

ВВЕДЕНИЕ

(Принципы диагностики)

Основное условие эффективного лечения больного — правильная диагностика его заболевания. Следует иметь в виду, что у разных людей одна и та же болезнь протекает по-разному. Это обусловлено индивидуальными особенностями организма. В связи с этим правильное распознавание болезни возможно лишь на основе строго научных фактов, которыми располагает врач. Они характеризуют отклонения от нормального функционирования различных органов и систем, которые врач определяет при систематическом обследовании больного.

Информацию о таких отклонениях можно получить из трех источников:

- беседы с больным (изучение жалоб, анамнеза болезни и жизни);
- непосредственного (физического) обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- данных лабораторно-инструментальных методов исследования (рутинные исследования, проводимые всем больным, и исследования по специальным показаниям, обусловленным особенностями клинической картины заболевания).

По мере сбора информации формулируют предварительные диагностические заключения и окончательный развернутый клинический диагноз. Следовательно, каждый источник информации необходим для построения диагностической концепции.

Таким образом, три источника получения информации и выводы, которые делает врач, можно условно рассматривать как три этапа диагностического поиска.

Первый этап диагностического поиска (выяснение жалоб, анамнеза болезни и жизни больного) — весьма существенный этап диагностики, так как квалифицированно проведенный расспрос, глубокий анализ полученной информации, группировка фактов и логичное изложение материала, свободное от ненужной детализации или краткости служат залогом грамотной и точной диагностики. Историю настоящего заболевания описывают с момента возникновения первых симптомов (дебют болезни). Следует особо подчеркнуть, что анамнез болезни — отнюдь не хронологическое перечисление посещений врача поликлиники либо этапов стационарного лечения. Главное в этом разделе — отражение динамики развития болезни с момента возникновения ее начальных признаков до появления типичных клинических симптомов, синдромов и осложнений, частоты и длительности периодов обострения и ремиссий, ослабления или усиления симптомов в процессе медикаментозного или немедикаментозного лечения (физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение, массаж, ЛФК), влияния на развитие и течение болезни условий труда и быта, характера питания и вредных привычек.

В процессе работы следует тщательно изучить имеющуюся медицинскую документацию из других учреждений (выписки, справки, эпикризы), позволяющую конкретизировать полученную информацию (шумы в сердце, гепатомегалия, асцит и др.), определить изменения показателей лабораторно-инструментальных исследований (анемия, увеличение СОЭ), эффект лечения,

дозы и количество используемых лекарственных препаратов (глюкокортикоиды и др.).

При заболеваниях, обострения которых протекают по единой схеме (стереотипно), можно не перечислять аналогичные симптомы несколько раз, а описать типичную картину, после чего отметить годы возникновения подобных обострений (в весенне-осеннем периоде, ежегодно и др.).

В ряде случаев при обследовании, проведенном по поводу настоящего заболевания, получают результаты, которые могут уточнить или отвергнуть предыдущую диагностическую концепцию (велоэргометрия, коронароангиография, ЭхоКГ и др.). Кроме того, следует отразить влияние заболевания на трудоспособность больного (временная или стойкая утрата, группа инвалидности).

Таким образом, в беседе с пациентом выясняют не только жалобы, но и этапы развития болезни, изменение ее течения со временем и под влиянием проводимого лечения. Часть сведений можно получить от родственников больного. Естественно, что сам больной не все может сообщить врачу о своем заболевании. Часто одни симптомы кажутся ему главными, тогда как для установления диагноза важны совсем иные. В связи с этим необходимо определять диагностически значимую информацию. Полученные сведения врач должен творчески осмыслить и сделать выводы следующего порядка.

