

В. М. Юрлов

МЕТОДИ ЛІКАРСЬКОЇ ДІАГНОСТИКИ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Одеський державний медичний університет

Вітчизняна медична школа більше 180 років у діагностиці та лікуванні стоїть на позиціях клініцизму, що базується на ретельному клінічному обстеженні хворого, яке доповнюється необхідними лабораторними й інструментальними методами. Цей емпіричний підхід, який ґрунтується насамперед на глибокому знанні багатьох захворювань і величезної кількості ліків, дозволяв лікарю-професіоналу успішно проводити діагностику та лікування різних захворювань.

Але часи міняються, сучасна медична наука значно просунулася від суто клінічних методів обстеження й переходить на рівень доказової медицини, що послужило основою для розробки стандартів діагностики та лікування. Як будь-яке явище, стандартизація діагностичних і лікувальних заходів має, на наш погляд, позитивні та негативні сторони. До перших можна зарахувати те, що вона дозволяє внаслідок уніфікації лікувально-діагностичного процесу підняти рівень посереднього лікаря до середнього. Негативним моментом нерідко є відмова від клінічного мислення — нема про що думати, якщо є стандарт. Виникає, як мінімум, два питання. Перше — чи потрібні взагалі методи клінічної діагностики, адже діагноз пневмонії ми маємо право ставити тільки за наявності рентгенологічних ознак легеневої інфільтрації. Друге — чи потрібно практичному лікарю знати основні закономірності лікарської діагностики й уміти ними користуватися.

Сучасні досягнення теоретичної та клінічної медицини ду-

же вагомі. Вони дозволяють розпізнавати патологію на органному, тканинному, клітинному та навіть молекулярному рівнях. Разом із тим розуміння всіх патологічних процесів, облік і оцінка патологічних і сано-генетичних механізмів їхнього розвитку, узагальнення їх у вигляді нозологічної форми у конкретного хворого, представленої у вигляді клінічного діагнозу, залишаються, як і раніше, важким завданням не тільки для студентів, але, у багатьох випадках, і для лікарів.

Термін «діагноз» у перекладі з грецької означає дослідження, розпізнавання, розрізнення. За визначенням В. Х. Василенка, «лікарський діагноз — короткий медичний висновок про сутність захворювання й стан хворого». До цього досить ёмного визначення, на наш погляд, варто додати «...виражене в термінах, передбачених існуючими класифікаціями або номенклатурою хвороб». Адже те саме захворювання, наприклад гіпертонічну хворобу, в деяких європейських країнах називають «есенціальною гіпертонією».

Діагностика — розділ медичної теорії та практики, в якому розглядаються всі методи, засоби та способи обстеження хворого, необхідні для встановлення діагнозу хвороби. Діагностика як наукова дисципліна складається з трьох основних розділів:

- 1) семіології, що вивчає діагностичне значення симптомів, синдромів, їхній патогенез;
- 2) діагностичної техніки;
- 3) загальної методики діагнозу, що розглядає послідовність розумових, логічних дій лікаря.

На жаль, багато лікарів, справедливо надаючи великого значення першим двом розділам, зовсім не уявляють загальної методики діагнозу. При цьому вони думають, що діагноз ставиться на підставі знання симптомів захворювань і результатів лабораторного й інструментального дослідження, забуваючи, що це лише методи обстеження хворого, які потребують логічного осмислення, що базується на певних методологічних принципах теорії пізнання.

Логічна сторона діагностики — важливіший її розділ, тимчасом як технічна й семіотична сторони мають підлегле значення, що стосується вихідних посилок — результатів обстеження хворого, але не ходу лікарського мислення. З розвитком медичного знання, техніки та появи нових медичних спеціальностей своєрідність логічної системи лікарського мислення у процесі встановлення діагнозу хвороби істотно не міняється, але усе більш чітко виявляє свою специфіку.

Звідси випливають деякі необхідні умови для успішної діагностики. Крім доброї загальноосвітньої та загальномедичної підготовки лікаря, знання симптомів, синдромів захворювань і їх патогенезу, правильного володіння технікою безпосереднього клінічного обстеження хворого, уміння оцінити результати лабораторних і інструментальних методів, найважливіше значення має логічна діяльність лікаря щодо аналізу та синтезу отриманих результатів, що і виливається в клінічний діагноз. Інакше кажучи, лікарська діагностика — складний пізнавальний творчий процес, в основі



якого лежать не тільки глибокі знання з предмета, але й розвинуте клінічне мислення лікаря.

Лікар, особливо молодий, у процесі діагностики захворювань нерідко стикається з великими труднощами, що призводять до діагностичних помилок. У цьому значну роль відіграють як суб'єктивні, так і об'єктивні фактори. До перших належать: недостатні знання, неповне обстеження хворого, незнання законів діалектичної та формальної логіки, невміння застосовувати їх на практиці, а також деякі особистісні, характерологічні риси лікаря (неуважність, квапливість тощо).

