

М. М. Мамытов
К. Б. Ырысов
Э. М. Мамытова

**Нейрохирургическая
диагностика — настоящее
творчество и интуиция
врача**

Бишкек 2015

М. М. Мамытов

К. Б. Ырысов

Э. М. Мамытова

**Нейрохирургическая
диагностика –
настоящее
творчество и
интуиция врача**

Бишкек 2015

Рецензия

на монографию М.М. Мамытова, К.Б. Ырысова,
Э.М. Мамытовой «Нейрохирургическая диагно-
стика — настоящее творчество и интуиция врача»

Монография академика М. М. Мамытова, доктора медицинских наук К. Б. Ырысова и кандидата медицинских наук, доцента кафедры невропатологии Э. М. Мамытовой освещает наиболее важные аспекты вопроса диагностики заболеваний в области неврологии и нейрохирургии. Хорошо оформлена, богато иллюстрирована, и работа является достойным вкладом в проблему диагностического процесса.

Авторы этой монографии стремились показать необходимость проведения комплексного клинического обследования для диагностики различных заболеваний, в основном нейрохирургического профиля.

Одно из главных мест в данной монографии занимает диагностика и лечение геморрагических мозговых инсультов, и некоторые другие заболевания головного мозга. Этому вопросу в работе посвящены несколько глав. Особое внимание уделено клиническим симптомам в диагностике различных нейрохирургических заболеваний.

Авторы стремились показать, чтобы эта книга послужила источником информации для нейрохирургов, невропатологов и других специальностей в диагностическом процессе. Эта работа будет интересна тем, что каждый врач, умело может использовать свои творческие способности и интуицию в постановке сложных нейрохирургических диагнозов.

В книге заинтересованный читатель и медицинский специалист находит сведения об исторических этапах становления распознавания болезни, которые в современной медицине называют диагностикой и диагнозом. Автор в своей работе представляет классификацию диагнозов, функций и методах диагностического процесса. Автор акцентирует о необходимости творческого подхода и об использовании интуитивного чувства, а также имеющий опыт врачебного мышления при диагностике нейрохирургических заболеваний.

В отдельных главах книги, автор представляет теоретические основы медицинского диагноза, где представлены понятийные толкования медицинского диагноза, его структуре и разновидностям. Другая часть работы посвящена клиническому диагнозу, определены понятия «клинический диагноз» и его функции. Предложена и обоснована классификация клинического диагноза. Приведены примеры оформ-

ления клинического диагноза при разных вариантах взаимодействия двух и более болезней, требующих первоочередного лечения. Выделены особенности формулирования клинического диагноза при некоторых нейрохирургических и общехирургических болезнях. В достаточно полном объеме рассматривается патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы, которые не последнее место занимают в общемедицинском диагнозе.

Книга предназначена как для нейрохирургов, так и для смежных медицинских специальностей, слушателей постдипломного образования и студентов медицинских ВУЗов и факультетов. Может быть рекомендована для публикации.

Зав. каф. философии науки
КРСУ, Академик НАН КР,
д.м.н., профессор А.Ч. Какеев

Введение

Последние достижения в изучении поражений головного мозга, совершенствование методов их диагностики и лечения во многом изменили прежние представления нейрохирургов и других врачей, особенно методологию нейрохирургического диагноза. По своей сущности и содержанию постановка правильного и своевременного нейрохирургического диагноза динамичный и по-настоящему творческий процесс. Это связано с тем, что со временем меняется методология диагноза, его возможности, темп, содержание и, наконец, цели. Тем более, где есть творчество, там всегда присутствует явная интуиция человека, тем более врача — нейрохирурга.

В тоже время с момента появления самого элементарного способа диагностики заболеваний головного мозга, не перестают конкурировать два направления во врачебном мышлении — клиницизм и техницизм. Однако техницизм есть естественное развитие и совершенствование клиницизма, неразрывная часть любой отрасли клинической медицины. В том числе нейрохирургии. Однако есть некоторое опасение в том, что, не атрофирует ли легкодоступная визуализация очаговых поражений головного мозга интеллектуальную сущность диагностического суждения, врачебного мышле-

ния? Интеллектуальное напряжение, энергия и время нейрохирурга и невропатолога, раньше уходившие на доказательство наличия мозговой патологии, определение ее топики и нозологического характера путем интуиции и опыта, теперь благодаря именно современным методом (компьютерная и ядерно-магнитная томография, КТ, МРТ и др.) диагностики, клиническое мышление врача, может переключиться на другие аспекты диагностического процесса. Известно, что инструментальные методы обследования лишь расширяют число признаков, тем самым увеличивая шансы для правильной диагностики, не суживая или подменяя клиническое мышление. То есть, проблема сводится не к замене клинического мышления данными дополнительных методов обследования, а к высвобождению мышления для построения правильного клинического диагноза, с формированием его суждения и логически в интересах диагноза и, в конечном счете, в интересах больного.

Несмотря на появление современных диагностических возможностей, применение дополнительных методов исследования, клиника, особенно оценка неврологической симптоматики, была и остается непреходящей первоосновной задачей диагностики в нейрохирургии, особенно в нейротравматологии.

Несомненно, дополнительные инструментальные методы исследования кардинально улучшили распознавание очаговой патологии мозга, сделали впервые доступной для суждения массу важнейших параметров дооперационного диагноза, одновременно расширив, углубив и модернизировав многие клинические представления (А.Н. Коновалов соавт., 1998).

Но очевидно и то, что при всех выдающихся достижениях, любой инструментальный способ исследования не отражает всей необходимой полноты индивидуального диагноза. Например, получив информацию из КТ или МР томографии о наличии объемного образования мозга, мы все равно не можем обосновать показания или противопоказания к операции без учета таких данных и факторов, как возраст пациента, отягощенность анамнеза, состояние внутренних органов, степень нарушения психики, зрения, речи и других функций, наконец, клинической фазы заболевания, операционного риска и т.д. (Л.Б. Лихтерман, 1998). Взаимодействие личности врача и личности больного в диагностическом процессе исключительно важна не только для успешного завершения диагностического поиска, но и для веры больного в выздоровлении для особого психологического контакта в плане согласия на оперативное вмешательство. Поэтому эти факторы

не заменят даже современный аппарат, тем более, если признать, что нейрохирургический диагноз есть настоящее творчество.

Тут возникают проблемы медицинского права, врачебной деонтологии и этики. Почти всегда приходится решать вопросы, возникающие между больным и его родственниками с одной стороны и, лечебным учреждением и конкретным врачом с другой стороны, связанные с обследованием пациента, установлением диагноза и проведением лечения, особенно нейрохирургическим вмешательством. При принятии ответственного решения в пользу хирургического лечения, пациент или его родственники имеют право в доступной для них форме, получить всю информацию о состоянии здоровья больного, о результатах обследования, наличии заболевания, о его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанным с ним риске, о возможных вариантах определенного вмешательства и др. После ознакомления больного с его состоянием и рекомендациями врача, наиболее приемлемыми вариантами лечебной тактики, больной или родственники, исходя из собственных мнений и нравственно-ценностных принципов, добровольно дают согласие на тот или иной вариант лечения.

Глава I. Краткая история постановки медицинского диагноза

Впервые термин *diagnosis* появился во втором веке до нашей эры в связи с созданием александрийскими врачами схемы обследования больного. Как и создание «Гиппократова сборника», схема обследования больного имеет тесную связь с врачебным наследием Гиппократов (406 – 377 г.г. до н.э.). Поучение Гиппократов знать о больном прошлое, настоящее и предвидеть будущее, стало основой для создания схемы обследования больного. В.Х. Василенко (1985) эту схему представлял «в виде *anamnesis – diagnosis – prognosis*». Надо заметить, что подобная формула могла появиться в поздний период или, вероятнее всего, на конечном этапе её существования. Первоначально схема обследования больного могла быть только с единым корнем *gnosis* (знание) и имела вид: *annagnosis - diagnosis – prognosis*. Дословный перевод *diagnosis* означает «междузнание». Именно так врачи древности называли «мит между прошлым и будущим», т.е. настоящее. Замена *annagnosis* определила постепенный распад вышеуказанной схемы, и стало возможным раздельное существование трех её элементов.

Anamnesis (воспоминание) в виде *anamnesis morbi* (анамнез болезни) и *anamnesis vitae* (анамнез жизни)

продолжает оставаться обязательным элементом современной схемы обследования больного, составляя субъективную часть сведений о пациенте.

