

Глава 1

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ВЕДЕНИЕ

We only think when we are confronted with problems.¹
John Dewey

ВВЕДЕНИЕ

История болезни традиционно служит основным медицинским и юридическим документом, в котором отражаются все этапы диагностического процесса: результаты обследования, наблюдения и лечения пациента.

При обращении пациента необходимо собрать и обработать диагностическую информацию, сопоставить полученные данные между собой и с имеющейся у него в памяти информацией об этиологических и клинических особенностях различных заболеваний, после чего сформировать диагностическое заключение.

Эти процессы могут быть описаны с психологических позиций как частный случай процесса принятия решений. При определенных условиях следовать за развитием мысли становится достаточно интересно (по мнению А.С. Пушкина, это «есть наука самая занимательная»).

В современных условиях постановка врачебного диагноза все чаще рассматривается скорее как наука, чем искусство, а попытки формализовать диагностический алгоритм часто приводят к объективному повышению качества диагностики во многих областях медицины.

После изучения материала вы приобретете:

■ знания:

- ✦ по требованиям к оформлению истории болезни;
- ✦ структуре диагноза;
- ✦ проблемному подходу к обучению;
- ✦ типам диагностических ошибок, или деформациям выбора;

■ умения:

- ✦ по ведению проблемно-ориентированной истории болезни;
- ✦ выделению актуальных проблем;
- ✦ поиску решения проблем пациента;
- ✦ логическому обоснованию клинического диагноза.

¹ Мы задумываемся только тогда, когда сталкиваемся с проблемами. Джон Дьюи (1859–1952) — основоположник философии образования.

В этой главе на примере **проблемно-ориентированной истории болезни** показано, как современные подходы к ведению истории болезни превращают ее не только в источник научно-структурированных данных, но и ценное пособие по диагностике и лечению заболеваний.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Как научный документ история болезни формировалась на протяжении трех столетий. Ввел написание истории болезни в XVII в. знаменитый английский врач Томас Сиденгам. В России написание истории болезни по определенной схеме вместо бессистемных докторских сказок или скорбных листов было введено М.Я. Мудровым. Он впервые предложил собирать анамнез и утвердил схему из пяти разделов: описание больного, исследование причин, сама болезнь, определение болезни и лечение больного.

В последующем Г.А. Захарьин разработал схему анамнеза, С.П. Боткин ввел написание эпикриза, М.П. Кончаловский определил структуру диагноза (его нозологическую, морфологическую, патогенетическую и функциональную части) и ввел определение прогноза. Большой вклад в развитие этого документа внесли представители отечественной (советской) и зарубежной медицины XX в.: В.Н. Виноградов, А.А. Шелагуров, G. Rodnan, L. Weed и др.

Современные (электронные) варианты истории болезни позволяют оптимизировать ведение больного, строже придерживаться хронологии событий, значительно быстрее получать, хранить, дублировать (при необходимости) диагностическую информацию, пользоваться электронной почтой и гиперссылками на справочники, медицинские базы данных, калькуляторы, системы поддержки решений, вопросники и др. Развитие ресурсов (таких как блоги, вики-сайты, подкасты и др.) интернета II поколения (WEB 2.0) делает эти возможности практически безграничными.

СТРУКТУРА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Традиционно в истории болезни указывают основные сведения о больном, паспортные данные, канал госпитализации и диагноз больного. В истории болезни отражают результаты опроса больного, его осмотра и обследования, оформляют клинический диагноз, ведут дневниковые записи, пишут этапные, выписной (или посмертный) эпикризы.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ КАК ЗЕРКАЛО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Слово «диагноз» (от греч. *diagnosis* — распознавание) означает как процесс распознавания болезни (**диагностический процесс**), так и название самой болезни, выражаемое в терминах, которые предусмотрены принятыми классификациями и номенклатурой болезни (**диагностическое заключение**).

В ходе диагностического процесса *viva voce* собирают сведения о болезни пациента. От правильной организации работы врача с пациентом и медицинской документацией во многом зависят точность, правильность и своевременность постановки диагноза.

История болезни всегда считалась не только важным источником научных сведений о различных заболеваниях, но и своеобразным пособием по их диагностике и

лечению. Профессор М.Я. Мудров, создатель канонов истории болезни, за годы практики бережно собрал 40 томов историй болезни, к которым при необходимости обращался сам или по просьбе больных, просивших его повторить пропись лекарственного средства, принесшего им облегчение.