До об'єктивних обставин належать деякі медичні, соціальні, культурні й економічні фактори, які наклали незгладимий відбиток на сучасну хвору людину: наявність у неї кількох захворювань, при цьому приблизно у 80 % пацієнтів виявляються вогнища хронічної інфекції. До цих факторів можна зарахувати й більшу частоту у хворих ожиріння, алергії та неврозів, які можуть супроводжувати або навіть уписуватися в клінічну картину майже будь-якого довготривалого перебігаючого захворювання внутрішніх органів.

Діагностику захворювань істотно утруднює патоморфоз більшості хвороб, їх атипівий або латентний перебіг. Варто враховувати ще одну важливу особливість лікарської діагностики — майже повна відсутність специфічних, так званих патогномонічних симптомів, властивих тільки одному захворюванню, хоча ці симптоми дуже цінні для діагнозу (клітини Березовського — Штернберга при лімфогранулематозі, палички Коха в мокротинні при туберкульозі легенів та ін.). Більше того, той самий симптом залежно від клінічного фону, на якому він виявляється, може мати принципово різну діагностичну оцінку. Наприклад, додатковий третій серцевий тон залежно від цього фону може трактуватися як

прояв активної діастолі здорового серця і як «лемент хворого серця про допомогу».

Природно, тут лікарю допомагають численні сучасні лабораторні й інструментальні методи дослідження. Діагностичне значення їх зростає в тому разі, коли вони оцінюються через клінічну картину захворювання, тобто вони повинні нести клініко-лабораторний і клініко-інструментальний характер. Очевидно, результати цих методів обстеження пацієнта можуть пояснити причину хвороби тільки досвідченому лікарю, що має певну методичну підготовку в проведенні діагностичного пошуку.

Існує досить багато методів установлення діагнозу, основні з яких такі:

1) метод прямого обґрунтування діагнозу за аналогією, подібності з раніше спостережуваним випадком;

2) індуктивний метод діагностики;

3) діагностика шляхом активного спостереження за хворим;

4) установлення діагнозу за допомогою терапії *ex juvantibus*;

5) діагноз за обліком шкідливого ефекту від лікування — *diagnosis ex nonentibus*;

6) діагностика захворювання за допомогою постановки провокаційних проб (шкірних, кон'юнктивальних, інгаляційних та ін.);

7) установлення діагнозу під час операції — *diagnosis sub operatione*;

8) метод диференціальної діагностики (ДД) захворювань.

Кожний з них має свої достоїнства та недоліки, тією чи іншою мірою застосовується в лікарській практиці. У рамках статті немає можливості дати докладну характеристику кожному методу, це було зроблено в одній з попередніх наших робіт [1].

Найбільше значення має метод ДД, оскільки він дає можливість послідовного та цілеспрямованого аналізу багатьох

патологічних процесів за провідним синдромом з урахуванням даних, отриманих при використанні інших методів діагностики. Це тривалий, динамічний процес, що починається вже при першій зустрічі з хворим і триває протягом усього періоду обстеження, лікування та спостереження за ним.

Провідний — це найголовніший, етіологічний і (або) патогенетичний обґрунтований синдром, іноді найяскравіша ознака, що визначає всю клінічну картину захворювання (біль у ділянці серця, жовтяниця, артеріальна гіпертензія), або синдром, що вимагає проведення невідкладної терапії або призводить хворого до летального результату. Правильно обраний провідний синдром іноді вже на першому етапі клінічного обстеження пацієнта дозволяє зробити обґрунтований діагностичний висновок, після чого виявлену патологію у хворого можна зарахувати до певної групи захворювань. Наприклад, у пацієнта виявлена патологічна кровоточивість гематомного типу, що вже сама по собі звужує диференціальний діагноз до пошуку нозологічної одиниці всередині групи геморагічних діатезів, в основі якої лежить тільки порушення утворення тромбoplastину.

Недоцільно брати як провідний загальний симптом захворювання, наприклад, підвищення температури, загальну слабкість, тому що вони зустрічаються при багатьох захворюваннях організму. Природно, проведення ДД у цих випадках буде щонайменше утруднено. Лікареві необхідно перейти від провідного симптому до синдрому, а від нього — до нозологічної одиниці, хвороби. Наприклад, підвищення температури — це симптом, властивий багатьом захворюванням, а лихоманка неясного генезу — це вже синдром, що характеризується тривалістю понад 3 тиж., підйомом температури до 38,3 °C і вище, неясністю етіології та від-



сутністю ефекту від лікування. Цей синдром є проміжним у процесі ДД у хворих із тривалою гіпертермією. Він обмежує обсяг діагностичного пошуку однією або кількома групами захворювань. Провести ДД усередині однієї групи захворювань набагато простіше та швидше, ніж серед усієї їх великої номенклатури.

