БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра диагностики

РЕФЕРАТ

на тему:

"ДОСТОВЕРНЫЙ ДИАГНОЗ"

МИНСК, 2009

Это такая разновидность распознавания болезней, когда диагностическое заключение рассматривается как высокодостоверное. Достоверный диагноз возможен в двух случаях.

Первый случай возможен, когда при данном заболевании существуют (описаны) высокоспецифичные симптомокомплексы. Выявление этих симптомокомплексов и умозаключения на их основе позволяют устанавливать высокодостоверный диагноз с минимальной возможностью ошибки.

Второй случай по сути представляет собой вариант первого. Он возможен при болезнях, для которых разработаны диагностические критерии. Диагностические критерии представлены определенным сочетанием высокоспецифических симптомов или синдромов, что также сводит возможность диагностической ошибки к минимуму.

Для иллюстрации первой возможности возьмем по примеру из пульмонологии и кардиологии. Нижеприведенный силлогизм является высокодостоверным из-за высокой специфичности указанного в нем симптомокомплекса.

Всякий раз, когда у больного имеется острое начало с лихорадкой и ознобом, "ржавая" мокрота, боли в грудной клетке при дыхании и кашле, над легкими определяется значительная зона тупости с бронхиальным дыханием, высокодостоверен диагноз долевой (крупозной) пневмонии.

У пациента обнаружено перечисленное.

Следовательно, больной переносит крупозную пневмонию, вероятно в стадии опеченения.

Еще пример подобного условно-категорического силлогизма, дающий категорическое заключение.

Если у пациентки при аускультации сердца определяется "ритм перепела" с пресистолическим шумом и расширением границ сердца вверх и вправо, высокодостоверен диагноз ревматического стеноза левого митрального отверстия.

Разумеется, теоретически можно допустить иные причины стеноза митрального отверстия (миксома предсердия, тромб левого предсердия на ножке, врожденный стеноз), но вероятность ревматического стеноза составляет более 99%. Возможно, вы обратили внимание, что последний силлогизм мы не довели до конца, ибо он и так понятен. Такие сокращенные силлогизмы, в которых какие-то части не высказываются, а подразумеваются, называются энтимемой (en thymo - в уме). В приведенном выше примере пропущена вторая посылка силлогизма, а именно: у больной обнаружены патологические изменения, отраженные в первой посылке. Также опущен вывод, ибо он очевиден. Таким образом, условно-категорический силлогизм сокращен и представлен самой важной мыслью в виде условного суждения.

Диагностические критерии, созданные для целого ряда заболеваний, позволяют поставить достоверный диагноз, ибо составлены из наиболее чувствительных и специфичных симптомов (признаков) для данной болезни.

Можно выразиться так, что диагностические критерии - это готовое диагностико-логическое ложе, в которое врач может спокойно погружаться. Например, в диагностике неревматических миокардитов возможно следующее заключение. Для разнообразия возьмем категорический силлогизм первой фигуры.

Выявление кардиомегалии, застойной сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма и изменений на ЭКГ, повышение в крови уровня "сердечных ферментов" относятся к большим диагностическим критериям, позволяющим ставить несомненный диагноз миокардита при наличии не менее 2 критериев.

У больного А. обнаружены 3 критерия из вышеуказанных.

Следовательно, диагноз неревматического миокардита у больного А. следует считать достоверным, если доказана роль предшествующей инфекции или аллергии.

Данный вид силлогизма позволил получить достоверный вывод исходя из того, что наиболее существенные признаки миокардита взяты как видовое понятие. Сам по себе миокардит рассматривается как родовое понятие, причем указанные видовые признаки высокоспецифичны для родового понятия в приведенном сочетании. Больной А. является конкретным лицом - объектом. В результате в заключении получено новое знание относительно объекта на основе сопоставления двух посылок. Весьма существенно, что новое знание выведено как частный случай исходя из общего понятия, причем заключение в готовой форме в посылках не содержалось. Два суждения, которые в логике называются большей и меньшей посылками, позволили получить достоверное умозаключение. Вышеприведенный категорический силлогизм очень легко перевести в условно-категорический, который более привычен для мышления врача. Для этого следует лишь слегка изменить грамматическую структуру первой (большей) посылки: если выявляется, то это позволяет диагностическая гипотеза Диагностическую гипотезу чаще называют предварительным диагнозом, что не меняет сущности данного понятия. Предварительный диагноз - это такое диагностическое заключение, в истинности которого врач не уверен, которое подлежит дальнейшему осмысливанию и верификации.