Prognosis (предузнавание, предвидение), как элемент врачебных действий, существовал до Гиппократов и был им доведён до эмпирического совершенства. «Прогностика» существует отдельной книгой «Гиппократового сборника». Прогноз остается важнейшим элементом действий врача его повседневной практики. Прогноз способствует своевременной профилактике, успешной терапии, точной и рациональной диагностике.

Во второй половине 19 века корифеи медицины С.П.Боткин и Г.А.Захарьин использовали термин «диагностика», а свои заключения о страданиях больных в виде «эпикриза».

Diagnosis долго существовал в трансформированном виде: *diagnostike* с семантикой «распознавание». Одно из известных тому свидетельств – это надпись на воротах лейденской научной клинической школы: «*Qui benediagnostic bene curat*», «Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит».

На протяжении веков между врачом и больным не было никаких даже приборов, кроме осмотра и беседы. В распознавании болезней врач мог полагаться только

на свой опыт, интуиции, на искусство расспроса по развитию болезни, на собственный осмотр используя свой слух, зрение, обоняние и др. Оценивая по цвету кожи, по характеру пульса, дыхания, выделений, по его запаху. Вот какие были арсеналы врача для постановки диагноза самой различной патологии.

Первый инструмент для диагностики появился в 1816 году. Доктора Дазнека пригласили к заболевшей французской королеве. Жалобы указывали на болезнь сердца, которое надо было выслушать. Обычно для этого прикладывали ухо к груди. Но доктору прикоснуться к королеве было не положено. Опытному доктору пришла удачная мысль. Он сложил плотную бумагу трубочкой и приложил ее одним концом к своему уху, а другим — к груди королевы. Тоны сердца были хорошо слышны. Так «родился» стетоскоп, ставший непременным диагностическим атрибутом любого современного практикующего врача.

Многие современные новые инструментальные методы диагностических исследований безопасны, полностью соответствуют главному принципу «Noli nocere» - «Не вреди больному». Врач всегда предпочитает безопасный и безболезненный (прежде всего — в интересах больного) путь к диагнозу, а он всегда лежит через экспресс — интуитивного видения патологии.

Любой инструментальный метод диагностики является соподчиненным клинике. Проблема не сводится к замене клинического мышления инструментальными методами, а к освобождению клинического мышления для синтеза и анализа всех полученных информации о больном для формирования клинического мышления. Но при всех выдающихся достижениях любой инструментальный метод исследования не отражает всей полноты индивидуального диагноза. Например, получив с помощью компьютерного или магнитно-резонансного томографов неоспоримые доказательства опухоли мозга и видя на снимках все ее особенности, все равно невозможно обосновать показания или противопоказания к операции без учета таких истин, как возраст больного, отягощенность анамнеза, состояние внутренних органов, степень нарушения психики, зрения, речи и других функций, наконец, клинической фазы заболевания.

Если признать, что современный нейрохирургический диагноз — творчество, то ясно видно ограниченность любого инструментального метода исследования, запрограммированного на получение лишь определенной диагностической информации. А когда мы считаем, что постановка нейрохирургического диагноза есть — настоящее творчество, то нейрохирург имеет

дело не только с больным, но и человеческой личностью, и нейрохирург выступает не как железный робот, а как гуманное существо.

Нейрохирургическая диагностика является сложным познавательным процессом природы и характера заболевания. Неврологический и нейрохирургический процесс всегда носит творческий характер, отличается великим множеством различных комбинаций симптомов, с одной стороны, и разнообразнейшим характером индивидуальных особенностей у больных, их неодинаковой реакцией на болезнетворное начало, множеством вариантов адаптационно-приспособительных и нервно-трофических нарушений-с другой. Поэтому очень важно в этом процессе нейрохирургу правильно и творчески осмыслить полученные данные, вдумчиво сочетать их и анализировать и синтезировать.

Процесс диагностики усложняется еще наличием множества эмоционально-психологических, этических и других факторов, воздействующих как на больного, так и на врача.

Глава II. Современная нейрохирургическая диагностика невозможна без творческого кадрового и технического потенциала

Клиника нейрохирургии в настоящее время функционирует как единый комплексный научно-практический центр в составе Национального Госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, состоящий из 4-х отделений по 35 коек (два нейрохирургии, два отделения нейротравматологии) и из двух отделений нейрореанимации на 8 и 6 коек, а также из двух операционных залов, рассчитанных на три операционных стола каждый.

Нейрохирургическая служба в республике, кроме клиники нейрохирургии в Национальном госпитале состоит из отделения нейрохирургии на 20 коек в Республиканской детской больнице, отделения нейрохирургии на 30 коек в третьей Городской детской больнице скорой медицинской помощи, отделения нейрохирургии на 25 коек, в НИИ травматологии и ортопедии, два нейрохирургических отделения по 40 коек в Ошской областной и Ошской городской клинических больницах, отделения нейрохирургии на 30 коек в Токмокской областной больнице и на 20 коек в Джалал-Абадской областной больнице. Таким образом, в стране с более пяти миллионным населением в лечебных учреждениях рес-

публики развернуты всего 350 нейрохирургическихоек, что составляет 0,6 коек на 10 000 населения при нормативе 1,5 на 10 000 населения.

В клинике нейрохирургии работают три доктора медицинских наук (М. Мамытов, Б. Дюшеев, К. Ырысов), семь кандидатов наук. Под руководством академика НАН КР Мамытова Миталипа Мамытовича защищены 7 кандидатских и одна докторская диссертаций, подготовлены к защите две кандидатские и две докторские диссертации. Мамытов Миталип Мамытович посетил и ознакомился с принципами работы ведущих нейрохирургических клиник мира (США, Австрии, Голландии, Швейцарии, Швеции, Турции, Ирана, Пакистана, Монголии, России и Украины). Под рекомендацией академика НАН КР Мамытова Миталипа Мамытовича один нейрохирург прошел трехлетнюю стажировку (К. Ырысов) по нейрохирургии в Германии, другой (Н. Кадыров) - двухлетнюю стажировку в США, 2-3 месячную стажировку проходили в Турции 8 нейрохирургов. В настоящее время в двухлетней стажировке в Германии находятся два специалиста.

В нашей клинике организованы и проведены показательные операции сучастием специалистов из Швейцарии, Турции, Доминиканской Республики, Москвы, Санкт-Петербурга, Киева и Минска. Мамытов Мита-

лип Мамытович был привлечен в качестве международного консультанта при разборе диагностически сложных и неясных больных (Казахстан, Иран, Пакистан), выступал официальным оппонентом докторской диссертации на международном уровне (Казахстан, Россия, Монголия), проводил экспертизу международных научных проектов (Брюссель) в качестве международного эксперта.

В результате совместной работы с коллегами из ближнего и дальнего зарубежья в клинике внедрены в практику новые виды нейрохирургических операций при сосудистых заболеваниях головного мозга, которые ранее всегда направлялись и безотказно принимались в Москве. Но после распада Союза эти и другие больные перестали направляться за пределы республики из-за экономических трудностей. Поэтому мы вынуждены были освоить технику сложнейших нейрохирургических операций с минимальными экономическими затратами при каротидно-кавернозных соустьях, артериальных и артериовенозных мальформациях. Кроме того, нами освоена техника хирургического вмешательства для удаления опухоли и гематомы боковых и третьего желудочков головного мозга, опухоли стволовых и парастволовых локализаций, которые по канонам нейрохирургии считались анатомически

недоступными зонами мозга, физиологически недо-
злеенными и технически невозможными для хирургиче-
ского вмешательства.

В последние два десятилетия под руководством
академика НАН КР Мамытова Миталипа Мамытовича
среди нейрохирургов клиники нейрохирургии сформи-
ровался довольно сильный целеустремленный научный
коллектив, способный провести сложные научные ис-
следования, внедряя в практику свои научные цели и
научные направления. Нами проводится научно-
исследовательская работа по четырем основным
направлениям, выбор которых обусловлен наибольшей
актуальностью и востребованностью практической
нейрохирургии и нейрохирургической науки респуб-
лики в целом. Это вопросы диагностики и хирургиче-
ского лечения опухолей головного мозга, проблемы
нейротравматологии, современные аспекты хирургиче-
ского лечения мозговых инсультов, показания и проти-
вопоказания к хирургическому лечению остеохондроза
позвоночника и другие.