- Обнаруженные жалобы и течение заболевания полностью соответствуют таковым при определенной нозологической форме. Иначе говоря, после первого этапа диагностического поиска диагностическая концепция вполне ясна, и на последующих этапах ее надо лишь подтвердить, а также детализировать отдельные симптомы болезни.
- Описанные больным симптомы обнаруживают при самых разных заболеваниях, в связи с чем после первого этапа диагностического поиска можно лишь наметить круг возможных болезней (речь идет о так называемом методе дифференциальной диагностики, о чем более подробно с приведением конкретных ситуаций будет сказано позднее). Диагноз в данном случае можно поставить лишь после получения информации на втором или даже третьем этапе диагностического поиска.
- Жалобы больного и данные анамнеза не характерны для какого-либо определенного заболевания. Это так называемые общие симптомы (слабость, утомляемость, потеря массы тела, субфебрилитет и др.). В такой ситуации сделать какие-либо диагностические заключения после первого этапа не представляется возможным.

Второй этап диагностического поиска. При непосредственном обследовании обнаруживают симптомы, которые могут быть обусловлены собственно заболеванием, реакцией органов и систем на него и возникновением осложнений. Объем информации, получаемой на втором этапе, колеблется в широких пределах: от патогномичных признаков (например, данные аускультации при митральном или аортальном стенозе) до отсутствия патологических симптомов (например, у больного с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии). В связи с этим отсутствие каких-либо изменений в органах и системах не означает, что все жалобы имеют неврогенное происхождение или пациент здоров. Вместе с тем отсутствие каких-либо находок на втором этапе диагностического поиска при вполне определенных диагности-

ческих выводах первого этапа (типичные жалобы и анамнез болезни) может свидетельствовать о доброкачественном течении заболевания или ремиссии.

После второго этапа можно сделать такие же выводы, как и после первого этапа, но их определенность будет значительно выше, так как заключение основано на информации, полученной из двух источников. Таким образом, выводы, сделанные после второго этапа (с учетом выводов первого этапа), могут быть следующими:

- диагноз можно сформулировать;
- круг заболеваний, очерченный после первого этапа, существенно сужается;
- по-прежнему нет никакой определенной диагностической концепции, в связи с чем заключение о диагнозе будет отложено до третьего этапа.

При получении сведений на первом и втором этапах диагностического поиска особенно важна роль личного контакта врача с больным.

Третий этап диагностического поиска. Завершив второй этап диагностического поиска, врач должен спланировать проведение параклинических исследований, служащих третьим этапом диагностического поиска. Его цель — верификация диагноза путем исключения синдромно сходных заболеваний и подтверждения (КТ, МРТ, эндоскопические исследования, ангиография, биопсия и др.) приоритетной диагностической концепции.

При ряде заболеваний для формулировки клинико-морфологического диагноза требуется проведение прижизненного морфологического исследования (биопсия почки, печени, слизистой оболочки желудка, стерильная пункция и др.).

План обследования больного на третьем этапе диагностического поиска состоит из нескольких разделов:

- обязательные исследования, проводимые всем больным без исключения;
- исследования, необходимые для дифференциальной диагностики и уточнения диагноза (дополнительные исследования);
- консультации специалистов (окулист, уролог и др.).

К обязательным исследованиям относят:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- общий анализ кала;
- биохимический анализ крови (общий белок, сахар, холестерин, билирубин, креатинин);
- реакция Вассермана;
- ЭКГ;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Объем дополнительных исследований определяют в каждой конкретной диагностической ситуации. Так, у больного с поражением легких обязательные клинические исследования дополняют общим анализом мокроты, а при необходимости — бактериологическим исследованием (посевом) мокроты и определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Определяют перечень необходимых биохимических, ферментных, иммунологических и других исследований, а также инструментальных манипуляций (бронхоскопия, функция внешнего дыхания). Важное место занимают радиоизотопные методы

исследования, КТ, мультиспиральная КТ (МСКТ) с контрастированием исследуемого объекта, МРТ, бронхоскопия, бронхоальвеолярный лаваж и др.

Больным, у которых возможны кровотечения либо предстоит перевод в хирургический стационар для проведения операции, определяют группу крови и резус-фактор, выполняют анализ крови на ВИЧ-инфекцию и коагулограмму. В настоящее время широко используются инвазивные методы исследования (например, коронароангиографию).

Консультации специалистов проводят для исключения либо подтверждения тех или иных диагностических предположений. Всем женщинам, находящимся на обследовании в стационаре, необходима консультация гинеколога.

