

УДК 616:159.955:378.4

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМИ И КЛИНИЧЕСКИМИ АСПЕКТАМИ ДИАГНОСТИКИ

Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Калинина О.В.

ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, Томск, e-mail: bahmutov@armada.tomsk.ru

В статье изложены основные проблемы взаимоотношения между параклиническими и клиническими аспектами диагностики; тем самым обоснована проблема развития и изменения стиля клинического мышления в условиях создания новых технологий обследования больных.

Ключевые слова: теория диагностики, клиническое мышление, симптом, синдром

Проблемы взаимоотношения между параклиническими и клиническими аспектами диагностики существовали всегда, однако в настоящее время они в значительной мере обострились в связи с особенностью современной клинической медицины. Во-первых, резко возросли объём и глубина знаний по всем разделам клинической медицины. Особенно это касается новых технологий обследования больных лабораторными и инструментальными методами. Во-вторых, в современных условиях требуется высокая оперативность диагностики и лечения. В-третьих, обострились морально-этические проблемы. Всё это приводит к изменению стиля клинического мышления.

Традиционно стиль клинического мышления состоит в строгой последовательности обследования больного. Начинается обследование с клинических методов исследования: сначала проводится расспрос, затем осмотр, общая пальпа-

ция, перкуссия, аускультация, специальная пальпация. Затем проводится обязательный для любого лечебного заведения необходимый набор лабораторных и инструментальных методов исследований. Далее, опираясь на диагностическую гипотезу (гипотезы), врач определяет направление более глубокого параклинического обследования пациента. Придерживаясь этого стиля обследования пациента, врач защищает себя от диагностической ошибки, упорядочивает информацию о больном и оберегает пациента от избыточного обследования и, как следствие, от избыточного лечения.

Такой чёткий план обследования возник ещё с гиппократовских времён, и до сих пор он является оптимальным и экономным путём достижения цели. В процессе расспроса и физического обследования больного формируется диагностическая гипотеза, предварительный диагноз, и в дальнейшем намечается план параклинического об-

следования в соответствии с выдвинутой диагностической гипотезой.

Параклиническое обследование стремительно развивается со второй половины XX столетия. Можно отметить, что параклинические признаки болезни недостаточно учитывались при изучении теоретических основ диагностики, и их не относили к категории симптомов. Между тем параклинические признаки болезни тоже являются симптомами и как все симптомы имеют общие свойства [9]. Именно это позволяет корректно осмысливать симптомы заболеваний, что позволяет с какой-то последовательностью взвешивать или упорядочивать получаемую информацию о пациенте.

Общей задачей клинических и параклинических методов исследования является поиск симптомов болезней. Обследуя пациента: при расспросе, объективном и параклиническом исследовании врач выделяет наиболее важные, значимые, существенные элементы в клинической картине. Симптомы могут быть субъективными, объективными и параклиническими – это первое свойство. Любой симптом – это элементарное проявление болезни или знание о больном. Каким бы ни был симптом – клиническим или параклиническим, общим свойством для него будет неспецифическое проявление болезни – это второе свойство. Знание этого свойства симптома позволяет врачу в медицинской практике не делать поспешных выводов о диагнозе, даже если он

обнаружил так называемый высокоспецифичный симптом. Третьим свойством симптома является степень изученности его механизма. Современные представления о тонких механизмах развития симптомов и современных концепций, убедительно доказывающих их патогенезы, которые могут быть различными, в том числе неизвестными. Неизвестными для нас, если мы не изучали всю литературу по данной проблеме, и неизвестными для науки в целом. Это стимулирует поиск нового знания. Понимая особую важность этого аспекта, клиницисты постоянно изучают и получают новые знания для диагностики заболеваний и научных исследований.

