

Методическая разработка
Для ординаторов по специальности – Терапия.

Тема: ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Разработчик: д.м.н. Чурин Б.В.

1. Нозологическая единица

В диагнозе должна быть указана **нозологическая единица**, которая имеется в международной или отечественной классификации. **Нозологическая единица** – это болезнь (повреждение), имеющая определенную этиологию и патогенез и /или характерную клиническую картину. Нозологическая единица на современном этапе развития медицины выделяется в самостоятельную статистическую рубрику.

Под синдромом понимают совокупность клинических, а также лабораторных, инструментальных и морфологических признаков, связанных между собой патогенетически и позволяющих идентифицировать болезнь или отнести ее к группе состояний.

2. Этиология и патогенез заболевания

Этиология заболевания отвечает на вопрос: почему возникает болезнь, а патогенез – как она развивается. Несмотря на различие этих понятий они должны изучаться в единстве.

Болезнь человека — это, по существу, нарушение адаптации. Чтобы развился туберкулез легких, совсем недостаточно палочки Коха, то же самое можно говорить и о других инфекционных заболеваниях, при которых и в настоящее время микроорганизму некоторыми исследователями отводится главная роль в возникновении и развитии патологического процесса.

Этиология и возбудитель инфекционного заболевания, по мнению И. В. Давыдовского, – это далеко не равноценные понятия. Заражение – это еще не болезнь. При заражении болезнь может развиться, а может и не развиться. В клинике инфекционных болезней нередко этиология заболевания является синонимом инфекционного возбудителя. Не учитываются вирулентность инфекционного агента, его количество и состояние организма.

Если чужеродная сыворотка введена в несенсибилизированный организм, эффект незаметен, а если в сенсибилизированный, то возникает бурная реакция вплоть до гангрены кожи и анафилактического шока.

При внутренних болезнях человека один-единственный фактор часто не может быть ее причиной, но он может быть важнейшей частью причины.

Различные воздействия на «подготовленный» организм могут вызвать одно и то же заболевание. Например, рак в эксперименте можно получить с помощью различных воздействий на организм (ионизирующая радиация, химические канцерогены, вирусы и др.). И наоборот, под воздействием одного и того же фактора на организм могут развиваться различные заболевания. Например, психическое перенапряжение может спровоцировать острый инфаркт миокарда, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь, бронхиальную астму и др.

Как известно, под причиной понимают явление, которое вызывает другое явление, именуемое следствием. Одна и та же причина при одинаковых условиях вызывает одинаковые следствия, а если условия будут различными, то различными будут и следствия. Правильнее искать не только причину заболевания, но также и причинно-следственные связи.

Факторы, воздействующие на организм, подразделяют на: непосредственного и опосредованного воздействия. К первым относятся инфекционные, химические, физические агенты и др. Ко вторым – внутренние и внешние факторы, воспринимаемые органами чувств. В развитии патологического процесса качественные характеристики факторов опосредованного действия (устомление, эмоциональный стресс, шум и др.) опосредуются медиаторами передачи нервного импульса или гормональной регуляции. Поэтому они не имеют специфического воздействия на организм.

При опосредованном воздействии на организм, например, шумом, имеют значение амплитудные и временные характеристики (интенсивность, продолжительность и ритм).

Большую роль в развитии заболевания играет предрасположенность к нему. Предрасположенность не может быть причиной болезни, это лишь возможность ее появления и развития. Болезнь — это приспособление организма к особым условиям существования, это видовая форма реакции на внешнюю среду (И. П. Давыдовский, 2006).

Патофизиологические механизмы, по сути, являются физиологическими, развивающимися в определенных условиях. Патогенез в своей основе имеет, по И. В. Давыдовскому, цепные автоматизированные механизмы, действующие по принципу саморазвития. Например, хронический панкреатит и хронический алкогольный гепатит. Если хронический панкреатит действительно имеет место, то он, несмотря на правильно проводимое современное лечение, будет прогрессировать. Лечение может лишь замедлить этот процесс. Хронический алкогольный гепатит на поздних этапах развития также будет прогрессировать, несмотря на то что пациент прекратил принимать алкоголь. Если причина симптоматической АГ не будет устранена на ранних этапах ее развития, то АД будет оставаться на высоком уровне даже после устранения этой причины.

При обследовании пациента необходимо выявить основное звено патогенеза заболевания, чтобы уточнить источник саморазвития болезни и выработать алгоритм обследования.

Патогенетические механизмы предуготовлены. Внешние факторы, которые часто считают этиологическими, являются разрешающими (пусковыми) механизмами.

Индивидуальность сообщает каждому отдельному заболеванию качественные особенности, следовательно, у конкретного пациента могут быть и собственные патогенетические механизмы развития заболевания. Это обстоятельство свидетельствует о мудрости выражения «лечить не болезнь, а больного».