Существует несколько правил корректного обращения с предварительным диагнозом, адекватных способов дальнейшего рассмотрения сути болезни. Первое из них заключается в том, что в клинической картине врач должен преимущественно искать те проявления, которые противоречат диагностическому заключению. Симптомы, на основе которых выставлен диагноз, уже как бы осмыслены, собственно они были причиной данного опознания болезни. Врачебное мышление как раз и основывалось на этих симптомах, поэтому нет нужды их пересматривать. Проверке, причем основательной, дотошной, подлежат те явления, которые не укладываются в диагноз. Можно выразиться несколько иначе. Критичный (самокритичный) врач в подобной ситуации должен искать ниспровергающие, непонятные, противоречивые симптомы. Именно они могут послужить причиной пересмотра диагностической концепции.

Указанное правило базируется на логическом законе исключенного третьего. Смысл этого закона состоит в том, что во всяком суждении мы можем что-то утверждать или отрицать. Середины, третьего не дано. Между утверждением и отрицанием в отдельно взятом суждении чего-то промежуточного быть не может.

К данному закону примыкают правила обращения с противоречивыми и противоположными суждениями. Например, если мы утверждаем, что у больного при перкуссии легких звук тупой или коробочный, то это неверное противопоставление. На самом деле между указанными явлениями как крайними степенями есть промежуточные оттенки. Вышеуказанный пример подобен утверждению, что предмет белый или черный. В действительности он может быть серым различных оттенков. Итак, существуют противоречащие суждения, где формула проста: или - или (белый - небелый). В противоречащих суждениях истина может относиться только к одному члену. Тогда второй признается ложным. Противоположными суждениями называются такие, где возможны промежуточные варианты, как в примере выше: белый - черный.

Тестирование на истинность предварительного диагноза во врачебном мышлении осуществляется именно с помощью противоречащих суждений. Истинность одного положения автоматически переводит противоречивое суждение или понятие в ранг неправильного, ложного. И наоборот, из ложности одного из противоречивых суждений обязательно следует истинность другого. Примеров мышления подобного рода в медицине предостаточно, о них речь впереди. Пока же хочется предостеречь начинающих врачей от подгонки симптомов под диагноз, именно такой путь ведет к диагностическим ошибкам. Любой непонятный, нелогичный, необъяснимый симптом должен служить для врача красным светом светофора. Дальше идти нельзя, необходимо разобраться. Такие непонятные симптомы могут происходить из трех источников:

Недостаточное знание клиники данного заболевания, когда вроде бы непонятный симптом просто редок при данной патологии. Лучшим лекарством для врача будет чтение литературы.

Совершена диагностическая ошибка и "неудобный" признак указывает на неправильность диагноза. В этом случае следует вернуться к обсуждению диагностической гипотезы и искать новое объяснение, которое естественным образом объединит всю имеющуюся симптоматику.

Необъяснимые (непонятные) признаки, наконец, могут указывать на существование патологических процессов в виде конкурирующих или сопутствующих заболеваний. Помощь доктору в этом случае способно оказать лишь его мышление.

В любом из трех указанных вариантов следует стремиться разумно, логично объяснить "не подходящие" к подразумеваемой болезни признаки. Приведем несколько примеров умозаключений с использованием закона исключенного третьего.

Предположим, молодая женщина с неоднократно подтвержденным ревматическим митральным пороком сердца обратилась по поводу отеков на ногах. Первая мысль почти любого врача будет о том, что отеки могут свидетельствовать о развивающейся сердечной недостаточности. Это соображение может быть как верным, так и ошибочным. Как решить данный вопрос? На помощь должно прийти знание клинических особенностей, которое логика выстраивает правильным образом.

