

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

Содержание

1. Методологические вопросы современной диагностики больного человека

2. Диагностика в условиях многозадачности

3. Диагностика в условиях неопределенности

4. Диагностика в условиях неадекватности информации

5. Диагностика в условиях неадекватности ресурсов

6. Диагностика в условиях неадекватности методов

7. Диагностика в условиях неадекватности персонала

8. Диагностика в условиях неадекватности оборудования

9. Диагностика в условиях неадекватности документации

10. Диагностика в условиях неадекватности коммуникации

11. Диагностика в условиях неадекватности культуры

12. Диагностика в условиях неадекватности этики

13. Диагностика в условиях неадекватности эстетики

14. Диагностика в условиях неадекватности экологии

15. Диагностика в условиях неадекватности экономики

16. Диагностика в условиях неадекватности политики

17. Диагностика в условиях неадекватности социологии

18. Диагностика в условиях неадекватности философии

19. Диагностика в условиях неадекватности религии

20. Диагностика в условиях неадекватности искусства

21. Диагностика в условиях неадекватности науки

22. Диагностика в условиях неадекватности техники

23. Диагностика в условиях неадекватности культуры

24. Диагностика в условиях неадекватности этики

25. Диагностика в условиях неадекватности эстетики

26. Диагностика в условиях неадекватности экологии

27. Диагностика в условиях неадекватности экономики

28. Диагностика в условиях неадекватности политики

29. Диагностика в условиях неадекватности социологии

30. Диагностика в условиях неадекватности философии

31. Диагностика в условиях неадекватности религии

32. Диагностика в условиях неадекватности искусства

33. Диагностика в условиях неадекватности науки

34. Диагностика в условиях неадекватности техники

35. Диагностика в условиях неадекватности культуры

36. Диагностика в условиях неадекватности этики

37. Диагностика в условиях неадекватности эстетики

38. Диагностика в условиях неадекватности экологии

39. Диагностика в условиях неадекватности экономики

40. Диагностика в условиях неадекватности политики

41. Диагностика в условиях неадекватности социологии

42. Диагностика в условиях неадекватности философии

43. Диагностика в условиях неадекватности религии

44. Диагностика в условиях неадекватности искусства

45. Диагностика в условиях неадекватности науки

46. Диагностика в условиях неадекватности техники

47. Диагностика в условиях неадекватности культуры

48. Диагностика в условиях неадекватности этики

49. Диагностика в условиях неадекватности эстетики

50. Диагностика в условиях неадекватности экологии

51. Диагностика в условиях неадекватности экономики

52. Диагностика в условиях неадекватности политики

53. Диагностика в условиях неадекватности социологии

54. Диагностика в условиях неадекватности философии

55. Диагностика в условиях неадекватности религии

56. Диагностика в условиях неадекватности искусства

57. Диагностика в условиях неадекватности науки

58. Диагностика в условиях неадекватности техники

59. Диагностика в условиях неадекватности культуры

60. Диагностика в условиях неадекватности этики

61. Диагностика в условиях неадекватности эстетики

62. Диагностика в условиях неадекватности экологии

63. Диагностика в условиях неадекватности экономики

64. Диагностика в условиях неадекватности политики

65. Диагностика в условиях неадекватности социологии

66. Диагностика в условиях неадекватности философии

67. Диагностика в условиях неадекватности религии

68. Диагностика в условиях неадекватности искусства

69. Диагностика в условиях неадекватности науки

70. Диагностика в условиях неадекватности техники

71. Диагностика в условиях неадекватности культуры

72. Диагностика в условиях неадекватности этики

73. Диагностика в условиях неадекватности эстетики

74. Диагностика в условиях неадекватности экологии

75. Диагностика в условиях неадекватности экономики

76. Диагностика в условиях неадекватности политики

77. Диагностика в условиях неадекватности социологии

78. Диагностика в условиях неадекватности философии

79. Диагностика в условиях неадекватности религии

80. Диагностика в условиях неадекватности искусства

81. Диагностика в условиях неадекватности науки

82. Диагностика в условиях неадекватности техники

83. Диагностика в условиях неадекватности культуры

84. Диагностика в условиях неадекватности этики

85. Диагностика в условиях неадекватности эстетики

86. Диагностика в условиях неадекватности экологии

87. Диагностика в условиях неадекватности экономики

88. Диагностика в условиях неадекватности политики

89. Диагностика в условиях неадекватности социологии

90. Диагностика в условиях неадекватности философии

91. Диагностика в условиях неадекватности религии

92. Диагностика в условиях неадекватности искусства

93. Диагностика в условиях неадекватности науки

94. Диагностика в условиях неадекватности техники

95. Диагностика в условиях неадекватности культуры

96. Диагностика в условиях неадекватности этики

97. Диагностика в условиях неадекватности эстетики

98. Диагностика в условиях неадекватности экологии

99. Диагностика в условиях неадекватности экономики

100. Диагностика в условиях неадекватности политики

Св. план 1981, поз. 220

Методологические вопросы современной диагностики больного человека

Редактор Н. Н. Кузнецова

Технический редактор Т. О. Скрипичина

ЕО01527. Подписано в печать 17-XI-1981 г. Объем 6 уч.-изд. л.
Формат 60×90^{1/16}: Тираж 1000 экз. Заказ 101. Цена 1 р. 20 коп.

Ордена Трудового Красного Знамени тип. изд-ва «Волжская коммуна»,
г. Куйбышев, проспект Карла Маркса, 201.

ности в диагностике клинического синдрома, о многостороннем, многогранном обосновании диагноза и о неустанной проверке в ходе неотложной терапии, осуществляемой под строгим диагностическим контролем.