Таким образом, этиология заболевания не сводится лишь к одному фактору. Предрасположенность — это не причина болезни, а ее возможность. Болезнь — это видовая реакция в результате воздействия на организм различных воздействий.

Деление заболеваний на острые, подострые и хронические на основании продолжительности клинических проявлений носит условный характер. Хроническое заболевание долгое время может протекать латентно, и врач его обострение может принять за острую патологию. Клинические особенности проявления заболеваний внутренних органов определяется многими обстоятельствами: конституцией, отражающей реактивность организма, генетикой, возрастом, полом, питанием, условиями жизни и различными свойствами патогенных факторов.

Рассмотрим более простой пример, характеризующий особенности развертывания клинической симптоматики при остром хорошо изученном инфекционном заболевании, вызываемым конкретным возбудителем. Клиническая картина болезни будет зависеть не только от указанных выше факторов. Но и от вирулентности, токсичности и концентрации патогенного микроорганизма. Острая инфекционная болезнь — это лишь частное проявление инфекционного процесса, имеющего отражение на субмолекулярном, молекулярно-клеточном, органном, системном и организменном уровнях. Взаимодействие патогенного микроорганизма с макроорганизмом не всегда приводит к развитию заболеваний. Инфицированность не означает развитие болезни. Возможно лишь носительство инфекции, когда последняя клинически не проявляется. Выделяют типичные и атипичные варианты инфекционных болезней, а также острые, хронические и молниеносные формы течения болезней. Одни болезни протекают только в острой, другие — как в острой, так и в хронической форме. Особняком стоят так называемые медленные инфекции (врожденная краснуха, коревой склерозирующий панэнцефалит и др). Для них характерен продолжительный инкубационный период (иногда или многолетний), ациклическое неуклонно прогрессирующее течение, развитие патологического процесса

преимущественно в одной системе (чаще в нервной) или в одном органе и всегда смертельный исход заболевания.

Во время инкубационного периода продолжительность которого в значительной степени определяется свойствами возбудителя заболевания происходят изменения в метаболизме макроорганизма. Метаболизм – это скоординированные биохимические реакции, требующие взаимосвязи множества ферментов, гормонов и различных регуляторов. Обычно, чем короче инкубационный период, тем выше вероятность вирулентного или высокотоксичного микроорганизма или их большого количества в организме человека. Время инкубационного периода организм использует для размножения, а макроорганизм – для формирования защитных механизмов от патогенных микробов и формирования адаптивных реакций. При этом меняется состояние макроорганизма (системы). Оно из стационарного, определяемого совокупным постоянством свойств во времени начинает медленно перестраиваться. В инкубационном периоде организму удастся удерживать показатели гомеостаза. Меняется не только метаболизм, но и ряд функций клеток, тканей, органов и систем.

В продромальном периоде развития острого инфекционного заболевания появляются первые хотя и не характерные для патологии клинические признаки болезни, что свидетельствует о нахождении системы в переходном состоянии, то есть ее параметры начинают изменяться во времени. Клиническими признаками продромального периода чаще всего являются: общее недомогание, головная боль, разбитость, снижение аппетита, субфебрилитет, которые не позволяют дифференцировать заболевание. Лишь при кори в продромальном периоде можно обнаружить патогномичный признак – пятна Бельского - Филатова – Коплика. Продромальный период, длящийся обычно 2-4 дня, переходит в более характерный для данной патологии развернутую клиническую картину. В последствие пациент полностью или с дефектом выздоравливает, или болезнь переходит в хроническую форму, или наступает смерть.

Примерно такая же последовательность развертывания клинической симптоматики развивается при острых неинфекционных заболеваниях. Как известно, при стрессе выделяют три стадии развития (тревоги, резистентности и истощения). Во время стадии тревоги под действием чрезвычайных факторов активируются гипоталамо-гипофизарные и симпатoadреналовые системы, а также функции щитовидной и поджелудочной желез. Более оживленным становится транспорт энергетических и пластических ресурсов. На стрессовые воздействия организм отвечает адаптивными реакциями. Характер последних зависит не только от состояния макроорганизма, но и от особенностей стрессового воздействия. В процессе адаптации происходит изменение скоростей и синхронизация

биологических реакций. По одной реакции, взятой в отрыве от других, происходящих в организме человека, нередко трудно судить является ли она признаком повреждения или адаптации. Адаптивные реакции организм включает не сразу, а через некоторое время (латентный период). Последний у каждой реакции имеет свой временной интервал.

Стадии адаптивного процесса именуется так же, как и стрессовые, за исключением первой (тревоги). Первая стадия называется первоначальной или срочной реакцией. В этой стадии адаптации организм мобилизует органы и физиологические системы, начинают создаваться новые функциональные системы, активируется гликолиз, липолиз и протеолиз, изменяется чувствительность рецепторных структур. Из-за стрессорного воздействия на организм в его тканях возможно появление дистрофии и некрозов (некрозы миокарда, кишечника, язвы гастродуоденальной зоны и т.д.).