Под руководством академика М. Мамытова стре-
мительно бурно развивается нейрохирургическая
служба в Кыргызской республике. В таблицах № 1 и
№ 2 представлена динамика роста нейрохирургических
коек в республике и самих нейрохирургов, начиная с

70-х годов прошлого столетия, причем более десяти
(11) нейрохирургов работают в лечебных учреждениях
России и дальнего зарубежья.

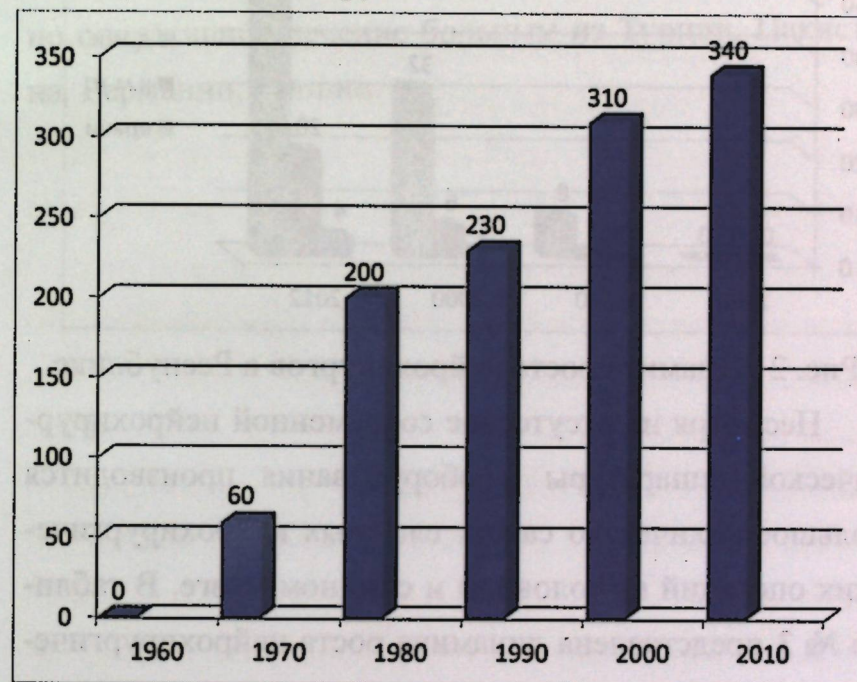


Рис. 1 Динамика роста нейрохирургических коек
в Республике

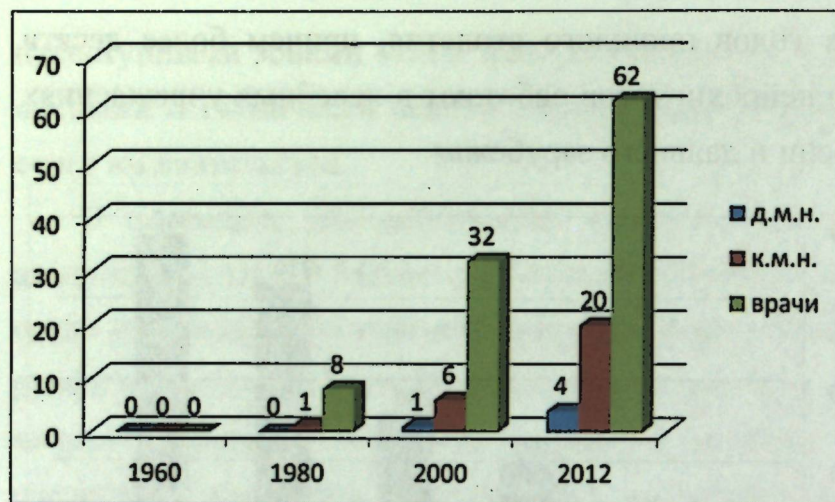


Рис. 2 Динамика роста нейрохирургов в Республике

Несмотря на отсутствие современной нейрохирургической аппаратуры и оборудования производится большое количество самых сложных нейрохирургических операций на головном и спинном мозге. В таблице № 3 представлена динамика роста нейрохирургических операций.

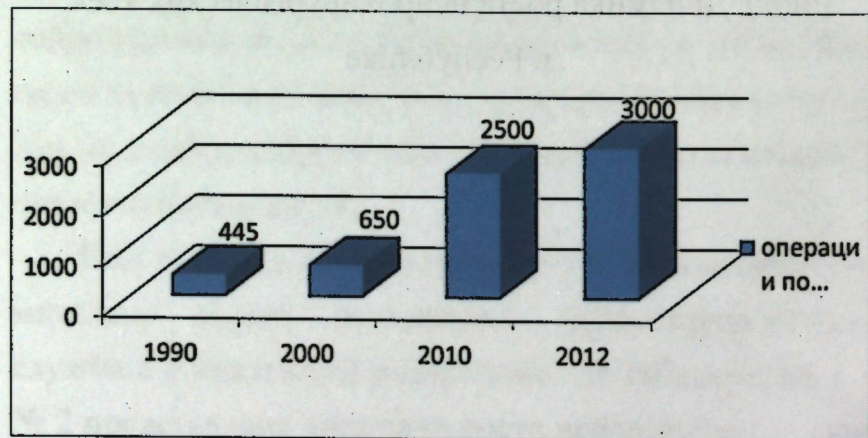


Рис. 3 Динамика роста нейрохирургических операций.

В клинике нейрохирургии оказывается нейрохирургическая помощь гражданам Казахстана, Узбекистана, Таджикистана, в единичных случаях произведено оперативное лечение больным из Турции, Пакистана, Германии, Японии.

Глава III. Роль клинических симптомов в диагностике очаговых поражений головного мозга

3.1. Нейрохирургические аспекты очагового поражения головного мозга

Прежде всего, хотелось бы представить сугубо личные соображения и некоторые собственные наблюдения относительно вопроса диагностики очаговых поражений головного мозга. Как нам представляется, что одной из труднорешимых и сложных, в то же время актуальных проблем нейрохирургии является своевременная и правильная диагностика очаговых поражений головного мозга. Почти во всех имеющихся отечественных и зарубежных литературных источниках, вопрос о диагнозе очаговых поражений головного мозга рассматривается сугубо предметно, узко дифференцировано, т.е. с точки зрения этиологических и нозологических характеристик. Нам не удалось встретить какие-либо научные исследования, которые эту проблему рассматривали бы комплексно, выясняли бы частные соотношения очаговых поражений к общим. Для выяснения комплексных характеристик очагового поражения головного мозга необходимо было наличие большого количества клинического материала, системати-

зированного и обработанного за достаточно большой отрезок времени определенного научно-практического коллектива. Для реализации поставленной цели, как нам казалось, вполне подходящим была бы клиника нейрохирургии Национального Госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Поэтому настоящая работа основана на материалах коллектива нейрохирургии Национального Госпиталя за последние десятилетия.

Сами по себе очаговые поражения головного мозга имеют более широкий смысл. В категорию очаговых поражений головного мозга может входить множество различных заболеваний нервной системы, которые не требуют каких либо нейрохирургических вмешательств. Однако в нейрохирургии встречается масса различных нозологических форм заболеваний и состояний, которые обуславливают очаговые поражения головного мозга, почти все они распознаются при помощи активных нейрохирургических методов диагностики, и самое главное, лечатся они хирургическим путем.

К группе основных нейрохирургических заболеваний, которые вызывают очаговые поражения головного мозга, отнесены опухоли центральной нервной системы различных локализаций и гистологии, травматические ушибы и разmozжения головного мозга, внутри-

черепные гематомы различного генеза, абсцессы головного мозга, паразитарные заболевания и кистозные процессы мозга, артериальные и артериовенозные мальформации и другие. Среди них наиболее часто встречались опухоли мозга и травматические ушибы головного мозга с внутричерепными кровоизлияниями, что составляли 89,3% из всех очаговых поражений головного мозга.

Мы проанализировали результаты наблюдения и хирургического лечения очаговых поражений головного мозга у 2918 больных, госпитализированных в Клинику нейрохирургии Национального Госпиталя за последние 15 лет (1995-2010). Возраст больных колебался от 3 до 74 лет. Больных детского возраста (до 16 лет) было 276, что составляет 9,4%, мужчин – 2714 (59,7%), женщин 1204 (41,3%). Все больные были подвергнуты хирургическому лечению.