Клинический синдром открывает пути к установлению предварительного диагноза и клинического диагноза болезни у данного больного человека, со всеми его клиническими особенностями — общими и индивидуальными, может быть — и единичными, принадлежащими к казуистике. Установив и обосновав диагноз клинического синдрома, определив меры медицинской помощи, врач обращается к выбору ведущего клинического синдрома (ведущих клинических синдромов) у больного человека. Здесь приходится руководствоваться на практике степенью опасности клинического синдрома. Это — во-первых. Во-вторых, при выборе ведущего клинического синдрома следует иметь в виду его патогенетическую сущность. И выбор ведущего синдрома осуществляется на основе степени опасности и меры патогенетической значимости клинических синдромов. Затем осуществляется творческий (а не механический), подбор синдромно-сходных заболеваний. Последовательность дифференциальной диагностики больного с синдромно-сходными заболеваниями определяется по принципу наивысшей опасности для больного и окружающих. В первую очередь надо иметь в виду наиболее опасные заболевания со сходным клиническим синдромом.

Клиническая синдромология сейчас привлекает всеобщее внимание, особенно в клинике неотложных состояний, в реаниматологии. К сожалению, в западной медицине возникла не только «мода» на синдромную диагностику, но и отчетливо видимое устремление вообще отказаться от нозологии, от клинического диагноза болезни у данного больного человека. Некоторые деятели буржуазной медицины пытаются утверждать, что синдромный диагноз — *Ultima thule*, финал врачебного познания. Это означает отказ от диагностики болезни, от ее социальной сущности, эпидемиологии, профилактики, медико-социальной адаптации. Это означает устремление низвести больного человека к «биологическому индивидууму», это выражает четкое, классовое по природе устремление к биологизации человека. Нам глубоко чужды эти позиции и устремления. Мы рассматриваем клинический синдром в качестве важного этапа познания больного человека, на пути к клиническому диагнозу болезни у данного больного человека. Создание курса клинической синдромологии, учения о клиническом симптомокомплексе, о клиническом симптоме возможно на единственно научной, методологической основе — марксистско-ленинской теории познания, теории отражения, диалектической логике, на

основе успехов и достижений клинической и экспериментальной медицины, в творческом союзе философов, клиницистов и патологов.

ЛИТЕРАТУРА

- Ленин В. И. Полное собрание сочинений, т. 29 (философские тетради).
- Андреев Л. Б., Саакова И. Н. Основные признаки витуренных болезней. Ростов-на-Дону, 1972.
- Аркин Е. А. Лекарственная болезнь. Больничная газета Боткина, 1901 г.
- Вычислительная техника в физиологии и медицине. М., «Наука», 1968.
- Казначеев В. П., Баевский Р. М. Донозологическая диагностика, 1980.
- Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. М., 1951.
- Лазовский И. Р. Справочник клинических симптомов и синдромов (изд. II). М., «Медицина», 1981.
- Наумов Л. Б. и соавт. Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы, диагностические и тактические алгоритмы. Ташкент, 1979.
- Павленко С. М. Советская медицина, 1971, 12, 3—7.
- Павлов И. П. Павловские среды. М., 1952.
- Попов А. С., Кондратьев В. Г. Очерки методологии клинического мышления. Л., «Медицина», 1972.
- Скворцов В. И. В сб.: Вопросы обследования и лечения больных с заболеваниями системы крови. Л., 1975, с. 48.
- Субботин Ю. К. Вестник АМН СССР, 1979, 5, 76—81.
- Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов, ч. I и II. М., 1981.
- Царегородцев Г. И., Кротков Е. А., Боголюбов В. М. Терапевтический архив, 1976, 1, 55—63.
- Шамарин П. И. Некоторые вопросы методологии диагноза. Саратов, 1967.
- Шкляр Б. С. Синдром БМЭ, изд. II, т. 30.
- Струков А. И. Советская медицина, 1981, 4, 3—9.
- Дельбарр Ф., Мэри К. Терапевтический архив, 1978, 8, 76—81.
- Лайбер Б., Ольбрих Г. Клинические синдромы. М., «Медицина», 1974.
- Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М., 1965.

«...пора подумать о том, чтобы обеспечить подрастающее поколение врачей подлинно научной диалектико-материалистической методологией, пора показать им, что в патологии есть диалектика, что посредством диалектического анализа создаются подлинно научные ценности»

А. А. Богомолец. Избр. труды. Изд-во АН УССР, Киев, 1958, том 3, стр. 33.

ВРАЧЕБНАЯ ДОГАДКА В СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНОГО

В. А. КОНДУРЦЕВ, Ю. И. КОЖЕВНИКОВ, Т. Н. СОСНИНА

Диагностика включает три основных раздела: семиотику, методы диагностического обследования и методологические основы, определяющие теорию диагноза (Б. М. Э., том 7,

стр. 245). Мы усматриваем во врачебном познании больного человека пять аспектов: логический, технический, семиологический, деонтологический и психологический. Вопросам семиотики, диагностической технике посвящено большое число работ (А. А. Остроумов, 1950; А. Ф. Билибин с соавт., 1973; Е. И. Чазов, 1975; Ф. И. Комаров, 1976, 1981).

В эпоху научно-технического прогресса и современной острой идеологической борьбы резко возрастает роль третьего, методологического раздела диагностики. Этому вопросу уделяют внимание ученые-медики и философы, поскольку отношение к диагнозу стало критерием научности и качества мировоззренческой подготовки современного врача. Врачебную деятельность теперь не могут удовлетворить ни «здравый» смысл, ни случайный опыт клинициста: научный подход на основе современных медицинских и философских знаний является необходимой предпосылкой практической медицины, эффективности диагностики и лечения.

