеваний) и в каждой из них будут сохранять свою силу все четыре закона формальной логики. М.В. Яновский еще в 1922 году писал: «Поставить диагноз значит классифицировать симптомы, отделить главные от второстепенных, определить взаимную связь между ними и другими, а также с производящими причинами и полученную таким образом картину подвести под один из известных типов заболеваний. Если же она не вмещается ни в одну из известных рамок, то, строго определив отличия, составить новую категорию» [1].

Таблица 1.1

Клинические методы исследования больного

<ul style="list-style-type: none"> • Расспрос <ul style="list-style-type: none"> - Жалобы - Анамнез (заболевания, жизни) • Физикальные методы <ul style="list-style-type: none"> - Осмотр - Пальпация - Перкуссия - Аускультация • Лабораторные методы исследования • Инструментальные и морфологические методы исследования



Рис. 1.1. «Конверт» клинической диагностики (греч. diagnostikos – способный распознавать).

Таблица 1.2

Данные о пациенте, имеющие значение в дифференциальной диагностике симптома

<ul style="list-style-type: none"> • Возраст <ul style="list-style-type: none"> - Дети (до 18 лет) - Молодой возраст (18–35) - Средний возраст (35–50) - Пожилой возраст (51–75) - Старческий возраст (старше 75) • Пол <ul style="list-style-type: none"> - Урологический анамнез у мужчин старше 45 лет - Гинекологический анамнез у женщин младше 50 лет • Индекс массы тела и ее динамика • Наследственность • Привычные интоксикации • Факторы риска • Перенесенные и сопутствующие заболевания • Эпиданамнез • Иммунный статус (аллергологический анамнез) • Социально-бытовой анамнез

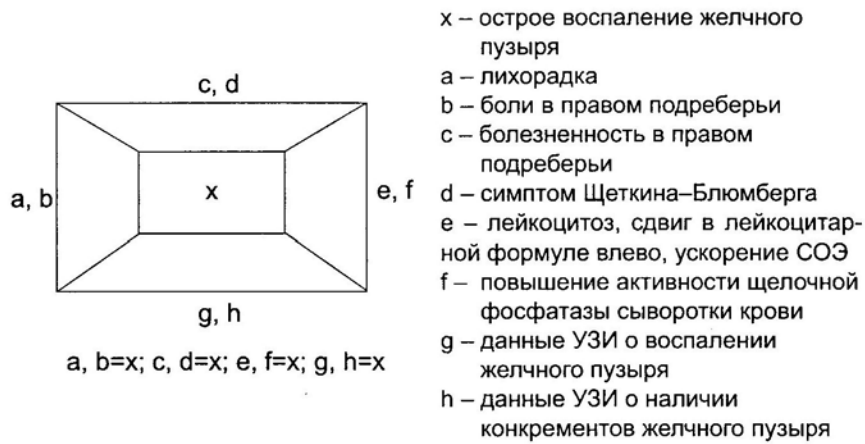


Рис. 1.2. Принцип «клинического конверта диагностики» при остром воспалении желчного пузыря (объяснения в тексте).

Список литературы к главе 1.

1. Яновский М.В. Курс диагностики внутренних болезней. Гос. изд-во, 4-е, вновь переработанное издание, Москва, 1922.-510с.
2. Катеров В.И. Введение во врачебно-клиническую практику. Казань: Таткнигоиздат,1960.-220с.
3. Рубинштейн Г.Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких. Пособие для врачей. Изд. 2-е исправленное и дополненное в 2-х томах. Гос. изд-во мед. литературы. Медгиз.1954.Москва.
4. Расулев И.А. О диагностике внутренних болезней. – Ташкент: Медицина. 1964.-223с.
5. Burnum J.F. Medical diagnosis Through semiotics. Giving meaning to the sign. Ann.Intern.Med. 1993; 119(9):939-943.
6. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней / АМН СССР. Москва: Медицина, 1985.-256с.
7. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). – М.:Медицина, 2989.-272с.
8. Боткин С.П. Клинические лекции. Вып.2. СПб., 1885; 197с.
9. Горбачев В.В. Трудности и ошибки в диагностике некоторых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Минск. «Беларусь» 1978.- 176с.
10. Наумов Л.Б., Мамиконян Р.С., Наумов В.Л. Болезни органов живота: Алгоритмы дифференциальной диагностики, распознавания, тактики: Справочное программное руководство для врачей с программой для компьютерной диагностики. Под ред. Р.П.Стамболцяна.- Ер.:Айстан, 1990.- 520с.