Для установления диагноза очаговых поражений головного мозга, в первую очередь, были приняты во внимание принципы общеклинической классической неврологической топической диагностики в сопоставлении с данными дополнительных обследований, включая ангиографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографии. Были учтены общемозговые и очаговые симптомы в логической последовательно-

сти, темпы их развития, взаимоотношения между общемозговыми и очаговыми симптомами.

3.2. Клинические аспекты очагового поражения головного мозга

В данной части работы уделено особое внимание особенностям клиники нейрохирургических внутричерепных заболеваний, сопровождающихся очаговыми поражениями головного мозга и принципам врачебного мышления, направленного на решение диагностических и лечебных задач в той мере, как они могут быть реализованы при комплексном клинико-неврологическом исследовании того или иного больного.

Развернутый клинический диагноз в каждом случае нейрохирургического внутричерепного заболевания включает в себя заключение о характере патологического процесса, его этиологии и топикодиагностические аспекты. Из всех трех основных составляемых диагноза вопрос, касающийся топического (очагового) диагноза имеет для нейрохирурга первоочередное значение. Это объясняется тем, что в случаях, когда характер процесса и его этиология остаются не вполне ясными, оперативное вмешательство, хотя бы эксплоративное, может быть осуществлено лишь

при наличии достаточной вероятности и ясности очагового поражения головного мозга.

Уже в процессе выявления жалоб нейрохирургического больного открывается возможность определить то направление, которое должно принять дальнейшее его обследование, в первую очередь, уточнение анамнестических данных. Так, например, головная боль, усиливающаяся рано утром или в ночные часы, позволяют предположить внутричерепной патологический процесс. Предварительное представление о локализации патологического очага во многих случаях формируется уже на основании описания некоторых жалоб - судорожных приступов, субъективных двигательных или чувствительных расстройств.

Следует отметить, что истинный характер субъективных расстройств иногда удастся установить лишь путем постановки специальных вопросов. К числу таких «пассивных» жалоб относятся транзиторные амблиопии — преходящие потемнения в глазах при наличии застойных сосков на глазном дне, ликворея из уха при переломах основания черепа. В таких моментах врач должен проявлять критическое отношение к словам, жалобам больного. Больные со сниженным интеллектом иногда склонны называть парестезии «болями», нарушение движений конечности, обусловлен-

ное расстройствами координации, - «слабостью», шум в голове - «головной болью» и др.

Анамнез болезни позволяет заключить о характере внутричерепного процесса. Основными критериями при этом могут служить:

1. обстоятельства, при которых началась болезнь;
2. темпы развития начальных ее симптомов;
3. особенности течения заболевания;
4. давность заболевания.

Учитывая эти особенности болезни можно предположить об опухолевом, травматическом, воспалительном, сосудистом или дегенеративном характере очагового поражения головного мозга.

Необходимо указать на наиболее частые ошибочные действия врача при диагностической оценке некоторых церебральных симптомов. Так, например, опухолевый рост, нередко, впервые клинически проявляется на фоне какого-либо инфекционного заболевания, признаки которого врач может принимать как указания на воспалительный характер внутричерепного процесса. Сюда можно отнести такие случаи клинической манифестации опухоли головного мозга при непосредственной связи с черепно-мозговой травмой, с родами или беременностью. Переоценка этих данных может привести к ошибочному заключению об истинном ха-

рактуре очагового поражения головного мозга. Только при более углубленном анализе всей совокупности клинических данных удастся прийти к правильному выводу о том, что инфекционному эпизоду, травме или беременности следует придавать лишь скромную роль фактора, провоцирующего клинические проявления опухолевого процесса еще задолго до того, когда начнется свой опухолевый рост.

Относительным оказывается и значение темпа развития начальных симптомов. Ярким примером может служить кажущаяся на первый взгляд апоплектиформность манифестации болезни в случаях злокачественных опухолей головного мозга (мультиформная глиобластома, метастатические опухоли). При воздействии факторов, чаще экзогенных, далеко не всегда поддающихся учету, срыв компенсаторных механизмов наступает иногда столь внезапно, что заболевание имитирует, на первый взгляд, процесс значительно более острый, чем опухолевый. В таких случаях мысль клинициста склоняется к диагнозу нарушения мозгового кровообращения типа тромбоза, или, реже, кровоизлияния в мозг.

Однако углубленное изучение причин ошибочного принятия опухоли мозга за внутричерепное кровоизлияние показывают, что мнение некоторых из авторов о

сравнительно большой частоте апоплектиформного начала болезни и случаях злокачественных новообразований следует считать несколько преувеличенным. Подробный опрос не только самого больного, но и его близких позволяет в подобных случаях установить такие симптомы церебрального процесса, как изменения личности и поведения. Их можно бывает отметить еще до развития острого эпизода, напоминающего инсульт. К еще более грубым ошибкам такого же рода нужно относить те случаи, когда первым проявлением болезни, послужившим основанием для включения об остром заболевании с очаговым поражением головного мозга, был эпилептический припадок, меньероподобный синдром или обморочное состояние.

Ремиссии не исключают с категоричностью очагового церебрального заболевания. При некоторых опухолевых процессах может иметь место преходящий вариант внезапно развивающегося клинически значимого очагового симптома, например гемипареза. Повидимому, такая динамика локальной симптоматики определяется, в некоторой степени, вторичным нарушением кровообращения мозга или влиянием самой опухолевой трансформацией ткани. Необходимо отметить, что расстройство кровообращения может разви-

ваться на большем или меньшем расстоянии от опухолевого очага.

Недоучет возможности ремиссии в течении болезни является одной из наиболее существенных причин ошибочного заключения об опухолевом процессе в случаях запоздалого поступления в нейрохирургическую клинику больных с эпи - и, особенно субдуральными гематомами травматического происхождения. В таких случаях «светлый промежуток» оказывается столь длительным (недели и даже месяцы), а начальные симптомы ушиба мозга настолько стертыми, что при недостаточно целенаправленном сборе анамнеза факт получения закрытой черепно-мозговой травмы может и вовсе выпасть из спонтанного рассказа больного.

Продолжительность заболевания представляется иногда парадоксально малой и при хронически прогрессирующих очаговых процессах мозга. Например, общая длительность манифестации даже при доброкачественной опухоли (менингиома, доброкачественная глиома) могут исчисляться немногими месяцами.

В тех случаях, когда неврологическое обследование при внутримозговой гематоме травматического происхождения производится по истечении длительного времени после травмы, клиницист предполагает

сначала наличие опухоли или опухолеподобного очагового процесса. Следует иметь в виду, что в таких наблюдениях сам больной нередко даст отрицательный ответ относительно перенесенного в прошлом черепно-мозгового повреждения, особенно если оно не повлекло за собой длительной утраты трудоспособности. Лишь, после того как на операции был выявлен характер интракраниального поражения, при повторном и более настойчивом и целенаправленном опросе больной вспоминает, что несколько месяцев или даже лет назад он перенес черепно-мозговую травму. Не всегда могут учитываться указания на наличие хронического гнойного легочного очага - кашель с гнойной мокротой, субфебрилитет. Отсюда недооценка возможности абсцесса мозга вследствие бронхоэктатической болезни в случаях ошибочного диагноза злокачественной внутричерепной опухоли.

Подробное ознакомление с неврологическим статусом нейрохирургического больного, служит, как правило, основой для топического (очагового) диагноза. Во многих случаях до применения хирургических и инструментальных методов исследования клиницист бывает вынужденным ограничиться регионарным топическим диагнозом, т.е. предварительным заключением о поражении той или иной доли или области голов-

ного мозга. Следующая топики-диагностическая задача состоит в уточнении местоположения очага в пределах данной области. Существенное значение для выработки плана действий нейрохирурга имеют и правильные представления о глубине расположения очага по отношению к поверхности большого полушария или мозгового ствола, а также о степени близости, к тому или иному отделу желудочковой системы.

Всю совокупность неврологических симптомов при очаговых поражениях головного мозга мы разделили на три группы:

1. общемозговые или гипертензионно-гидроцефальные;
2. очаговые или локальные;
3. дислокационные или симптомы по соседству (отдаленные).

3.2.1. Общемозговые симптомы

Одним из ведущих проявлений различных очаговых поражений головного мозга является синдром повышения внутричерепного давления, который нередко требует нейрохирургического вмешательства.