Однако приходится констатировать, что именно в диагностике многие врачи оказываются методологически слабее подготовленными. Анализ врачебных ошибок (Н. В. Эльштейн, 1976; А. А. Дзизинский, 1979) позволяет заключить, что субъективные факторы являются причинами в постановке ошибочного диагноза у 20—70% больных. Это и неудивительно, поскольку логическое осмысливание симптомов болезни представляет собой наиболее сложную часть диагностического процесса. Следовательно, механизм формирования в процессе врачебной деятельности познавательного образа болезни представляет актуальный вопрос методологии медицинской диагностики.

Целью врачебной диагностики является установление клинического диагноза, который дает врачу право проводить соответствующее лечение, профилактику, медицинское прогнозирование, различные виды экспертизы, статистический учет и т. д.

Каким образом достигается решение этой цели? Классическую формулу процесса познания в общем виде дал В. И. Ленин: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него — к практике — таков диалектический путь познания истины, познания объективной реальности» (Полн. собр. соч., том 29, стр. 152). Работа врача по установлению клинического диагноза идет именно таким путем (В. Г. Вогралик, 1964; В. А. Германов, 1974, 1975, 1977, 1979, 1980). Марксистско-ленинская теория познания, теория отражения, диалектическая логика представляет нерушимую, прочную методологическую основу врачебного познания больного человека — медицинской диагностики.

Процесс установления диагноза не одинаков для различных случаев заболевания, условий обследования, возможностей консультаций с более опытными коллегами. В современных меди-

цинских документах «диагноз направившего учреждения», «диагноз при поступлении», «предварительный диагноз», «клинический диагноз», «заключительный клинический диагноз» в какой-то мере и отражают именно эти этапы развития врачебной диагностики.

Поиск клинического диагноза в методологическом плане есть обнаружение истины через процесс, узловыми точками меры которого, как мы считаем, выступают: «нулевой этап» диагностики, в рамках которого осуществляется оценка внешних данных больного, анамнеза болезни, жизни, рассказанных самим больным и уточненных в результате целенаправленного опроса врачом. Этот этап завершается мысленной, устной или письменной формулировкой заключения первичного медицинского осмотра;

«этап собственно диагностики», в рамках которого заключение первичного медицинского осмотра подвергается если не всестороннему, то многостороннему «зондированию» с помощью различных методов лабораторного, инструментального исследования, а также мыслительной (интеллектуальной) «обработки» обнаруженных симптомов болезни на предмет их группировки в симптомокомплексы, синдромы, синдромокомплексы, которые более или менее специфичны для различных заболеваний. Этот этап диагностики завершается формулировкой предварительного диагноза, который в общих чертах может совпасть в дальнейшем с клиническим диагнозом. Затем наступает следующий этап в работе врача — этап назначения и проведения лечения, контроля за его ходом и состоянием больного. При этом возможен вариант, когда в ходе указанного наблюдения диагноз не подтверждается. Тогда «нулевой этап» и «этап собственно диагностики» врач повторяет.

Одним из существенных моментов познания больного человека является понимание врачом заданной реальной ситуации, что находит яркое выражение в диагностическом процессе. Понимание как познавательную деятельность людей могут сопровождать не только моменты получения истинного знания, но и такие феномены, как сомнение, заблуждение, «отрицательные решения», интуиция, гипотезы и предположения.

Закономерности клинического мышления врача, постановка диагноза могут быть результативно описаны на основе решений философской проблемы понимания, так как верный медицинский диагноз в большой мере отражает глубину и уровень понимания врачом сущности данного заболевания. Одним из важнейших моментов понимания в медицинской диагностике, связанным с предположительным знанием, может выступать врачебная догадка, выяснению гносеологической природы и содержания которой посвящена данная работа.

Обращаясь к работам В. И. Ленина, касающимся проблемы познания, находим следующее: «...простая истина, полученная самым простым, индуктивным путем, всегда неполна... Ergo: связь индукции с аналогией — с догадкой (научным провидением), относительность всякого знания и абсолютное содержание в каждом шаге познания» (Полн. собр. соч., том 29, стр. 162). В приведенной цитате обращает на себя внимание слово «догадка», которая считается синонимом «научного провидения». В связи с этим отметим, что многие клиницисты в своих работах подчеркивают большое значение таких качеств врача, как «умение видеть и соображать», «быстро подмечать и выделять ведущие черты патологии, проникать в их существо» (Е. М. Тареев, 1978; В. А. Германов, с соавт., 1979; А. Ф. Билибин, 1980). Отсюда правомерно утверждать, что врачебная диагностика — это не только и не столько «опознание образа болезни», но прежде всего — познание через распознавание, то есть по существу. Значит без догадки, без первоначального проникновения в смысл, в содержание болезненных явлений врачу не обойтись.

Исходным пунктом врачебного исследования выступает практика. Именно она служит средством вовлечения в сферу врачебного познания того или иного круга объективных явлений и процессов, совокупность которых составляет феномен болезни как дискомфорт состояния человека, выступающего в качестве объекта внимания врача, предмета его труда (Т. Н. Соснина, 1976).

Характеризуя деятельность врача на первом этапе его общения с больным, видимо, целесообразно различать два момента, которые мы условно называем соответственно «актуальный» и «потенциальный». Основанием для такого рода деления служит различие в глубине, качестве познания, определении меры опасности заболевания для самого больного и для окружающих.

