

**Ю. М. АМБАЛОВ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ИЛИ КАК СТАВИТЬ ДИАГНОЗ И  
НАЗНАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ**

**ЛЕКЦИЯ  
для студентов  
медицинских ВУЗов**

**Ростов-на-Дону**

**2014 г.**

**Амбалов Ю.М.** Методические основы диагностики и лечения инфекционных болезней, или как ставить диагноз и назначать лечение: лекция для студентов медицинских ВУЗов/ Ю.М. Амбалов. – Ростов-на-Дону, НЕО-ПРИНТ, 2014. – 39 с.

В лекции кратко изложены методические основы диагностики и лечения инфекционных болезней, описаны методики постановки диагноза и принципы назначения лечения.

Лекция предназначена для студентов медицинских ВУЗов.

**Автор:**

Амбалов Ю.М. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Рецензенты:**

Романова Е.Б. - доцент кафедры инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и детских инфекционных болезней ФПК и ППС ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук;

Усаткин А.В. - заведующий инфекционным отделением №5 МБУЗ ГБ №1 им. Н.А. Семашко города Ростова-на-Дону, кандидат медицинских наук.

© ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, 2014 г.

© Амбалов Ю.М., 2014 г.

С сегодняшнего дня вы приступаете к изучению инфекционных болезней, а точнее, способов их диагностики и неотложного лечения.

Помогать вам в этом деле будем мы – сотрудники кафедры инфекционных болезней. В частности, я - профессор Амбалов Юрий Михайлович, заведующий этой кафедрой. Кроме меня, читать лекции и вести практические занятия будут профессор Левина Лидия Дмитриевна; доценты: доктор медицинских наук Карташев Владимир Васильевич, кандидаты медицинских наук Пройдаков Михаил Андреевич, Коваленко Анна Петровна, Мамедова Нонна Ильясовна, Донцов Денис Владимирович; ассистенты, кандидаты медицинских наук Перепечай Светлана Дмитриевна, Усаткин Александр Васильевич, Зуева Валентина Власовна и Думбадзе Олег Соломонович.

Все преподаватели нашей кафедры, будучи опытными врачами-клиницистами, прекрасно владеют методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний. Поэтому мы ставим перед собой цель — научить вас диагностике и способам неотложного лечения инфекционных болезней, причем, в первую очередь, наиболее распространенных и опасных как для больных, так и для окружающих их лиц. А ваша цель – научиться этому и уметь это делать. Вот и все. Больше от вас ничего не требуется.

На лекциях я и мои коллеги постараемся показать вам, как осуществляется диагностика и лечение инфекционных заболеваний. При этом, мы будем опираться как на мировой, так и на свой личный опыт. Я всячески рекомендую вам воспользоваться тем, что мы будем вам давать. Другое дело, получится это у вас или нет. Но надо хорошо постараться, а мы – будем всегда рядом с вами. Думаю, стимул у вас есть. И не только для того, чтобы сдать экзамен по нашему предмету, но и для того, чтобы использовать приобретенные умения в своей практической работе.

Как будет проходить обучение? На лекциях вам будут давать конкретные рекомендации, как вести такого рода больных, то есть, как ставить диагноз и как назначать лечение. На практических же занятиях вам будет необходимо эти

рекомендации воплощать в конкретные дела. А для этого нужно много тренироваться. Кто-нибудь занимается спортом? Тогда вам понятно слово «тренировка». Так вот, практические занятия - это своего рода тренировка. Именно тренировка, а не тупое, механическое заучивание материала. По идее, к настоящему времени в ваших головах скопилось уже достаточно много информации об инфекционных болезнях, которую вы получили ранее на некоторых кафедрах нашего ВУЗа. Это вам бесспорно пригодится, но лишь как теоретическая база, без которой, впрочем, научиться что-то делать конкретно, в частности, ставить диагноз и назначать лечение, практически невозможно. Лекции и практические занятия будут идти всегда бок о бок. Это крайне важно. У нас в медицинском университете много классных преподавателей, уважаемых ассистентов, доцентов, профессоров, но кое-что меня очень смущало еще в пору студенчества. Сейчас я попробую объяснить. Мне нравились фразы: «Постановка диагноза - это полет души, это нечто из ряда вон выходящее, это своего рода искусство, это самое главное, что есть в клинической медицине...». И так далее, и тому подобное. Мой любимый профессор, помнится, назидательно говорил: «Надо думать над каждым больным...» Фраза красивая, но потом начинаешь задумываться, а что значит «думать над больным». Вот стою я над больным и «думаю»... Мда...А как практически это делать? Профессор делал это красиво. Он вежливо помогал раздеться милой девушке, прикасался к ней своими красивыми, длинными пальцами, приставлял фонендоскоп к ее груди... А потом выносил вердикт, который называл диагнозом. Потрясающе! Затем поворачивался к нам лицом и говорил: «Коллеги, вы должны всё делать, как я». Вот это меня и напрягало. Ведь я ясно понимал, что если будет точно такая же девушка с точно такой же фигурой, если она обратится ко мне с точно такими же жалобами и у нее будут точно такие же симптомы болезни, то я буду действовать точно так же, как уважаемый мною профессор и точно не промахнусь. Но в жизни, как вы понимаете, такого не бывает. На практике я убедился, что промахиваюсь,

промахиваюсь и промахиваюсь... Какого нормального человека это может устроить? Какого врача это может удовлетворить? Какое удовольствие от своей работы я могу получать, если все время ошибаюсь? Пока я был молод, все списывал на свою неопытность. Но потом я становился старше, и каждая моя ошибка стала восприниматься мною как катастрофа. Вот с этого все и началось...

Итак, наша сегодняшняя лекция - о методических основах диагностики и лечения болезней, в том числе, естественно, и инфекционных. Если проще, то как ставить диагноз и как назначать лечение таким больным.

Когда называешь два кодовых слова «диагностика» и «лечение», то представляешь себе всех врачей, которые работали раньше, работают сейчас и будут работать, а также всех больных, которые болели, болеют и будут болеть. Так вот, для больных людей лечение, а точнее, излечение - это самое главное. В голове больного постоянно крутятся вопросы: «Что со мной будет? Что меня ждет? Выздоровею ли я? Не умру я?» Для врача эти вопросы стоят почему-то на втором месте. А на первом — совсем другие. Какое заболевание у человека? Какова его тяжесть? И это вовсе не я придумал. Кто-то из великих сказал: «Кто хорошо диагностирует, тот хорошо и лечит». Все правильно. Если я хорошо ставлю диагноз, а в лечении кумекаю не очень, то, в этом случае, я могу попросить помощи у своих коллег. Я могу взять, в конце концов, элементарный справочник, прочитать учебник или руководство. Но если я не научился ставить диагноз, о каком лечении может вообще идти речь?

Неправильный диагноз может привести к инвалидизации и даже смерти больного. «Но позвольте, - скажете вы. - Вот когда-то меня довольно долго лечили от заболевания, которого у меня и в помине не было. Тем не менее, я же не умер». Правильно. Но это уже нужно сказать спасибо высшим силам, благодаря которым, несмотря на все диагностические ляпы такого специалиста, значительная часть больных людей все-таки выздоравливает. И вы, в том числе. Но это, ведь, не может оправдать врача.

Что же такое **диагноз**? Это врачебное заключение (вывод, резюме) о наличии у больного какой-то болезни или каких-то болезней (табл. 1).

Таблица 1

### Терминология диагноза

<i><b>Диагноз</b></i>	Врачебное заключение о наличии у пациента заболевания или причины смерти, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и МКБ. Диагноз формулируется в виде названия конкретной нозологической единицы (болезни) и не может подменяться обозначениями симптома или синдрома.
<i><b>Диагностика</b></i>	Процедура, приводящая к постановке диагноза.
<i><b>Маркерный способ диагностики</b></i>	Основан на выявлении и использовании патогномоничных признаков болезни.
<i><b>Дифференциальная диагностика (ДД)</b></i>	Способ постановки диагноза, основанный на подтверждении и исключении сходных по определенному признаку болезней.
<i><b>Предварительная ДД</b></i>	Процедура исключения заболеваний на основе данных, полученных врачом при первичном клиническом обследовании больного. По ее завершению выставляется предварительный диагноз.
<i><b>Заключительная (окончательная) ДД</b></i>	Процедура подтверждения и исключения заболеваний на основе результатов дополнительного обследования больного. По ее завершению выставляется окончательный диагноз.

А как надо понимать термин «**диагностика**»? Это процедура, или процесс, или действия врача, (как хотите), которые приводят к постановке диагноза. Иными словами, «диагностика» - это что-то, в результате чего получается диагноз.