Например, если у этой женщины размеры печени не изменены и, вдобавок, венозное давление нормально, можно с уверенностью отрицать сердечный генез отеков. Это противоречащие понятия, которые исключают друг друга. В этой же ситуации можно найти иные противоречия: у лиц с митральными пороками сердечная недостаточность в клинически явной форме начинается с венозного застоя в малом круге кровообращения. Следовательно, если мы докажем тем или иным способом, что повышенного венозного давления в легких не было и нет, этим самым также исключим связь отеков с сердечной недостаточностью. Другими словами, отеки ног сердечного генеза у человека с левожелудочковой недостаточностью и отсутствие застоя в малом круге - противоречащие суждения.

Еще один пример противоречащих понятий, взятый из практики. Врач оформляет диагноз хронической сердечной недостаточности П-Б стадии (по Стражеско-Василенко). И далее дописывает: асцит, правосторонний гидроторакс. Это безусловное противоречие, ибо полостные отеки у больных сердечной недостаточностью указывают на переход процесса в III стадию.

Второе правило верных взаимоотношений врача и предварительного диагноза заключается в том, что диагностическая гипотеза неизбежна в ранних, недостаточно клинически оформленных случаях, когда болезнь пока не проявилась присущими симптомами. В этом случае наблюдение и прогнозируемые симптомы, которые должны появиться согласно предварительному диагнозу, помогают с честью выйти из затруднения.

Наблюдение позволяет обнаружить ранее отсутствовавшие признаки, которые помогают в решении диагностической задачи. Дополнительно к наблюдению врач, исходя из предполагаемого диагноза, может как бы запланировать появление симптомов. Имеются в виду признаки, которые должны появиться, если предполагаемое заболевание опознано верно. Развитие таких симптомов представляет собой веский довод в пользу диагностической гипотезы. Такой диагностический подход имеет специфическое наименование - диагноз путем наблюдения.

Данный способ нередко встречается на практике в диагностике острых заболеваний. Этим методом часто и охотно пользуются врачи приемных отделений. Тем не менее, и при хронических болезнях диагноз через наблюдение применяется достаточно широко.

Для примера острого заболевания возьмем случай во время эпидемии гриппа. Врач вызван на дом к лихорадящему больному. В таком положении обычно выдают освобождение от работы на 5-6 дней и назначают симптоматическое лечение. Доктора насторожили следующие обстоятельства. Больной указывал не день, а минуту начала болезни, когда появился сильный озноб. Также были непонятны боли в левой половине грудной клетки при дыхании и не очень явное отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуссия и аускультация легких не выявили патологических изменений. Отмечалась выраженная интоксикация с температурой тела 39,5°, что, впрочем, не является редкостью при гриппе. Несмотря на большую нагрузку, врач зашел к пациенту вечером (предыдущий визит имел место в утренние часы). При повторном осмотре через 12 часов выявлено жесткое дыхание слева от лопаточной ости вниз и крепитация в той же зоне. Пациент срочно направлен в приемный покой. Диагноз лобарной пневмонии подтвердился, и больного госпитализировали.

Очень ярким примером диагноза путем наблюдения служит острый коронарный синдром, который определяется именно как синдром из-за невозможности точной ранней диагностики. Через 12-24 часа диагноз из синдромального превращается в нозологический. В подавляющем большинстве случаев данный синдром как бы трансформируется в нестабильную стенокардию или инфаркт миокарда.

Примером диагноза путем наблюдения у хронического больного может служить следующее наблюдение. Пациенту 55 лет выставлен диагноз латентной формы хронического гломерулонефрита с достаточной функцией почек. Через какое-то время лечащий врач обратил внимание на несоответствие некоторых признаков с диагнозом. Другими словами, врач выявил противоречащие симптомы, которые согласно закону исключенного третьего давали веские основания сомневаться в первоначальном диагнозе. Противоречащими признаками была анемия без азотемии, субфебрильная температура, похудание, боли в крестце и тазовых костях, значительное увеличение СОЭ. Не стану описывать всех промежуточных этапов, лишь скажу, что врачебные сомнения оказались совершенно обоснованными. У больного в конце концов выявлена миеломная болезнь, что дало правильное объяснение всей имеющейся симптоматике.