На смену стадии адаптивных реакций постепенно приходит стадия резистентности, за которой следует стадия истощения. Стресс и адаптация представляют единый процесс. На стадии устойчивой резистентности увеличивается надежность и мощность функционирования органов и физиологических систем. Организм приспосабливается к чрезвычайным условиям, подключается дополнительный механизм адаптации.

Стадия истощения в процессе адаптации означает, что организм не может справиться с нагрузкой и развивается болезнь или даже его гибель.

При хронических заболеваниях, в отличие от острых, разрушительные и адаптивные процессы в организме пациента протекают более замедленно. Это, по-видимому, связано с малой, но более длительное время действующей дозой патогенного фактора. Последних в возникновении и развитии хронических заболеваний обычно выявляют несколько. Во взаимодействие с организмом патогенные факторы могут вступать не одновременно, а последовательно. Даже развитие генетически обусловленных заболеваний нередко связано с вовлечением нескольких генов. Некоторые патогенные факторы оказывают свое влияние на измененные болезнью морфологические структуры органов и тканей. Известно, что воздействие одних и тех же этиологически значимых факторов на организм у одного человека вызывает болезнь, а у другого нет. Следовательно, в последнем случае у организма имеется какая-то защита, не позволяющая болезни развиваться. Многие, например, генетически обусловленные заболевания начинают появляться только в зрелом возрасте. Это происходит, вероятно, потому, что защита и компенсаторные механизмы к этому моменту начинают истощаться. Кроме того, некоторые мутации гена, по-видимому заложены в геноме и поэтому болезнь появляется в позднем возрасте.

Другой пример, хронический алкогольный панкреатит. Болезнь развивается при хроническом алкоголизме (у мужчин, потребляющих не менее 50-80 мл чистого этанола в

течение 15-18 лет, а у женщин – в течение 10-12 лет). Однако хронический панкреатит диагностируется всего у 10% пациентов, страдающих алкоголизмом. Следовательно, для возникновения хронического панкреатита у алкоголика недостаточно только продолжительного воздействия этанола. Возникновению хронического панкреатита способствует курение, избыток жиров и белков в рационе питания, продолжительное лечение некоторыми медикаментами (эстрогенами, глюкокортикоидами, иммунодепрессантами, метранидазолом и др.).

Интерес представляет и то обстоятельство, что острый панкреатит редко переходит в хронический. В диагностике хронических болезней внутренних органов приоритет следует отдавать морфологическим признакам патологии. При этом, разумеется, учитывать и продолжительность клинических проявлений болезни. На хронический воспалительный процесс указывает появление и дальнейшее прогрессирование склеротических изменений в ткани, обнаружение в ней патологических белков (амилоида, фибриноида и др.) и выраженных дистрофических изменений. Признаки атрофии – важный показатель хронических заболеваний, который вначале обнаруживается на клеточном, а затем и на организменном уровне. Атрофия может возникать от бездеятельности, от сдавления (например, атрофия мозга при гидроцефалии), от недостаточности кровотока, под действием химических и физических факторов. На хронический процесс указывает также патологическая регенерация, при которой утраченные функции не восстанавливаются.

Из клинических показателей о хроническом процессе свидетельствует появление признаков компенсации. О далеко зашедшем патологическом процессе свидетельствует нарушение функции органа.

К первично хроническим заболеваниям можно отнести аутоиммунные, генетические и связанные с тканевой несовместимостью.

HLA – главный комплекс гистосовместимости, расположен на коротком плече хромосомы VI. В этом комплексе выделяют пять сублокусов. Эти антигены характеризуют иммунологическую индивидуальность, участвуют в образовании антител. Между определенными антигенами гистосовместимости и рядом заболеваний существует ассоциированная, но не абсолютная связь. Например, болезнь Бехтерева ассоциирована с В27. Болезнь БК и ЯК ассоциированы с антигенами класса I(ABC) и класса II (DR, DQ, DP). У аутоиммунного гепатита обнаружена связь с A, B8, DR, DR4. Современное лечение может лишь замедлить прогрессирование хронического заболевания внутренних органов, но не приостановить его развитие. Примером может служить ХП, который неуклонно прогрессирует и современная терапия не оказывает существенного влияния на продолжительность жизни пациентов. Этиологические факторы многих заболеваний

следует искать в наследственности, эмбриогенезе и постэмбриональном развитии, а также в условиях жизни.

По мнению Г. А. Захарьина, при остром заболевании следует уделять внимание не изучению условий жизни, а изучению последовательности развития болезни, так как условия жизни пациента редко оказывают существенное влияние на течение острого патологического процесса. При хроническом заболевании история жизни дает гораздо больше информации о развитии патологии. Учитывая то обстоятельство, что болезнь часто возникает в организме человека задолго до ее клинических проявлений, необходимо более тщательно изучать анамнестические данные, включая генетические аспекты.