Заключение врача формулируется в виде **названий болезней**. Только названий, не придуманных мной лично или кем-то еще, а официальных обозначений, которые определяются существующими в нашей стране и в мире

классификациями. На сегодняшний день – это, в первую очередь, МКБ-10.

Диагноз не может быть представлен названием симптома. Например, «повышение температуры», «рвота», «понос», «синяк под глазом» и т. д. Обозначение синдрома (скажем, «лихорадка», «желтуха», «энтерит», «катар верхних дыхательных путей» и др.) тоже не должно рассматриваться в качестве диагноза. Нельзя присваивать болезням и свои, придуманные названия. Например, недопустимо ставить диагноз: «Кишечная инфекция». Не спору, у эпидемиологов имеется классификация инфекционных болезней, в которой все они разбиты на четыре группы. Одна из этих групп действительно обозначается как «кишечные инфекции». Но к диагнозу это никакого отношения не имеет.

Раз с терминологией мы разобрались, то я позволю себе задать вам вопрос: «А что нужно для того, чтобы поставить диагноз?»

Студент: «Жалобы пациента...». «А если он - говорит на другом языке, глухонемой, после инсульта или грудничок?»

Студент: «Тогда - объективные данные, анамнез болезни, дополнительные исследования». Ну, хорошо. Я вас услышал. На самом же деле, надо знать три вещи. Точнее, одну вещь надо знать, а две вещи — уметь делать.

Сколько всего в мире болезней? Порядка 10 тысяч. Это много или мало? С точки зрения врача, который знает только одну болезнь, а надо знать - 10 тысяч, это — кошмар.

А сколько людей в мире? Около 7 миллиардов. К чему я веду? Да к тому, что каждый из нас (при большом, конечно, желании) может из этих семи миллиардов найти человека, которого хочет найти. Ведь хорошо знакомого человека можно узнать? Думаю, да. Но ведь можно и ошибиться. Так вот, узнавание и диагностика - это практически одно и то же.

Итак, чтобы поставить диагноз надо, во-первых, знать симптомы и другие клинические проявления болезней (табл. 2).

Таблица 2

### **Знания и умения, необходимые для постановки диагноза**

1. Знать клинические проявления существующих болезней.
2. Уметь выявлять симптомы болезней.
3. Уметь пользоваться существующими методами диагностики заболеваний.

Причем, желательно не просто знать, но и иметь представление, с каких именно симптомов начинается болезнь, какие клинические признаки могут появиться завтра, какие – через два дня, какие - через неделю. То есть, важна и динамика их появления. А, кроме того, надо знать, как часто эти симптомы регистрируются при данной болезни.

Например, у больных с острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ) катаральные явления регистрируются в 100% случаев. А, скажем, повышение температуры тела может быть у этих больных? Может. А как часто? В 40-50%. Разница есть? Уверяю вас, для диагностики это очень важно.

Следующее, что надо уметь делать — это выявлять различные симптомы. Кстати, **симптом** – это клинический признак болезни, который выявляется самим врачом. Поэтому, и жалобы больного, и данные анамнеза болезни – к симптомам не относятся. Какие-то симптомы легко выявлять, какие-то - сложнее. Но без этого умения не обойтись.

И, наконец, главное. Это - умение пользоваться существующими способами постановки диагноза. Кстати, кому не нравится слово «способ», может заменить его на «метод» или «принцип». Суть не изменится.

Вроде бы, все ясно. Однако, не надо думать, что, если к первому добавить второе, хорошенько «взболтать», то с помощью чего-то это можно превратить в диагноз. Не так все это просто. Поэтому обсудим все более или менее детально.

В ходе обучения на нашей кафедре мы должны разобрать с вами симптомы пусть не всех, но, безусловно, наиболее опасных и распространенных инфекционных болезней. Как вы думаете, эти симптомы должны быть какими-то из ряда вон выходящими? То есть, такими, которые не

встречаются при других болезнях? Желтуха, например, это признак только инфекционного заболевания? Или тошнота? Или рвота? Или боль в животе? Да нет, конечно. Симптомы обычные, а вот их соотношение, динамика развития при разных болезнях, в том числе инфекционных, разные. Так что, придется это иметь в виду.

Все симптомы, которые можно выявить у больного, принято делить на субъективные и объективные (табл. 3).

Таблица 3

### Классификация симптомов

<b>По степени объективности</b>	<b>1. Субъективные. 2. Объективные.</b>
<b>По специфичности</b>	<b>1. Специфические (патогномоничные, маркерные). 2. Неспецифические.</b>

Давно придумали такое деление, но при ближайшем рассмотрении оно не выдерживает ни малейшей критики. Судите сами.

Объективные симптомы – это, якобы, те симптомы, которые выявляет врач. На мой взгляд, это - неправильно. Ведь врач – это тоже человек, а следовательно, субъект. Поэтому, симптомы, которые он выявляет у больного, на самом деле, могут быть только субъективными.

По этой классификации, к субъективным симптомам относят, как это ни странно, жалобы больного, данные анамнеза болезни, анамнеза жизни и т.п. Но ведь это вообще не симптомы. Помните, симптом – это клинический признак, который выявляется исключительно врачом. В общем, получается билиберда... Что же делать «бедному» врачу? Ничего особенного. Просто информацию, полученную от пациента в виде жалоб и анамнестических сведений, необходимо «превратить» в симптомы. Вот и все. Как же это сделать?

Предположим, больной говорит, что у него понос. Хорошо. Загляните к нему в горшок. И если там окажется действительно жидкий кал с примесью

слизи и крови (вы это сами увидели!), – то жалоба пациента на понос становится теперь симптомом.

На самом деле, симптомы лучше всего разделять по специфичности. Попадают ли специфические симптомы? Да, бывает... Что такое **специфический**? Это патогномичный, маркерный. Речь идет о **клиническом признаке, свойственном только одной болезни**.

А если двум? Трем? Тысяче? Тогда мы говорим о неспецифическом симптоме. Как вы думаете, какие симптомы любят врачи? Конечно же, специфические. Ведь они свидетельствуют в пользу только одного определенного заболевания.

Например, у больного – лихорадка. При бактериологическом исследовании у него из крови выделяют брюшнотифозную палочку. Как заболевание называется? Правильно — брюшной тиф. А почему не чума, например? Потому, что этот возбудитель может вызывать только одну болезнь, а именно брюшной тиф. Поэтому обнаружение в крови брюшнотифозной палочки является специфическим, патогномичным признаком брюшного тифа.

К сожалению, специфические симптомы, особенно клинические, встречаются достаточно редко. Поэтому мы, врачи, и радуемся, когда это происходит. Наличие такого симптома есть знак равенства с определенной болезнью. Как такой метод или способ постановки диагноза можно назвать? Патогномичным? Специфическим? Назовем его **маркерным**. Это звучит вполне благозвучно. Другими словами, это способ распознавания болезни по патогномичному признаку (табл. 4).

Таблица 4

### Методы диагностики болезней

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Маркерный</b> (распознавание болезней по патогномичным признакам).</li><li>2. <b>Дифференциальной диагностики</b> (распознавание болезней, исходя из</li></ol> |
|--|

неспецифических признаков).

### **3. Доминантной аналогии.**

Итак, если я выявляю у больного патогномичный симптом, то вправе воспользоваться маркерным способом диагностики. Симпатично это врачу? Конечно, симпатично. Диагноз ставится быстро и точно. Жаль только, что болезней, имеющих те или иные патогномичные признаки, кот наплакал. Причем, даже, если таковые и есть, то встречаются далеко не в 100 % случаев. Ну, скажем, пятна Филатова-Коплика у больных корью регистрируются лишь у 65 % из них. Отсюда практический вывод. Если пятна Филатова-Коплика у больного имеются – это корь, если нет – заболевание исключить нельзя.

К сожалению, в большинстве случаев, у больных выявляются только неспецифические клинические признаки. Пожелтел больной - порядка 50 болезней, «пронесло» - минимум 400, поднялась температура тела – несколько тысяч болезней. Но именно с такими симптомами мы, чаще всего, и будем иметь дело. В таком случае, нам придется ставить диагноз, исходя из неспецифических симптомов. Такой способ назвали **дифференциальной диагностикой**. Вообще-то, его лучше бы называть «методом выбора», но такой вариант в медицине не прижился. А жаль.