Актуальный момент включает в себя ту часть объективно существующих симптомов, которые доступны наблюдению врача и сразу же могут подвергаться его профессиональной оценке, выступая «составляющими» вероятностной модели болезни у каждого обследуемого им больного. Речь идет о внешнем виде больного, его рассказе о своих переживаниях, ощущении нарушений в деятельности различных органов и т. д. Актуальный момент врачебной деятельности необходимо рассматривать в качестве производной активности субъекта действия, то есть врача. Именно врач осуществляет функцию вовлечения в процесс познания того или иного комплекса симптомов, обнаруженных у больного.

Потенциальный момент включает в себя ту часть объективно существующих симптомов, которые скрыты от врача в начале

его общения с больным человеком. Эти симптомы не могут быть «схвачены» непосредственно, прямо, «с ходу».

Отметим, что в уже многочисленной литературе, посвященной методологическим вопросам диагностики, о врачебной догадке не упоминается (Е. С. Мясоедов, 1967; В. Г. Абрамов, 1970; А. С. Попов с соавт., 1972).

Что такое догадка? В. И. Даль определяет ее как мнение, думу о чем-то, заключение. Приводя при этом образную поговорку «Умный только свистнет, а догадливый смыслит», В. И. Даль подчеркивает некоторую разницу между умным и догадливом человеком. Последнего называют также смышленным, находчивым, «способным улавливать существо дела» (С. И. Ожегов, 1972).

А. П. Чехов относит фантазию, изобретательность, умение угадывать к важнейшим характеристикам настоящего ученого, без которых он не хозяин в науке, а работник.

В марксистско-ленинской философии догадка — это первоначальное предположение, которое еще в достаточной степени не исследовано, не выяснены его логические и эмпирические основания. В этой связи интересно выяснить, как идет возникновение догадки, почему исследователю (в данном случае врачу) приходит в голову эта, а не другая мысль. При ответе на поставленный вопрос нельзя миновать понятия интуиции. А. А. Восович (1975) считает, что интуиция представляет собой совершенный психологический механизм мышления, который «включается» при безуспешном решении диагностической задачи логическим путем. По его мнению, интуиция всегда носит «послелогический» характер, представляет собой некоторого рода скачок в развитии, в движении мышления. При этом имеет большое значение воображение врача, его фантазия (П. В. Копнин, 1973). Именно они на основе отдельных разрозненных проявлений болезни позволяют составить о ней полное, целостное представление. Эта ситуация возникает нередко при обследовании больных в условиях «скорой медицинской помощи», в приемном отделении больниц, в поликлиниках, в сельских участковых больницах, во время экстренного вызова к больному в стационаре, когда при дефиците времени и отсутствии дополнительных методов исследования врач должен принимать ответственные диагностические решения.

Мы в интуиции прежде всего видим латинский корень *intuegi* (буквально — «пристально всматриваться»). Материалистически мыслящий врач рассматривает интуицию как непосредственное знание, как живое созерцание в неразрывной связи с тем знанием медицины, теми диагностическими навыками и опытом, которым располагает. Так понимал академик И. П. Павлов интуицию — способность врача, ученого проникать в существо

изучаемого явления в очень короткие промежутки времени. Право на интуицию, способность к интуиции врач завоевывает не легким путем накопления знаний, практического опыта и навыков, мастерства. Попытки использовать врачебную интуицию, рождающую догадки, делают нередко студенты, только еще приступившие к изучению клинических дисциплин. В. В. Вересаев-Смидович ярко и образно описал «болезни студентов третьего курса». Пример этот нагляден в том отношении, что одних знаний для врачебной интуиции явно недостаточно, как и для формирования врачебной догадки. Академик А. Ф. Билибин (1980) пишет о том, что врачу надо много знать и в то же время о многом догадываться: «...догадка эта, рожденная знанием и опытом, — самое главное при оказании помощи. Медицинская образованность сама по себе не обеспечивает клинической грамотности, во всяком случае у постели больного... от врача-клинициста требуется большое чутье, ум, опыт».

Если в медицинской литературе, касающейся вопросов диагностики, многие авторы предпочитают умалчивать о роли и значении врачебной догадки, то А. Кристи в своем романе «Берег удачи» высказывает мысль, характерную для современного буржуазного мировоззрения: «Что такое диагноз?» — Догадка, основанная на очень немногих фактах и неясных предположениях, которые указывают не одно, а несколько решений». Можно согласиться, что догадка основывается на немногих фактах, что один и тот же факт может служить источником формирования нескольких догадок на основе научных медицинских знаний и конкретного врачебного опыта. Не такая уж беда, если романистка детективного жанра А. Кристи сводит диагноз к одной лишь догадке. К сожалению, небрежение догадкой бывает в некоторых медицинских учреждениях. В этом нас убеждает изучение более 4000 медицинских документов первичного обследования больных, заполненных врачами поликлиник, «скорой медицинской помощи». В результате этого анализа мы пришли к заключению, что нередко врачи на самом раннем этапе диагностики, познания больного человека, избегают врачебной догадки и с необыкновенной легкостью формулируют «диагноз», не указывая при этом, каков он: предварительный или клинический. Такие врачи не понимают (вернее, не знают), что клинический диагноз в методологическом плане имеет свою динамику, в чем и состоит диалектическое понимание врачебной диагностики. Мы считаем, что любая неряшливость в этом жизненно важном заключении непозволительна, и диагноз надо всегда называть по своему существу (см. работы настоящего сборника).

