

ступление оборудования позволило переоснастить современными сканерами районные, городские поликлиники и больницы, женские консультации.

В этом году исполняется 20 лет со дня выделения службы УЗД как самостоятельной и на сегодня ее потенциал складывается также из серьезной команды врачей-специалистов, профессионалов, владеющих выполнением комплекса ультразвуковых диагностических методик на обновленном оборудовании.

Все это позволяет вести активную и результативную диагностическую, научно-исследовательскую работу, проводить практически весь спектр современных ультразвуковых диагностических исследований, уверенно смотреть в будущее и видеть реальные перспективы развития и совершенствования.

Очевидно, что с развитием недорогих портативных

цифровых ультразвуковых систем будет продолжать расширяться масштаб их применения. Прагматичный рынок визуализирующих диагностических технологий в Иркутской области постепенно будет формироваться за счет безвредных неионизирующих методов, позволяющих проводить многократные динамические исследования, что приведет к доминирующим позициям ультразвука в диагностике.

Пройден важный путь организации, становления, утверждения и признания клиницистами службы ультразвуковой диагностики, и для ее успешного развития в лечебных учреждениях Иркутской области созданы в настоящее время все предпосылки. Тем не менее, только в стратегическом партнерстве специалистов ультразвуковой диагностики, радиологов и клиницистов возможен успех и оптимальное диагностическое и лечебное использование ультразвука.

THE MAIN STAGES OF THE DEVELOPMENT OF ULTRASOUND DIAGNOSIS SERVICE IN IRKUTSK REGION

V.F. Voblikova
(Irkutsk State Medical University)

The historical analysis of the development of ultrasound diagnosis service in Irkutsk region and its role and place in the system of regional health care have been discussed in the article.

ЛЕКЦИИ

© БАЛАБИНА Н.М. – 2008

ОТ СИМПТОМА К ДИАГНОЗУ – ЗАМЕТКИ ИЗ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ (СООБЩЕНИЕ 1)

Н.М. Балабина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Балабина)

Резюме. Статья посвящена исследованию особенностей диагностического процесса в практике семейного врача, значимости семиотического подхода к диагностике заболеваний (от симптома к синдрому и диагнозу), важности не только выявления симптома, но и оценки его клинического значения, его длительности, выраженности, динамики для выбора наиболее эффективного лечения и определения прогноза болезни. Составить суждение о прогнозе болезни.

Ключевые слова: симптом, синдром, диагноз, врач общей практики.

Диагностика болезни представляет собой весьма сложный и многоступенчатый творческий процесс, а любой диагноз, в конечном счете, является диагнозом дифференциальным, точность которого основана на выявлении и тщательной оценке значимости каждого отдельного признака, симптома и синдрома. Именно от точного диагноза в первую очередь зависит выбор рациональной тактики ведения больного, адекватная оценка прогноза заболевания и успех всего лечения в целом.

Врачи общей практики занимают особое положение в системе здравоохранения. Работая в условиях поликлиники, амбулатории, консультируя на дому, врач общей практики наиболее эффективно может проводить медицинское консультирование и лечение больного и всей его семьи в целом, не ограничиваясь при этом ни возрастными, ни нозологическими рамками. Он видит больного и в моносимптомном дебюте острого заболевания, и при диагностике хронического полиморбидного страдания, представленного массой разнообразных симптомов. Очень часто имеет дело не с болезнью, а состоянием, т.е. «донозологической» формой патологии.

В этих условиях возрастает значимость семиотического подхода к диагностике заболеваний, т.е. процессу обозначения болезни на основе знания ее признаков и умения находить эти признаки у больного. Причем выявление признаков заболевания должно базироваться, прежде всего, на результатах анамнестического и физического обследования, а также на данных, полученных наименее обременительными и наиболее безопасными лабораторными и инструментальными методами, с учетом того, что степень риска обследования должна быть несоизмеримо ниже опасности, создаваемой самим предполагаемым заболеванием.

Семиотика раскрывает содержание симптомов, их значение для диагностики и прогноза болезни, а также для установления показаний к применению определенных методов лечения.