Таким образом, теоретически возможны только два способа постановки диагноза. Первый – маркерный, второй – дифференциальная диагностика. А третий? Так и хочется сказать, а третьего – не бывает. Точнее, не может быть, но на практике, как ни странно, — есть. Врачи «изобрели». И он даже получил название - **метод доминантной аналогии**. В отличие от первых двух, он базируется исключительно на личном опыте конкретного врача. Фактически это искаженный, изуродованный маркерный способ постановки диагноза. Откуда он вообще берется?

Представьте себе, скажем, участкового врача. Ежедневно в течение многих лет он «смотрит» больных. Среди них достаточно много и тех, у кого

отмечается лихорадка. Чаще всего, эти люди болеют ОРВИ, в том числе и гриппом. В голове такого врача формируется спустя какое-то время доминанта по типу «лихорадка = ОРВИ». Поэтому, все больные с повышенной температурой тела обречены заполучить у такого специалиста только один диагноз: «ОРВИ». На самом же деле, а это и ребенку понятно, лихорадка не является для ОРВИ патогномичным признаком. Так могут протекать сотни, если не тысячи заболеваний. Но доминанта в голове врача дает ему в качестве своеобразной подсказки только одну диагностическую версию, только одно заболевание, с которым этот врач, чаще всего, и имел дело раньше. И как это ни прискорбно, абсолютное большинство клиницистов во всем мире ставят диагноз не так, как это полагается, а используя последний, так называемый, метод доминантной аналогии. Отсюда, просто чудовищное количество диагностических ошибок.

И еще несколько слов о симптомах, являющихся, на самом деле, внешними проявлениями болезней. Спрашивается, а с помощью чего врач должен их выявлять? Чем он должен пользоваться? Конечно же, своими органами чувств: вкусом, обонянием, зрением, осязанием и слухом. Но всеми пятью органами чувств медики в настоящее время почти никогда не пользуются. Зрение, слух и осязание – в ходу, а обоняние и вкус – это скорее из медицины прошлого.

Есть такое понятие - «информативность» признака, отражающее его специфичность и чувствительность. То есть, насколько может врач верить выявленным им же клиническим признакам? Вроде бы, печень увеличена, вроде бы, хрипы в легких... А какова плотность печени? Да, вроде бы, средняя. А эластичность? Вроде бы, эластичная... А какие хрипы в легких? Вроде бы, крепитирующие... Вот это «вроде бы» и отражает нашу неуверенность в достоверности симптомов, которые выявляются нашими же органами чувств. В принципе, с точки зрения информативности «хромают» и обоняние, и вкус, и осязание и даже слух. А зрение? А с этим органом чувств, слава богу, все в

порядке. Кстати, если больной что-то увидел у себя и потом рассказал все врачу, то последнему это легко проверить. Например, пациент говорит, что у него носовое кровотечение. И врач, скорее всего, действительно, может увидеть это. Или звонок по телефону: «Доктор! У меня желтуха!». Врач потом осматривает больного и действительно обнаруживает желтушное окрашивание кожи и склер.

Для чего я это всё вам говорю? Если мы хотим поставить правильный диагноз, то необходимо выявлять симптомы, в первую очередь, с помощью наших глаз. Потому что своему зрению, в отличие от носа, языка, рук и ушей, мы можем доверять практически со 100-процентной гарантией. Другими словами, такого рода клинические признаки обладают максимально возможной информативностью. Есть смысл называть их «очевидными», то есть, видимыми глазу.

Мы обсудили с вами существующие методы постановки диагноза и даже «присвоили» им имена. Один назвали - маркерным, второй – методом дифференциальной диагностики. Маркерному методу учить вас, как я понял, особенно не надо. Вы сразу поняли, как надо это делать. А со вторым могут возникать определенные трудности.

Дифференциальную диагностику мы обычно ассоциируем с длительным обдумыванием, анализом возможных у конкретного пациента нозологических единиц. У человека, как правило, не бывает одновременно нескольких болезней. Чаще всего, одна. Вот ее, как раз, и надо отыскать у больного. Другие же, пусть чем-то и похожие на нее, необходимо отбросить. При дифференцировании из перечня возможных у данного человека заболеваний мы должны выбрать одно единственное. Здесь нет ничего сверхъестественного, ведь в жизни мы вынуждены постоянно что-то и кого-то выбирать. Например, я обращаюсь к студенткам, у вас есть несколько кандидатов в мужа. Вы смотрите, анализируете, сравниваете. В итоге остается лишь один молодой человек. Дальше – свадьба, а через два месяца вы хватаетесь за голову: «Ах, он

меня обманул, оказался не таким, как я думала!»). Не он обманул, вы сами себя обманули. Ведь это вы неправильно сделали выбор, или, другими словами, неправильно провели дифференциальную диагностику. Не того исключили, не того оставили.

Или вложили деньги не туда. Или не то платье одели, когда вас пригласили на концерт, или в театр, или в ресторан... И так далее, и тому подобное...

От того, как мы осуществляем выбор, фактически и зависит наше благополучие. Все это я говорю лишь для того, чтобы показать, что этот, вроде бы очень сложный мыслительный процесс - диагностический поиск, на самом деле, ничем не отличается от бытового, ежедневного выбора, от бытового, ежедневного анализа жизненных ситуаций. Это та же «бытовуха», только в медицинском, а точнее, диагностическом преломлении. Так почему же, если все так просто, все, вроде бы, знают, как это делать, но не делают? Почему? Кто виноват? Как это надо делать правильно?

Думается, надо просто приложить усилие и немножко поработать головой. В чем же заключается это усилие? В том, чтобы последовательно отмести все возможные варианты, сколько бы их ни было, и оставить единственно верный. Вот и все!

Если врач хочет ставить диагноз правильно, быстро и точно, ему необходимо овладеть методом дифференциальной диагностики, потому что, в большинстве случаев, придется пользоваться именно им. Маркерный способ — это из области фантастики. Это скорее подарок судьбы, чем обыденность.

Итак, детально обсудим все этапы проведения дифференциальной диагностики. Рекомендую действовать строго по пунктам, как на конвейере. Знаете, как собирают сейчас автомобили? Каждый рабочий осуществляет в строгой последовательности необходимые действия. За сборщиков машин этот порядок уже давно определили. Пусть даже с головой у этих рабочих и «не очень», но деньги они получают немалые. Потому, что не вникают в суть дела,

не занимаются рационализацией и оптимизацией, а строго следуют предписанным им инструкциям и правилам. И машины потом ездят по многу лет без поломок и без ремонта. Но стоит только появиться рационализатору, особенно не слишком компетентному, и вся система рухнет, а работа – пойдет насмарку...

То, что я вам предлагаю сейчас обсудить — это, своего рода, инструкция по проведению дифференциальной диагностики (табл. 5). Мой вам совет: «Пользуйтесь этой инструкцией неукоснительно, причем строго по пунктам». Более того, когда вы сами научитесь это выполнять и будете учить других, ссылайтесь исключительно на пункты инструкции. Тогда не будет дополнительных вопросов ни на практических занятиях, ни на экзаменах, ни, самое главное, в вашей практической работе.

Пока вы не освоили все необходимые действия, изобразите, что у вас что-то типа синдрома Дауна. Механически следуйте инструкции, и всё. Ничего постыдного в этом нет. Вы будете пользоваться пусть чужим, но гигантским опытом, приобретенным в результате работы многих тысяч, а может быть, и сотен тысяч врачей за сотни и тысячи лет. Вот так-то.

Таблица 5

#### **Инструкция по проведению дифференциальной диагностики**

<b>1. Проведите у больного предварительный сбор клинических данных (жалобы, анамнез болезни, симптомы, анамнез жизни).</b>
<b>2. Выделите в клинической картине заболевания какой-либо симптом, в наличии которого Вы не сомневаетесь (лучше очевидный).</b>
<b>3. Обратитесь к перечню заболеваний, при которых может встречаться этот клинический признак.</b>
<b>4. Проведите предварительную дифференциальную диагностику этих заболеваний, исключив те из них, в отношении которых были найдены противоречия клинического плана.</b>

- |   |
|---|
| <b>5. Отберите неисключенные заболевания, затем ранжируйте их в зависимости от распространения в данном регионе, эпидемиологических, сезонных, возрастных, половых и других факторов и поставьте предварительный диагноз.</b> |
| <b>6. Запланируйте дополнительные исследования, результаты которых могли бы обеспечить исключение или подтверждение оставшихся заболеваний.</b>   |
| <b>7. Запланируйте лечебные мероприятия с учетом всех неисключенных, а следовательно, возможных у данного пациента заболеваний.</b>   |
| <b>8. По мере получения результатов дополнительных исследований, проводите заключительную дифференциальную диагностику оставшихся неисключенными заболеваний.</b>   |
| <b>9. Поставьте окончательный диагноз.</b>  |

Первый пункт этой инструкции гласит: «Проведите у больного предварительный сбор клинических данных (жалобы, анамнез болезни, симптомы, анамнез жизни)». Это необходимо для того, чтобы, хотя бы, в общих чертах представить себе клиническую картину заболевания, по поводу которого пациент, собственно говоря, и обратился к вам.

