

КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО СВОЙСТВА

Чернобай Г.Н., Чернобай А.Г., Колесников А.О.

Кемеровская государственная медицинская академия, кафедра патологической анатомии, г. Кемерово

Роль синдрома в клинической медицине постоянно возрастает. В этом факте усматриваются несколько причин: первая причина - синдромный подход к осмыслению патологии человека в ущерб нозологическому, принятому в отечественной медицине с момента её становления; вторая причина - чрезмерное подчинение клинической практики Международной статистической классификации болезней и травм ... , известной чаще как МКБ- 10 и очередных пересмотров, где большинство нозологических единиц имеют форму синдрома; третья причина - недостаток знаний клиницистов происхождения и свойств синдрома. Целью настоящего сообщения является пополнение знаний об одном из ключевых элементов нозологии - синдроме. Василенко В.Х. [3] сообщает, что синдром – это постоянно повторяющееся сочетание симптомов или признаков заболевания. Слово синдром (от гр. бег вместе) впервые обнаружен в трудах Галена. Этот термин почти до 20-го века был довольно неопределенным. Отмеченная В.Х.Василенко неопределенность термина «синдром», подтверждают и другой исследователь этой проблемы В.В. Серов [6]. В большинстве медицинской литературы синдром трактуется как «совокупность симптомов, объединённых единым патогенезом». Несколько иначе определение синдрома записано в приложении к приказу Минздрава РФ от 03.08.99 г. №32 «О введении в действие отраслевого стандарта. «Протоколы ведения больных. Общие требования». Синдром – состояние, развивающиеся как следствие заболевания и определяющиеся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома. Данная дефиниция крайне насыщена понятийными элементами, среди которых есть все элементы выше описанного определения и впервые добавлен новый элемент «различной этиологии». Впервые «вспомнили» об этиологии и указали на тесную связь синдрома с болезнью его вызвавшего. Последнее определение понятия синдрома приказано использовать в разработках стандарта протоколов ведения больных. Пожалуй, это единственный случай, когда приказным порядком утверждено определение понятия такого ключевого элемента нозологии как синдром. Чтобы понять свойства синдрома, мы должны отыскать его начало. Появление синдрома находится в тесной связи с появлением симптома. Симптом (от гр. совпадение, случай) впервые стали использовать врачи методической школы Асклепиада (I в.до н.э). Для врачей – методиков стало очевидным, что одна болезнь у разных пациентов протекает не стандартно, с разным числом признаков. Они стали выделять **признаки болезни**, которые абсолютно принадлежат этой болезни, а случайные признаки, необязательные для этой болезни назвали **симптомами**[4]. То, что в древности врачи называли симптомами, современные медики называют осложнениями. В последствии была замечена некоторая закономерность в сочетании появлении симптомов, которые всегда при разных болезнях встречались вместе. Такую совокупность симптомов назвали **синдромом**. В трудах Авиценны мы не обнаружили ни симптомов, ни синдромов. Этот факт объясним тем, что Авиценне были известны труды Гиппократов, который проявления болезней помечал только знаками и признаками, и в меньшей степени труды Сорана Эфесского (98 – 138 г.г.) и Галена (130-200 г.г.), в трудах которых появились симптомы и синдромы. Однако Авиценна случайные признаки отделял от признаков болезни и называл их «признаками по соучастию»[1], что по современным представлениям определены как осложнения болезни и сопутствующие болезни. Ограниченное использование синдрома на протяжении многих веков можно объяснить недостаточными теоретическими знаниями в области этиологии и патогенеза. Это явление породило на свет эпонимы – синдромы. В медицинской литературе появились синдромы с именами авторов- первооткрывателей и литературных героев. Основными признаками таких синдромов были неизвестная причина (этиология) и, как следствие, неизученный патогенез, а также низкая частота их появления. Последнее обстоятельство объясняло причину первых двух. С накоплением знаний по именованным синдромам некоторые из них обретают статус болезни, например: синдром Дауна – болезнь Дауна. Иная ситуация складывается вокруг истинных синдромов – синдромов-осложнений (компликацио-синдром). Число синдромов безудержно растёт. Авторы этих синдромов не утруждают себя доказательством истинности совокупности симптомов объединённых единым патогенезом. Вот только часть из них, синдром хронического системного воспалительного ответа, синдром полиорганной недостаточности, холодовой шок у бактерий, болевой синдром кардиогенный, болевой синдром артритический, болевой синдром абдоминальный и т.д. Рассмотрим свойства синдрома. В основу нашего анализа положены знаки двух различных дефиниций синдрома, указанных ранее в настоящем тексте. Первое определение содержит два знака: совокупность симптомов (клиника) и патогенез. Второе определение перегружено знаками, но всего три из них ключевые: различная этиология, общий патогенез, общая клиника. Рассмотрим свойства знаков, составляющих понятие синдром.

Совокупность симптомов (общая клиника):

- качественно отличается от признаков болезни;
- распознаваема как совокупность;
- формируется на основе органопатологии заболевания;
- необязателен полный набор симптомов в совокупности.

Патогенез (общий патогенез):

- отличается от патогенеза заболевания;
- тесная связь с патогенезом болезни;
- саморазвитие;
- самодвижение;
- самоограничение.