В современных условиях превращению истории болезни в научный документ и пособие по диагностике, по нашему мнению, в наибольшей степени способствует **проблемно-ориентированный принцип**¹ ведения истории болезни, предложенный английским врачом L. Weed (рис. 1.1) еще в 70-х гг. прошлого века. Этот принцип разрабатывался им совместно со специалистами по обработке информации. Если в традиционной истории болезни информация регистрируется совокупно, то в проблемно-ориентированной истории болезни все результаты обследования систематизируются для получения обобщенных данных по конкретным **проблемам** пациента. Такая структура истории болезни соответствует новым подходам к медицинскому образованию, в частности, проблемному обучению (*Problem-Based Learning* — PBL), получившему широкое распространение во многих университетах мира.

Особенность проблемно-ориентированной истории болезни — специальный вкладыш — проблемный лист пациента, в котором кратко суммируются основные данные о пациенте: ведущая жалоба и основные симптомы, признаки заболевания, время их возникновения, ранее перенесенные травмы, операции и болезни, а также социальные проблемы, особенности питания, вредные привычки и другие аспекты (рис. 1.2).

В итоге болезнь в проблемном листе представляется в определенном медико-социальном контексте.



Рис. 1.1. Лоуренс Вид (1923–2017)



Рис. 1.2. Схема проблемно-ориентированной истории болезни

¹ Weed L. Medical Records that Guide and Teach // N. Engl. J. Med. 1968. Vol. 278. P. 593–600; Методические рекомендации по оформлению клинической истории болезни (под ред. акад. РАМН, профессора А.Г. Чучалина) для студентов медицинских вузов, клинических ординаторов и врачей-интернов, утвержденные Департаментом научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждений МЗ РФ 15.04.1999 г.

Когда формулируют проблему, присваивают ей номер и заносят в проблемный лист. Число проблем растет по мере получения новых данных о больном. Часть из них приобретает свежую трактовку в свете получаемых данных. Например, проблема «боль за грудиной» (проблема 1) при поступлении может быть скоро переклассифицирована в проблему «острый инфаркт миокарда», а проблемный лист дополнен указанием на наличие у больного стойкой артериальной гипертензии (АГ) (проблема 2), пароксизма фибрилляции предсердий (проблема 3), гипертрофии левого желудочка (проблема 4), фактора курения (проблема 5) и т.д. Рядом с проблемой указывают дату ее выявления у пациента, например: «Глаукома (осмотр окулистом 25.02.2005)».

Дизайн проблемного листа может быть различным. Но чаще все проблемы в нем разделяют на актуальные, требующие от врача активных действий, и неактуальные, которые были решены в прошлом и не требуют врачебного вмешательства в настоящий момент. Искусство врача заключается в умении отличить одно от другого.

В проблемном листе обычно отражается ход диагностического процесса. Для этого для каждой из актуальных проблем выделяется три строки (см. рис. 1.2), чтобы отражать текущую трактовку проблемы: боль в эпигастрии → язвенная болезнь → инфекция *Helicobacter pylori* и т.д.

На рис. 1.3 представлен проблемный лист пациента. Жалобы больного на одышку (актуальная проблема 1), отеки, боли в подреберье, сердцебиение внесены в проблемный лист 10.09.2006. Там же представлены анамнестические данные о хроническом бронхите курильщика.

ФИО больного К., 42 лет			История болезни №	
Актуальные проблемы		Дата	Неактуальные проблемы	Дата
1	Одышка в покое, усиливающаяся при физической нагрузке	10.09.97		
	Систола-диастолический шум на верхушке сердца	10.09.97		
	Сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза митрального клапана	17.09.97		
2	Отеки голеней и стоп	10.09.97		
	*(1)			
3	Боли в правом подреберье	10.09.97		
	Гепатомегалия			
	*(1)			
4	Сердцебиение	10.09.97		
	Пароксизм мерцательной тахикардии	10.09.97	Купирование пароксизма (проблема решена)	15.09.97
	*(1)			
5	Хронический бронхит	10.09.97		
	Курение (с 1974 года)	10.09.97		
6	Безработный (с ноября 1996 года)	10.09.97		
7			Язва двенадцатиперстной кишки (1975)	

Рис. 1.3. Проблемный лист пациента, 42 года

Последнее обновление проблемного листа проводилось 17.09.2006. К этому времени выяснилось, что одышка больного (ведущая жалоба) обусловлена декомпенсацией ревматического митрального порока сердца с развитием сердечной недостаточности. Отеки, боли в правом подреберье и сердцебиение, по мнению врача, также обусловлены основным заболеванием (в листе они помечены звездочками, указывающими на патогенетическую связь с основной проблемой, то есть ревматическим пороком сердца). Проблема 4 (сердцебиение) после купирования пароксизма трепетания предсердий была переклассифицирована в разряд неактуальных (отмечено стрелочкой). В итоге к 17.10.2006 нерешенными остались вопросы лечения сердечной недостаточности и табакокурения пациента.