Современная медицинская практика склонна усматривать в этиологии болезни лишь факторы, действовавшие незадолго до развития заболевания.

3. Предварительный диагноз

Диагностическая работа врача идет от наблюдения и обследования больного к анализу полученных данных и завершается формулировкой диагноза. Собирая и анализируя данные о больном и его болезни, врач стремится отделить существенное от несущественного, что далеко не всегда удается, особенно начинающему клиницисту.

Особое внимание практикующему врачу следует обращать на терминологию.

Цивилизация породила технологическую медицину: врач–техника–больной. Для общения с пациентом у современного врача остается мало времени, что в значительной степени является одной из причин невысокого качества диагностики и далеко не всегда адекватного лечения.

Врачевание – это не только наука, но и искусство. Термины «лечение» и «врачевание» неоднозначны. Врачевание — это лечение личности. Ветеринар лечит, а врач должен врачевать. У каждого крупного клинициста существует свой подход к личности пациента, а также к сбору и оценке анамнестических и объективных данных. Особое внимание при общении с больным следует обращать на психологические аспекты, умение вести доверительную беседу. Пациент должен почувствовать, что врач не равнодушный и торопливый, а доброжелательный собеседник, которому можно рассказать даже то, что вроде бы к делу не относится, но что очень важно. Выяснение анамнеза в обстановке сочувствия и доверия является и одновременно началом лечебного процесса, сбор анамнеза не должен превращаться в допрос. Анамнез в переводе с греческого языка означает «воспоминание». Не нужно сразу же игнорировать замечания пациента, потому что в них может быть скрыта основная причина визита к врачу. Надо уметь в разговоре расположить к себе пациента, чтобы он стал спокойнее и откровеннее. Врач должен управлять беседой, не быть моралистом, не злоупотреблять медицинскими терминами. Не следует забывать,

особенно молодым врачам, что способностью внушать обладают не только врачи, но и некоторые пациенты. Поэтому под влиянием необоснованных «доводов» пациента врачи нередко меняют лечение и даже диагноз. К сожалению, умение беседовать доступно не каждому врачу. Для овладения этим искусством требуется доброжелательность, терпение и большой запас профессиональных и общекультурных знаний.

У врача и пациента часто не совпадают взгляды на диагноз и лечение. Врачу в доступной форме и уверенно необходимо разъяснять свою позицию. Ему нередко приходится беседовать с близкими пациента, что позволяет нередко получать важную информацию.

Конфиденциальность, этичность и коллегиальность также являются важными принципами работы врача.

Уже в начале беседы врача с пациентом возникает диагностическая гипотеза, и качество ее в значительной степени зависит от умения добывать достоверные сведения (расположить пациента к диалогу, ясно формулировать ключевые вопросы, добиваться ясных ответов, оценить душевное состояние пациента, выслушивать точку зрения пациента на диагноз и т. д.). Найти общий язык с пациентом, разговаривать с ним — профессиональный долг врача. При общем тяжелом состоянии пациента (боль, дыхательная недостаточность, выраженная тахикардия) он находится в состоянии психологического стресса и, как правило, не стремится к беседе. Ему трудно сосредоточиться на задаваемых вопросах. Врач поставлен перед необходимостью сократить продолжительность беседы и проводить ее более рационально.

Не меньшее внимание следует уделять сбору фактов при непосредственном исследовании пациента. Даже опытный врач нередко перепроверяет признаки болезни и обращает внимание на их развитие. Особенно тщательно следует перепроверять признаки болезни, которые противоречат выдвинутой диагностической гипотезе. Необходимо объяснять причину всех обнаруженных симптомов и оценивать их диагностическую значимость. Тщательный сбор анамнеза и непосредственное обследование пациента по разработанной нашими великими предшественниками схеме исключают упущения и часто дают наибольший вклад в постановку диагноза. Однако тщательный не означает избыточный, так как избыточный объем информации ослабляет внимание и приводит к сглаживанию важных и менее важных симптомов.

Записывать информацию нужно у постели больного, а оформлять историю болезни — в кабинете, при этом мысли следует излагать кратко, избегать многословия и повторов. Сведения о пациенте должны быть компактными и наглядными. В истории болезни целесообразно строить линейную модель заболевания с жизненными ситуациями во

времени и отразить на графике появление и исчезновение наиболее важных симптомов заболевания. Это позволяет вовремя обнаружить логическую связь симптомов, облегчает понимание хода развития патологического процесса и способствует более точной оценке общего состояния пациента в динамике.

Желательно применять широко используемые, однозначные и достаточно полные термины.