Второй пункт: «Выделите в клинической картине заболевания какой-либо клинический признак, в наличии которого Вы не сомневаетесь». Таковыми бесспорно являются симптомы, выявленные с помощью глаз, то есть, очевидные.

Именно их достоверность приближается к 100 %. Кстати, в условиях задач, которыми вы будете пользоваться на практических занятиях и на экзаменах, такие симптомы на самом деле обязательно присутствуют, но могут быть указаны, а могут и нет. Больного, к сожалению, перед вами нет, зато есть преподаватель. Вот ему вы и должны задавать наводящие вопросы, чтобы в обязательном порядке обнаружить этот очевидный клинический признак.

Повторюсь, в предлагаемых вам задачах такого рода симптомы есть, просто они не всегда отражены в условиях.

Студент: «А чем отличается клинический признак от симптома и синдрома?»

Нормальный вопрос. Лучше было бы получить на него ответ еще года три назад, когда вы учились на 2-м курсе. Ну, да ладно. Лучше поздно, чем никогда. К клиническим признакам относятся и жалобы, и данные анамнеза заболевания, и симптомы, и синдромы...

Симптом, и мы уже об этом говорили, это такой клинический признак, который выявляется у больного лечащим врачом с помощью богом ему данных органов чувств. Синдром – это, в отличие от симптома, виртуальная «штука», поскольку создается в голове и головой врача. Это, своего рода совокупность симптомов, которую лепит «по своим понятиям» клиницист. Скажем, у больного отмечаются тошнота, рвота, понос, боли в животе. Все это можно объединить в один синдром - диспептический. Или другой вариант. У пациента – насморк, кашель, першение в горле, гиперемия слизистой ротоглотки. В совокупности практически любой врач назовет это катаральным синдромом. И правильно сделает.

Компануя выявленные симптомы в синдромы, врач, как бы, определяет для себя, какие органы больного, какие системы у него поражены и работают не очень исправно.

Что такое очевидный симптом мы уже обсуждали. А может ли быть очевидным синдром? Думаю, да. Если в состав созданного вами синдрома входит, хотя бы, один очевидный симптом, то и синдром в целом можно рассматривать как очевидный. С этим ясно? Хорошо.

Вернемся к обсуждению следующих этапов дифференциальной диагностики (табл. 5). Вы уже, по-видимому, поняли, что первый пункт необходим, в основном, только для того, чтобы выполнить требование следующего, второго пункта. Если к вам обратится больной - весь желтый, то

ваша задача только посмотреть, а склеры у него желтые или нет? Если нет, то этот человек мог просто-напросто переест апельсинов или морковок. А если и кожа желтая, и слизистые – то это уже синдром. И назвать его можно желтухой. А что дальше? Если я вижу больного с этим самым синдромом, значит, у него может быть, как минимум, десятка два-три заболеваний. Дальше я должен в идеале их все исключить, естественно, кроме одного, которым этот пациент реально и страдает. Предположим, я в состоянии избавиться от 10-15 нозологических единиц. Но остаются неисключенными еще приблизительно столько же. Как назвать то, что я должен делать? Выбирать! Однако у медиков такое «исключение-неисключение» болезней называется **дифференциальной диагностикой**. Из практических соображений этот процесс можно разделить на два этапа. На первом необходимо пытаться исключать заболевания, опираясь лишь на клинические данные, то есть на то, что выявлено самим врачом. Этот этап дифференциальной диагностики называется **предварительной дифференциальной диагностикой**. Именно после ее проведения и ставится **предварительный диагноз**. Последний должен быть представлен названиями тех болезней, которые врач не смог исключить в процессе проведения предварительной дифференциальной диагностики.

Если бы мне, как диагносту, сильно повезло, и я бы на этом этапе смог бы исключить все болезни, кроме одной, то в ту же секунду поставленный мною **предварительный диагноз** превратился бы в **окончательный**. А что это такое?

**Окончательный диагноз** – это те заболевания, которые не удалось исключить при проведении дифференциальной диагностики.

**Окончательный диагноз** выставляется, надеюсь вы это не забыли, и при маркерной диагностике заболеваний, а также, если повезет, после проведения предварительной дифференциальной диагностики. Но все-таки, чаще всего, после завершения **заключительной дифференциальной диагностики**. Этот

этап проводится уже с использованием результатов **инструментальных и лабораторных исследований.**

Какие же это должны быть исследования? Какие анализы показаны больному? Скажите мне, какую цель, с вашей точки зрения, должен преследовать врач, назначая те или иные дополнительные исследования? Правильно, либо подтвердить, либо - исключить те заболевания, которые фигурируют в предварительном диагнозе.

Если в результате проведенных лабораторных и инструментальных исследований удастся выявить патогномоничный признак какого-то заболевания, врач имеет полное право поставить пациенту окончательный диагноз (табл. 6).

Помните пример, который я недавно приводил? У больного с наличием лихорадочного синдрома при бактериологическом исследовании крови была выявлена брюшнотифозная палочка. Поскольку такой результат является патогномоничным признаком брюшного тифа, то это заболевание и определит окончательный диагноз.

Таблица 6

### **Факторы подтверждения (I) и исключения (II) болезней**

<b>I. Патогномоничные (специфические, маркерные) признаки</b>	<b>II. Противоречия: 1-го типа : - (+) 2-го типа : + (-)</b>
---	--

Если же мною получены данные лабораторного или инструментального исследования, противоречащие какому-то заболеванию, то я его могу со спокойной совестью исключить. Предположим, мне надо получить ответ на вопрос: есть ли у заболевшего сегодня человека грипп или нет. В общем анализе крови этого больного, обнаружено  $20,0 \times 10^9$ /л лейкоцитов, что, конечно же, является nonsensом для гриппа. Поэтому, это заболевание я могу у больного исключить.

Правда, бывает и по-другому. Предположим, я запланировал дополнительные исследования, результаты которых, казалось бы, должны мне помочь исключить или подтвердить какое-то определенное заболевание. Однако, то, что хотелось, получить не удалось, в связи с чем, остались неисключенными два или три или даже больше заболеваний. Я все провел, все необходимые анализы сделал, тем не менее, не получил желаемого результата. В этом случае, диагноз будет окончательным? Да, конечно, поскольку на этот момент я получил результаты всех запланированных мною клинических и лабораторных исследований.

Чем же тогда будет отличаться окончательный диагноз, представленный одной нозологической единицей, от того, который состоит из нескольких? В первом случае, он будет точным, во втором – нет. Какой симпатичнее врачу? Конечно, первый. Но на практике это получается далеко не всегда.

Вот, посмотрите на классификацию возможных диагнозов (табл. 7).

Врач, естественно, стремится к постановке точного диагноза. Но, даже если он все делает строго по правилам, нет никакой гарантии, что точный диагноз, в конечном итоге, будет поставлен.

Таблица 7

### Классификация диагнозов

<p><b>1. По этапам обследования</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Предварительный</b> (выставляется после завершения первичного клинического обследования больного и проведения предварительной дифференциальной диагностики).</li> <li>• <b>Этапный</b> диагноз (выставляется на промежуточных этапах дополнительного обследования больного).</li> <li>• <b>Окончательный</b> (выставляется после завершения дополнительного обследования больного и проведения заключительной дифференциальной диагностики).</li> </ul>
---	---

<b>2. По точности</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Неточный (предположительный, недостоверный, неверифицированный, вероятностный, неподтвержденный), неоднозначный, гипотетический).</b></li> <li>• <b>Точный (однозначный, верифицированный, подтвержденный).</b></li> </ul>
<b>3. По целевой установке</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Клинический (прижизненный).</b></li> <li>• <b>Патологоанатомический.</b></li> <li>• <b>Судебно-медицинский.</b></li> <li>• <b>Эпидемиологический.</b></li> </ul>

Напомню, что согласно второму пункту инструкции по проведению дифференциальной диагностики необходимо выделить очевидный клинический признак (табл. 5). Это может быть и желтуха, и рвота, и повышение температуры тела, и понос, и отеки... Короче говоря, то, что видно глазу.

В соответствии с третьим пунктом необходимо обратиться к перечням заболеваний, при которых может встречаться тот или иной очевидный клинический признак. Это сделать легко, поскольку они представлены в имеющихся у вас методичках. В этих перечнях, конечно же, не будут фигурировать все известные на сегодняшний день заболевания. Тем не менее, самые опасные и самые распространенные из них забыты не будут.