При решении названных задач клиницисты и сегодня сталкиваются с серьезными трудностями. Одна из проблем – это определение этиологии заболеваний внутренних органов. Термин «этиология» – учение о причинах болезней – известен с древних времен. Его создателем считают Галена, который впервые указал, что болезнь развивается от воздействия причинных факторов на соответствующее предрасполагающее состояние организма. Вопрос о причинах болезни занимал и занимает в настоящее время внимание ведущих физиологов, патофизиологов и врачей. До сих пор обсуждается вопрос о том, существует ли одна главная причина каждой болезни или болезнь развивается вследствие воздействия ряда факторов. В настоящее время

в медицине «царствует» кондиционализм. Основан он был в начале XX века М. Ферворном. Считается, что кондиционализм – позитивистское методологическое течение, отрицающее объективность причинно-следственных связей как случайное сочетание различных условий, вызывающих болезнь [7]. Кондиционализм привел медицинскую науку к весьма продуктивным достижениям: 1) Учение о факторах риска болезней. Еще со времён Гиппократ и Авиценны считалось, что человек в зависимости от типа телосложения, психосоматического типа и типа реакции (реактивность) предрасположен к определенному заболеванию, причем ведущую роль в предрасположенности к заболеваниям играет наследственность, например, семейная предрасположенность к тем или иным заболеваниям. Кроме того, к факторам риска относятся: условия и образ жизни пациента, вредные привычки, профессиональные вредности. Современная же концепция факторов риска связывает развитие любого заболевания с влиянием целого ряда факторов, но не отвечает на вопрос о том, какой из факторов является ведущей причиной болезни. 2). Расцвет эпидемиологии. Первоначально предметом эпидемиологии считались любые массовые заболевания (эпидемии), но из-за недостатка знаний подразумевались лишь инфекционные болезни. Однако с развитием науки выработалось понимание того, что предметом изучения эпидемиоло-

гии может быть любая нозологическая форма, которая получает массовое распространение среди людей. Не случайно J. Gordon (1954) назвал эпидемиологию «диагностической дисциплиной здравоохранения». Данное понимание эпидемиологии положило начало эволюции медицинской науки и привело к сознанию, что эпидемиологические исследования являются доказательством причин развития любых патологических процессов у людей. Сегодня в ведущих научных клинических центрах созданы самостоятельные эпидемиологические отделы, например, в центрах сердечно-сосудистой патологии, онкологии и т.д. Целью таких отделов является познание здоровья людей в процессе возникновения и распространения патологических состояний, чтобы при получении таких данных разработать необходимые адекватные мероприятия в отношении возникшей или в предвидении возможности возникновения патологии в популяции. 3). Кондиционализм способствовал плодотворному развитию и использованию статистических методов исследования. Так, в современных условиях создана система мониторинга, включающая сбор и хранение данных о состоянии здоровья населения, уровне медицинского обслуживания, санитарно-гигиеническом состоянии объектов окружающей среды (последний ведется органами санэпиднадзора). Собранные данные уже на уровне их группировки, ранжирования материала, не говоря

о более сложных методах математического моделирования и прогнозирования, позволяют выявить определяющие факты и зависимости, касающиеся состояния и динамики здоровья населения, оценить степень социально-экономического, экологического благополучия территории, получить разного рода прогностические оценки, использовать доказанность результатов исследования в научно-исследовательских работах. Эти показатели позволяют проверять и создавать различные гипотезы о причинно-следственных связях. 4). Кондиционализм дал удачное современное определение причины болезни: это сумма необходимых и достаточных условий для её возникновения. Вместе с тем современный подход к определению причинности в медицине дал один из наиболее авторитетных учёных А.Д. Адо в книге «Вопросы общей нозологии» (1985), который тяготеет к моноказуализму [2]. Он считал, что причиной болезни следует называть тот фактор, который вызывает заболевание и сообщает ему специфический характер, тот фактор, без которого возникновение и развитие именно данной болезни невозможно. Факторы, не вызывающие болезней, а только влияющие на их возникновение и развитие, являются условиями возникновения болезни. В отличие от причинного фактора условия не являются обязательными для развития заболевания. При наличии причинного фактора болезнь может развиваться и без участия неко-

торых из условий ее возникновения.