Диагностика заболеваний внутренних органов — это сложный многоэтапный процесс, требующий от врача не только практических навыков и теоретических знаний по специальности, но и высокого интеллекта, знаний по смежным медицинским дисциплинам, психологии, логике, биохимии, биофизике, фармакологии, статистике и др. Не стоит обсуждать так называемое врачебное мышление как особую форму последнего. Р. Хеглин (1965) отождествлял понятие клиническое мышление с интуицией. Интуитивная диагностика означает правильное заключение при недостаточном объеме информации. И. В. Давыдовский по этому поводу утверждал, что мышление, основанное лишь на здравом смысле и не опирающееся на общие законы развития человека, на социальные и биологические основы здоровья и болезни, перестает быть мышлением, оплодотворяющим практику. Только естественно-научное биологическое мышление и философский анализ гарантирует подлинный прогресс тех или иных специальных знаний в области медицины.

По-видимому, под клиническим мышлением следует понимать мышление профессионала, вооруженного не только теоретическими знаниями, но и личным практическим опытом.

Поставить диагноз — это значит воспринять и классифицировать симптомы, определить их взаимосвязи и сопоставить полученную картину с известными эталонами — нозологическими формами. Диагноз является показателем работы врача, документальным свидетельством уровня его профессиональной квалификации. Лучше о диагностическом процессе, чем сказал В. И. Ленин, выразить трудно: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике».

В процессе постановки предварительного диагноза, который выставляется после первичного осмотра пациента, можно выделить четыре этапа работы:

- 1) поиск симптомов заболевания, оценка особенностей организма и его общего состояния;
- 2) группировка симптомов в синдромы и выделение анатомической системы или органа, которые оказываются максимально пораженными (при выделении доминирующего синдрома необходимо знание основных хрестоматийных признаков и закономерностей течения наиболее распространенных болезней);

- 3) поиск связей между синдромами;
- 4) конструирование предварительного диагноза и составление плана обследования (здесь же решается вопрос о целесообразности назначения лечения, не дожидаясь результатов обследования).

Синдром по мнению М. П. Кончаловского – это стечение симптомов, позволяющее легче ориентироваться в диагностике и динамике патологического процесса

Выделение синдромов, как правило, не позволяет точно идентифицировать причину заболевания, однако значительно сужает круг возможных заболеваний и определяет перечень необходимых инструментальных и лабораторных исследований, которые следует провести для уточнения диагноза. Диагностика заболевания, не укладывающегося в синдромы, значительно усложняется. Диагностическую работу врача облегчает то обстоятельство, что нарушение функций каждой системы организма может быть описано относительно небольшим числом синдромов. При невозможности выявить синдромы диагностика заболевания усложняется.

Знание анатомии наиболее пораженного органа (органов), его патофизиологических особенностей и патохимических процессов, происходящих в нем, необходимо сводить в один всеобъемлющий патофизиологический механизм.

Пока принципы доказательной медицины не нашли должного места в работе российского врача. Большинство клиницистов при принятии решений полагаются на интуицию и общепринятую практику.

При конструировании диагноза врач обычно использует аналогию — один их законов логики. Она представляет собой умозаключение, где сходство двух явлений по нескольким признакам распространяется и на другие признаки. При этом врач сличает образ болезни, обнаруженной у пациента, с абстрактным образом болезни (эталонной болезнью), приведенным во врачебных руководствах и учебниках.

Близко к аналогии стоит способ диагностики по интуиции, в основе которого лежит хорошая наблюдательность, память и клинический опыт. Например, диагностика болезни Дауна, микседемы по данным осмотра под силу даже студенту.

В процессе работы над диагнозом врач использует и другие законы логики.

Применение закона тождества требует четкого понятия о нозологических единицах.

Закон противоречия состоит в недопустимости двух противоположных утверждений об одном и том же явлении. Нарушение этого закона часто связано со скудностью информации о больном.

Закон исключенного третьего (принцип альтернативности) — закон логики, состоящий в том, что из двух высказываний — «А» или «не А» — лишь одно может

являться истинным, т. е. два суждения, одно из которых является отрицанием другого, не могут быть одновременно ложными (либо истинными). Альтернативными считают болезни, которые не могут одновременно быть у пациента. Например, зоб Хашимото с гипотиреозом и диффузный токсический зоб. Хотя у этих болезней есть общие признаки.

Принцип достаточного основания важно соблюдать при проведении дифференциального диагноза. Суть его состоит в том, что если одна из предполагаемых болезней объясняет некоторый симптомо-комплекс, имеющийся у пациента, а другая – лишь часть его, то более обоснованной является первая.

Гипотезодедуктивная стратегия формирования диагноза основана на сокращении опровергнутых гипотез, т. е. на принципе исключения. Например, внезапная боль в груди требует исключения инфаркта миокарда, пневмоторакса, ТЭЛА, расслаивающей аневризмы аорты.

Арборизационная стратегия предусматривает диагностику по заданному алгоритму, когда результаты одного этапа автоматически определяют следующий.