Как уже отмечалось, каждой из проблем присваивается определенный номер, что позволяет структурировать весь документ, в частности, обосновывать планы ведения больного — программы обследования и лечения, в которых каждая из актуальных проблем рассматривается с четырех основных позиций.

Программа обследования определяется текущими нуждами диагностики. Применительно к каждой из проблем намечают диагностические тесты, подтверждающие или опровергающие диагностическую концепцию (гипотезу). На рис. 1.4 представлен пример программы обследования пациента, госпитализированного по поводу одышки (актуальная проблема). Развитие пароксизма трепетания предсердий, столь нехарактерного для легочного сердца, заставило усомниться в том, что ведущей проблемой является хронический бронхит курильщика (небольшой стаж курения). Обнаружение систоло-диастолического шума над областью сердца ограничило круг возможных причин одышки теми из них, которые ведут к сердечной недостаточности вследствие сужения левого атриовентрикулярного отверстия: ревматизм, септический эндокардит, врожденный митральный стеноз (синдром Лютамбаше), миксома левого предсердия. В каждом случае обоснованно назначают диагностические тесты для решения этой проблемы.

Программа наблюдения (мониторинг) важна для объективной оценки изменений в состоянии здоровья пациента. Дневниковые записи врача также должны отражать динамику основных признаков заболевания. Считается целесообразным отражать в них субъективные симптомы (С), объективные признаки (О), проводить краткий анализ полученных данных (А) и план дальнейших действий (П) — система СОАП (рис. 1.5).

Исходя из существа проблемы намечают тесты, которые будут отражать эффективность проводимого лечения: измерение артериального давления (АД), определение уровня глюкозы в крови и др. Следует иметь в виду, что иногда именно наблюдение за естественным течением заболевания и эффективностью проводимой терапии помогает в решении сложных диагностических задач (диагностика через наблюдение, диагностика через пробное лечение). На рис. 1.4 представлен план наблюдения за состоянием больного декомпенсированным митральным пороком сердца по основным параметрам гемодинамики и водно-электролитного баланса. Динамику данных (тренды) удобно анализировать, когда они представлены в виде отдельных таблиц или графиков.

Лечение больного. В каждом случае решают, нуждается ли данная проблема в лечебном вмешательстве, которое в широком смысле слова подразумевает использование лекарственного, хирургического, физиотерапевтического, психотерапевтического и других видов терапии. Особое внимание уделяется решению актуальных проблем, представляющих потенциальную угрозу для жизни больного (например, тяжелая пневмония, сепсис и др.). При назначении лекарственной терапии указывают препарат, его дозу, кратность и продолжительность приема. При необходимо-

Необходимые тесты		
Проблема	Дифференциальный диагноз	Диагностические тесты
Одышка	Хронический бронхит Ревматизм Инфекционный эндокардит Врожденный порок сердца Миксома левого предсердия	ФВД, анализ мокроты, фибробронхоскопия, УЗИ сердца, биохимия крови
Отеки	–	–
Гепатомегалия	–	–
Сердцебиение	Предсердная экстрасистолия Пароксизмальная тахикардия Мерцательная тахиаритмия Трепетание предсердий Синусовая аритмия	ЭКГ
Курение	Хронический бронхит Рак легкого	Рентгенограмма легких. ФВД
Проблемно-ориентированный мониторинг		
Проблема	Параметр и кратность наблюдения	
Одышка	ЧД в покое и при нагрузке – ежедневно	
Отеки	Взвешивание больного – ежедневно, водный баланс – ежедневно, электролиты крови – 2 р/мес	
Гепатомегалия	Размеры печени – дважды в неделю	
Сердцебиение	ЧСС в покое и при нагрузке, дефицит пульса, АД – ежедневно	
Проблемно-ориентированный план лечения		
Проблема	Лечение	
Одышка Отеки Гепатомегалия Сердцебиение	Постельный режим, ограничение жидкости и поваренной соли, дигоксин (0,25 мг/сут), мочегонные препараты (лазикс 80 мг/сут), поляризующая смесь (ежедневно капельно), атенолол (50 мг/сут), аспирин-кардио (100 мг/сут)	
Курение	Консультация психотерапевта, никотинзаместительная терапия	
Безработный	МСЭ (определение группы инвалидности)	
Образовательная программа		
Проблема	Обучение	
Одышка Отеки Гепатомегалия Сердцебиение	Беседа о ревматическом пороке сердца и сердечной недостаточности, необходимом режиме, диете, постоянном приеме лекарственных препаратов Обоснование консультации кардиохирурга, необходимость антибактериальной профилактики инфекционного эндокардита	
Курение	Беседа с больным о вреде курения	