В трудных диагностических ситуациях приходится прибегать к повторным исследованиям (в динамике).

План обследования — своеобразный «стержень», на котором базируется этапность исследований. В ряде ситуаций составляют календарный план обследования.

После третьего этапа диагностического поиска можно сделать следующие выводы:

- диагноз, поставленный (предполагаемый) на предыдущих этапах диагностического поиска, полностью подтверждают;
- неопределенная диагностическая концепция двух предыдущих этапов реализуется в четкий диагноз;
- диагноз остается неясным, в связи с чем требуется проведение диагностического хирургического вмешательства (например, пробная лапаротомия) или длительное динамическое наблюдение за больным с обязательным выполнением ряда лабораторно-инструментальных исследований.

Как же осуществляют собственно процесс диагностики? По мере получения информацию «мысленно» обрабатывают уже с первого момента встречи с больным. Этот анализ осуществляют по определенным направлениям.

- Насколько получаемые сведения, сообщаемые больным, служат свидетельством существования патологического процесса, т.е. отличаются от нормы.
- Что означают полученные физические данные (например, смещение левой границы относительной сердечной тупости кнаружи от левой грудно-ключичной линии, сухие свистящие хрипы, приступы сжимающих болей за грудиной, возникающие при физической нагрузке и др.).
- Свидетельствуют ли полученные лабораторно-инструментальные данные о существовании какого-либо патологического процесса. Затем следует самое важное в диагностическом процессе: полученную информацию сравнивают с так называемыми эталонами болезней, их «образами», которые хранятся в памяти врача, учебнике и медицинской литературе.

Следовательно, процесс диагностики складывается из зримых действий врача и последовательного ряда интеллектуальных (мыслительных) действий. Подобные мыслительные операции проводят на каждом этапе получения информации.

Прежде чем полученную информацию сравнят с эталонами (образцами) болезней, ее следует соответствующим образом «препарировать», т.е. обработать. Как это делать?

- Сначала определяют доминирующие симптомы, т.е. любые признаки болезни, доступные определению, при этом не имеет значения, какой источник информации использовать.
- Затем осуществляют «сложение» обнаруженных симптомов в синдромы. Следует отметить, что синдром — совокупность симптомов, имеющих единый патогенез. Синдром следует отличать от симптомокомплекса, т.е. простой суммы симптомов, их неспецифической комбинации.
- После того как определены симптомы и произошло их объединение в синдромы, оказывается возможным локализовать патологический процесс в какой-либо системе организма или отдельно взятом органе (например, в печени, сердечно-сосудистой системе, почке, системе кроветворения и др.), при этом симптом лишь указывает на локализацию патологического процесса и крайне редко — на его существование. Синдром позволяет определить (выяснить) патологоанатомическую и патофизиологическую сущность патологического процесса (например, воспаление на иммунной или бактериальной основе, расстройства кровообращения в той или иной сосудистой области, бронхиальная обструкция и др.). Нередко у одного больного существует несколько синдромов (например, синдром дыхательной недостаточности, бронхиальной обструкции и легочной гипертензии). Выделение ведущего (ведущих) синдромов существенно приближает врача к нозологической диагностике, так как тот или иной синдром (группа синдромов) свойствен весьма ограниченному кругу болезней.

Таким образом, выделяя симптомы и синдромы, мы постоянно (по мере получения информации) сравниваем их с эталонами болезней и смотрим, какому же заболеванию соответствует полученный при обследовании пациента «образ» болезни.

Все сказанное схематично можно представить следующим образом (рис. 1).

В результате проведенного диагностического поиска могут возникнуть две ситуации.