Четвертый пункт: «Проведите предварительную дифференциальную диагностику этих заболеваний, исключив те из них, в отношении которых были найдены противоречия клинического плана» (табл. 5). Как конкретно это делать, мы обсудим несколько позже. Потерпите немножко.

Пятый пункт: «Отберите неисключенные заболевания, затем ранжируйте их в зависимости от распространения в данном регионе, эпидемиологических, сезонных, возрастных, половых и других факторов и поставьте предварительный диагноз» (табл. 7).

Несколько слов в отношении ранжирования неисключенных заболеваний.

Предположим, у мужчины 58 лет, жителя г. Ростова-на-Дону, заболевшего вчера (15 августа), мы не можем исключить: грипп, ОРВИ, корь, инфекционный мононуклеоз, иерсиниозы и легионеллез.

Попробуем определить, какие заболевания из этого перечня в данном случае более вероятны, какие – менее.

**Грипп** у ростовчанина в августе месяце весьма маловероятен. Поэтому, место этого заболевания не в начале списка.

**ОРВИ** – вполне возможны, тем более, что пациент, активно пользуясь сплит-системами, мог постоянно переохлаждаться.

**Корь** – у 58-летнего человека, да еще в августе месяце, вещь сомнительная.

**Инфекционный мононуклеоз** в таком возрасте мало вероятен, тем более, в августе месяце.

**Иерсиниозы**, в частности, кишечный иерсиниоз – вполне реальны в летнем периоде года.

**Легионеллез** – риск заболеть городскому человеку, активно пользующемуся в августе месяце сплит-системами и душевыми установками, достаточно высокий.

Исходя из этого, предварительный диагноз после ранжирования указанных заболеваний может выглядеть таким образом: ОРВИ, иерсиниозы, легионеллез, грипп, корь, инфекционный мононуклеоз.

Может возникнуть вопрос, а зачем это ранжирование вообще нужно?

Уверяю вас, это необходимо делать, особенно тогда, когда предварительный диагноз состоит из довольно большого числа заболеваний. А применительно к каждому из них нам будет необходимо проводить, подтверждающие и исключающие исследования, а также – назначать адекватное лечение. Теоретически это, конечно же, нужно делать в отношении всех неисключенных заболеваний, но на практике – может и не получиться.

Проблема в том, что пациент не всегда способен «выдержать» большое

количество и дополнительных исследований, и лечебных мероприятий. Поэтому врачу в ряде случаев приходится определяться, что проводить больному в первую очередь, а что – во вторую.

Далее я перешагну через шестой пункт и остановлюсь на седьмом (табл. 5). Хотя, это принципиального значения не имеет, поскольку оба этих пункта должны реализовываться фактически одновременно. «Запланируйте дополнительные исследования...» А если я - не специалист, это возможно? Да. А как это сделать? Можно прибегнуть к специальным руководствам, или справочникам, или учебникам. Допустимо за помощью обратиться и к соответствующему специалисту-консультанту. В любом случае, помните, что это должны быть такие лабораторные и инструментальные исследования, результаты которых могли бы вам помочь исключить или подтвердить неисключенные, а следовательно, фигурирующие в предварительном диагнозе заболевания.

Скажите мне, пожалуйста, а результаты каких-то дополнительных исследований могут быть получены через час? Да. А через сутки? А через неделю? А с учетом очереди, через две недели? Могут, а время-то уходит. А лечением мы займемся только после установления окончательного диагноза? Ни в коем случае. Лечение надо назначать уже на этапе установления предварительного диагноза. Ждать, когда будут получены результаты дополнительных методов исследований недопустимо. Больной может не дожидаться.

«Запланируйте лечебные мероприятия с учетом всех неисключенных, а следовательно, возможных, у данного пациента заболеваний» (табл. 5). Все логично, все по-человечески... Так и надо делать. Задача врача - «прикрыть» лечением все не исключенные им заболевания. Это соответствует и шестому пункту инструкции по проведению дифференциальной диагностики.

Правда, не всегда это на практике получается. Предположим, у больного я не могу исключить сальмонеллез и острый аппендицит. Болит живот, рвота,

жидкий стул, повышенная температура тела и т.д. Хирург ни то, ни сё, инфекционист – тоже весь в сомнениях. Вот тут и надо прикинуть, что является более опасным для жизни пациента. В данном случае, по степени угрозы для жизни острый аппендицит (в силу своих клинических особенностей и темпов развития заболевания), бесспорно опаснее. Поэтому, специалисты рекомендуют в этой ситуации провести такому больному эндоскопическое исследование брюшной полости и при наличии воспалительного процесса в червеобразном отростке эндоскопически удалить последний.

Восьмой пункт гласит: «По мере получения результатов дополнительных методов исследований проводите заключительную дифференциальную диагностику оставшихся неисключенными заболеваний» (табл. 5). Как вы понимаете, этот процесс может оказаться достаточно длительным. За пару минут это не сделаешь. Какие-то заболевания удастся подтвердить, какие-то исключить, а какие-то – ни подтвердить, ни исключить.

Скажите мне, пожалуйста, если будет получена значимая в дифференциально-диагностическом отношении информация, то количество первоначально назначенных вами лечебных мероприятий уменьшится или увеличится? Если что-то удастся исключить, то, конечно же, уменьшится.

А что, если на этапе, когда точный диагноз еще не установлен, больной, не дай бог, умер? И его необходимо отправить в ПАБ? Это не то, что вы подумали, а патологоанатомическое бюро, то есть, прозектура, или морг. Так вот, на титульном листе истории болезни мы уже не напишем все неисключенные нами заболевания, поскольку врачи-патологоанатомы этого не приемлют. Поэтому нам нужно выставить только точный диагноз. Но это же в данном случае сделать невозможно. И начинает лечащего врача «колотить». Почему? Да потому, что патологоанатом почти наверняка поставит точный диагноз, а у лечащего врача это по вполне объективным причинам может и не получиться. В итоге, после вскрытия выяснится, что клиницист — либо угадал, либо - ошибся. Если случилось последнее, то все отделение, включая и

лечащего врача, и заведующего отделением, и всех других врачей, медсестер, санитарок, может быть оштрафовано. Наказали! А, собственно говоря, за что? За то, что сделано было все правильно. И такое бывает. Как говорится, издержки врачебной деятельности.

Девятый пункт: «Поставьте окончательный диагноз» (табл. 5). Что это такое, надеюсь, понятно? Понятно. Тогда контрольный вопрос.

У нас один и тот же больной. А мы, предположим, разные врачи. Совершенно одинаковы по грамотности, но проживаем в разных местах и работаем в разных лечебных учреждениях. Какой диагноз у нас должен быть практически одинаковым, а какой, скорее всего, нет? Предварительный или окончательный? Конечно же, предварительный диагноз должен быть одинаковым, а вот окончательный, скорее всего, нет. Первое зависит только от умений врача-клинициста, а второе — от лабораторной и инструментальной базы, которой пользуется этот врач.

Обсуждая этапы проведения дифференциальной диагностики, некоторые вещи мы с вами не обсудили. В частности, как конкретно подтверждать или исключать заболевания? Каковы критерии такого подтверждения или исключения? И вообще, есть ли они? Конечно, есть.

Заболевание могут **подтвердить** только **специфические, (патогномоничные) признаки** (табл. 6). Как вы помните, они свидетельствуют в пользу исключительно одной болезни.

Правда, я могу услышать возражение: «Разве мне придется использовать патогномоничные признаки при проведении предварительной дифференциальной диагностики? Если я их у больного обнаружу, то сразу же воспользуюсь маркерным способом постановки диагноза. Зачем же мне в этом случае вообще прибегать к дифференциальной диагностике?» Все правильно. А вдруг с больным или со мной, врачом, что-то не так? Предположим, я заглянул в рот больного и пятен Филатова-Коплика не увидел. Не потому, что их действительно у этого пациента нет, а потому, что я проглядел этот

патогномоничный для кори симптом. В этом случае, диагноз мне придется ставить, используя метод дифференциальной диагностики, поскольку все остальные выявленные у этого больного симптомы имеют неспецифический характер. В связи с этим, я буду вынужден проводить предварительную дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих, скажем, с катаральными явлениями. В этой ситуации, я, так или иначе, но все же доберусь до кори, которая, естественно, присутствует в перечне заболеваний, протекающих с катаральным синдромом.