Рис. 1.4. Проблемно-ориентированный план ведения пациента, 42 года

Дата	Проблема
11.09.91	(С) – жалобы на одышку и сердцебиение (О) – ЧД – 22/мин в покое, ЧСС – 106 мин, дефицит пульса – 10 уд/мин, край печени менее болезненный (+6 см), водный баланс (–500 мл), на ЭКГ – мерцательная аритмия (А) – декомпенсация связана с систолической дисфункцией миокарда и аритмией сердца (П) – медикаментозное лечение аритмии, назначение аспирина, предостережение возможности кардиоверсии
15.09.91	(С) – самочувствие значительно лучше, одышка беспокоит меньше (О) – отмечено восстановление синусового ритма, ЧД – в покое 22/мин, ЧСС – 84/мин, ВБ (–400 мл), печень (+2 см) (А) – положительная динамика сердечной недостаточности (П) – УЗИ сердца для оценки состояния клапанного аппарата

Рис. 1.5. Дневники наблюдений за больным К., 42 лет (пример)

сти в программу наблюдения включают тесты, позволяющие оценить концентрацию препарата в крови. Примерный план лечебных мероприятий в отношении больного представлен на рис. 1.4.

Обучение больного. В ходе диагностики и лечения все планируемые мероприятия обсуждаются с больным или его ближайшими родственниками. В ряде случаев требуется письменное информированное согласие больного на предлагаемое исследование или лечение. Известно, что пациент будет быстрее выздоравливать, если объяснить ему сущность его заболевания, правильность приема лекарственных средств, необходимость и преимущества хирургического вмешательства, важность прекращения курения и т.д. Образовательная программа для больного (см. рис. 1.4) включает общие рекомендации по режиму и питанию, необходимости хирургической коррекции порока, правилам антибактериальной профилактики инфекционного эндокардита при медицинских манипуляциях.

В чем преимущества проблемно-ориентированной истории болезни?

Во-первых, в проблемном листе наглядно представляется вся важная информация о больном человеке. По дате, указанной в проблемном листе, как по оглавлению, легко найти актуальную информацию (например, заключение окулиста, описание рентгенограммы, анализ крови и др.). В сложных ситуациях это позволяет не «утонуть» во множестве разнообразной информации.

Во-вторых, проблемный лист развивает мышление путем установления связей между отдельными проблемами (системный анализ). Обнаружение связей (этиологических, патогенетических) обосновывает диагноз и проводимое лечение.

В-третьих, проблемный лист организует ежедневную работу, связанную с обследованием, лечением или образованием пациента, актуализируя информацию и потребность в обновлении старой.

Наконец, проблемный лист облегчает коммуникацию между врачами различных медицинских специальностей. Такая форма представления данных позволяет каждому из них увидеть больного человека в контексте множества проблем и принять правильное решение. Это особенно важно, когда с больным работает команда врачей разного профиля.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Какие же проблемы считаются актуальными? Безусловно, те, которые представляют определенную опасность для больного и имеют наибольшую **диагностическую ценность** для врача.

Если при опросе больной жалуется на кашель, выделения из носа и т.п., но при этом отмечает, что утром его беспокоили еще и боли за грудиной, то естественно, что опытный врач скорее будет заниматься сердцем больного, а не его насморком. Точно так же личный опыт врача иногда подсказывает, какой из обнаруженных признаков болезни наиболее значим для диагностики, в частности, при сердечной недостаточности, — отеки голеней или патологический III тон сердца? Опытные врачи часто делают это интуитивно (или эвристически). Направленность поиска, ход размышлений врача определяются во многом наличием у него образного представления о болезни (ее ментальной репрезентации), сформировавшегося в прошлом на основе его профессионального опыта.

В диагностическом процессе наряду с логическими операциями принимают участие интуитивные и образные представления специалиста (решение путем инсайта). Интуиция (инсайт), или эвристика, часто помогает опытному врачу в постановке диагноза. Однако эта форма мышления может приводить к предвзятым, ошибочным суждениям, **систематическим диагностическим ошибкам** (*vide infra*) и потому должна использоваться с осторожностью.

Именно поэтому для начинающего врача существует единственный путь решения этой непростой задачи — учиться «рациональной практической медицине» (термин Боткина С.П., 1862).

