

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В СОВРЕМЕННОЙ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЕ: ПРИЧИНЫ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭТОЙ ТРУДНОСТИ

Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов

Кафедра госпитальной терапии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Контакты: Глеб Борисович Федосеев fedoseevsp@mail.ru

Для современной внутренней медицины характерно наличие так называемых проблемных больных, диагностика и лечение которых представляют особые трудности. Для того чтобы облегчить диагностику и выбор персонализированной терапии, создан электронный справочник Г.Б. Федосеева и Ю.Д. Игнатова «Синдромная диагностика и базисная фармакотерапия заболеваний внутренних органов».

Ключевые слова: «проблемные» больные, диагностика, электронный справочник «Синдромная диагностика и базисная фармакотерапия заболеваний внутренних органов»

DIFFICULT DIAGNOSIS IN MODERN INTERNAL MEDICINE: CAUSES AND WAYS OF OVERCOMING THIS PROBLEM

G.B. Fedoseev, V.I. Trofimov

Department of Hospital Therapy, Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of Russia

Modern internal medicine was typified by the presence of the so-called problem patients whose diagnosis and treatment pose special problems. G.B. Fedoseev and Yu.D. Ignatov have created the electronic thesaurus "Syndromic diagnosis and basic pharmacotherapy of visceral diseases" to facilitate their diagnosis and choice of personalized therapy.

Key words: "problem" patients, diagnosis, electronic thesaurus "Syndromic diagnosis and basic pharmacotherapy of visceral diseases"

Введение

Остается незыблемой основа клинической медицины — кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит. Проблема так называемого трудного диагноза остается и всегда будет многоплановой, актуальной и неисчерпаемой.

Причины, формирующие «трудный диагноз», могут быть сгруппированы следующим образом.

1. Полиморбизм, присущий так называемым проблемным больным, для которых характерны следующие трудности диагностики и лечения:

а) полисимптоматика клинической картины, в которой сочетаются «болезни тела» с «болезнями души» и нарушениями поведения на фоне различных злоупотреблений;

б) изменение клинических, лабораторных и инструментальных признаков заболевания, что затрудняет проведение дифференциальной диагностики;

в) трудности лекарственной терапии из-за сложностей верификации основного диагноза и возможной

взаимной противопоказанности лекарств при наличии сочетанной патологии;

г) лечение у многих «узких» специалистов без должного положительного результата, что приводит к полифармации и негативному отношению к лечению;

д) формирование «порочного круга»: недостаточно эффективная нозологическая диагностика без выделения ведущего на данный момент заболевания → лечение всех болезней сразу → полифармация → «лекарственная болезнь» → ухудшение состояния → назначение новых лекарств и т.д. Это наиболее яркий вариант ятрогении, который может закончиться летальным исходом;

е) создание различных «легенд» о характере и развитии болезни, в которых может присутствовать как аггравация, так и диссимуляция;

ж) формирование все новых «порочных кругов», утрата веры больного в возможность успешного лечения, больной становится все более «проблемным».

2. Существование болезней-хамелеонов с разнообразными вариантами течения, часто имитирующих другие заболевания. Например, коллагенозы, васкулиты, туберкулез, паранеопластический синдром и др.

3. Малосимптомное, стертое течение болезней, при которых имеется один какой-либо симптом. Например, лихорадка, астения и др.

4. Обилие заболеваний, при которых может наблюдаться данный симптом (синдром). Например, боль в животе, спине, лихорадка и др.

5. Трудности сбора анамнеза и обследования пациентов старческого возраста с деменцией, болезнью Альцгеймера, психических больных.

6. Воздействие лекарств на организм человека, развитие осложнений лечения, формирование лекарственной болезни. Эти факторы изменяют клиническую картину заболевания и затрудняют нозологическую диагностику.

Кроме причин, формирующих «трудный диагноз», имеются обстоятельства, которые затрудняют диагностику и лечение. Эти обстоятельства связаны с развитием лабораторных и инструментальных методов исследования, созданием новых лекарств и лавинообразным ростом информации в биологии и медицине. Безусловно, прогресс в этих направлениях необходим, но он создает определенные трудности как в научной, так и в практической лечебной работе.