Да, кстати, с патогномоничными симптомами и синдромами могут быть некоторые проблемы, которые надо иметь в виду. Дело в том, что эти признаки, причем как клинические, так и лабораторные, никогда не встречаются в 100 % случаев. То есть, если взять 100 больных корью и посмотреть, у какого числа из них выявляются пятна Филатова-Коплика, получится, что-то, порядка 60-70 человек. А у остальных таковых просто-напросто не будет? И что из этого следует? А то, что если у пациента выявлен такой патогномоничный признак как пятна Филатова-Коплика, то у него – «железно» корь, а если нет – это заболевание исключить нельзя. Это очень важный момент.

Или такой пример. Предположим, у больного с лихорадкой взяли кровь, но не выделили брюшнотифозную палочку. Могу ли я по этому результату бактериологического исследования крови исключить у него брюшной тиф? Нет, потому, что положительная гемокультура обнаруживается только у 65-75 % таких больных. Тем не менее, многие врачи исключают. А это неправильно.

Или еще. Предположим, человек заболел ангиной. При бактериологическом исследовании мазка из ротоглотки у него была выявлена дифтерийная палочка. Как называется болезнь? Правильно, дифтерия. А если дифтерийную палочку не удалось выявить? Значит, это не дифтерия? Неверно! Дифтерию по этому показателю исключить нельзя.

Повторюсь еще раз, патогномоничные признаки никогда не встречаются в 100 % случаев. Если такой признак удалось выявить, то болезни можно

сказать «да». Если не выявлен, то «нет» говорить нельзя.

Как бы там ни было, заболеваний, при которых могут выявляться патогномоничные симптомы, до обидного мало. Да и лабораторных, и инструментальных признаков такого плана тоже «кот наплакал». Инфекционисты в этом случае более счастливые люди. В клинике инфекционных болезней патогномоничных симптомов также мало, но среди лабораторных показателей — предостаточно. Так что, на этапе заключительной дифференциальной диагностики мы, инфекционисты, нередко можем подтверждать эти заболевания.

Что касается **исключения** болезней, то мы пользуемся, так называемыми, **противоречиями** (табл. 6). Таковые могут быть как **1-го, так и 2-го типов**.

Такой пример. Молодому человеку, который увидел на улице идущую впереди его девушку, показалось, что это его старая-престарая знакомая. Ну, не в смысле, что старая, а в смысле бывшая... Ну вы меня понимаете. Быстренько догнал ее, заглянул в лицо, а это – чужой ему человек. Обознался... То есть, на расстоянии ему показалось, что это та самая единственная, однако при ближайшем рассмотрении у девушки, которую он встретил, обнаружились **противоречия** для его давней знакомой. Например, глаза другого цвета или губы другой формы. Короче говоря, не оказалось того, что должно было быть. Только тогда молодой человек понял, что ошибся. Что это не его бывшая любимая, а совершенно незнакомая барышня. Не зря же в ходу афоризм: «Сзади все девушки на одно лицо».

А как такого рода противоречия применяются в медицине? Если мне необходимо исключить у обратившегося ко мне пациента какую-то определенную болезнь, то я попытаюсь найти для нее противоречие. Таковым может быть отсутствие клинического признака, который отмечается при данной болезни в 100 % случаев. И ни процентом меньше. Если я найду такое противоречие, (а это противоречие 1-го типа), то легко смогу исключить у пациента предполагаемое заболевание.

Пример. У больных корью катаральный синдром регистрируется, как известно, в 100 % случаев. А у обратившегося ко мне больного, дети которого недавно болели корью, повысилась температура тела и появились признаки интоксикации. При этом, катаральные явления отсутствуют. То есть, у этого больного не оказалось того, что должно быть при кори. Следовательно, эту болезнь я могу у него исключить по наличию к ней противоречия 1-го типа. Кстати, математически последнее можно обозначить как «- (+)».

В общем, противоречия 1-го типа – замечательная штука для врача-диагноста. К сожалению, заболеваний, клинические или лабораторные признаки которых встречаются в 100 % случаев, не так уж и много. Поэтому и рассчитывать на частое применение в практической работе противоречий 1-го типа особенно не приходится.

Что же нам, врачам, остается? Можно попытаться использовать и противоречия 2-го типа, которые можно охарактеризовать как «есть то, чего не должно быть» или «+(-)». Предположим, мне нужно исключить у обратившегося ко мне больного какую-то болезнь. При обследовании я обнаруживаю у этого человека клинический или лабораторный признак, который абсолютно ей не свойственен. Это и есть противоречие 2-го типа для этой болезни. А раз так, то я, вроде бы, вправе ее исключить. Казалось бы, противоречия 2-го типа тоже неплохая вещь и встречаются, не в пример противоречиям 1-го типа, довольно часто. Но есть одна проблема, и достаточно серьезная. Как показывает статистика, когда обращается наш «средний» больной в нашу «среднюю» поликлинику, то врачи в «среднем» находят у него 1,75 болезней. А это значит, что у пациента, который к нам обратится, может оказаться не одна болезнь, а, скажем, две или три одновременно. И поэтому выявленные нами у больного противоречия 2-го типа к этой предполагаемой болезни могут оказаться, на самом деле, клиническим или лабораторным признаком имеющегося у него еще одного заболевания. Причем, не факт, что о последнем пациент в курсе дела. И что мне, врачу, скажите на милость, делать?

Приведу еще один, правда, несколько утрированный пример. Предположим, у больного - желтуха. Врач проводит предварительную дифференциальную диагностику соответствующих заболеваний и на основании, как он уверяет, убедительных клинических данных исключает у пациента острые вирусные гепатиты. Что же он это сделал? «У этого больного, отвечает врач, правое яичко увеличено в размерах и болезненно». И что? Врач объясняет: «В клинической картине острых вирусных гепатитов увеличения яичка не должно быть. Значит этих заболеваний у данного пациента нет». Недурно, да? Так и хочется покрутить пальцем около виска. А что, собственно говоря, не так? Что врач не учел? Одну простую вещь, а именно, возможность у больного второго заболевания. В данном случае, острого правостороннего орхита.

Куда я клоню? Сочетанная патология может помешать врачу использовать противоречия 2-го типа в качестве безоговорочного критерия исключения заболевания. Так что, знать о наличии у пациента второй болезни очень важно. Поэтому, не забывайте про анамнез жизни. Правда, повторюсь, больной о имеющихся у него заболеваниях может и не знать.

Еще один пример. Вопрос к больному: «Есть ли у вас камни в желчном пузыре?» А он откуда это знает? Есть болезни, которые манифестируются всегда. Больной о них, конечно же, знает. А есть такие, которые до поры до времени себя не проявляют. Здесь вам больной не помощник.

Получается, что врач может попасть иногда в непростую ситуацию. Если он хочет использовать противоречие 2-го типа для исключения какого-то заболевания, он должен убедиться на 100 %, что других болезней у пациента нет. А если гарантии никаких нет, то, значит, использовать противоречие 2-го типа для безоговорочного исключения того или иного заболевания достаточно рискованно.

Могу ли я исключить у больного с желтухой острые вирусные гепатиты на том основании, что у него выявляется значительно увеличенная, плотная,

бугристая печень? Болеет этот человек, вроде бы, всего три дня. За это время такую печень «заработать», конечно же, невозможно. Если я действую формально, то заявляю, что налицо противоречие 2-го типа для всех острых вирусных гепатитов: «Есть то, чего не должно быть при этих заболеваниях». И спокойно исключаю их у пациента. Однако, есть люди с хроническими заболеваниями печени, о наличии которых они могут и не знать. В данном случае, перед нами сильно пьющий больной, у которого печень приобрела такой вид задолго до появления желтухи. Может ли, скажем, острый гепатит В развиться у исходно здорового человека? Может. А может ли это же заболевание «посетить» человека с циррозом печени? Может. И как в этом случае будет выглядеть печень?

Именно поэтому исключать заболевания по противоречиям 2-го типа надо осторожно, вдумчиво, взвесив все «за» и «против». Если я исключу заболевание, которое, на самом деле, окажется у пациента, то это бесспорно будет квалифицировано как диагностическая ошибка, причем со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Меньший грех, если я не берусь исключать заболевание только потому, что просто не знаю, как это делать. Как врач, я, конечно же, профан, но поступаю честно, по-человечески, не нарушая при этом, принципов дифференциальной диагностики.