В норме около 80% объема полости черепа занимает вещество головного мозга, 9-10% - кровь и еще 9-

10% - занимает ликвор. Внутричерепное давление у здорового человека лежащего на спине равняется 100-180 мм водного столба. Повышение внутричерепного давления может быть обусловлено несколькими причинами:

- а) наличием очагового поражения объемного характера (опухоль, гематома, абсцесс и др.);
- б) нарушением ликвороциркуляции из-за затруднения прохождения ликвора по желудочковой системе или по субарахноидальному пространству;
- в) гиперсекреция ликвора;
- г) затруднения всасывания ликвора (арезорбция) оболочками головного мозга.

От повышения внутричерепного давления мозг защищен несколькими компенсаторными механизмами. Различают следующие виды компенсаторных механизмов:

1. Уменьшение внутричерепного объема венозной крови. Этот вид компенсации включается при ускоренном развитии внутричерепного патологического объемного очагового процесса и заключается он в выдавливании небольшого, но достаточного для равновесия количества венозной крови. При этом не меняется мозговой кровоток, не по-

вышается венозное давление, уменьшается лишь объем внутричерепной венозной крови.

2. Уменьшение объема ликвора. Этот механизм обычно подключается несколько позже, чем первый. Увеличивающееся в объеме внутричерепное образование начинает выдавливать ликвор из желудочкового и субарахноидального пространств, в результате чего суживается субарахноидальное пространство, уменьшается объем цистерн и участки желудочковой системы, где располагается очаг патологического процесса.

3. Уменьшение содержания воды в мозговой ткани. Эта компенсация крайне редко наступает самостоятельно - она обычно является результатом медикаментозной дегидратационной терапии.

Мозговая ткань обладает упругостью, вязкостью, пластичностью. Внутри черепа присутствуют следующие типы давления: ликворное и внутримозговое. В норме внутричерепное давление определяется соотношением секреции, абсорбции, циркуляции ликвора и внутричерепной циркуляции крови. Количество спинномозговой жидкости (ликвора) в субарахноидальном пространстве и желудочковой системе головного мозга в норме колеблется в пределах от 150-200 мл. Источником ликвора является секреция жидкости хориои-

дальными сплетениями в желудочковой системе. Ликвор из боковых желудочков через Монроевые отверстия попадает в третий желудочек, оттуда в четвертый желудочек через Сильвиев водопровод. Далее ликвор попадает в базальные цистерны и субарахноидальное пространство конвекситальной поверхности больших полушарий мозга через отверстия Люшка четвертого желудочка (боковые вывороты ромбовидной ямки). А в спинномозговое ликворное пространство ликвор поступает из четвертого желудочка через отверстия Мажанди. Резорбция ликвора происходит в субарахноидальных пространствах головного и спинного мозга путем осмоса и диффузии.

Причинами повышения внутричерепного давления при очаговых поражениях головного мозга служат следующие факторы:

1. Объем очагового внутричерепного патологического процесса (Рис. 4);

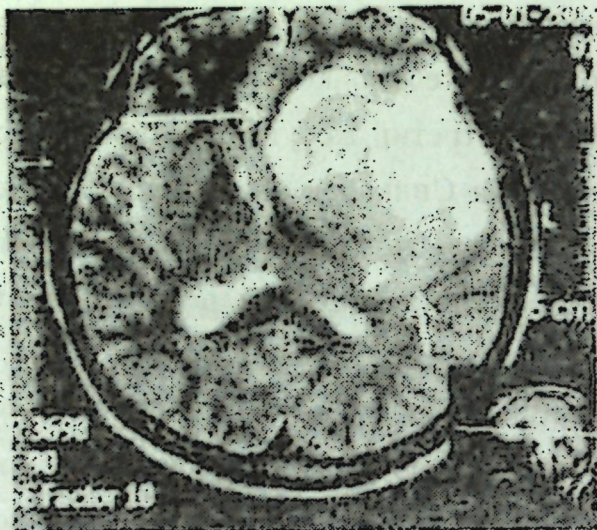


Рис.4. Очаговое поражение левого полушария
головного мозга.

2. Развитие реактивного отека мозга, который образуется в мозговой ткани, прилежащей к очаговому поражению (отек перифокальной области) (Рис.5);

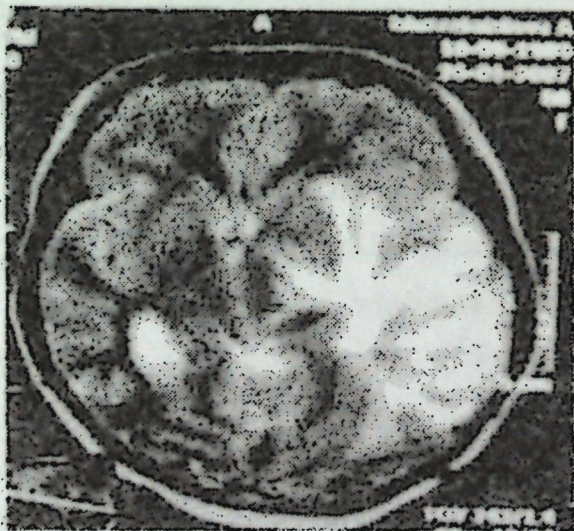


Рис. 5 выраженный перифокальный отек головного
мозга.

Выделяют два основных механизма развития отека мозга:

Вазогенный отек, при котором повышается проницаемость гематоэнцефалического барьера на капиллярном уровне и накапливается жидкость преимущественно в межклеточном пространстве;

Цитотоксический отек, который возникает в результате очагового поражения клеток мозга с нарушением их метаболизма, расстройством электролитного и водного обмена и накоплением жидкости в клетках;

3. Затруднение оттока крови по дренирующим венозным сосудам с последующим развитием застойного полнокровия мозга и увеличением проницаемости гематоэнцефалического барьера;
4. Ликворостаз в цистернах основания мозга;
5. Локальное или тотальное расширение желудочковой системы вследствие затруднения оттока ликвора по ликворной системе (Рис. 6).

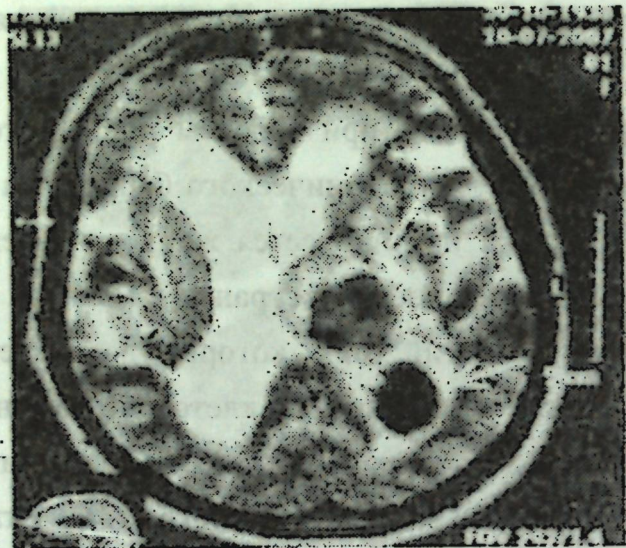


Рис. 6. Распирение желудочковой системы вследствие затруднения оттока ликвора по ликворной системе.

В результате повышения внутричерепного давления жидкость скапливается в межклеточных пространствах (отек) или в самой клетке (набухание). Обычно эти оба процесса идут параллельно друг за другом. Появление отека и набухания головного мозга сопровождается увеличением внутримозгового давления, что ведет к сдавливанию капилляров мозга, снижению его кровоснабжения, деформации отдельных структур и нарушению функциональной активности мозга (В.М. Угрюмов, 1969; И.М. Иргер, 1982; С.В. Можаяев, 2001).

Мозг является специфической тканью, для которой характерным является высокая энергетическая активность даже при отсутствии депонирования энергетиче-

ских ресурсов. Поэтому всякое, даже незначительное изменение мозгового кровотока может привести к значительному нарушению ее обмена и гипоксии. Известно, что глубокая гипоксия в течение 5 минут может привести к гибели нейронов коры головного мозга, т.е. к декортикации. Гипоксия в течение 15 минут вызывает гибель всех участков мозга до среднего мозга включительно, а в течение 20 минут - до продолговатого мозга включительно с последующей гибелью всего мозга. Ежеминутно через мозг протекает 1200-1500 мл крови. Один цикл мозгового кровотока равен 6-8 секундам.