Клиническое мастерство и технизм

Рост перечня лабораторных и инструментальных исследований, несомненно, положительно сказывается на диагностике и в конечном итоге на лечении больных. Однако по мере роста технизма, формирования лабораторной и инструментальной «агрессии», к сожалению, осуществляется предвидение С.П. Боткина, который предупреждал, что с увеличением точности и информативности этих исследований будет уменьшаться значение врачебного искусства. И.В. Давыдовский утверждал, что за лабораторные и инструментальные методы исследования клиника заплатила утратой чисто клинического искусства. И.А. Кассирский писал: «...некоторые из инструменталистов-кардиологов диагноз сердечного приступа начинают от пленки к больному, а не наоборот» [1].

Признавая несомненную пользу и успехи фармакотерапии, нельзя не отметить отрицательное действие полипрагмазии, ее ятрогенный эффект.

Приводим сведения о распространенности и последствиях лекарственной ятрогении по обобщенным литературным данным:

– осложнения фармакотерапии отмечены у 16–19 % больных;

– неблагоприятные последствия лекарственной терапии наблюдаются у 16 % больных многопрофильных стационаров;

– установлено, что лекарственная ятрогения более чем в 50 % случаев наносит стойкий ущерб здоровью больного, в 25 % случаев значительно увеличивает сроки госпитализации, причем у 60 % больных этих осложнений можно было избежать.

Не вызывает сомнения большая распространенность полифармазии и побочных эффектов лекарств:

– в среднем при каждом пребывании в стационаре больной получает 10 разных препаратов;

– если больной принимает < 6 препаратов, вероятность побочных эффектов составляет примерно 5 %, если > 15 препаратов – свыше 40 %, для амбулаторных больных эта цифра составляет около 20 %;

– у 10 % пожилых больных по меньшей мере 1 раз в год отмечаются побочные действия лекарств;

– всегда нужно помнить, что новые жалобы и симптомы могут быть обусловлены побочными эффектами лекарственных средств;

– полифармазия является одной из главных причин ятрогении. Проводя лекарственную терапию, нужно помнить слова профессора Б.Е. Вотчала: «Лечить лекарствами нужно только тогда, когда нельзя не лечить».

В.Н. Виноградов любил повторять: «Никогда лекарство не должно быть горше болезни», т.е. нужно всегда помнить о возможностях лекарственной ятрогении.

Е.М. Тареев предложил термин «лекарственная болезнь» и разработал представление об этой болезни: «Невозможно закрывать глаза на реальность опасности отрицательного действия лекарств, вреда от лекарств как обычного патогена, особенно на возможность вызывания лекарственной самостоятельной болезни – нозологической формы, возникающей вновь» [2].

Наличие на фармацевтическом рынке огромного списка лекарственных препаратов, его постоянное обновление и расширение, необходимость знания показаний, правил приема и возможности сочетания при лечении нескольких препаратов формирует такой массив информации, освоить который практически невозможно.

Много информации: хорошо или плохо?

В настоящее время в мире выпускается примерно 100 тыс. медико-биологических журналов. За один только 2008 г. в них опубликовано около 1 млн статей, причем рост новой информации происходит медленнее, чем рост информации в целом: что-то новое можно найти только в 15 из 4 тыс. статей. Накопление медицинской информации, несомненно, положительный факт. Однако ее избыток затрудняет специалисту поиск необходимых ему сведений. Это касается не только научных исследователей, но и врачей-практиков. Сведения, которые можно получить через Интернет, к сожалению, не всегда соответствуют современному уровню знаний и доступны для пользователя.

Существуют и сугубо российские трудности общения врача с больным. Это касается системы финансирования работы поликлиник в зависимости от числа заполненных врачом статистических талонов: чем больше заполнено талонов, тем больше денег страховые компании перечислят в поликлинику. То есть, чем больше у врача больных — тем лучше. На самом деле должно быть как раз наоборот: чем меньше у участкового врача больных — тем лучше, потому что он хорошо лечит, своевременно и в полной мере проводит профилактические мероприятия. Выполнение качественной работы требует времени для общения с больным, а при существующем регламенте у участкового врача до 15 мин на больного, поэтому ни о каком серьезном контакте доктора с пациентом, ни о каких профилактических, упреждающих неблагоприятное развитие болезни мероприятиях не может быть и речи. Все это отрицательно сказывается на профессиональном уровне врача, его моральном и соматическом состоянии. А ведь от работы первичного звена в значительной степени зависит все остальное.

Специализация — естественный и неизбежный процесс, осуществляемый в практической медицине, но не доводимый до абсурда (Ф.М. Достоевский: «специалисты по правому и по левому уху»). Специалист хорошо знает свою область и правильно лечит, если диагноз устанавливается несомненно, например, муковисцидоз, хронический миелолейкоз и др.