Врачебная догадка — это не диагноз. Врачебная догадка представляет собой субъективное по форме медицин-

ское заключение, отражающее первоначальное понятие объективной сущности болезни у данного больного. В этом определении нам бы хотелось обратить внимание на следующее. Во-первых, это «заключение», то есть результат мыслительной деятельности медика. Причем данное заключение основано на результатах непосредственного обследования больного с использованием расспроса, осмотра, ощупывания и т. д. Другими словами, врачебная догадка формируется в результате чувственного и логического этапов познания. Во-вторых, это заключение «субъективно по форме», так как догадка возникает в голове врача и формулируется в терминах, принятых в медицине. В-третьих, в данном определении подчеркивается, что заключение отражает «первоначальное понятие», которое возникает у медика при первом осмотре больного. В-четвертых, врачебная догадка — это не вымысел, не выдумка, она научно отражает объективную сущность болезни.

Необходимо отметить, что имеются врачи, которые в диагностическом процессе пытаются заменить догадку угадыванием. Этот сугубо эмпирический метод именуется «методом проб и ошибок». Своеобразным вещественным доказательством эмпиризма подобных врачей на самом раннем этапе диагностики могут служить листы назначений, где предписывается исследовать кровь «на всю биохимию». Речь идет в таком случае о том, чтобы исследовать все биохимические показатели крови, которые может выполнить лаборатория данной больницы, поликлиники. Если будет изменен какой-либо из лабораторных показателей, то врач далее будет приводить диагностическую формулу в соответствии с обнаруженным сдвигом крови.

Врач с эмпирическим мышлением склонен «погонять» больного по кабинетам, проконсультировать его «на всякий случай» с узкими специалистами. Этот эмпиризм в диагностике (при отсутствии способности к догадке) порождает бездумную лабораторно-инструментальную полипрагмазию, которая недешево обходится государству и дорого — больному человеку. Мы, гематологи, стремимся к тому, чтобы ни одна капля человеческой крови не была пролита теми, кто исповедует ползучий эмпиризм в медицинской диагностике. Мы полагаем, что перечень методов обследования каждого конкретного больного должен соответствовать индивидуальным показаниям и противопоказаниям на единственно правильной клинической основе.

На каком этапе познания больного человека формируется врачебная догадка? В. И. Ленин учит, что познание исторически начинается с живого созерцания. Вооруженный знаниями медицины и научной методологией врач не просто созерцает, но целенаправленно наблюдает больного. Уже здесь имеется активное планомерное в соответствии с методической схемой

обследования наблюдение, которое означает активный целеустремленный поиск существенных свойств, связей, отношений, фаз развития патологического процесса. Весь чувственный этап врачебного познания освещается врачебной мыслью, научными знаниями, и поиск болезненных явлений, симптомов ведется не вслепую, а на основе врачебного опыта. Каждый акт «живого созерцания» больных у врачей становится наблюдением, опосредованным понятиями, категориями широкого комплекса медицинских знаний от анатомии и биологии до патологии и клиники. При обследовании больного эмпирические и теоретические познания врача выступают в неразрывном единстве, потому что во врачебном деле вопросы «что?» и «как?» неразрывно связаны с вопросом «почему?».

«Самым первым и самым первоначальным является ощущение, а в нем, неизбежно и качество» (В. И. Ленин. Полн. собр. соч., том 29, стр. 301). Ощущения, простейшие чувственные образы, своего рода копии, снимки отдельных свойств, приходят в сознание врача извне. Энергия внешних воздействий на зрительный, слуховой и другие анализаторы врача создает в сознании его и качественную и количественную характеристику болезненных проявлений. Ощущения выполняют не только «сигнальную» роль, но они, запоминаясь, суммируются в восприятии врача (симптомы, степень их выраженности, их связи, их взаимоотношения). Так составляется образ болезни, его целостный образ из сотен ощущений. И это уже иная форма чувственного познания — восприятие. Конечно, восприятия также выполняют прежде всего «сигнальную» функцию. Они способны вызвать в памяти врача виденное, изученное ранее, способны привести к «мобилизации» клинического опыта. Однако восприятия служат и материалом для обобщений, абстрагирования отдельных связей и отношений. Отсюда в сознании врача на основе знаний механизма развития патологических явлений, на основании знаний физиологии здорового человека складываются первоначальные представления о симптомокомплексах, о клинических синдромах у больного, которого он обследует. Эти представления впервые отрываются от их непосредственного источника — больного человека и начинают существовать как субъективные явления. Чувственно-наглядный, обобщенный образ больного может воспроизводиться в сознании врача усилием воли, когда он вносит в бланк медицинского документа услышанное, увиденное, ощущавшееся, воспринятое врачом при обследовании больного в палате. Кроме того, врач, описывая клинические особенности человека, мысленно обозревая их, на этой ступени чувственного познания может вспомнить и других больных, виденных им ранее. Он может также вспомнить клиническую картину сходных по внеш-