Еще один способ разрешения сомнений в научных исследованиях именуется решающим экспериментом (experimentum crucis). В роли решающего эксперимента в медицине выступают высокодостоверные исследования, которые ставят точку, разрешая спорные вопросы. Логической основой подобного подхода является возможность построения категорического силлогизма, что описано в разделе "Достоверный диагноз".

В качестве клинического примера возьмем уже упоминавшуюся молодую женщину с ревматическим митральным пороком и отеками на ногах. Предположим, что несмотря на все умозаключения, основанные на противоречащих суждениях, врач внутренне никак не может согласиться с тем, что отеки патогенетически не связаны с сердечной недостаточностью. Доктору хочется найти какое-то иное доказательство, не связанное с логикой, а основанное на очевидных фактах. Следует заметить, что обычное ультразвуковое исследование сердца с определением сократительной функции также не имеет решающего значения. Во-первых, немалое число больных со сниженной фракцией выброса левого желудочка не имеют отеков. Во-вторых, у больных с клинически явной сердечной недостаточностью фракция выброса может мало изменяться. Решающим исследованием могут быть пробы с физической нагрузкой. Если пациентка выполняет полный объем нагрузки без нарушений гемодинамики и инотропной функции сердца, это исключает сердечную недостаточность и, естественно, отеки как признак данного синдрома.

Что касается диагноза по результатам лечения (diagnosis ex juvantibus), то такой вид диагностики довольно широко применялся ранее. В современных условиях диагноз по эффективности лечения используется реже. Точнее, подобной разновидности диагностики стали придавать меньшее значение, так как она не обладает достоверностью. В прошлом, когда врач имел гораздо более скромные возможности для диагностики, приходилось прибегать к диагнозу по результатам лечения согласно поговорке, что на безрыбье и рак рыба.

Несовершенство такого диагноза легко выявляется анализом умозаключений, лежащих в основе диагностики данного типа. Возьмем условно-категорический силлогизм.

Если лекарство А оказывает хороший эффект, то наиболее вероятной следует считать болезнь Б.

У данного больного лекарство А оказало хорошее терапевтическое действие.

Следовательно, у больного наиболее вероятна болезнь Б.

Логически силлогизм правилен. Из истинности основания выведена истинность следствия. Но в мышлении правильный вывод зависит не только от верной логической структуры. Ибо сама по себе логика есть лишь правильное структурное построение мысли, но это не является гарантией истинности содержания. Для вывода, отражающего действительность, кроме верной структуры требуется правильность исходных понятий и суждений, заложенных в силлогизм.

Возьмем для иллюстрации клинический пример, а затем вернемся к разбору умозаключения. На вопрос, почему в истории болезни выставлен диагноз лямблиозного холецистита, опытная заведующая отделением ответила следующее:

В порции В (в пузырной желчи) обнаружены лямблии.

Специфическое лечение метронидазолом дало прекрасный клинический эффект.

Первая часть ответа имеет отношение к обоснованию диагноза по признаку, который врач посчитала специфичным. Вторая часть есть классическое воплощение принципа "диагноз по эффекту лечения".

Возражения консультанта были следующие:

Первый довод о наличии лямблий в пузырной желчи несостоятелен по двум причинам. Первая из них заключается в том, что зонд при этом исследовании находится в двенадцатиперстной кишке и пузырная желчь по сути является желчью из пузыря в смеси с дуоденальным содержимым. Вторая и более существенная причина кроется в том, что прямые исследования (например, во время оперативных вмешательств) никогда не обнаруживали лямблий в желчном пузыре. Наконец, добавление лямблий в нативную желчь приводит к быстрой гибели этих простейших.

Эффект от метронидазола получен оттого, что у больной имел место лямблиоз кишечника с явлениями дуоденита, который клинически имитировал холецистит, т.е. эффект достигнут потому, что лямблии на самом деле были причиной, но не холецистита, а дуоденита.