Несмотря на большой успех науки в рамках кондиционализма, всё-таки основные успехи клинической науки определяет открытие причинно-следственных связей явлений, на которые ориентирует моноказуализм. Можно даже отметить в современной медицинской науке смещение вектора в сторону моноказуализма, основоположниками которого были Луи Пастер (1822-1895) и Роберт Кох (1843-1910). Их исследования подтвердили существование микроорганизмов и дали возможность развития микробиологии. На протяжении второй половины XIX века были описаны многие бактерии. Примерами заболеваний бактериальной, паразитарной или вирусной этиологии могут служить тиф, корь, туберкулез. В нашем же столетии обнаружение L-форм стрептококка в органах и антител к ним в крови больных ревматизмом позволило назвать ревматизм стрептококковой болезнью сердца [3]. Ведущим фактором в этиопатогенезе язвенной болезни желудка рассматривается открытый в 1982 г. *Helicobacter pylori* [13]. В возникновении камней в мочевыводящих и желчных путях, в других органах, обызвествлений в легких (бронхолитиаз, легочный альвеолярный микролитиаз, остеопластический бронхо-трахеопневмопатии), плевре (петрификации плевральных листков), сосудах рассматривается роль нанобактерий [8, 11, 12].

Так, финскими учёными и исследователями Канады и США были получены убедительные доказательства причастности нанобактерий к формированию уролитов при мочекаменной болезни, подтвержденные в экспериментальных исследованиях на животных, что явилось сенсацией и серьезным основанием для пересмотра международной классификации болезней, в которой мочекаменная болезнь отнесена к неинфекционным заболеваниям. Этиологическая роль каменной нанобактерии приближает нас к истине в представлении механизмов формирования атероматозных изменений сосудов, образовании холестеринаных камней у больных желчекаменной болезнью. Никак нельзя не упомянуть выдающееся, но пока непонятое научным сообществом достижение профессора Томского медицинского университета А.Я. Шияневского, который создал удивительно точную модель трёх форм миопатии: Эрба-Рота, Ландузи-Дежерина и Дюшенна парентеральным введением или закапыванием в глаза сыворотки крови больных миопатиями молодым животным (кроликам) [10]. Если сыворотка подвергалась термической обработке, модель болезни не воспроизводилась. Убедительнейшей самой модели болезни может быть обнаружение микроорганизмов, именно они станут причиной развития болезни. Эти факты позволяют смотреть с оптимизмом на возможные успешные открытия этио-

логии многих неясных заболеваний, которые, по всей вероятности, будут найдены – это и будет новой спиралью научных сенсаций, которые ждут своих будущих исследователей.

Проблема взаимоотношений клинических и параклинических методов исследования проявляется и в конкретных разделах клинической медицины, как, например, в диагностике недостаточности аппарата внешнего дыхания и дифференцировании симптомов дыхательной недостаточности. Данные проблемы имеют исключительно важное значение не только в конкретной пульмонологической практике. Нарушения функции аппарата внешнего дыхания (АВД) возникают и при заболеваниях других органов и систем, таких, как сердечно-сосудистая, гепатобилиарная, опорно-двигательная, нервная системы и др. В изучение функции АВД входят многие аспекты диагностики, не только вентиляционная функция, но также и диффузная способность легких, соотношение вентиляции к легочному кровотоку, кровотоков в большом и малом кругах кровообращения, оценка недыхательной функции легких. Более тонкое изучение многообразных функций АВД позволит углубленно дифференцированно изучить данную область и найти способы лечения многих состояний, которые остаются пока в категории недостаточно изученных заболеваний и синдромов. Например, НВД – это пато-