нему виду болезненных состояний, о которых знает из книг и журнальных статей. Ведь представление дает возможность «оперировать» чувственными образами достаточно свободно. На этом этапе чувственного познания, когда наблюдаемое сейчас сопоставляется с тем, что наблюдалось ранее, и зарождается врачебная догадка. Знания комплекса прикладных медицинских наук, научной методологии, врачебный опыт дают возможность увидеть главное, существенное в потоке ощущений, восприятий на этом ответственном этапе чувственного познания больного, когда у врача складывается представление о больном, о природе и сути его недуга. В противоположность мнению Э. И. Эпштейна (1976), мы считаем, что уже на раннем этапе познания больного врач не только фиксирует, определяет, но и измеряет, анализирует множество ощущений, восприятий, выделяет из них наиболее общие, наиболее существенные особенности симптоматологии у данного больного. Уже здесь проводится сравнение патогенетической, диагностической ценности, болезненных явлений на основе знаний патогенеза симптомов, синдромов. Такой клинко-патогенетический анализ каждого болезненного явления, каждого обнаруженного симптомокомплекса, синдрома открывает врачу путь к понятию, пониманию сущности того, что произошло с человеком, чем он болен, открывает путь к врачебной догадке. Ведь понятие — это уже категория второго, логического, рационального этапа познания, это мысль, в которой отражены общие, притом существенные свойства изучаемого явления, в данном случае болезни. В. И. Ленин так описывал указанный сложнейший путь поиска истины: «Сначала мелькают впечатления, затем выделяется нечто, — потом развиваются понятия качества (определения вещи или явления) и количества. Затем изучение и размышление направляет мысль к познанию тождества — различия — основы — сущности versus явления, — причинности etc. Все эти моменты (шаги, ступени, процессы) познания направляются от субъекта к объекту, проверяясь практикой и проходя эту проверку к истине...» (Полн. собр. соч., том 29, стр. 301).

Так, на основе ощущений, восприятий, представлений рождаются понятия, рождаются догадки врача о качественных особенностях, о количественной выраженности патологических явлений, об их сущности, о тяжести и природе заболевания. Известно, что важнейшей отличительной чертой понятия является «всеобщность» (В. И. Ленин. Полн. собр. соч., том 29, стр. 158). Отсюда и врачебная догадка как первоначальное понятие о том, что случилось с человеком, что привело его к встрече с врачом, всегда бывает самой общей. Например, у больного имеется геморрагический синдром, тромбоцитопения.

Какова причина этих синдромов? Связано ли это с лейкозом, или это проявление воздействия лекарственных препаратов, которые больной принимал недавно в связи с острой респираторной вирусной инфекцией? Что происходит в это время у больного в костном мозгу? Нормальное ли количество мегакариоцитов у него? Имеется ли нарушение функционального состояния кровяных пластинок, или кровоточивость в данном случае связана прямо с резким уменьшением их в периферической крови? Наиболее вероятно, что здесь идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Может быть, но ведь у больного имеется увеличение печени и селезенки...

Действительно, понятие отражает не только общее, но и расчленяет вещи, группирует, классифицирует их в соответствии с их различиями. Основная логическая функция понятий заключается в мысленном выделении процессов, предметов, явлений по определенным признакам, апробированным в теории и в практике врача, — диагностике.

Первоначальное понятие, догадка врача, зарождающаяся на чувственном этапе познания, подвергается осмысливанию. При формировании понятий широко используются сравнение, анализ каждого болезненного явления на основе врачебного опыта и знаний.

Истоки врачебной догадки находятся в противоречивой сущности процесса познания, которая соответствует противоречивой сущности материального мира, в частности, болезней человека. Многие научные исследования начинаются с догадки, представляющей первоначальную форму отражения объективных явлений мира в сознании человека (Г. М. Михеев, 1958). Именно в самом начале общения с больным, обследования больного врач не имеет достаточных оснований для установления даже предварительного диагноза. В такой ситуации врачебная догадка о том, что с больным, представляет собой особую ценность. Пусть факты, клинические данные расспроса, первоначального осмотра, первоначальных клинико-лабораторных, клинико-инструментальных исследований еще немногочисленны. Это не препятствует формированию врачебной догадки о сути, природе выявленных симптомов болезни. Пусть эти первые клинические данные не складываются еще в стройную систему знаний о больном, в гипотезу. Это тоже не препятствует формированию врачебной догадки, а лишь вызывает ее необходимость. Однако все клинические, лабораторные, инструментальные данные должны быть достоверными, проверенными. Только на такой надежной основе строится научная догадка врача.

Врачебная догадка требует не только достоверных данных о больном. Врачу следует отдавать отчет в том, что догадка —

это не точное, а вероятностное знание, предположение. Необходимо отметить еще одно требование к догадке врача. Дело в том, что врачебная догадка, являющаяся частью системы медицинских знаний, объективна по своей природе и не должна противоречить уже твердо доказанным положениям нашей медицинской науки. Отсюда и требование принципиальной проверяемости врачебной догадки, то есть заключения первичного медицинского осмотра.

Анализ содержания врачебных догадок, возникающих на указанных этапах диагностики, позволяет высказать мнение, что можно выделить по крайней мере три вида заключений: на самом раннем («нулевом») этапе деятельность врача проявляется в виде формирования заключений, основанием для которых служит процесс свободного, ассоциативного отбора информации, идущей от больного. В пространственно-временном плане на этом же этапе формируются также догадки, которые возникают в процессе уточнения врачом течения заболевания, динамики состояния больного путем целенаправленного расспроса и обследования с помощью классических методов. На этапе «собственно диагностики» возникает третий вид врачебной догадки, «снимающий» две предыдущие. Она является результатом рационального, интеллектуального этапа познания. Каждая из трех видов догадки имеет свою специфику, определяемую объемом и качеством информации о больном, имеющейся в распоряжении врача на данный момент времени, профессиональной компетентностью врача, его методологической и общей подготовкой. Следовательно, врачебная догадка заключает в себе возможность предвидения и активного, целеустремленного поиска новых симптомов заболеваний, которые, в свою очередь, могут подтвердить или отвергнуть высказанное предположение. В принципе результатом функционирования врачебной догадки третьего вида может быть не только заключение первичного медицинского осмотра, но также и предварительный, и клинический диагноз. Однако этот вопрос заслуживает особого рассмотрения.