Провідним може бути суто клінічний синдром, клініко-лабораторний (нефротичний синдром), лабораторний (поява бластних клітин у периферичній крові), клініко-рентгенологічний (кардіомегалія) і, нарешті, суто інструментальний (рубцеві поля на ЕКГ, полікістоз нирок при ультразвуковому або томографічному дослідженні).

У перебігу захворювання провідні синдроми можуть мінятися, наприклад, кардіоміопатія ускладнюється серцевою недостатністю, що раніше або пізніше може стати провідною в картині захворювання або визначати її поряд з кардіомегалією.

Можуть спостерігатися й два різні провідні синдроми, не пов'язані між собою ні етіологічно, ні патогенетично, які відображають два конкуруючі захворювання в організмі. Наприклад, хворий надходить у кардіологічне відділення зі скаргами на інтенсивний біль у ділянці серця (підозра на інфаркт міокарда), а також біль і деформацію колінних і плеснефалангових суглобів (суглобовий синдром як прояв деформуючого остеоартрозу). У цьому разі варто проводити ДД за кожним із виділених синдромів окремо для встановлення двох самостійних нозологічних форм, уточнення їхнього місця в клінічному діагнозі, призначення лікування та визначення прогнозу.

Наступним етапом ДД за провідним синдромом є складання диференційно-діагностичної програми або переліку всіх захворювань, що супроводжуються цим синдромом. Для цього треба знати відповідні класифікації та номенклатуру таких

хвороб. Наприклад, хворому із провідним синдромом — артеріальна гіпертензія — лікар повинен включити у цю програму, крім гіпертонічної хвороби, всі захворювання або їх групи, що супроводжуються цим провідним синдромом. Потрібно враховувати, що у цю програму варто обов'язково включити те захворювання, що лікар визначив у хворого як попереднє. Це необхідно, по-перше, для того, щоб підтвердити або спростувати висловлену лікарську гіпотезу або попередній діагноз, а по-друге, щоб ДД хворого не перетворився в диференціальний діагноз захворювань.

Далі лікар повинен послідовно порівняти клінічні, лабораторні й інструментальні дані хворого з аналогічними показниками всіх захворювань, включених у диференційно-діагностичну програму. При цьому відмітні ознаки відіграють вирішальну роль, оскільки «тотожність — відносна, а розходження — абсолютне».

Результатом цієї роботи є встановлення формального або абстрактного діагнозу хвороби "diagnosis morbi", що визначає належність наявного у пацієнта захворювання до тієї або іншої нозологічної форми. Але для призначення адекватного повноцінного лікування цього недостатньо, лікар повинен встановити діагноз хвороби в даного хворого, тобто повний, індивідуальний діагноз, "diagnosis aegroti".

Цей етап, по суті, є обґрунтуванням клінічного діагнозу хворого, причому тут провідним є не принцип розходження, а виявлення тотожності ознак. Так, наприклад, хворому в результаті проведеної ДД було поставлено формальний діагноз хвороби — пневмонія, після цього лікар повинен обґрунтувати форму, ступінь тяжкості та визначити групу, до якої варто зарахувати хворого негоспітальною пневмонією, наявність ускладнень і супровідних захворювань.

Це й буде клінічним діагнозом, що служить для призначення індивідуального, повноцінного лікування даного хворого.

Вірний клінічний діагноз, вираженість і характер ефекту від проведеного лікування є основою для визначення медичного прогнозу хворій людині, насамперед прогнозу для її життя та видужання.

Очевидно, що ДД не є якимось ізольованим методом діагностики. У процесі його проведення лікар використовує дані й інших методів, наприклад, результати активного спостереження за хворим, пробної терапії, індуктивного методу і т. д. Він не закінчується з установленням клінічного діагнозу, адже хворобливий процес перебігає, змінюється його активність, стадія, форма, з'являються нові ускладнення. Все це приведе до зміни або уточнення індивідуального діагнозу хворого. Поява ж принципово нових даних обстеження хворого (магнітно-резонансна або комп'ютерна томографія, результати морфологічного дослідження та ін.) не виключає, а лише доповнює ДД, що може привести до зміни клінічного діагнозу у хворого. Наприклад, замість гіпертонічної хвороби пацієнтки, встановлюється діагноз симптоматичної реноваскулярної артеріальної гіпертензії, фібромускулярної дисплазії ниркових мисок.

Наш досвід показує, що все більша «технізація» медицини не тільки не скасовує, але збільшує діагностичну цінність методу ДД, тому що на всіх стадіях обстеження хворого, наприклад, при рентгенологічному обстеженні, комп'ютерній або магнітно-резонансній томографії лікар-фахівець використовує практично ті ж принципи діагностики, про які ми говорили вище.

ЛІТЕРАТУРА

1. Юрлов В. М. Диференціальна діагностика внутрішніх хвороб // В. М. Юрлов, І. Г. Кульбаба. — Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2002. — 360 с.