Симптом (от греч. *symptoma* – совпадение) – это признак патологического состояния или болезни. Вопрос о различиях между терминами «признак» и «симптом» достаточно оживленно дискутируется в медицинской литературе и большинство авторов считает, что их

следует различать, так как симптомы — это субъективные ощущения больных, а признаки — это то, что врач обнаруживает у больного при, так называемом, «объективном» исследовании. По-видимому, истина как всегда лежит по середине, поскольку любые проявления заболевания имеют и субъективную и объективную стороны. Иногда именно субъективные расстройства и различные функциональные проявления оказываются доминирующими в клинической картине, поскольку физикальное обследование больного предоставляет мало объективных данных. Например, при заболеваниях пищеварения методы перкуссии и пальпации практически не применяются, а аускультативные признаки настолько эфемерны, что не представляют почти никакой диагностической ценности. С другой стороны, больной часто не может адекватно выразить свои жалобы, описать их характер и условия появления. В таких случаях задача опытного врача заключается в том, чтобы наиболее точно и полно установить подлинный характер переживаний и ощущений больного и определить их объективную значимость и связь с другими признаками.

Следует учитывать, что и «объективный» признак может либо отсутствовать, либо проявляться атипично. Однако это не является основанием для пересмотра всей диагностической концепции. Нужно суметь найти, различными способами обнаружить этот признак или ждать его появления, установить характер и степень выраженности, определить значение в общей клинической картине болезни. Тем более что в оценке так называемых «объективных» симптомов неизбежен субъективизм. Именно поэтому деление симптомов на субъективные и объективные относится больше к методу их выявления, чем к дифференциации на принципиально разные классы. Очевидно, «симптомом» следует называть любой признак болезни, доступный определению, независимо от применяемого метода.

Первым этапом диагностики заболеваний в семейной медицине является выявление и оценка различных симптомов. Этот этап включает в себя тщательный сбор анамнеза, внимательное обследование и наблюдение больного, пальпацию, перкуссию, аускультацию. С него у семейного врача начинается дифференциация и дальнейшее обследование больного; лабораторные и функциональные исследования проводятся уже в определенном направлении. Это помогает уберечь больного от большого количества лишних исследований, т.е. диагностической, а затем и терапевтической полипрагмазии.

При этом только конкретизация симптома дает возможность правильного поиска диагноза. Например, наличие болей в эпи- и мезогастррии может быть признаком целого ряда заболеваний как интра-, так и экстраабдоминального генеза. Однако миграция этих болей в правую подвздошную область, наличие тошноты, рвоты, не приносящей облегчения, и пальпаторное выявление раздражения париетальной брюшины позволяет с уверенностью высказаться в пользу острого аппендицита.

Невнимательность врача общей практики, его чрезмерная уверенность в своих знаниях и опыте зачастую ведет к нераспознаванию симптома, выявлению несуществующих симптомов, неправильной оценке симптомов действительно обнаруженных, абсолютизации или неверному толкованию данных лабораторного и инструментального исследований.

Наблюдение за динамикой симптомов у больного, выявление большей выраженности симптома или его исчезновения позволяет семейному врачу оценить эффективность лечения, составить суждение о прогнозе болезни.

Некоторые симптомы, особенно при неотложных состояниях, оценивают, прежде всего, с позиций прогноза для жизни. Для медицинской практики наиболее важны симптомы, свидетельствующие о наличии заболевания, т.е. обладающие достаточно большой инфор-

мативностью.

По дифференциально-диагностической значимости симптомы подразделяют на неспецифические, специфические и патогномоничные. Выявление специфических для определенной патологии симптомов облегчает распознавание болезни. Симптомы, наблюдаемые только при одном заболевании, имеют абсолютное диагностическое значение и называются патогномоничными. Однако и патогномоничные симптомы обнаруживаются не во всех стадиях или не при всех формах течения соответствующих болезней.

Признаком болезни может быть не только отдельный симптом, но и симптомокомплекс, синдром (от греч. syndromos — стечение, скопление) как устойчивая совокупность симптомов и признаков нарушения функции, связанных между собой анатомическими, физиологическими, патогенетическими и биохимическими особенностями. Синдром может составлять как всю клиническую картину болезни, так и охватывать часть признаков, будучи при этом проявлением патологии одной системы или органа.