Когда-то еще И.В. Давыдовский (1887–1968) заявил: «Я готов, по совету И.П. Павлова, перед господином фактом снять шляпу. Но совсем не лишним был бы совет потом надеть ее и хорошо подумать о действительной стоимости факта».

В настоящее время клиническая диагностика становится (несколько запоздало) неотъемлемой частью более широкого направления в развитии современной медицины, известного как **клиническая эпидемиология**, или медицина, основанная на доказательствах. Главная ее задача состоит в том, чтобы рекомендуемые методы диагностики (и лечения) имели высокую надежность (диагностическую эффективность), доказанную в адекватно организованных клинических исследованиях.

Сделать такие рекомендации непросто, поскольку многие проявления болезней субъективны, а в оценке объективных признаков врачи не всегда бывают согласны между собой (например, при оценке интенсивности шума в сердце, признака барабанных палочек, положения верхушечного толчка и др.). Разные клинические школы могут использовать различные приемы пальпации, перкуссии и др. Наконец, многие признаки (например, шум трения перикарда) оказываются непостоянными и быстропроходящими¹.

Несмотря на это, первые шаги клинической диагностики по пути доказательной медицины оказались успешными. Для многих **клинических** симптомов и признаков были рассчитаны такие важные операционные характеристики, как чувствительность, специфичность, прогностическая значимость, отношение правдоподобия и др.

Наиболее подходящим для целей практической медицины оказалось **отношение правдоподобия** (ОП; likelihood ratio), которое показывает отношение вероятности получения определенного результата клинического теста у пациентов с изучаемым заболеванием к вероятности получения такого же результата у лиц без данного заболевания (табл. 1.1). Оно делает признак весьма **актуальной находкой**: значения ОП больше 1 повышают вероятность болезни, а меньше 1 — соответственно уменьшают ее.

¹ Оценить уровень согласия экспертов позволяет индекс каппа (κ), который отражает вероятность того, что согласие между экспертами объясняется не только случайностью (он может принимать значения от -1 до $+1$).

Отношение правдоподобия (ОП) применительно к результатам диагностического теста представляет собой отношение вероятности получения определенного результата теста у пациентов с изучаемым заболеванием к вероятности получения такого же результата у лиц без данного заболевания (синоним — правдоподобие).

Таблица 1.1. Определение отношения правдоподобия диагностического теста

Критерий	Болезнь присутствует	Болезнь отсутствует
Результат положительный	a — истинноположительный	b — ложноположительный
Результат отрицательный	c — ложноотрицательный	d — истинноотрицательный
Отношение правдоподобия положительного результата (ОП+)	$a/(a+c)/b/(b+d)$	
Отношение правдоподобия отрицательного результата (ОП–)	$c/(a+c)/d/(b+d)$	

Например, наличие III тона сердца у пациента с подозрением на сердечную недостаточность (ведущая жалоба — одышка) имеет значения отношения правдоподобия положительного результата теста (ОП+) 3,8, а отношение правдоподобия отрицательного результата (ОП–) — около 1. Это означает, что III тон сердца достаточно специфичен для сердечной недостаточности (он увеличивает вероятность этого состояния почти в 4 раза), но малочувствителен (отсутствие III тона сердца не уменьшает вероятности этого состояния). Особенно ценными считаются признаки со значениями ОП+ выше 10 (практически это патогномичный признак). Так, из табл. 1.2 видно, что наиболее весомым признаком для диагностики анемии служит бледность конъюнктивы (ОП+ = 16,7).

Таблица 1.2. Отношение правдоподобия диагностических признаков анемии [McGee S. Evidence-based physical diagnosis. 3rd ed, Elsevier. 2012. P. 75]

Признак	Отношение правдоподобия положительного результата (ОП+)*	Отношение правдоподобия отрицательного результата (ОП–)
Общая бледность	4,5	0,7
Бледность лица	3,8	0,6
Бледность ладонных складок	7,9	—
Бледность конъюнктивы	16,7	—

* ОП — отношение правдоподобия (LR — likelyhood ratio).

Все эти данные были рассчитаны для групп с подозрением на определенные заболевания, и не следует применять их к группе здоровых людей. К сожалению, операционные характеристики совокупностей признаков пока не рассчитаны.

От проблемы к диагнозу (обоснование диагноза)

Клинический диагноз ставится на основании критического разбора всех найденных фактов.

С.П. Боткин

Полученная в ходе диагностического процесса информация (см. проблемный лист) используется для вынесения диагностического заключения и его обоснования.