И.В. Давыдовский писал, что при анализе сложных клинических состояний, являющихся обычно предметом консультаций специалистов, каждый из которых склонен видеть в исследуемом что-то ему наиболее близкое, в результате консилиума рождается не диагноз, а сумма разных мнений.

По мнению Е.И. Чазова, специализация в медицине напоминает двуликого Януса, таящего в себе опасность деградации диагностического мышления.

В проблеме специализации в медицине, как и во всем другом, успех диагностики и лечения в значительной степени зависит от компетентности лечащего врача, который, основываясь на принципах отечественного клиницизма, должен сформировать из имеющихся данных и мнений представление о больном и поставить клинический диагноз.

Перечисленные выше проблемы приводят к утрате навыков и приемов, которые в совокупности могут быть названы клиническим мышлением. Суть его состоит в том, что на первом этапе общения с больным врач, используя полученные сведения, свои знания и опыт, строит представление о нем и ставит первичный клинический диагноз, а на втором этапе проводит необходимые уточняющие исследования и начинает лечение. Корифеи отечественной терапии М.Я. Мудров, С.П. Боткин, В.Х. Василенко, Е.М. Тареев, М.В. Черноруцкий, А.Л. Мясников, Г.Ф. Ланг, И.А. Кассирский и многие другие в совершенстве

владели методом клинического мышления. Наглядным образцом клинического мышления служит описание профессорского разбора, сделанное В.В. Вересаевым после обследования больного: «...профессор приступил к выводам. Он шел к ним медленно, как слепой, идущий по горной обрывистой тропинке; ни одного самого мелкого признака не оставил он без строгого и внимательного обсуждения. Чтобы объяснить какой-либо ничтожный симптом, на который я и внимания не обратил, он ставил вверх дном весь огромный арсенал анатомии, физиологии и патологии. Он сам шел навстречу всем противоречиям и неясностям и отходил от них, лишь добившись полного их объяснения. Спутанная и неясная картина, в которой, по-моему, невозможно было разобраться, стала совершенно ясной и понятной. И это было сделано на основании таких ничтожных данных, что смешно было и подумать» [3].

По мнению одного из ведущих интернистов прошлого века Р. Хегглина, диагноз ставится только по одному анамнезу у 50 % пациентов, по анамнезу и объективным данным — у 30 %, по анамнезу, объективным, лабораторным и инструментальным данным — у 20 % больных [4].

У. Ослер советовал: «Прислушайтесь к больному — он сообщит вам диагноз».

В связи с клиническим мышлением, клиницизмом, стремлением формировать представление о больном и проводить персонализированную, наиболее эффективную терапию возникает вопрос о вводимых повсеместно стандартах, нормативах и прочих регламентирующих работу врача документах. О каких стандартах может идти речь, если следовать принципу, провозглашенному М.Я. Мудровым: «Лечить нужно не болезнь, а больного»? По мнению И.А. Кассирского, «...если в технике стандарт — это норма, то в клинике, патологии стандарт — аномалия» [1]. Еще категоричнее высказывался Г.Ф. Ланг: «Схемы нужны только плохим врачам!». Учитывая «многоликость» внутренней патологии и коморбизм современного больного, нельзя не согласиться с мнениями корифеев отечественной терапии. Вместе с тем большое число лабораторных и инструментальных исследований и лекарственных препаратов, а также требования страховых компаний формируют необходимость создания стандартов, которые должны ориентировать врача на оптимальный перечень обследований и лекарственных препаратов при данном заболевании. При этом очевидна возможность серьезных ошибок, если не будут учитываться особенности течения болезни у данного пациента. По нашему мнению, нужно руководствоваться следующим принципом: лечить болезнь у конкретного больного, т.е., следуя стандартам лечения данного заболевания, учитывать особенности патологии в каждом случае. Успешность принятия решений

по обследованию и лечению пациента зависит от уровня клинической подготовки врача.

Несомненной истиной всегда было и остается представление о том, что успех лечения зависит от правильного и своевременно поставленного диагноза. В условиях полиморбизма необходимо выделение основного на данное время заболевания, на купировании которого необходимо сосредоточить основные усилия лекарственной терапии, а все остальное лечить с максимальным использованием немедикаментозных методов.

Любая диагностика начинается с выявления у больного наиболее достоверных и информативных симптомов и синдромов, затем происходит отбор нозологических форм, при которых они имеют место, и производится сравнение признаков заболевания пациента с теми признаками, которые бывают при болезнях с имеющимся у него синдромом. Эта процедура может производиться несколько раз с разными синдромами или симптомами, выявленными у больного, и называется перекрестным дифференциальным диагнозом.