В современной медицинской литературе термин «синдром» употребляется в трех различных значениях. Во-первых, как самостоятельная форма нозологии («синдром раздраженного кишечника»). Во-вторых, как составная часть симптомокомплекса болезни, закономерно возникающая на определенном ее этапе. При этом в клинической картине синдром выходит на первый план и требует целенаправленных лечебных мероприятий, как, например, бронхообструктивный синдром, являющийся основным проявлением ряда бронхолегочных заболеваний. В-третьих, синдром рассматривается как достаточно специфичный показатель поражения определенного органа (примером может служить клинически хорошо очерченный дуоденальный синдром, как маркер заболевания двенадцатиперстной кишки).

По-видимому, особенностью синдрома, отличающей его от симптомокомплекса или простой суммы симптомов, является то важное обстоятельство, что включаемые в него симптомы, будучи патогенетически связанными, всегда характеризуют одну из сторон сущности распознаваемой болезни, что и определяют диагностическую ценность синдрома. По мнению В.Х. Василенко «распознавание синдрома соответствует диагностике важных звеньев патогенеза болезни, ее существенных проявлений или осложнений».

Вторым важным этапом успешной идентификации болезни и правильного построения диагноза является этап выявления ведущего — ключевого симптома или синдрома, определяющего весь ход дифференциальной диагностики и дальнейшую тактику врача. Это главный признак, вокруг которого группируются остальные симптомы и образуют, таким образом, симптомокомплексы и синдромы. Здесь необходимы глубокие знания клиники, типов заболеваний, протекающих со сходными ведущими симптомами, возможное разделение их на подгруппы. Следует учесть все возможные заболевания и синдромы. «Синтез полученных фактических данных... начинается с создания групп и сочетаний по различным признакам во времени, по отношению к тому или другому органу, по его функции, по происхождению и причинной взаимозависимости», — считал В.Х. Василенко.

Однако и на этом этапе врач не застрахован от диагностической ошибки, и не столько по причине недостатка опыта и знаний, сколько из-за возможной предвзятости оценки отдельных симптомов и симптомокомплексов, ведь при постановке диагноза врач в первую очередь думает о возможности тех заболеваний, в диагностике и лечении которых он является специалистом. У больного со слабостью, утомляемостью, снижением массы тела онколог предположит опухоль, эндокринолог — заболевание щитовидной железы, психиатр — невроз. В этом аспекте врач общей практики, не стесненный рамками «узкой» специализации, находится, по-

жалуй, в более выгодном положении.

Обследуя больного, врач имеет дело, прежде всего, с симптомокомплексом болезни и, в конечном счете, должен объяснить явления обнаруженные у больного каким-то определенным заболеванием. Однако не следует стремиться любой ценой свести к одному заболеванию все симптомы, наблюдающиеся у больного. На практике, особенно при работе с больным на дому или в условиях амбулатории, нередко случается так, что постановка нозологического диагноза сразу невозможна, в то время как решение о путях обследования и лечебной тактике должно быть принято незамедлительно. Врач общей практики имеет право первоначально поставить рабочий, синдромный диагноз, отражающий имеющуюся неполноту информации и незавершенность диагностического процесса. Однако и в этих случаях должен быть найден единственно правильный подход к лечению больного, пока не упущено время для эффективного вмешательства.

Нарушения функции каждой системы организма человека могут быть описаны относительно небольшим числом синдромов и, как правило, синдромный диагноз обычно является лишь этапом в установлении нозологического диагноза. И хотя, выделение синдрома не всегда позволяет точно идентифицировать причину болезни, но постановка диагноза значительно упрощается, если клиническая картина соответствует какому-либо хорошо известному синдрому. В результате вырабатывается гипотеза о нарушении функции органа, системы органов или тканей, что значительно сужает круг возможных вариантов и часто предопределяет, какие специальные клинические и лабораторные исследования следует провести. Дифференциальную диагности-

ку в этом случае следует проводить лишь с небольшим числом заболеваний. Кроме того, установление синдромного диагноза возможно при меньшем объеме диагностических исследований и нередко бывает достаточным для обоснования патогенетической терапии или хирургического лечения. И напротив, выяснение причины заболевания, которое не укладывается ни в один синдром, более сложно, поскольку это требует рассмотрения значительного числа заболеваний, но даже в этом случае системный подход, подразумевающий последовательный анализ жалоб, симптомов, признаков и лабораторных данных, в большинстве случаев, как правило, приводит к постановке правильного диагноза.