Из сказанного очевидно, насколько важна роль врачебной догадки в диагностике. Качество ее непосредственно влияет на продолжительность диагностического периода, сокращение которого представляет одну из актуальных задач здравоохранения. В экстремальных условиях, когда необходимо срочно поставить клинический диагноз, способность врача «сжать» переработку полученной информации во времени, быстро определить существо заболевания решает подчас судьбу больного человека.

При формировании врачебной догадки следует учитывать возможность обнаружения у больного ряда синдромосходных

заболеваний. Это открывает путь к дифференциальной диагностике. Естественно, что при первоначальном обследовании врачебные догадки могут быть различны, но при их рассмотрении предпочтительнее та, которая возникает на основе наибольшего числа связанных между собой фактов, симптомов, синдромов.

На ранних этапах познания больного догадки врача могут носить противоречивый характер. Иногда случается и так, что врачу даже неясно, болен человек или здоров. Эта ситуация возможна при обследовании людей в предболезненном состоянии. Марксистско-ленинская теория познания, теория отражения, диалектическая логика определяет мысль врача в том, что противоречивые, на первый взгляд, догадки могут быть обусловлены различными сторонами одного и того же патологического процесса. Однако не надо забывать, что в современной клинике внутренних болезней врач все чаще встречается не только с преморбидными состояниями, скрытым течением ряда заболеваний, но и со множественной патологией, относящейся к различным разделам современной медицины (Н. В. Эльштейн, 1980, Г. П. Шульцев, 1981). Например, поражение системы гемостаза у одного больного может сочетаться с заболеванием желудка, печени, нервной системы.

Нами описан общий ход формирования врачебной догадки соответственно чувственному и рациональному этапу познания. Однако следует подчеркнуть ошибочность попыток представить диагностический процесс как состоящий из самостоятельно существующих и последовательно друг в друга переходящих форм отражения: сначала чувственное познание, затем логическое мышление, которое проверяется практикой. В действительности же в диагностическом процессе невозможно, как и в любом другом виде познания, провести ни хронологической, ни пространственной границы, жестко разделяющей эти два этапа познания. Уже на первых этапах диагностического процесса, тяготеющих по форме и содержанию к чувственному познанию, врач руководствуется теми или иными теоретическими положениями и клиническими принципами. При осмысливании полученных результатов обследования больного врач проверяет свои выводы результатами лабораторно-инструментального исследования, вновь осматривает, ощупывает, выслушивает больного. Что касается практики, то ее роль не сводится к окончательной проверке предварительного или клинического диагноза. Она пронизывает весь ход диагностического процесса. Еще Г. А. Захарьин в своих лекциях говорил: «Ошибочно было бы думать, что распознавание делается лишь после исследования... данные, получаемые при расспросе и объективном исследовании, неизбежно возбуждают предположения (догадки — В. К.

и соавторы), которые врач тотчас же старается решить проверочными вопросами, объективными исследованиями... Следовательно, распознавание делается уже во время самого исследования...»

С проблемой врачебной догадки тесно связаны и некоторые вопросы деонтологии. В частности, мы считаем, что догадки врача о природе болезни не могут высказываться вслух в больничной палате, в случайной беседе с больным и его родственниками. Даже если дальнейшее исследование позволит исключить предположение о том или ином заболевании, высказанные вслух «соображения» врача оставляют у больного тяжелые «психологические занозы», избавление от которых порою требует длительной и нелегкой работы лечащего врача, специалиста-психоневролога. Считаем, что врач лишен права восторгаться, ужасаться, словом, живо реагировать при обнаружении у больного тех или иных симптомов, известных ему по книгам. Врачебная догадка, вспыхнув в сознании врача, должна освещать ему путь познания, так сказать, изнутри, незаметно для больного человека.

Надо ли делиться своими предположениями, догадками с коллегами, высказывать их на клинических конференциях, на клинических разборах? Психологам хорошо известно, что высказанная мысль, догадка приобретает черты большей определенности. Самая простая догадка от этого становится более четкой, более устремленной к цели, то есть предварительному и клиническому диагнозу. Видимо, не зря А. Н. Толстой как-то заметил: «Все мысли, которые имеют огромные последствия, всегда просты». Высказанная догадка неизбежно ведет к спору, к столкновению мнений, суждений. В ходе такой дискуссии намечается нередко выход из затруднительного положения, в котором порой находится врач на ранних этапах диагностического процесса.

Итак, врачебная догадка, как один из этапов познания материального мира, находит свое отражение и в клиническом диагностическом процессе.

Отметим, что в практике врача не так уж редко возникает прямая необходимость оформить врачебную догадку в медицинских документах, поскольку в каких-то конкретных условиях у него нет достаточных оснований для установления предварительного или клинического диагноза. В таком случае мы рекомендуем оформлять врачебную догадку как заключение первичного медицинского осмотра. Обязательным следует считать, чтобы здесь же врач указывал конкретные пути (методы и способы дальнейшего исследования) подтверждения или опровержения возникшего предположения.

Какова роль врачебной догадки, оформленной в виде

заклучения первичного медицинского осмотра? Она открывает возможность целеустремленной работы врача по установлению предварительного и клинического диагноза. В. И. Ленин, цитируя Гегеля замечает: „(«Сам себя конструирующий путь» — путь (тут гвоздь, по-моему) действительного познания, познания, движения от незнания к знанию)”. (Полн. собр. соч., том 29, стр. 80). И заключение первичного медицинского осмотра, методологической основой которого является учение о догадке, является важным шагом к предварительному и клиническому диагнозу, методологической основой которых являются учения о гипотезе и истине.