Этиология (различная этиология?):

- обязательна;
- монокаузальная;
- реализует воздействие внутренних факторов;
- не требует условий;
- обладает сквозным действием;
- включает стереотипный механизм

Теперь рассмотрим каждое перечисленное свойство синдрома. В совокупности симптомов усматривается клиника синдрома. Клиника синдрома качественно отличается от клиники болезни. Эти качественные различия были ещё отмечены в античной медицине, что послужило появлению симптомов, а несколько позже и синдромов. Здесь уместно напомнить, что мы различаем понятия «болезнь» и «заболевание». По предложению К.Е. Тарасова и соавт., заболевание – это факт существования болезни и начало течения болезни у данного человека [7]. В нашем представлении заболевание – это клиника болезни плюс клиника осложнений. Клинику болезни составляют постоянный набор признаков, знание которого позволяет врачу распознавать болезнь. Осложнения болезни представлены набором симптомов, которые при наличии единого патогенеза формируют синдромы. Распознавание признаков болезни среди наборов симптомов, полученных врачом при обследовании больного, на первый взгляд покажется весьма сложным. Это только на первый взгляд, ибо мы знаем, что болезнь всегда первична, а осложнения вторичны. Признаки болезни появляются во время продрома, для больного это период дискомфорта. Умелый врачебный опрос больного по проявлению дискомфорта позволит выявить признаки болезни, которые остаются на протяжении всей болезни. Симптомы как осложнения имеют свойство появляться в разные периоды течения болезни: начала, разгара и затухания. В отличие от болезни синдром как клиническое проявление внутренних реакций на структурно-функциональные повреждения, возникшие от внешних воздействий. Все эти клинические проявления внутренних реакций следует рассматривать как внешние знаки этапного включения функциональных систем. Именно, с позиции теории функциональных систем П. К. Анохина [2] можно объяснить все свойства синдрома: формирование клиники на основе органопатологии, распознаваемость клиники на основе совокупности симптомов, при этом полный набор симптомов в совокупности необязателен. Последнее свойство подтверждается разной тяжестью течения одного синдрома у разных пациентов, страдающих одинаковой болезнью. Пример: синдром острой почечной недостаточности по тяжести течения выделяют лёгкой, средней, тяжёлой и молниеносной (крайне тяжёлой). Теория функциональных систем рассматривает организм как материальное целое, стремящееся к достижению полезного приспособительного результата. Полезный приспособительный эффект может быть получен в результате деятельности клеток и тканей, отдалённых друг от друга анатомически. Состав любой функциональной системы, как и её деятельность, определяются не столько анатомической близостью компонентов системы, сколько требованиями, определяемыми качеством приспособительного эффекта. В качестве примера рассмотрим синдром острой постгеморрагической анемии. При каких либо болезнях ни возникло острая кровопотеря, в зависимости от её объёма, появляются признаки анемии: разной степени проявлений дыхательной, сердечной, печеночной, почечной и т.п. органной недостаточности. Причина синдрома постгеморрагической анемии одна - уменьшение объёма циркулирующей крови. Именно эта причина становится пусковым стимулом для срабатывания функциональной системы, конечным результатом которой является восстановление объёма циркулирующей крови адекватного параметру результата. Если коротко, то функциональная система включает механизмы «выброса крови из депо». При получении полезного приспособительного эффекта, данная функциональная система прекращает свое существование. Клинические проявления синдрома постепенно исчезают. В случае, когда полезный приспособительный эффект не получен, на нашем примере – адекватный объём крови не восстановлен, формируется патологическая система, «имеющая дизадаптивное значение и может играть роль эндогенно возникающего патогенного фактора, вызывающего либо дальнейшее развитие уже существующего, либо появление нового патологического процесса» [5]. Свойства синдрома, заложенные в этиологии и патогенезе, по многим параметрам близки к свойствам болезни: этиология обязательна, монокаузальна, обладает сквозным действием и включает стереотипный механизм; патогенез обладает свойствами саморазвития, самодвижения и самоограничения. Эта особенность свойств синдрома объяснима исключительной ролью функциональных систем организма. В отличие от болезни синдром не требует условий для реализации причины его вызвавшей, его патогенез отличается от патогенеза болезни или болезней, при которых он встречается. Между синдромом и болезнью существует тесная патогенетическая связь, но не этиологическая. В противном случае при одной этиологии должен возникать один патогенез и одна стереотипная клиника. Здесь и везде не следует подменять этиологию синдрома, так и болезни факторами риска.

Возникнув в античной медицине, синдром получил наибольшую реализацию в современной медицине только с развитием нозологии и совершенствовании наших знаний в области этиологии и патогенеза. Обладая собственной этиологией и собственным патогенезом, синдром может быть составной частью заболевания как осложнение, но не может быть составной частью болезни. В возникновении, развитии и исчезновении синдрома активное, ведущее участие принимают функциональные и патологические системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авиценна. Канон врачебной науки. Пер. с араб. Ташкент. 1980, I-V т.т.
2. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. - М.: Медицина, 1971. – 61с.
3. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней /АМН СССР. М.: Медицина, 1985, 256 с.
4. Жирнов В.Д. Проблемы предмета медицины.–М.: Медицина, 1978, 240 с.
5. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляционная патология.//Патол. физиол. и экспер. терапия. - 2002. - №3 - с. 2-19.
6. Серов В.В. Медико-биологическая оценка основных клинических понятий: синдром, нозологическая форма, группа болезней.//Бюлл. экспер. биол. и мед. – 1997. - №3 – с. 244-247.
7. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы).–М.: Медицина, 1989 – 279с.