физиологическое состояние, развивающееся вследствие нарушения внешнего дыхания, при котором не обеспечивается нормальный газовый состав артериальной крови или он достигается в результате компенсаторных механизмов, приводящих к ограничению резервных возможностей организма. Поэтому судить о гипервентиляции или гиповентиляции легких более точно можно, только если измерить газовый состав крови. Говоря о НВД, нельзя не сказать о гипервентиляционном синдроме, который представляет определенную проблему клинической медицины [1]. Этот синдром встречается весьма часто у здоровых людей при физической и эмоциональной нагрузке и также при многих заболеваниях внутренних органов, не связанных с поражением легких. Гипервентиляционный синдром следует диагностировать по падению парциального давления углекислого газа в артериальной крови. Также недостаточно изучены механизмы возникновения гиперинфляции легких. Она возникает не только при обструктивных нарушениях вентиляции легких, но и при развитии гидроксического респираторного синдрома (ГРС). Введение в повседневную практику понятия ГРС и его клинических проявлений расширит представление практикующих врачей о возникновении гиперинфляции легких без повышения бронхиального сопротивления, выявления маскированных форм НВД при некоторых физиоло-

гических состояниях, в частности, при беременности. Тем самым не будут ошибочно выставлены диагнозы о наличии бронхиальной астмы и не будут необоснованно применяться препараты [8].

Особый интерес представляет проблема метаболических нарушений на клеточном и молекулярном уровне, которые лежат в основе психотических и непсихотических расстройств психики при соматических заболеваниях. Этот аспект соотношения между соматическими и психическими проявлениями внутренних болезней обсуждается уже давно, ещё с гиппократовских времён до сегодняшнего времени, а именно, что первично: психические отклонения или соматические проявления заболевания. Наглядным примером являются работы врачей-клиницистов [5, 6], которые обратили внимание на психосоматическую связь при таких заболеваниях, как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка, сахарный диабет. У таких пациентов меняются психология, поведение и отношение к болезни. Они имеют сложный симптомокомплекс психических жалоб, скрытую депрессию, аффективную неустойчивость, висцеро вегетативные расстройства и т.д. В описанных психосоматических связях ведущую роль играют метаболические нарушения.

Психотические и непсихотические расстройства психики нельзя недооцени-

вать, так как при одностороннем подходе, не учитывая этого, пациент лишается самого основного принципа лечения – индивидуального подхода. Изучение метаболических нарушений позволит расширить возможность лечения пациентов путем коррекции метаболических дефектов, определяющих эти расстройства на метаболическом уровне, тем самым улучшится тактика лечения.

Вторая половина XX века ознаменовалась возникновением новых современных методов исследования. В немалой степени это было связано с развитием компьютерных технологий, которые описывают измеряемые параметры. Главная отличительная особенность таких параклинических исследований в отличие от клинических – сам объект исследования, который отделяется от исследователя. Мы должны понимать, что в компьютерные программы закладываются конкретные параметры измерения, характеризующие состояние научного знания к настоящему времени, усредняются результаты измерений и исключается всё, что не входит в её рамки как артефакты. Поэтому в основе любой технологии лежит теория, однако любая теория относительна, поэтому исследователи в большей мере, чем когда-либо ранее, находятся во власти парадигмы (исходной теории). Приобретая новые технологии, исследователь всегда идет следом за развитием науки. Важнейшая же цель исследо-

вания – создание новых технологий, но для этого прежде всего нужно создать новую теорию.

С появлением новых методов исследования диагноз заболевания всё в большей степени становится морфологическим при жизни (биопсия, радиологические, ультразвуковые методы исследования). Созданные современные классификации заболеваний включают именно этот компонент в диагнозе. Так, раньше проводилась только аутопсия, а в настоящее время при постановке диагноза необходимо указывать морфологический компонент в диагнозе, например, при заболеваниях печени, почек (гепатит, нефрит). Сейчас возможности биопсии значительно увеличились: так, можно проводить обследования легких, головного мозга. Однако не во всех лечебных учреждениях можно провести данные исследования, преимущественно только в специализированных. Существенно усложнились методы функциональной диагностики. Все это в совокупности позволило подойти к доклинической диагностике заболеваний. Этим методам исследования необходимо наращивать мощности лабораторной параклинической диагностики. Врачам же необходимо менять стиль клинического мышления, так как морфологическое исследование может опережать опрос и осмотр пациентов. Это позволяет диагностировать некоторые заболевания только

на морфологическом уровне, тем самым сокращая время диагностики. Ярким примером является исследование крови.