- «Образ» болезни, обнаруженный у обследуемого пациента, полностью и совершенно безапелляционно соответствует какому-то определенному (одному) заболеванию. Это так называемый прямой диагноз, но так бывает не слишком часто. Более характерна другая ситуация.
- «Образ» болезни похож на два, три заболевания и более. В этом случае очерчивают «круг» заболеваний, которые надо дифференцировать, т.е. используют метод дифференциальной диагностики. Проводя анализ по-

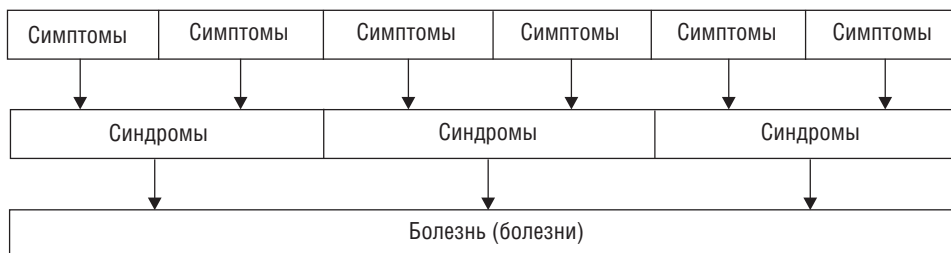


Рис. 1. Симптомы—синдромы—болезнь

лученной информации, определяют, какому из дифференцируемых заболеваний информация соответствует в наибольшей степени. Иначе говоря, проводят сравнение имеющихся данных с «идеальным» образом болезни, описанным в литературе.

- Для установления диагноза часто требуется дополнительная информация, получаемая с помощью ранее использованных методов исследований, или динамическое наблюдение за больным, во время которого симптомы представляют более отчетливо. Длительность такого наблюдения различна — от нескольких дней до нескольких месяцев (реже — нескольких лет). Так бывает обычно в начальном периоде (дебюте) заболевания.

Следует помнить, что значение каждого этапа диагностического поиска при том или ином заболевании и у каждого конкретного больного весьма различно. Например, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки уже после первого этапа в большинстве случаев можно вполне определенно сформулировать диагностическую концепцию, и на дальнейших этапах она обычно не меняется. При ревматическом митральном пороке с резким преобладанием стеноза или при стенозе устья аорты диагностическая концепция становится четкой после второго этапа диагностического поиска, который необходим, если на первом этапе не удастся получить сведения о ранее перенесенном полиартрите, не оставившем после себя никаких изменений в суставах. Наконец, в ряде случаев поставить диагноз можно лишь на третьем этапе диагностического поиска (гемобластозы, латентная форма хронического нефрита и др.). Тем не менее нельзя знать заранее, какой из этапов будет определяющим. Именно поэтому при обследовании больного необходимо вести диагностический поиск на всех трех этапах.

Развернутый клинический диагноз при различных заболеваниях строят практически по единому образцу. Он должен отражать:

- этиологию (если она известна);
- клинический (клинико-морфологический) вариант болезни;
- фазу (ремиссия или обострение);
- стадию течения (начальная, развернутая, терминальная);
- отдельные наиболее выраженные синдромы (результат вовлечения в патологический процесс различных органов и систем);
- осложнения.

На рисунке 2 представлены все этапы диагностического поиска.

В учебнике будет продемонстрировано значение различных этапов диагностического поиска в диагностике тех или иных заболеваний, а также представлены принципы современного лечения, предусматривающие выбор оптимальных методов.

Лечение больного с любым заболеванием предполагает проведение ряда мероприятий.

- Немедикаментозные методы лечения (соблюдение режима труда, быта и питания, ограничение употребления некоторых продуктов).
- Медикаментозное лечение, которое подразделяют на лечение в «полной дозе» (когда существует дебют заболевания, его развернутая стадия или обострение) и поддерживающее (лекарственные средства назначают в



Рис. 2. Этапы диагностического поиска

меньшей дозе, но это необязательное условие). В ряде случаев применяют хирургические методы лечения.

- Физиотерапевтическое лечение.
- Санаторно-курортное лечение.

Естественно, у разных больных «набор» лечебных мероприятий может значительно различаться, но всегда следует помнить, что назначением одних только лекарственных средств лечение не ограничивается.

Названия заболеваний, методов исследования и реакций приведены сокращенно, т.е. в виде аббревиатур (см. «Сокращения и условные обозначения»).