Для успешности выполнения перекрестного дифференциального диагноза необходимо:

1) уметь выявлять у больного симптом или синдром и оценивать их достоверность и информативность;

2) знать, какие болезни сопровождаются данным синдромом, и уметь сопоставлять то, что имеется у больного, с признаками болезни, при которой бывает данный синдром.

Умение находить у больного симптомы и синдромы, оценивать их достоверность и информативность приобретает в процессе постоянной клинической практики.

Знание симптомов и синдромов, имеющих у больных с различными заболеваниями, тоже приобретает в процессе клинического обучения. Однако можно с полной уверенностью утверждать, что освоить огромный массив фактов, которые составляют современную терапию и смежные с ней специальности, просто невозможно.

Если действительно имеется желание в повседневной врачебной практике ставить диагноз и лечить с использованием современных диагностических и лечебных методов, преодолев проблемы полиморбизма, лабораторной и инструментальной, лекарственной и информационной «агрессии», сохранив при этом традиции отечественного клиницизма, нужно владеть колоссальным объемом знаний и опытом клинической работы, который приобретает повседневной врачебной практикой.

Овладеть колоссальным объемом накопленных в настоящее время методов лабораторной и инструментальной диагностики и лечения отдельному человеку практически невозможно. С этой целью должны использоваться электронные справочники.

Электронный справочник – что это такое?

Сотрудниками кафедры госпитальной терапии и других кафедр ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и сотрудниками кафедры проектирования и безопасности компьютерных систем Санкт-Петербургского национального исследовательского университета информационных технологий, механики и оптики создан электронный справочник Г.Б. Федосеева и Ю.Д. Игнатова «Синдромная диагностика и базисная фармакотерапия заболеваний внутренних органов» (свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2013621233 от 25.09.2013). В справочнике приводятся сведения о 150 синдромах и симптомах, которые встречаются при 1024 болезнях, в том числе орфанных (редких). Предметный указатель включает 3079 наименований, эпонимический указатель – 525 ссылок.

Синдромы расположены в алфавитном порядке, их описание начинается со схемы-оглавления. В схеме-оглавлении каждого синдрома болезни распределены по группам, в которых заболевания объединены общей этиологией, патогенезом, клиникой или по другому принципу. В конечном итоге у каждой болезни имеется код, состоящий из трех цифр: первая – номер синдрома, вторая – номер группы болезней в схеме-оглавлении данного синдрома, третья – номер болезни в данной группе.

После схемы-оглавления каждого синдрома приводится определение, которое характеризует его, и указывается на возможные трудности при его выявлении. При описании каждой болезни приводятся основные клинические, лабораторные и инструментальные данные, имеющие особое значение для диагностики и лечения. После описания заболевания перечисляются методы неотложной (если в этом есть необходимость), плановой диагностики и базисная фармакотерапия.

В некоторых случаях, когда описание отдельных нозологических форм не представляется возможным, приводится информация о группе болезней или патологических состояний. Это особенно касается синдромов, связанных с результатами лабораторных исследований.

Назначение справочника включает:

1) постановку диагноза и проведение дифференциального диагноза по одному, двум и более синдромам и симптомам;

2) выбор неотложных и плановых исследований, необходимых для постановки и уточнения диагноза;

3) получение информации о какой-либо болезни, симптоме, синдроме, лабораторном или инструментальном признаке в предметном указателе;

4) получение информации о какой-либо болезни, симптоме, синдроме, имеющих название по автору, в эпонимическом указателе;

5) подбор терапии с учетом диагноза, особенностей течения заболевания и сочетанной патологии;

б) обучающую роль справочника, в котором сконцентрирован большой объем информации из различных разделов внутренней медицины и смежных дисциплин.

Мы считаем, что развитие клинической медицины будет связано с созданием различных электронных

справочников, позволяющих в удобной для пользователей форме получать современную и исчерпывающую информацию по диагностике, фармакотерапии, данным лабораторных исследований и другим направлениям лечебной практики.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кассирский И.А. О врачевании. М.: Медицина, 1970.
2. Тареев Е.М. Речь на IV Всесоюзном

съезде терапевтов СССР, 1976.
3. Вересаев В.В. Записки врача. Полное собрание сочинений в 4 т. Т. 1. М., 1985.

4. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М.: Медицина, 1965.