Возвращаемся к исходному умозаключению. В первой условной посылке обрисовывалась причинно-следственная связь между двумя понятиями, между лечением и диагнозом. Логика не в состоянии (это не ее функция) выявить до-подлинность, точность этой связи. Поясним это на примере.

В условном суждении "Если утром земля мокрая, значит ночью шел дождь" вывод неправомерен. Земля могла оказаться мокрою из-за сильной росы, растаявшего снега и пр. В суждениях и силлогизмах подобного рода для достоверности вывода необходимо знать все возможные причины и следствия. Только тогда обеспечивается правильный выбор, исходя из знания всех возможностей.

В медицине знание всех причинно-следственных связей редко бывает завершенным. Поэтому диагноз по результатам лечения носит всегда вероятный характер. При этом чем лучше врач понимает и знает теоретические исходные положения, тем выше вероятность заключений подобного типа. Следует полагать, что диагноз по эффекту лечения еще долго будет сохраняться в арсенале врачебного мышления. Порой он оказывается неплохим подспорьем в неясных случаях. Только не следует забывать о его недостаточной надежности и о том, что такой вид диагностики должен рассматриваться как вероятный с разной степенью достоверности.

Достаточно проследить за формулировками диагнозов больных за последние 100 лет, чтобы стало очевидно, что принцип конкретизации формы болезни применительно к данному больному неуклонно набирает силу. Скажем, 50 лет назад был вполне правомерен диагноз органического порока сердца или просто стенокардии. Теперь любые современные классификации гораздо детальнее отражают особенности нозологической формы у данного пациента.

Для примера возьмем язвенные поражения желудка и их диагностическую оранжировку в рамках принятых классификаций. Скажем сразу, что некоторые клиницисты слепо копируют заключение эндоскописта, переписывая его в виде клинического диагноза. Правильным такое положение признать нельзя. Эндоскопист пишет не диагноз, а заключение. Лечащий врач должен оформить именно диагноз, а не копировать заключение.

Например, в заключении эндоскописта звучит язва пилорического отдела желудка. Клиницисту это следует оформить как пептическую язву с локализацией в пилорическом отделе или же как симптоматическую язву. Клиницист в такой ситуации должен понимать, что язвенный дефект в пилорическом отделе через какое-то время может сменить язвенный процесс в двенадцатиперстной кишке, ибо у таких больных общий патогенез язвообразования. Подобные случаи именуются пилородуоденальными язвами и нередко язвенный дефект в одной зоне сменяется "нишей" в другой. Наконец, может быть сочетание двух язв одновременно: дуоденальной и пилорической. Более того, при подобной локализации, как правило, повышена кислотообразующая функция желудка с усилением роли агрессивных факторов.

Иная ситуация складывается у больных с язвой тела желудка. Обратите внимание, морфологический диагноз один и тот же - язва желудка. Но этиология и патогенез будут значительно различаться. В случаях медиогастральных язв существенно меньшая роль отводится хеликобактерной инфекции, кислотообразующая функция желудка не изменена или снижена. Для подобных язвенных процессов отмечены иные сроки рубцевания, принята иная хирургическая тактика.

Чтобы не перегружать работу клиническими размышлениями, скажу лишь главное. Диагноз должен быть оформлен согласно принятым классификациям. Но к такому достаточно детализированному определению диагноза больного врач приходит не одномоментно, для этого требуется время. Обычным промежуточным этапом служит диагноз болезни, т.е. достаточно точное опознание нозологической формы, но без многих немаловажных деталей, которые присущи болезни у данного человека. Если проводить сравнение, можно выразиться следующим образом: диагноз болезни - опознание знакомого человека издали, без подробностей; диагноз больного - разглядывание знакомого со всеми нюансами одежды, лица, настроения и прочими атрибутами.

## Литература

1. Лемешев А.Ф. Клиническое мышление, Мн: Мед. Литература, 2008г., 240 с.
2. Кошелев В.К. Диагностика больного, Мн: Светач, 2008 г., 210 с.
3. Стариков П.А. Диагноз и диагностика, Мн: БГМУ, 2008г.157 с.