Передо мной перечень заболеваний, но, предположим, клинические симптомы одного из них мне просто не знакомы. Раз так, то я не могу судить и о противоречиях к нему. Поэтому это заболевание я оставляю в предварительном диагнозе. Правильно ли я поступил? Не могу же я его выбросить из перечня возможных заболеваний, если не знаком с ним? Конечно же, нет. Все сделано правильно. Дальше я выясняю в руководстве или справочнике, какие для подтверждения этой болезни необходимы дополнительные исследования. Я провожу их у этого пациента, и через какое-то время приходит положительный результат. Как говорится, «в яблочко». Самое

поразительное, что теперь меня среди ночи подними, я опишу все симптомы этого заболевания и необходимые исследования для его подтверждения. Это и понятно. Ведь я впервые в жизни столкнулся с необходимостью исключения такого заболевания, и больше мне из-за этого не хотелось бы переживать и краснеть.

Известно, что из десяти тысяч известных на сегодняшний день болезней, как минимум, девять тысяч имеют инфекционную природу. Если из этих девяти тысяч инфекционист знает, хотя бы, пятьдесят, это – вполне терпимо. Но от инфекциониста требуется постановка точного диагноза. И никто, при этом, не спрашивает, какие болезни он раньше видел, с какими сталкивался, а с какими – нет.

Как бы там ни было, теперь у вас есть теоретическая и методическая база для постановки диагноза методом дифференциальной диагностики. Поэтому, если вы владеете материалом и уверены в себе, можете пытаться исключать, в принципе, любые заболевания. Если же такой уверенности у вас нет, не исключайте. По крайней мере, это порядочно по отношению к больному. Пусть за вас это сделают другие специалисты. Не очень, конечно, приятно, но, по крайней мере, честно.

А теперь - небольшой эксперимент.

Один и тот же больной был осмотрен несколькими врачами. Больной – желтый.

Первый врач ставит однозначный диагноз: «Болезнь Боткина»(?). Второй: «Вирусный гепатит». Третий: «Цирроз печени». А четвертый предлагает довольно большой список возможных у данного пациента заболеваний, включая и лептоспироз.

Ответьте, пожалуйста: «Сколько лет каждому из этих виртуальных врачей? Где они работают? Каков их клинический опыт?»

Давайте рассуждать так, как это делал Шерлок Холмс.

Первый — видимо, очень пожилой человек, со старой школой за

плечами, консерватор. Этот доктор, по-видимому, имел в своей голове «перечень» заболеваний, состоящий из одной нозологической единицы. Он на подсознательном уровне оценивал у больных желтуху как патогномоничный признак заболевания, которое много десятков лет назад называлось «болезнью Боткина». Фактически этот врач использовал маркерный способ, толком не зная, что это такое. И применил его абсолютно не по делу.

Второй – участковый врач, работающий в поликлинике. Почему он поставил именно такой диагноз? Да это просто первое, что пришло ему в голову. Дело в том, что за многие годы работы у этого врача сформировалась своего рода доминанта: желтуха = вирусный гепатит. Это и понятно, ведь в поликлинику, чаще всего, и попадают такого рода больные. Правда, говорить правильно надо не с «вирусным гепатитом», а с «острыми вирусными гепатитами». Ведь на сегодняшний день таковых целых пять. Как ставить диагноз методом дифференциальной диагностики, этот врач, судя по всему, себе не представляет.

Третий - гастроэнтеролог, даже - заведующий гастроэнтерологическим отделением. Почему же он безапелляционно поставил такой диагноз? Да потому, что и у этого специалиста выработался своего рода рефлекс на то, что, чаще всего, встречалось в его практической работе. Та же самая доминанта в голове, зависящая от личного опыта этого врача. Поскольку в это отделение больные с острыми вирусными гепатитами попадают, разве что, случайно, врач-гастроэнтеролог выдал в качестве окончательного (!?) диагноза наиболее часто встречавшееся в его практике заболевание, а именно, цирроз печени. Вот и все.

Четвертый - врач скорой помощи, который с грехом пополам закончил не так давно медицинский университет. Тем не менее, он не забыл, чему его учили на кафедре инфекционных болезней. Не зря же он пересдавал экзамен по нашему предмету пять раз. Так вот, среди нескольких, возможных у этого больного с желтухой заболеваний, он назвал и лептоспироз, который реально

оказался у этого пациента. Таким образом, только четвертый врач, несмотря на свою относительную малограмотность и небольшой личный опыт, оказался единственным, кто правильно предположил у больного наличие лептоспироза. Три других, замечу, весьма опытных специалиста, допустили nepoзвoлитeльную диагностическую ошибку. А все потому, что пользовались **методом доминантной аналогии** (табл. 4).

Ну, а теперь мы разберем с вами как назначать **лечение** больным, у которых не удалось исключить какое-либо инфекционное заболевание. Любое лечение осуществляется, как вы знаете, по трем направлениям: **этиотропное, патогенетическое и симптоматическое.**

С **этиотропным лечением** — все ясно. Оно должно быть ориентировано на уничтожение тех или иных возбудителей инфекционных болезней. Дай бог, чтобы такие медикаментозные средства были в арсенале врача.

**Патогенетическая терапия** должна быть направлена на устранение или предупреждение развития опасных для жизни клинических проявлений заболевания, на которые этиотропная терапия оказать влияние вообще или уже не способна. Речь идет о таких состояниях как токсико-инфекционный шок, гиповолемический шок, отек мозга, отек легких, печеночная энцефалопатия, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность и т.п.

Что касается **симптоматической терапии**, то она для вас будет фактически закрыта. По крайней мере, пока вы будете проходить обучение на нашей кафедре. К большому сожалению, даже среди врачей, а особенно тех, кто паразитирует на медицине, этот раздел лечения очень популярен. Так, например, по радио, по телевидению, в интернете очень агрессивно рекламируют препараты, которые применимы, в подавляющем большинстве случаев, только для симптоматического лечения. Толка же от этих медикаментозных средств практически никакого. Симптоматическая терапия допустима, с моей точки зрения, только для безнадежных больных. Ну, скажем, страдающих неоперабельным раком легких 4-й стадии или заболевших

бешенством.

Когда же нужно назначать **этиотропное лечение**? Когда в предварительном диагнозе, установленном врачом, фигурируют те или иные инфекционные заболевания. Предположим, в предварительный диагноз вы включили, помимо других болезней, и брюшной тиф. Очевидно, что в этом случае вам придется предусмотреть и его лечение. Для этого необходимо назначить больному препараты, которые действуют губительно именно на брюшнотифозную палочку. Если вы не исключаете, скажем, лептоспироз, то должны назначить пациенту те лекарственные средства, которые с большой степенью вероятности будут воздействовать именно на возбудителя этого заболевания. Так что, этиотропное лечение должно назначаться уже на этапе постановки предварительного диагноза и определяться теми заболеваниями, которые врач не смог исключить у конкретного больного.

Не буду останавливаться на деталях этого стратегически важного вида терапии. Об этом мы будем говорить на последующих лекциях при разборе лечения уже конкретных инфекционных болезней.

А вот на **патогенетической терапии** есть смысл остановиться более подробно. Замечу, что этот вид лечения предусматривает ряд направлений, которые представляются важными как при инфекционных, так и неинфекционных заболеваниях.

Начнем с, так называемой, **базисной терапии**. Обсудим вкратце два ее основных компонента: режим и диету.

Если мы говорим о больном человеке, то это, чаще всего, ассоциируется с постельным режимом и ограничением физических нагрузок. Все это должно было, по идее, обсуждаться на других клинических кафедрах, где вы проходили обучение. Так, все ясно. Если и обсуждалось, то очень вяло.

«Неужели это так важно?» - спросите вы. «Постельный режим или не постельный, питание по часам или нет?»

Вы не обращали внимание на то, что как только кому-то из нас

становится плохо, так и тянет прилечь? Замечали? И не важно, при этом, какой болезнью человек страдает. В чем же тут дело?

Вспомните кафедру нормальной физиологии, лекции об обмене веществ. Если человек просто лежит, то его жизнедеятельность обеспечивается за счет основного обмена. В таком состоянии происходят минимальные потери энергии. Если человек встал, энергетические затраты увеличиваются. Побежал - затраты еще более возрастают. Когда человеку плохо, то ему хочется лечь, он теряет аппетит, ему мир не мил.

Как мне представляется, такое состояние пациента необходимо рассматривать не только как проявление тех или иных болезней, но и как защитную реакцию организма. Если человек лежит, он не тратит свою энергию на то, что не является в этот момент жизненно важным. Все силы идут на борьбу с болезнью. То же самое с другими клиническими признаками. Если снижен аппетит, тошнит, отмечается даже отвращение к еде, надо ли давать пациенту специальные препараты, повышающие аппетит? В большинстве случаев, нет, потому что это своего рода защитная реакция организма. Зачем же ее устранять?