В сосудах головного мозга кровоток обеспечивается перфузионным давлением, которое равно разнице между средним артериальным давлением и давлением в венах мозга, соответствующим внутричерепному давлению. Из сказанного выше ясно, что повышение внутричерепного давления приводит к уменьшению перфузионного давления, т.е. имеется обратная зависимость между ними.

Снижение перфузионного давления в определенной степени компенсируется механизмом саморегуляции мозгового кровотока. Ауторегуляция мозгового кровотока сохраняется в норме пределах артериального давления от 70 до 160 мм р.с. Миогенный механизм

этой регуляции заключается в изменении просвета мозговых артерий, которые при повышении артериального давления суживаются, а при уменьшении - расширяются (феномен Остроумова - Бейлиса). Эта закономерность относится, в первую очередь, к пинальным сосудам.

Нарушение саморегуляции кровотока приводит к тому, что кровоток в мозге начинает пассивно следовать за изменениями перфузионного давления. Эта ситуация сопровождается ухудшением кровоснабжения головного мозга. Если повышение внутричерепного давления достигает среднего артериального, то перфузионное давление будет равняться нулю и в этом случае мозговой кровоток прекратится. При ангиографии сонных артерий контрастное вещество в этом случае достигает только сифона внутренней сонной артерии и контрастное вещество не попадает в мозговые сосуды из-за отсутствия в них кровотока. Отсюда становится понятным, что своевременно выполненная пункция желудочков мозга приведет к понижению внутричерепного давления и улучшит мозговой кровоток.

Одним из частых общемозговых симптомов при синдроме внутричерепной гипертензии (ВЧГ) является головная боль. По нашим данным при очаговых поражениях головного мозга головная боль отмечалась у

78% больных. Патогенез головной боли при очаговых поражениях неоднороден и сложен. В одних случаях головная боль возникает вследствие повышения внутричерепного давления в результате растяжения твердой мозговой оболочки, богато иннервируемой ветвями тройничного и блуждающего нервов, а также симпатической иннервации. Гипертензивная головная боль имеет весьма типичную клиническую характеристику - она носит распирающий изнутри, приступообразный характер, диффузно захватывает всю голову с некоторым преобладанием в лобно-височных и затылочно-шейных областях. Может начинаться в любое время суток, чаще в утренние часы, уменьшаясь или даже исчезая днем или к вечеру. Существует определенная зависимость между характером головных болей и локализацией очагового поражения. Имеется также зависимость между особенностью головной боли и морфологическим характером очагового поражения (опухолевый, сосудистый, воспалительный, интоксикационный и др.).

Как общемозговой симптом рвота встречалась около 60 % случаев и не имела топикодиагностического значения. Рвота при очаговых поражениях имеет ряд черт, типичных для так называемой «мозговой рвоты» - внезапный, рефлекторный «фонтанирующий» ее характер. Рвота не зависит от приема

пищи, и наступает на высоте головной боли. После рвоты наступает некоторое облегчение. Как общемозговой симптом могут выступать головокружение, застойные соски зрительных нервов на глазном дне (53%), появление пальцевидных вдавлений на черепе, расхождение черепных швов, брадикардия и различные психические нарушения (64%).

Как амбивалентный симптом могут выступать и психические нарушения, которые выявляются более 50% случаев при очаговых поражениях головного мозга. Сначала у больных наблюдается апатия, затем физическая и психическая утомляемость, нарастает расстройство памяти на события прошлого, в дальнейшем больной теряет работоспособность и становится ко всему безразличным.

Застойные соски зрительных нервов наблюдались у 60% больных с различными очаговыми поражениями головного мозга. Развитие застойного соска обусловлено нарушением оттока жидкости (ликвора) по межоболочечным пространствам зрительных нервов и сдавлением сосудов, проходящих через верхнеглазничную щель в результате повышения внутричерепного давления.

Общие краниографические симптомы являются следствием повышения внутричерепного давления и составляют основу рентгенологического отображения гипертензионно-гидроцефального синдрома, которые

проявляются в виде усиления сосудистого рисунка, появления пальцевидных вдавлений у взрослых, расхождения швов костей черепа у детей, расширения входа в турецкое седло, выпрямления спинки его и др.

3.2.2. Очаговые симптомы

Распознавание локализации очага поражения мозга становится возможным на основании очаговых (фокальных, локальных) неврологических симптомов.

Очаговые неврологические симптомы, по мнению И.Я. Раздольского (1954) являются отражением нарушения функций определенных отделов мозга или функции тех или иных черепно-мозговых нервов. В основе возникновения очаговых симптомов лежит непосредственное (прямое) или отдаленное воздействие очагового поражения головного мозга. Необходимо отметить, что симптомы на отдалении больше характерны для объемных очаговых поражений мозга, таких как опухоли, гематомы, абсцессы, которые в основном расположены в больших полушариях мозга.

При очаговых поражениях головного мозга различного происхождения обычно встречаются две категории очаговых симптомов: первичные (прямые) или первично-очаговые и вторичные (непрямые) или вторично-очаговые. Последние встречаются в виде симп-

томов, по соседству (коллатеральные) и симптомов на отдалении. Вторично-очаговые симптомы обычно характерны для опухолевых очаговых поражений мозга. Например, под первичными (прямыми) очаговыми симптомами понимают локальные симптомы раздражения или выпадения функций мозга.

При очаговых поражениях головного мозга могут быть обнаружены объективные и субъективные симптомы, правильная интерпретация их играют исключительно важную роль в диагностике заболеваний. Деление симптомов на объективные и субъективные с гносеологической точки зрения весьма относительно, поскольку любое человеческое отражение, а также любое восприятие осуществляется или непосредственно органами чувств, или опосредованно через инструменты и приборы и всегда является одновременно субъективным по форме и объективным по содержанию. Причем даже оценка показаний приборов не может полностью освободиться от субъективизма. Так, например, рука врача не только средство восприятия, но и орудие труда — инструмент. Любое ощущение является субъективным образом объективной реальности, и вопрос может идти лишь о степени субъективности симптома. Подчеркивая относительность деления на субъективное и объективное, заметим, что при субъективном обследовании врач в определенной степени выясняет и

объективное состояние больного, а используя такие объективные методы исследования, как пальпация, перкуссия, аускультация. Врач оценивает их довольно субъективно. Поэтому нередко у постели больных высказываются различные врачебные мнения и часто не совпадающие диагностические суждения. Распознавание объективно существующих патологических процессов происходит в субъективной форме и зависит от сознания врача. Внутреннее и внешнее, субъективное и объективное тесно переплетено между собой и их нельзя противопоставлять друг другу. В психике человека постоянно происходит одновременно и эмоциональное, и рациональное, и взаимный переход от одного к другому, поэтому между разумом и эмоциями нет «пустот», нет «свободного пространства». Если объективное состояние больного влияет на его субъективное состояние, то и субъективное состояние может оказать воздействие на объективное состояние, на развитие патологического процесса. Это две стороны единого клинического метода обследования больного, которые дополняя и корректируя друг друга, создают в комплексе клиническую картину заболевания.

Явными симптомами называют те, которые выявляются лишь с помощью лабораторно-инструментальных методов исследования. Диагностическая ценность различных симптомов заболевания

неодинакова. Существуют симптомы еще и «решающие», «патогномичные» или «абсолютные» и симптомы «факультативные» или «опорные».

А. Ф. Билибин (1950) выделял еще «наводящие» симптомы, которые хотя и наблюдаются при многих заболеваниях, но наличие их все же «наводит» врача на мысль о возможности и данного заболевания. Так, например, головная боль и бессонница встречаются при брюшном и сыпном тифах, гриппе малярии и др. Наличие наводящих симптомов, однако явно недостаточно для постановки диагноза. Классификаций симптомов предложено много. Но вышеприведенная классификация является наиболее практичной и распространенной. Другие авторы называют вышеуказанные симптомы по-иному. М. С. Маслов (1948) различал симптомы, решающие или абсолютные, свойственные только данному заболеванию и не встречаются при других болезнях, и вспомогательные или непостоянные симптомы, характеризующиеся неспецифичностью и наблюдающиеся и при других, а не только при данном. А. С. Попов, В. Г. Кондратьев (1972) выделяют симптомы основные и второстепенные, а также симптомы в зависимости от таких признаков, как «специфичность», «постоянство», «локальность», «угрожаемость», от метода обнаружения — физикально, лабораторно, инстру-

ментально, от времени проявления — продром, ранние. Поздние, а также выраженности, устойчивости и т.д.