Бурное развитие когнитивных наук позволяет глубже постигать методологию научного познания. Во многих научных работах, относящихся к проблемам логики, психологии и философии, говорится об индукции и дедукции как о методах познания и инструментах человеческого мышления.

Установление диагноза представляет собой сложный мыслительный процесс, включающий логические построения на основе особенностей клинической картины. Возможных путей постановки и обоснования диагноза много (использование диагностического алгоритма, интуиции, пробного лечения и др.), но главных с научной точки зрения все-таки два.

Прийти к научно обоснованному диагностическому заключению (равно как и обоснованию существующего диагноза) можно с помощью **дедукции** (достаточно вспомнить широко известный дедуктивный метод Ш. Холмса) или **индукции** (рис. 1.6).



Рис. 1.6. Индукция и дедукция

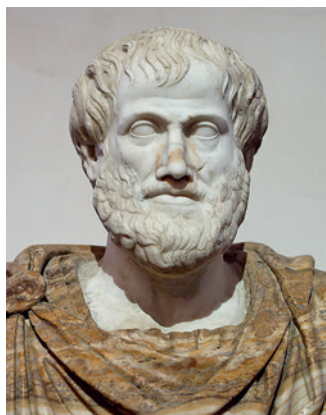


Рис. 1.7. Аристотель

Дедуктивная (гипотетико-дедуктивная) стратегия от общего к частному, основанная на анализе (от греч. *analysis* — разложение), была разработана **Аристотелем** (384–322 гг. до н.э.) (рис. 1.7). При этом на основании ведущего симптома (признака) или синдрома болезни (чаще в условиях недостатка информации или дефицита времени) выдвигается одна или несколько правдоподобных, но потенциально опровергаемых гипотез (или рабочих диагнозов).

На первом месте в перечне возможных диагнозов оказывается наиболее вероятное, по мнению врача, заболевание. При этом он чаще опирается на личный опыт. Зная описание эталонных картин ряда заболеваний и обнаружив у пациента какой-либо из симптомов

этого заболевания, врач активно ищет недостающие симптомы, чтобы подтвердить или отвергнуть данное диагностическое предположение (метод дифференциальной диагностики по эталонным портретам, или ментальным моделям). Например, при болях в грудной клетке врач заподозрит у больного стенокардию, инфаркт миокарда, тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) или расслоение аорты. Опытный врач может включить в лист возможных диагнозов синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода), синдром Титце (реберный хондрит) и другие редкие болезни. В американской медицинской литературе для неожиданных диагнозов используется сленговый термин «зебра», содержащий аллюзию на афоризм нобелевского лауреата Т. Вудворта (Woodward T.): «Когда слышишь топот копыт, думай о лошадях, а не о зебрах». Многие из таких болезней быстро исключаются с учетом возраста, пола, национальности пациента, а также распространенности заболевания в данном регионе (или стране). Для оценки вероятности других проводят целенаправленный опрос и исследования. С учетом данных клинической эпидемиологии обнаружение высокоспецифичного признака болезни перемещает ее на верхние строки списка возможных диагнозов (при условии ее достаточной распространенности в данной популяции согласно известной теореме Байеса¹). Например, типичные загрудинные боли повышают вероятность ишемической болезни сердца (ИБС) почти в 6 раз (ОП+ = 5,8) среди лиц с высоким риском (например, у мужчины старше 50 лет), но оставляют ее маловероятной в популяции низкого риска (например, у женщины моложе 30 лет).

Однако совокупность наблюдаемых у пациентов симптомов и жалоб далеко не всегда соответствует классической картине или ментальной репрезентации болезни вследствие различной выраженности ее признаков и/или отсутствия части из них. Именно поэтому врачи, особенно начинающие, нередко прибегают ко второй диагностической стратегии — индуктивной или синтетической стратегии (синтезу) (от греч. *synthesis* — соединение), когда общий вывод следует из частных посылок. Ее творцом считается **Фрэнсис Бэкон** (1561–1626) (рис. 1.8). Этот подход особенно важен при большом объеме информации о пациенте, когда удобно разбить ее на несколько групп, а затем уже анализировать (это проще).

При этом, обнаружив признаки болезни (симптомы) у пациента, делают диагностическое заключение, проходя логическим путем от симптома к синдрому, а затем — от синдрома к нозологической форме. Центральное значение придают такому понятию, как синдром.



Рис. 1.8. Фрэнсис Бэкон

Синдром — состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяемое совокупностью клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом.

¹ Томас Байес (ок. 1702–1761) — английский священник и математик.