Исчерпывающая стратегия – полное и последовательное обследование «с головы до пят» с последующим клиническим разбором всех найденных фактов.

Любая диагностическая стратегия — это всегда дифференциация, сравнение одного с другим.

В процессе доказательства особое внимание обращается на достоверность исходных данных. Доказательство включает в себя доказываемый тезис, аргументы (доводы) и доказательные рассуждения.

На этапе постановки предварительного диагноза необходимо подумать о возможности лекарственной болезни в связи с широким ее распространением. При сопоставлении эталонного заболевания или синдрома с имеющимися к настоящему моменту данными, врач определяет недостающую информацию и в соответствии с этим планирует дальнейшее обследование, оценивает показания и противопоказания к его проведению.

Предварительный диагноз не может фигурировать в окончательных медицинских заключениях. Он может быть синдромологическим или недостаточно развернутым.

4. Дифференциальный диагноз

Диагностическая гипотеза может возникать на различных этапах работы над диагнозом. Гипотеза – это логический процесс, ведущий к построению предположения и его проверке. Врач формирует несколько диагностических гипотез. Основная выделяется на базе предварительного диагноза. После рассмотрения основной гипотезы обсуждаются другие (альтернативные) и проводится дифференциальный диагноз.

При проведении дифференциального диагноза следует учитывать не только хрестоматийную картину заболевания, но и возможные варианты его течения. Необходимо учитывать то, что сама хрестоматийная картина заболевания со временем изменяется. Например, хорошо известно, что за последние годы существенно изменилась клиника ревматической лихорадки, острой пневмонии и других заболеваний. При ХПН смерть в настоящее время наступает прежде всего не от уремии, а от сердечно-сосудистых заболеваний. В 1900 г. в мире смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляла менее 10 % все смертей, а в 2000 г. она стала причиной 50 % смертей в развитых странах мира и 25 % — в развивающихся.

В процессе проведения дифференциального диагноза также выделяют несколько этапов:

- 1) выясняются особенности личности пациента и его душевное состояние;
- 2) оценивается внутренняя картина болезни;
- 3) выбирается основной синдром (синдромы);
- 4) определяется наиболее пораженный орган;
- 5) устанавливается характер патологического процесса (инфекционный, опухолевый, токсический, воспалительный, первичное нарушение обменных процессов, дефициты различных веществ и элементов, гипоксия, активация свободнорадикальных процессов, нарушение иммунитета и др.).
- 6) перечисляются основные заболевания, при которых имеющийся синдром (синдромы) является важным;
- 7) распределяется информация по степени вероятности диагноза;
- 8) исключаются маловероятные диагнозы;
- 9) планируется дальнейшее обследование, предпочтение отдается визуальным методам исследования, морфологическим, биохимическим и другим высокоинформативным тестам;
- 10) формулируется клинический диагноз и определяется достаточность его доказательств

Тщательный сбор анамнеза и осмотр пациента дают наибольший вклад в постановку диагноза.

Судьба пациента часто зависит от терапевта, его общей врачебной подготовки, так как к нему первому обращаются за медицинской помощью. Нужно знать признаки особенно распространенных болезней и заболеваний с высокой вероятностью неблагоприятного прогноза не только по внутренней патологии, но и по смежным дисциплинам (хирургии, онкологии, неврологии, эндокринологии и инфекционным

болезням). Необходимо постоянно совершенствовать знания не только по пропедевтике заболеваний внутренних органов, но и по хирургии, инфекционным, нервным и эндокринным болезням.

Диагностическая ценность клинических синдромов существенно различается. Одни из них встречаются при многих заболеваниях, другие лишь при некоторых. Важно не только выявить синдром, но и оценить его выраженность и сочетанность с другими синдромами. Например, синдром астении встречается при большинстве заболеваний внутренних органов. Диагностическая ценность этого синдрома велика лишь при его значительной выраженности. Астения – это универсальная реакция, проявляющаяся снижением уровня активности человека. Она связана обычно с истощением энергетических ресурсов. Астения и усталость являются субъективными признаками. А сниженная работоспособность при физической или умственной нагрузке – объективным признаком. Астения может возникать не только при реальном снижении энергетического ресурса в организме, но и при воображаемом (его снижение в этом случае следует относить к функциональным заболеваниям). При клиническом обследовании таких пациентов не удастся обнаружить объективных патологических признаков.

Особенно астения выражена при тяжелых заболеваниях, сопровождающихся гипоксией тканей и интоксикациями (при раке, вирусных гепатитах В и С, СПИДе, туберкулезе, болезни Аддисона, гипер – и гипотиреозе, гиперпаратиреозе и др.), а также при заболеваниях мышечной системы, патологии нервной и психической сферы, рассеянном склерозе, ишемической болезни мозга, шизофрении, тяжелой депрессии, болезни Паркинсона). Астения - частый признак профессиональной патологии, старости и ятрогении (особенно при лечении β - блокаторами, бензодиазепинами, диуретиками, миорелаксантами, α - интерфероном, антигистаминными, анальгетиками и др. ЛС).