И. Н. Осипов, П. В. Копнин (1962) различают симптомы объективные и субъективные, достоверные и вероятные, а вероятные в свою очередь подразделяют на достаточно вероятные и маловероятные объективные и субъективные симптомы. При постановке диагноза эти авторы рекомендуют в первую очередь учитывать достоверные симптомы и не принимать вероятные и тем более маловероятные симптомы за достоверные. Кроме того, И. Г. Осипов, П. В. Копнин (1962) подчеркивают необходимость выявления устойчивости симптомов, выделяя постоянные и непостоянные симптомы.

В 1867 году Н. Jackson описал фокальные эпилептические приступы, вызванные местным раздражением коры головного мозга рубцом. Припадки проявлялись клоническими судорогами в ограниченных группах мышц какой-либо конечности (соответственно соматотопическому представительству в сенсомоторной зоне коры мозга). В последующем у больного сознание может утрачиваться, в других случаях потери сознания нет. Кроме двигательных (моторных) пароксизмов бывают сенситивные (чувствительные), сенсорные (вкусовые, обонятельные, зрительные) и психические приступы. Развитие подобных симптомов связано с явле-

ниями раздражения коры головного мозга, и они получили название симптомы «раздражения». В противовес этому, другие органические симптомы параличи, парезы, анестезии, гемианопсии называются симптомами «выпадения».

Очаговые симптомы в зависимости от локализации и природы очага, а также степени распространенности поражения мозга могут проявляться в виде двигательных (пирамидно-экстрапирамидных), чувствительных, речевых, координационных (мозжечковых) расстройств и нарушений функций черепно-мозговых нервов в различной степени выраженности. Очаговые симптомы указывают на локализацию очага поражения, в этом их диагностическая ценность.

3.2.3. Взаимоотношения между общемозговыми и очаговыми симптомами при диагностике нейрохирургических заболеваний

Довольно интересным оказалось сопоставление общемозговых симптомов (головные боли, тошнота, рвота, застойные соски зрительных нервов на глазном дне, «пальцевидные» вдавливания на рентгенограммах черепа у взрослых, расхождение швов черепа у детей и др.) с очаговыми симптомами (парезы, параличи, локальные анестезии, моторные и сенсорные афазии,

одностороннее нарушение слуховых и зрительных функций, косоглазие, атактические расстройства и др.). При одних видах очаговых поражений головного мозга (I-группа - 47,3 % больных) ведущими или главными симптомами являлись общемозговые симптомы, тогда как очаговые симптомы были на втором плане. Общемозговые симптомы рано появлялись у этой группы больных, тогда как на поздней стадии патологического процесса очаговые симптомы проявлялись слабо или они вовсе отсутствовали. К этому времени общее состояние больного уже было достаточно тяжелое, и вскоре наступала декомпенсация больного. Промежуток времени между началом общемозговых симптомов и очаговых проявлений у различных больных достаточно разный - от нескольких дней до нескольких месяцев, даже лет. Это зависело от многих факторов: возраста больного, локализации и, характера очаговых поражений.

У другой части больных (II - группа 32,8% больных) с очаговыми поражениями головного мозга общемозговые симптомы начинались одновременно с очаговыми симптомами и по мере прогрессирования процесса наступало ухудшение общего состояния больного. Симптомы усугублялись, тем самым, обе группы симптомов нарастали параллельно друг другу и

становились все более выраженными. Удельный вес таких больных составлял не более 33% из всех наблюдаемых больных.

Около 14,6% больных (III группа больных) с очаговыми поражениями головного мозга, начальными и ведущими симптомами заболевания являлись очаговые симптомы. В этой группе больных общемозговые симптомы появились поздно, причем они были слабо выражены или вовсе могли отсутствовать.

В единичных случаях (IV группа 5,3% больных) мы могли наблюдать совершенно парадоксальные явления: общемозговые симптомы начавшись бурно и прогрессивно, после полного развития очаговых симптомов, они постепенно (общемозговые) утихали или могли полностью исчезнуть. Например, после того как больной ослеп или развились параличи (очаговые симптомы), у больного головные боли и рвота (общемозговые симптомы) прекратились, а общее состояние больного было более или менее компенсированным.

Таким образом, при глубоком и всестороннем анализе клинической симптоматики больных с очаговыми поражениями головного мозга нам удалось установить четыре варианта клинического течения болезни. Они в большей степени зависели от локализации и характера

патологического процесса, и в малой степени - от возраста и пола:

1. Как правило, при локализации патологического процесса ближе ликворным путям, независимо от характера заболевания, в клинической картине на первый план выступали общемозговые симптомы, а не очаговые.
2. При злокачественных опухолевых процессах и воспалительных заболеваниях общемозговые и очаговые симптомы начинали проявляться равномерно и рано и почти у всех больных имело место очень быстрое прогрессирование симптомов. Следует отметить, что при внутримозговых и внемозговых очаговых поражениях взаимоотношения между общемозговыми и очаговыми симптомами не имели каких-либо закономерностей и не поддавались систематизации;
3. В то же время при очаговых поражениях базальной локализации, особенно в хиазмально-селлярной области, клинические проявления почти всегда начинались с очаговых симптомов и течение процесса, как правило, носило медленный, но прогрессирующий характер.
4. Следует отметить что, при очаговых поражениях мозга субтенториальной локализации общемозго-

вые симптомы начинались рано и были более выраженными, чем очаговые симптомы. А при очаговых поражениях мозга супратенториальной локализации у больных общемозговые и очаговые симптомы, как правило, появлялись одновременно и усугублялись параллельно по мере прогрессирования основного патологического процесса.

Довольно любопытная картина наблюдалась при анализе соответствия самих очаговых поражений головного мозга к очаговым симптомам. В отдельных случаях было установлено, что (по компьютерным или магнитно - резонансным томографиям) при наличии уже четкого очагового поражения головного мозга до определенного периода у больных каких-либо явных общемозговых или очаговых симптомов не отмечается, т. е. имеет место в какой-то степени «инкубационный период». Это имело место при доброкачественных опухолях лобных долей и базальной локализации, возможно, поэтому говорится о наличии «немых» зон мозга.

Для установления диагноза очаговых поражений головного мозга мы старались указывать сторону их локализации (правая, левая, двухсторонняя), долеую локализацию очага (лобная, височная, теменная и др.), интра-экстрацеребральность, супра- и субтенториаль-

ность локализации, и наконец, отношение очага поражения к поверхности головного мозга (сагиттальное, парасагитальное, конвекситальное, базальное), а также отношение к глубинным структурам мозга (корковое, подкорковое, паравентрикулярное, стволовое и др.). Если имелась такая возможность, мы старались устанавливать характер очага, т.е. его нозологическую принадлежность (онкологический, травматический, сосудистый, воспалительный и др.). Определение всех этих параметров играло исключительно важную роль для определения точного диагноза и планирования технических приемов хирургической манипуляции, а также повышения эффективности оперативного лечения очага поражения головного мозга.

3.2.4. Симптомы по соседству

Эти симптомы развиваются в результате нарушения функции отделов мозга, располагавшихся вблизи по соседству, но «вне отделов» мозга, непосредственно пораженных очагом. Симптомы по соседству обусловлены реакциями вблизи от основного патологического очага, возникшими в ткани мозга в результате вторичных дисциркуляторных, воспалительных или дегенеративно-токсических процессов.

Отдаленные очаговые симптомы обычно возникают в результате нарушения функции отделов мозга, значительно отдаленных от места расположения очага поражения мозга. Развиваются эти симптомы при очаговых поражениях, скорее всего объемных процессах головного мозга в результате повышения внутричерепного давления, отека мозга или дислокации мозга, следствием которых является сдавление ствола головного мозга и даже может наступить гибель больного (В.М. Угрюмов, 1969; В.В. Крылов, 2008).