В основу такого подхода положена клиническая семиотика заболеваний (а также знания по анатомии, патологической физиологии, биохимии и другим базовым дисциплинам). При этом признаки патологического состояния (симптомы): **специфические и неспецифические, постоянные и непостоянные** — объединяются в более распознаваемые и сложные совокупности — синдромы. По сути, можно выделить четыре группы синдромов¹:

- **локальные синдромы** — характеризуют патологический процесс в той или иной области тела, органа независимо от характера процесса (например, гепатомегалия и др.). Локальных синдромов столько же, сколько значимых для каждой специальности анатомических областей (кожный покров, костно-мышечная система и т.д.). Установленный анатомический синдром дает ответ на вопрос: «**Где** находится патологический процесс?»;
- **патогенетические синдромы** — свидетельствуют о качественном характере процесса независимо от пораженного органа или области. Можно выделить следующие патогенетические синдромы: воспалительный (инфекционный, аутоиммунный, посттравматический), дегенеративный, опухолевый, дисметаболический, сосудистый. Эти синдромы свидетельствуют о качественном характере процесса (ишемия, инфаркт и т.д.) и дают ответ на вопрос: «**Что** происходит в пораженном органе (системе)?»;
- **дисфункциональные синдромы** — характеризуют нарушения функций органа и степень их выраженности. Каждый орган обладает свойственными ему нормальными физиологическими функциями. Ответом данного органа на любое воздействие становится нарушение этих функций. Иногда нарушенная функция указывает на анатомическую локализацию процесса. Быстрота развития и выраженность нарушений также имеют большое диагностическое значение. Установленные дисфункциональные синдромы дают ответ на вопрос: «**Как** протекает патологический процесс?»;
- **причинные, или каузальные, синдромы** (например, синдром длительного раздавливания, синдром вирусной инфекции, синдромы лучевого или вибрационного поражения и др.) — позволяют ответить на самый важный вопрос: «**Почему** развилось заболевание?»². Этиологические факторы известны не всегда, и зачастую приходится ограничиваться анализом факторов риска, способствующих развитию заболевания или его осложнений, например, факторов риска сердечно-сосудистых осложнений при АГ и др. Термин «фактор риска» впервые был предложен и внедрен в практику в процессе знаменитого фремингемского эпидемиологического исследования (начало — 1948 г.), заложившего начало современной превентивной кардиологии.

Актуальная проблема: анатомический диагноз (вопросы)

- Это заболевание кожи?
- Это патология уха, горла и носа?
- Это заболевание органов дыхания?

¹ Хай Г.А. Логика диагностики и принятия решений в клинической медицине. СПб.: Политехника, 2004.

² Способность выдвигать объяснительную гипотезу с учетом наиболее вероятной причины патологического процесса (нередко с использованием неформальной логики) получила название **абдукции**. Она впервые была описана американским философом Ч.С. Пирсом (1837–1914) в его сочинении «О естественной классификации аргументов» («On the natural classification of arguments». Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences 7, 1867). Он считал, что диагноз — это объяснение, а не просто классификация.

- Это патология сердечно-сосудистой системы?
- Это патология соединительной ткани?
- Это заболевание эндокринной системы?
- Это патология желудочно-кишечной системы?
- Это патология костно-мышечной системы?
- Это патология мочевыделительной системы?
- Это патология репродуктивной системы?
- Это патология дыхательной системы?
- Это психическая проблема?

Актуальная проблема: патогенетический диагноз (вопросы)

- Это врожденная патология?
- Это дегенеративный процесс?
- Это нарушение метаболизма?
- Это инфекционный процесс?
- Это воспаление?
- Это иммунологический (аллергический) процесс?
- Это опухолевый процесс?
- Это отравление?
- Это травма?

Из совокупности этих четырех групп синдромов **путем установления патогенетических связей между ними** формируется клинический диагноз.

Например, у больного при осмотре выявлены: локальный правосторонний торакальный синдром (боль, инфильтрация, аускультативные изменения и др.), патогенетический воспалительный синдром (боль, лихорадка, лейкоцитоз и др.), дисфункциональный легочно-плевральный синдром (острая боль при дыхании, одышка и др.) и каузальный синдром бактериального инфицирования (измененный цвет мокроты, пневмококк в мокроте). Эти данные служат обоснованием диагноза «пневмония», то есть неспецифического (пневмококкового) воспалительного поражения легочной ткани, который оформляется в соответствии с действующей номенклатурой и принятой классификацией болезней — Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и др.