Догадка — не только видение граней объективной истины, но и вероятностное провидение будущего диагноза и основа ближайшего прогноза больного. Прогноз больного — это важнейший акт врачевания. Конечно, врачебная догадка может служить лишь для определения ближайшего прогноза. Было бы ошибочным считать, что заключением первичного медицинского осмотра можно руководствоваться при современной трудовой, военно-врачебной экспертизе. Prognosis — буквально «узнавание вперед». Тем не менее осмысливание ближайшего будущего позволит врачу уже на основе первоначального, вероятностного знания о больном, на основе врачебной догадки определить возможности дальнейшего обследования, индивидуальные показания и противопоказания к диагностическим процедурам, осмыслить неотложные мероприятия и способ транспортировки, необходимость госпитализации в специализированные отделения, определить даже объем санитарной обработки в приемном отделении, порядок обследования и лечения. Ответственный акт прогноза по своей природе заставляет вдуматься вновь в формулировку, содержание, обоснование и объективную сущность врачебной догадки, оформляемой в медицинских документах в виде заключения первичного медицинского осмотра.

Обсуждение лишь некоторых аспектов врачебной догадки позволяет утверждать, что необходимо и дальше развивать учение об этой важнейшей категории процесса познания. Уже сейчас становится ясно, что способность к догадке, скорость восприятия и синтеза клинических данных, больного в целом, скорость принятия эффективных решений в трудных лечебно-диагностических проблемных ситуациях могут служить критериями для выделения типологических характеристик врачей (М. Ю. Ахмеджанов, 1976). Так выделяют «целер-клиницистов», способных находить единственно правильное решение и «делать самые верные ходы» в цейтнотной обстановке, ургентной патологии. «Лента-клиницисты» способны успешно вести «длительную позиционную борьбу» за жизнь, здоровье и ре-адаптацию больных, находя и умножая для этого их физичес-

кие и психические резервы. У «оптимум-клиницистов» мышление и действия эффективны в ургентной и «позиционной» борьбе за больных. С учетом этих характеристик уже в настоящее время пытаются подбирать врачей для работы в различных специализированных отделениях, например, отделениях интенсивной терапии, больниц «скорой помощи» (Б. В. Петровский, 1975). Вопросы об особенностях мышления и о важности характерологических черт врача ставятся и глубоко разбираются в связи с особенностями диагностических ошибок (А. Б. Зборовский с соавт., 1975; Е. И. Чазов, 1975).

Мы считаем, что пути формирования врачебной догадки, как сама врачебная догадка, должны стать объектом серьезных размышлений и творческих дискуссий медиков, философов, социологов, юристов.

ЛИТЕРАТУРА

- Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 29, с. 80, 152, 158, 162, 301.
 Абрамов В. Г. Вестник офтальмологии, 1976, 6, 132—138.
 Ахмеджанов М. Ю. Терапевтический архив, 1976, 6, 132—138.
 Большая медицинская энциклопедия, 3-е изд. М., 1977, 7, 245.
 Библин А. Ф., Царегородцев Г. И. О клиническом мышлении, 1973, 168.
 Вогралик В. Г. Клинические лекции по внутренним болезням. Волго-Вятское книжное изд-во, 1964, 21.
 Германов В. А. Вестник высшей школы, 1974, 11, 56—60.
 Германов В. А. Клиническая медицина, 1974, 9, 140—143.
 Германов В. А. Клиническая медицина, 1975, 2, 129—133.
 Германов В. А., Скворцов В. И. Клиническая медицина, 1977, 3, 143—145.
 Германов В. А., Кондурцев В. А. Врачебная догадка. Куйбышев, 1979, 30.
 Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка. М., «Русский язык», 1978, т. 1, 449.
 Дзизинский А. А. Клиническая медицина, 1979, 1, 104—110.
 Восович А. А. От симптома к диагнозу. Иваново, 1975, 64.
 Захарьин Г. Л. Клинические лекции и избранные статьи. М., 1909.
 Зборовский А. Б., Гуглин Э. Р. Терапевтический архив, 1975, 10, 33—36.
 Комаров Ф. И. Клиническая медицина, 1976, 3, 3—8.
 Копнин П. В. Диалектика, логика, наука. М., Наука, 1973.
 Михеев Г. И. Роль гипотезы в научном познании. Дисс., АОН при ЦК КПСС, М., 1958.
 Мясоедов Е. С. О методологии диагноза. Иваново, 1967.
 Ожегов С. И. Словарь русского языка. М., Советская энциклопедия, 1972, 156.
 Остроумов А. А. Избранные труды. М., 1950, 52—56.
 Павлов И. П. Избранные труды. Издание АПН РСФСР. М., 1951, 35—36.
 Попов А. С., Кондратьев В. Г. Очерки методологии клинического мышления. Л., 1972.
 Соснина Т. Н. Предмет труда (философский анализ). Изд-во Саратовского университета, 1976, 165.
 Гареев Е. М. Терапевтический архив, 1978, 11, 3—11,

- Чазов Е. И. Терапевтический архив, 1975, 10, 19—25.
Чазов Е. И. Терапевтический архив, 1979, 3, 140.
Чехов А. П. Сочинения, 1977, т. 7, 261.
Эльштейн Н. В. Терапевтический архив, 1976, 5, 142—146.
Эльштейн Н. В. Клиническая медицина, 1980, 8, 100—106.
Шульцев Г. П. Клиническая медицина, 1981, 3, 4—11.
Эпштейн Э. И. Клиническая медицина, 1976, 2, 135—136.