Диагностика астении базируется на субъективных показателях (жалобах, данных опросников) и на объективных данных (состоянии мышц, толерантности к физическим нагрузкам, показателях тестов на когнитивные расстройства, результатах полисомнографии, иммунологических тестах и др.). В общей популяции астения встречается у 1.5-2.5% людей.

При выявлении астении необходимо в первую очередь исключить заболевания внутренних органов, нервной и психической сферы, а также реактивный вариант астении, связанный с физической или психической перегрузкой организма (стрессом, авитаминозом, острыми инфекциями, беременностью и др.). Устранение причины астении, а также нормализация сна и отдыха обычно быстро приводят к положительному эффекту.

В случае неясности природы астении следует подумать о синдроме хронической усталости и консультировать пациента с психоневрологом. В клиническую практику этот синдром введен в 1988 году по предложению центра по контролю и профилактике заболеваний (США). Критериями синдрома являются: постоянная общая слабость, продолжающаяся не менее полугода; молодой или средний возраст и дополнительно четыре из восьми признаков (нарушение памяти и концентрации внимания, частые фарингиты, болезненность при пальпации шейных и подмышечных лимфатических узлов, болезненность или скованность мышц, артралгии, вновь возникшая головная боль, сон, не приносящий бодрости, существенное увеличение усталости после умеренной физической и умственной нагрузки).

При синдроме хронической усталости не удается обнаружить соматических и психических заболеваний, а также профессиональных вредностей. Нередко выявляются астеническая конституция, признаки, свидетельствующие о слабости соединительной ткани, психоастенический тип личности, артериальная гипотония с детства, стрессонеустойчивость, признаки астении у близких родственников, высокий уровень притязаний при отсутствии соответствующих личных данных. Примерно у трети пациентов с синдромом хронической усталости обнаруживают признаки гипокортицизма, не связанный с непосредственным поражением надпочечников. Тем не менее пока четко не установлены причина возникновения этого синдрома. Сопутствующие обычно астении тревога и депрессия подтверждают синдром хронической усталости и еще больше его усугубляют. В процессе проведения дифференциального диагноза, необоснованное умозаключение, обычно связанное с мнением, а не с хорошо доказанным фактом, приводит к ошибочным выводам. Следует не допускать употребления двусмысленных определений, чтобы не нарушать логику умозаключения.

В диагностическом процессе постоянно проявляется аналитико-синтетическая форма мышления.

Интуиция (догадка) — результат накопленного ранее опыта. Интуиция позволяет мгновенно, не прибегая к развернутому логическому рассуждению, найти правильное решение. Диагноз по интуиции таит в себе возможность ошибки, так как основывается лишь на личном опыте.

Часто врачу не приходится быть достаточно уверенным в выставленном диагнозе, и тогда ему остается довольствоваться синдромальным диагнозом (острый живот, хроническое желудочно-кишечное кровотечение, спленомегалия и др.). Синдромальный диагноз — это лишь первая фаза диагностики. В острой ситуации этот диагноз нередко достаточен, чтобы приступить к лечению.

В первую очередь при проведении дифференциального диагноза все клинические проявления следует объяснять одной болезнью и лишь затем — сочетанной патологией. У пациентов в возрасте старше 60 лет, как правило, выявляют не менее трех заболеваний. Причины сочетанной патологии различны: этиологические, патогенетические, возрастные, врожденные и т. д. Нередко причину сочетанности заболеваний выявить не удается.

В сочетанной патологии выделяют понятие коморбидность (*co* — вместе, *morbus* — болезнь), когда две и более болезни у одного пациента патогенетически или генетически связаны между собой. По сути это одно заболевание, искусственно разделенное на несколько. При определении коморбидности следует особенно выделять синтропии и дистропии. Под синтропией следует понимать такой вид полипатии, когда болезни часто встречаются одновременно (как бы притягиваются друг к другу). Под дистропией понимают редкие сочетания болезней.

К синтропиям относят, например, ожирение в сочетании с сахарным диабетом, атеросклерозом, ИБС и гипертонической болезнью. Триада Сента — желчнокаменная болезнь, диафрагмальная грыжа и дивертикулез сигмовидной кишки. При циррозе печени чаще, чем в общей популяции, встречается недостаточность пищеводно-желудочного жома, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желчнокаменная болезнь.

Знание синтропий и дистропий в ряде случаев могут оказать существенную помощь в диагностическом процессе. Например, лимфолейкоз может сочетаться с раком, а миелолейкоз обычно не сочетается с другими злокачественными опухолями. При хроническом миелолейкозе и эритромии возможен тромбоцитоз, но его нет при хроническом лимфолейкозе. Одно заболевание может сдерживать развитие другого, например, туберкулез легких сдерживает рак этого органа, митральный стеноз — развитие туберкулеза легких. ХОБЛ и ИБС, напротив, вызывают взаимное отягощение.