Теперь несколько слов о диете и лечебном питании. Обычно мы прохладно относимся к этому компоненту лечения. Но стоит нам оказаться на месте больного или его родственников, становится понятным, почему ими задаются такие вопросы: «А что можно есть? А в каких количествах? А что пить?». Поскольку, я надеюсь, вы это уже обсуждали на других клинических кафедрах, рекомендую вам вспомнить, что это такое? Это бесспорно пригодится в вашей работе. В любом случае, я полагаю, диета должна быть направлена на создание щадящего режима для больного органа.

Следующий важный раздел патогенетической терапии - **дезинтоксикация**. По своему определению, она призвана нивелировать или даже устранять в организме человека действие каких-либо токсических веществ. Токсин, как вы помните, это в переводе на русский язык — яд. Когда

мы говорим об интоксикации, то имеем в виду токсины, которые оказались в крови и циркулируют в ней. Имеется несколько подходов к проведению этого вида терапии.

Первый из них определяется тем, что при некоторых инфекционных болезнях токсины, попадающие в кровь, являются фактически продуктами распада микробов, причем, в первую очередь, грамм-отрицательных (брюшнотифозная палочка, сальмонелла, шигелла и т.д.). С биохимической точки зрения, это липополисахариды. Они обладают, как известно, целым рядом токсических свойств. В любом случае, когда такие токсины попадают в кровь, человеку может быть очень и очень плохо.

С позиций же токсикологии, продукты распада микроорганизмов называются эндотоксинами. Дело в том, что липополисахариды являются водорастворимыми веществами. Они легко выводятся через кожу с потом и через почки с мочой. Это обстоятельство и должны учитывать врачи, планирующие проведение дезинтоксикационной терапии. Цель последней — выведение токсинов из крови. Поэтому, в этих случаях необходимо применять препараты, которые либо форсируют диурез, либо повышают потоотделение. В домашних условиях это, конечно же, обычная вода, либо другие жидкости, которые можно и нужно использовать перорально. В стационарах же для этого обычно используют внутривенно вводимые кристаллоидные или коллоидные препараты. Например, физиологический раствор, гемодез или реамберин. Смысл этого лечения - вводить больному человеку жидкость в избыточном количестве. Раз ее окажется больше, чем надо, то лишнее будет выводиться из организма, причем, в первую очередь, через почки. С мочой «уплывут» и эндотоксины. Тем самым, врач добьется своей цели — убрать эндотоксин из крови.

Несколько слов еще об одном виде дезинтоксикационной терапии, которую, впрочем, чаще называют «антитоксической». В патогенезе некоторых инфекционных заболеваний имеет место интоксикация организма, которая

определяется наличием в крови не эндотоксина, а экзотоксина. То есть токсина, который продуцируется живым микроорганизмом. По биохимической структуре, это, как вы понимаете, уже не липополисахаридный комплекс. Это белковое вещество. Например, экзотоксин дифтерийной палочки. Если чужеродный белок находится в крови, то ни кристаллоидные, ни коллоидные препараты уже не помогут. Никакой белок не может быть ими связан, а тем более, выведен из крови с мочой. В этих случаях, экзотоксины можно нейтрализовать только, своего рода, антибелком, а точнее, соответствующими антителами к этому белку. Если мы имеем дело с дифтерийным экзотоксином, то в кровь необходимо вводить дифтерийную сыворотку, содержащую специфические антитоксические антитела. Это нужно для того, чтобы последние связались с дифтерийным экзотоксином, а дальше образовавшийся и ставший уже безобидным иммунный комплекс будет утилизирован клетками макрофагальной системы.

Выделяют еще один вид интоксикации, которая вызывается не экзотоксином и не эндотоксином, а другими веществами белковой природы. Я имею в виду, продукты распада собственных клеток, которые являются своеобразным антигенным раздражителем для организма. Если избыточное количество этих продуктов распада попадает в кровь, то человеку становится плохо. Можно ли сегодня бороться с таким видом интоксикации? К сожалению, нет. Тут врач практически бессилен. Правда, если такому больному вводить внутривенно, хотя бы, физраствор, то может наблюдаться кратковременное улучшение самочувствия, что связано, скорее всего, с элементарным разбавлением указанных белковых веществ в крови. После посещения туалета, удельная плотность плазмы крови быстро восстанавливается до исходной, и самочувствие больного вновь ухудшается. А как по-другому? Ведь «плохой»-то белок никуда не делся. То есть, фактически реального дезинтоксикационного эффекта в этом случае добиться не удастся.

В крови больного человека могут появиться и другие белковые вещества

«собственного производства», вызывающие состояние, напоминающее интоксикацию. Под влиянием некоторых вирусов такие клетки как лимфоциты и моноциты могут выделять в кровь, так называемые, пирогенные вещества, являющиеся, по сути дела, цитокинами. Именно они, либо корпоративно, либо каждый в отдельности, способны оказывать влияние на терморегуляционные центры, способствуя усилению обмена веществ и повышению температуры тела. Если концентрация цитокинов в крови достаточно высока, то человек начинает чувствовать себя плохо, у него может появиться лихорадка. Избавиться от этих пирогенных веществ с помощью неспецифической дезинтоксикационной терапии. Да, и зачем это делать? Ведь это целесообразная реакция организма человека. Правда, некоторые специалисты предлагают в этом случае применять экстракорпоральные методы очищения крови (плазмаферез, гемосорбцию и т.п.). Но таким образом можно избавиться только от водорастворимых веществ. «Очистить» же ее от цитокинов никакая инфузионная терапия не способна. Ну, и слава богу. Ведь именно цитокины обеспечивают полноценную иммунную защиту нашего организма.

Существует и такой вид патогенетической терапии как **регидратация**. Фактически - это восполнение потерянной больным человеком жидкости и солей. В этой ситуации от врача требуется использовать препараты, которые специально созданы для такого вида лечения. Например, квартасоль, трисоль или ацесоль, которые применяются внутривенно, или, скажем, регидрон или глюкосалан, используемые перорально.

Еще один вид патогенетического лечения - **дегидратационная терапия**. Она требуется при тех заболеваниях, при которых избыток жидкости скапливается в каких-то гидрофильных органах, ну, скажем, в легких. В этом случае, человек как бы «сам себя топит». Здесь без помощи врача уже точно не обойтись. Активная дегидратация необходима и при развитии отека головного мозга, например, у больных менингококковым менингитом.

Жизненно важным видом патогенетического лечения является

**противошоковая терапия.** Чаще всего, дело касается инфекционно-токсического и анафилактического видов шока. В патогенезе указанных состояний кровь из организма не «выливается», жидкая часть ее не теряется. Но в силу определенных патогенетических обстоятельств происходит парез прекапилляров, где, собственно говоря, и депонируется кровь. При ряде заболеваний под влиянием инфекционных, токсических или аллергенных факторов происходит своего рода застой крови на периферии, то есть, ее децентрализация, вследствие чего артериальное давление у больного падает. При этом, повышать его в этих случаях путем «сжатия» прекапилляров, во-первых, вряд ли получится, а во-вторых, просто-напросто нельзя, поскольку может пострадать гемодинамика мозга, сердца и других жизненно важных органов. Здесь в аварийном порядке магистральные кровеносные сосуды надо заполнять специальными лекарственными жидкостями, так называемыми, кровезаменителями, плохо выводящимися из крови. Речь идет о высокомолекулярных декстранах, либо их аналогах. Противошоковая терапия бесспорно относится к экстренному и неотложному виду лечения больных.

Следующий раздел патогенетического лечения - **коррекция микроциркуляции.** Важно, чтобы кровь постоянно шла через капилляры. В патогенезе некоторых инфекционных заболеваний могут отмечаться серьезные нарушения капилляротока. Что в этой ситуации делать врачу, мы поговорим на следующих лекциях, когда будем обсуждать лечение уже конкретных инфекционных заболеваний.

**Нормализация кислотно-основного состояния** крови и тканей – тоже значимый вид патогенетического лечения ряда инфекционных болезней. Фактически именно сдвиг рН крови и тканей в ту или иную сторону становится, чаще всего, истинной причиной смерти пациента.

Есть и другие виды патогенетической терапии, но на них сейчас мы останавливаться не будем.

Еще раз напоминаю вам, что все неисключенные вами инфекционные

заболевания должны быть «прикрыты» соответствующей этиотропной и патогенетической терапией. Не забывайте, пожалуйста, что любые лечебные мероприятия, которые вы планируете проводить больным, должны быть вами продуманы и обоснованы. На экзамене ответы типа «так принято» или «так на лекции сказали» засчитаны не будут. Имейте это в виду.