Безусловно, что как клинические, так и параклинические методы исследования в силу сложности диагностических задач нуждаются в совершенствовании, к тому же лишь их комплексное применение может предоставить оптимальную информацию. В каждом клиническом случае необходимо четко представлять себе, чего следует ожидать от конкретного метода исследования и как соотнести полученные данные с результатами других диагностических исследований. В то же время мы считаем, что именно клиницист по-прежнему принимает окончательное решение о плане обследования пациента. Всё это возлагает на него огромную ответственность и одновременно ставит перед ним принципиально важную задачу овладения всей полнотой информации о современном состоянии проблем диагностики, а также о механизмах их патогенеза. Достижения параклинической диагностики будут расширять, углублять и совершенствовать знания врача о клинических проявлениях болезни.

Список литературы

1. Абросимов В.Н. Гипервентиляционный синдром в клинике внутренних болезней: Автореф. дис. д-ра мед. наук – М., 1992. – 45 с.
2. Адо А.Д. Вопросы общей нозологии. – М., 1985. – 240 с.
3. Ардамагский Н.А. Ревматизм. – Саратов, 1983. – 216 с.
4. Волков В., Волкова Н., Смирнов Г., Полиенко А., Ермолаев В., Бакиров А., Медве-

дев М., Рихванов Л., Сухих Ю. Биоминерализация в организме человека и животных. – Издательский дом “Тандем-Арт”, 2004. – 500 с.

5. Гараганеева Н.П. Клинико-патогенетические закономерности формирования психосоматических соотношений при заболеваниях внутренних органов и пограничных психических расстройствах: Автореф. дис. д-ра мед. наук – Томск, 2002. – 45 с.

6. Карзилов А.И. Синдром госпитальной абстиненции у больных соматическими заболеваниями // Сборник научных работ, посвященных 50-летию педиатрического факультета. – Томск: Красное знамя, 1995. – С. 89-92.

7. Советский энциклопедический словарь. – М., 1982.

8. Суховских В.С., Суховская В.В. Подход к лечению ХОБ и бронхиальной астмы у беременных // Материалы Сибирско-Американской научно-практической конф. – Иркутск-Хардфорд (6-7 июня 2006 г.). – Иркутск, 2006. – С. 178-179.

9. Тетенев Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции). – 2-е изд., перераб. и доп. – Томск, 2001. – 392с.

10. Шияневский А.Я. Место комплексной иммунотерапии в реабилитации больных миопатией // «Факторы риска» при неврологических и пограничных заболеваниях. – Томск, 1986. – С. 5-30.

11. Dennis A. Carson. Commentary: An infection origin of extraskeletal calcification // Proc Nat. Acad Sci USA. – Vol 95. – P. 7846-7867, July 1998.

12. Kajander E.O., Kurpen J., Akerman K., Ciftcioglu N. Nanobacteria from blood the smallest culturable autonomously replicating agent on Earth; Science 3111. – 1997. – P 228 –420.

13. Warren J.R., Marshall B.J. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis // Lancet. – 1983. – p. 1273-1275.

Рецензент:

Задорожный А.А., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, заслуженный работник высшей школы.

MUTUAL RELATION PROBLEMS BETWEEN PARACLINICAL AND CLINICAL ASPECTS OF DIAGNOSTICS

Tetenev F.F., Bodrova T.N., Kalinina O.V.

*State Educational Institution of Higher Professional Education «Siberian State Medical University», RF Ministry of Health and Social Development, Tomsk,
e-mail: bahmutov@armada.tomsk.ru*

In article the basic problems of mutual relation between paraclinical and clinical aspects of diagnostics are stated, the problem of development and change of style of clinical thinking in the conditions of creation of new technologies of inspection of patients thereby is proved.

Keywords: diagnostics theory, clinical thinking, symptom, syndrome