При раке нередко имеет место паранеопластический синдром, проявляющийся тромбозами и эмболиями, васкулитами, артритам и др.

При хронических вирусных гепатитах С и В часто встречаются внепеченочные проявления заболевания, которые нередко превалируют над печеночными. Например, при хроническом вирусном гепатите С кожный васкулит встречается в 15 %, аутоиммунный тиреоидит у — 25%, артриты и артропатии — у 21 %.

Коморбидными следует считать те заболевания, сочетания которых встречаются чаще. От коморбидности следует отличать мультиморбидность, при ней не обнаруживаются причинноследственные связи между заболеваниями. В оба термина необходимо включать болезни, а не синдромы.

К коморбидным заболеваниям относят сочетание ГБ и атеросклероза, ожирение и СД-2, ожирение и ЖКБ и многие другие. Патологические связи этих взаимосочетающихся заболеваний в значительной степени установлены. Однако, далеко не всегда в настоящее время можно обосновать коморбидность ввиду недостаточности теоретических знаний по сути заболеваний. Например, известно, что у пациентов РА и болезнью Бехтерева гораздо чаще, чем в общей популяции, возникает острый ИМ и нарушения сердечного ритма, угрожающих жизни. Риск сердечно-сосудистых заболеваний повышен и при других аутоиммунных воспалительных заболеваниях. Кроме воспалительного фактора одним из важных в возникновении высокого кардиоваскулярного риска у пациентов с РА и болезнью Бехтерева является снижение мобильности, депрессия и ожирение. Поэтому требуется дальнейшее изучение причин учащения ИМ и жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма.

Выделение коморбидности из полиморбидности имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение, так как позволяет во многих случаях избежать полипрагмазии.

Сочетанная патология нередко связана с проводимым лечением. Например, возникновение эрозивно-язвенных изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны в ответ на лечение НПВС, применяемых в качестве дезагреганта у пациентов с ИБС. Подобное сочетание заболеваний следует отнести к полиморбидности.

Зловещим вариантом полиморбидности является первичномножественная неоплазия. Опухоли могут возникать синхронно (почти одновременно) и метасинхронно (последовательно). Частота встречаемости множественных злокачественных опухолей достигает 10–13 %. При полинеоплазии чаще поражаются предстательная железа, толстая кишка и желудок, реже — молочные железы, пищевод, матка, почки, легкие, мочевой пузырь.

Чтобы проводить дифференциальный диагноз, нужно обладать обширными знаниями не только по внутренним болезням, но и по смежным дисциплинам. Невежество — главная причина ошибочных диагнозов. Наибольшие трудности при проведении дифференциального диагноза возникают у врачей узких специальностей. Начинающему терапевту в этой работе существенную помощь могут оказать диагностические алгоритмы, составленные опытными клиницистами.

В ряде случаев целесообразно с диагностической целью использовать лечение *ex juvantibus* и провокационные тесты.

При проведении дифференциального диагноза в первую очередь исключают критические состояния, требующие неотложной помощи, затем заболевания, требующие

специализированной помощи, после чего – ятрогенную патологию, а также заболевания, лечение которых дает быстрый терапевтический эффект (прагматический подход). После этого исключают наиболее распространенные болезни (ишемическая болезнь сердца и мозга, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, злокачественные опухоли, туберкулез легких, аллергию, наркоманию) и лишь затем – редкие и функциональные, а также психосоматические заболевания.

Ятрогении – болезни, порожденные врачом. Они включают любые медицинские воздействия на больного, независимо от правильности их исполнения. В случае самолечения ятрогения не диагностируется. В США в 1994 г. неблагоприятные последствия лечения имели место у двух миллионов пациентов, 216 тыс. из которых были госпитализированы. Из них в 106 тыс. случаев наступил летальный исход. В США лекарственные ятрогении занимают 4–6 места в перечне основных причин смерти.

В процессе обследования необходимо исключить (подтвердить) беременность, возможность профессиональных и эндемичных болезней. Следует знать, какие медикаменты пациент принимает часто и по какой причине, а также то, как он переносит лекарственные средства. Необходимо исключить наследственную патологию и венерические заболевания. Терапевты редко (лишь в 6 %) при сборе анамнеза интересуются сексуальным здоровьем пациента, а между тем сексуальные проблемы нередко являются основой болезненного состояния или существенно снижают качество его жизни.

При полиморбидности иначе приходится решать проблемы, связанные с дифференциальным диагнозом. Требуется более четко обосновывать диагноз, при этом принципы доказательной медицины часто невозможно использовать. При сочетанной патологии необходимо разрабатывать другие диагностические алгоритмы.