Третьим и заключительным этапом диагностики является выявление нозологической единицы, выражением которой служат обнаруженные проявления болезни. Формулировка диагноза в каждом конкретном случае по возможности должна содержать представление врача об этиологии заболевания, анатомических изменениях в пораженных органах, функциональных нарушениях. Должна быть учтена возможность осложненного течения процесса, оценены основные прогностические варианты, опасности и пути их предотвращения. Конечно, у врача могут сохраниться сомнения в истинности сформулированных им отдельных представлений о заболевании. В этих случаях специальное обследование, а иногда лишь наблюдение в динамике, оценка эффекта *ex juvantibus* могут помочь в правильной диагностике.

Таким образом, для распознавания болезни необходимо выявление всех имеющихся у больного симптомов и синдромов и их обстоятельный семиотический анализ.

FROM A SYMPTOM TO THE DIAGNOSIS – A NOTE OF THE DOCTOR OF THE GENERAL PRACTICE (THE MESSAGE 1)

N.M. Balabina

(Irkutsk State Medical University)

The work is devoted to research of features of diagnostic process in practice of the family doctor, the importance of the semiotics approach to diagnostics of diseases (from a symptom to a syndrome and the diagnosis), importance not only revealing of a symptom, but also an estimation of its clinical value, its duration, expressiveness, dynamics for a choice of the most effective treatment and definition of the forecast of illness. To make judgement about the forecast of illness.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамович Г.М.* Первая помощь при клинической смерти от различных причин. – Иркутск, 2004. – 140 с.
2. *Антонов И.П.* Классификация заболеваний периферической нервной системы и формулировка диагноза // Журн. невропатол. и психиатр. – 1985. – № 4. – С.481-487.
3. *Балаболкин М.Я., Клебанова Е.М., Креминская В.М.* Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний (руководство). – М.: Медицина, 2002. – 752 с.
4. *Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А.* Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. – М., 2002. – 207 с.
5. *Денисов И.Н., Мовшович Б.Л.* Общая врачебная практика: внутренние болезни – интернология: Практич. руков. – М.: ВНУМЦ, 2001. – 496 с.
6. *Зубков Ю.Н., Хилько В.А., Иванова Н.Е.* Диагностика и лечение хронической цереброваскулярной недостаточности при атеросклеротических стенозах и окклюзиях сонных и позвоночных артерий // Международный симпозиум «Ишемия мозга»: Сборник. – 1997. – С.134-137.
7. *Кича Д.И.* Семья как пациент врача общей практики (семейного врача) // Медицинская кафедра. – 2002. – № 3. – С.35-39.
8. *Общая врачебная практика по Джону Нобелю.* – М.: Практика, 2005. – 1760 с.
9. *Парфенов В.А.* Транзиторные ишемические атаки // Русский мед. журн. – 2001. – Т. 9, № 25. – С.1174-1177.
10. *Поляков В.П., Мовшович Б.Л., Савельева Г.Г.* Кардиологическая практика. – В 2 т. Т. 1. – Самара, 1993. – 300 с.
11. *Пытель Ю.А., Золотарев И.И.* Уратный нефролитиаз. – М.: Медицина, 1995. – 149 с.
12. *Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П.* Основы семиотики заболеваний внутренних органов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 304 с.
13. *Яковлев Н.А.* Вертебрально-базиллярная недостаточность. Синдром вертебробазиллярной артериальной системы. – М., 2001. – 396 с.
14. *Gersh B.* Chronic ischemic heart disease // Heart Disease. – 1997. – P.1289-1365.
15. *Leek B.F.* Abdominal and pelvic visceral receptors // Br.Med.Bull. – 1977. – Vol. 163. – P.1172-2008.
16. *Scott H.J., Rosin R.D.* The influence of diagnostic and therapeutic laparoscopy on patients presenting with an acute abdomen // J.R.Soc.Med. – 1993. – P.699.