Главная опасность: когнитивные ошибки

Повышение качества медицинской диагностики требует не только совершенствования ее методов, уточнения классификаций и критериев квалификации патологических состояний, но и обучения учету психологических факторов, влияющих на диагностический процесс.

Принятие решений (не только в медицине, но и в других сферах профессиональной деятельности, а также в быту) сопровождается различными явлениями, обусловленными психологическими особенностями процессов переработки информации человеком, а также дефицитом времени для ее сбора и обработки. Эти явления приводят к так называемым деформациям выбора, или отклонениям от логического процесса принятия решений¹.

Актуальная проблема: диагностические когнитивные ошибки (примеры).

- «Бритва Оккама» — склонность искать наиболее простое объяснение наблюдаемому у пациента набору симптомов.

¹ Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them // Academic Medicine. 2003. Vol. 78, N 8. P. 775–780.

- Ошибка доступности — степень доступности информации о том или ином заболевании (то есть то, насколько легко она приходит на ум специалисту).
- Ошибка репрезентативности — склонность судить о вероятности определенного диагноза путем оценки того, насколько полно клиническая картина, наблюдаемая у пациента, соответствует специфическому для данного заболевания набору симптомов. Отсутствие определенного типичного признака заболевания приводит к тому, что атипичные варианты пропускаются.
- «Якорный эффект» — склонность во время принятия решений невольно привязываться, как к якорю, к известным прошлым оценкам (например, к предварительным диагнозам).
- Ошибка подтверждения — склонность искать в большей степени данные, подтверждающие гипотезу, чем опровергающие, а также интерпретировать полученную информацию так, чтобы подтвердить гипотезу.
- Ошибка ретроспекции — знание правильного диагноза позволяет легко найти его обоснование задним числом.

Врачи-рецензенты, оценивающие по историям болезней действия своих коллег, часто искренне думают, что заболевание пациента можно было легко диагностировать, не допустив случившихся ошибок. Связано это с тем, что при знании верного диагноза легко правильно интерпретировать ранние симптомы. Этот эффект важно учитывать при оценке того, была ли допущена медперсоналом халатность.

СТРУКТУРА ДИАГНОЗА

Диагноз — краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезни.¹

Диагноз основного заболевания (диагностическое заключение) — прежде всего, **нозологическое** понятие, то есть это определенное заболевание, выделяемое на основе установленной причины (этиологии), особенностей развития (патогенеза), типичных внешних проявлений и характерного поражения органов и тканей. Диагноз ставят на основании «критического разбора всех найденных фактов» (Боткин С.П.).

Нозологическая форма — определенная болезнь, выделенная на основе установленной этиологии и патогенеза или по данным характерной клинко-морфологической картины, а также совокупность признаков, позволяющих дифференцировать эту группу состояний от других болезней.

За **основное** принимают то **заболевание**, по поводу которого пациент поступил в клинику или обратился за медицинской помощью, которое представляет непосредственную угрозу жизни пациента, является причиной утраты трудоспособности и основным показанием к лечению. В случае летального исхода за основное заболевание принимают то, которое стало причиной смерти.

Осложнение основного заболевания — патологические процессы, которые патогенетически непосредственно связаны с основным заболеванием и ухудшают прогноз. Например, абсцедирующая пневмония.

Фоновые заболевания — заболевания, которые имеют большое значение в возникновении и патогенезе основного заболевания, обуславливая особую его тяжесть

¹ Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении ОСТ ТО, введенные в действие приказом Минздрава РФ от 22.01.2001 № 12.

и которые сыграли роль в возникновении и неблагоприятном течении осложнений. Например, сахарный диабет при абсцедирующей пневмонии.

Сопутствующие заболевания — заболевания, которые по этиологии и патогенезу не связаны с основным заболеванием и не оказали на его развитие и течение особого влияния. Например, гипертоническая болезнь (ГБ) у больного пневмонией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной медицине происходит информационный взрыв и, как следствие, активная дифференциация научных знаний, поскольку врачу становится все труднее усвоить **весь комплекс** теоретических положений, выводов, гипотез и фактов. Неизбежный и прогрессивный процесс дифференциации медицины имеет и некоторые теневые стороны, а именно: при отсутствии методологии диагноза он может способствовать возникновению ошибочных заключений.

Вопросы диагностики часто бывают труднорешаемыми, особенно если врач полагается лишь на свой практический опыт. Но если он овладевает некими принципами диалектической методологии, то становится более грамотным как специалист и совершает меньше ошибок. Как показывает опыт, ведение проблемно-ориентированной истории болезни во многом способствует развитию клинического мышления и вместе с тем отражает его высокий уровень.