3.2.5. Дислокационный синдром при очаговых поражениях головного мозга

Нарастающий отек - набухание головного мозга в сочетании с очаговым поражением различной природы приводит к значительному увеличению объема головного мозга, который увеличиваясь в размерах, выталкивает кровь из сосудов и ликвор из субарахноидальных пространств мозга и, тем самым, заполняет освободившиеся резервные пространства. Дальнейшее увеличение мозга кнаружи ограничен костями черепа. В связи с этим давление мозга направлено на желудочки мозга, откуда ликвор направляется в нижерасположенные участки желудочковой системы и субарахноидальное

дальнее пространство головного и спинного мозга. Однако эта возможность вскоре исчерпывается нарастающим внутричерепным давлением как в супра-, так и субтенториальном пространствах. Исходом этого нарастающего процесса окажется смещение (дислокация) подвижных участков мозга в естественные анатомические отверстия: тенториальную вырезку и большое затылочное отверстие.

Понятие дислокационный синдром включает в себя смещение, сдавливание и деформацию структур мозга и кровеносных сосудов, а также возникающие в них ишемические изменения клеток, проводящих путей мозга и его сосудов. С клинической точки зрения различают:

1. Смещение медиальных структур под серповидный отросток (cingулярное вклинение) (Рис. 7 а);
2. Височное тенториальное вклинение с ущемлением гиппокамповых извилин (Рис. 7 б);

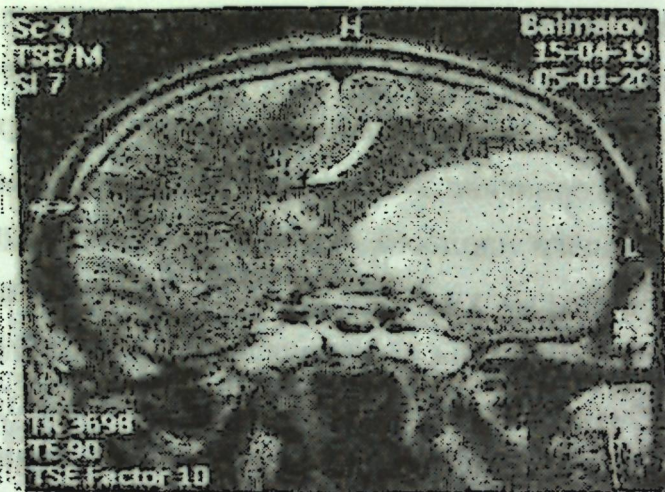


Рис. 7 а. Смещение медиальных структур мозга под серповидный отросток (цингулярное вклинение).

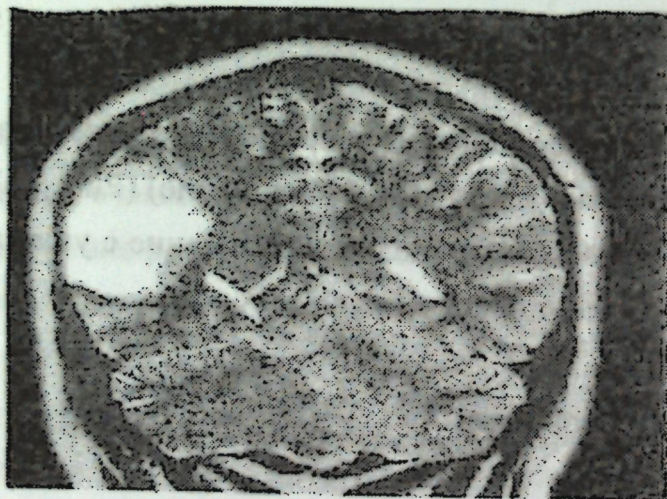


Рис. 7б. Височное тенториальное вклинение с ущемлением гиппокамповых извилин.

3. Ущемление миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии (Рис. 7 в);

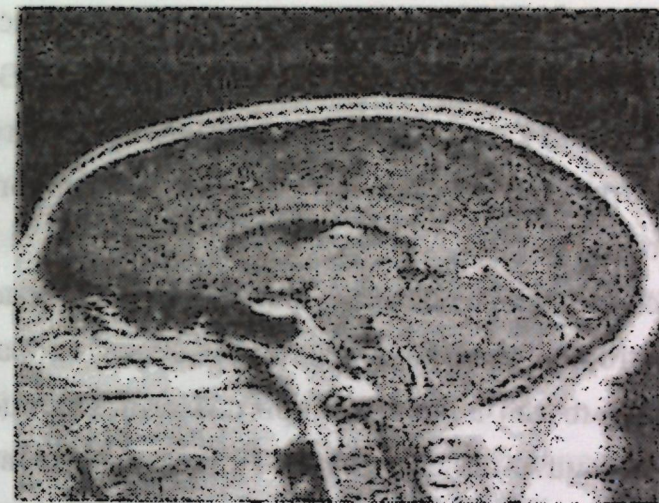


Рис 7 в. Ущемление миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии.

4. Вклинение в вырезку мозжечкового намета.

Таким образом, дислокационный синдром развивается в условиях сложной внутричерепной топографии, которая включает в себя ущемление миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие и ущемление некоторых структур мозга в мозжечковый намет (тенториальное или пахионовое отверстие), а также ущемление середины структур мозга в вырезку большого серповидного отростка.

В височном тенториальном вклинении «участвуют» край большого серповидного отростка, промежу-

точный и средний мозг, гиппокамповые извилины. При вклинении в большое затылочное отверстие «участниками» являются край большого затылочного отверстия, продолговатый мозг и миндалины мозжечка. В латеральном (цингулярном) смещении «участвуют» срединные структуры мозга, нижний край большого серповидного отростка.

Височно-тенториальное вклинение возникает при супратенториальной локализации очагового поражения головного мозга (чаще всего при объемных процессах — опухоли, гематомы, абсцессы). При этом виде вклинения дислокация может быть двухсторонней и односторонней.

При двухсторонней дислокации гиппокамповые извилины смещаются с обеих сторон и как клинья вбиваются в щель Биша (в пространство между промежуточным мозгом и ножками мозга внутри и краем намета мозжечка — снаружи). В результате такого смещения появляются расстройства кровообращения в сосудах ствола мозга и в нем возникают ишемические нарушения. Чем больше вклиниваются гиппокамповые извилины, тем быстрее нарастают ишемические проявления.

При односторонней дислокации гиппокамповая извилина вклинивается в щель Биша с одной стороны. По мере увеличения смещения извилины ствол мозга,

представленный ножками, начинает дислоцироваться в противоположную сторону и придавливается к плотному сухожильному краю намета мозжечка. Имеются некоторые особенности клинической симптоматики при одно- и двустороннем смещении гиппокамповых извилин.

При двухстороннем смещении гиппокамповых извилин общемозговые симптомы появляются внезапно с развития сопорозного состояния сознания, которое в ближайший период углубляется до комы. При этом расстройству сознания может предшествовать период кратковременного возбуждения, сильных головных болей и рвоты, иногда запрокидывании головы назад, параличом взора вверх, стволовым нистагмом. Может нарушиться дыхание по типу Чейн-Стокса, что указывает на поражение среднего мозга. В этих случаях на болевое раздражение могут возникнуть децеребрационный тип двигательного ответа и окулоцефалический рефлекс. Зрачки быстро расширяются, исчезает их реакция на свет, появляются вегетативно — сосудистые расстройства, двусторонние патологические симптомы, угасают глубокие рефлексы.

При латеральном типе вклинения головная боль умеренно выражена, нередко сопровождается тошнотой, головокружением, которые имеют тенденцию к

нарастанию выраженности в динамике. При начальной компрессии промежуточного и особенно среднего мозга, зрачок расширяется и вяло реагирует на свет на стороне наибольшего сдавливания. Появление анизокории обусловлено сдавливанием глазодвигательного нерва. В противоположных конечностях от расширенного зрачка выявляется гемипарез. Перед развитием этих симптомов у больного может быть отмечено некоторое возбуждение и нарушение сознания по типу оглушения легкой или средней степени. Часто наблюдаются горизонтальный и вертикальный нистагм, а также патологические стопные рефлексy, больше выраженные на стороне гемипареза. Дыхание учащено по диэнцефальному типу (частое поверхностное, волнообразное). Артериальное давление повышено. По мере нарастания компрессии нарушение сознания углубляется до сопора и комы, позже могут появляться отмеченные выше другие симптомы, характерные для двустороннего поражения ствола на уровне промежуточного, среднего мозга и варолиева моста.

Затылочное вклинение заключается в ущемлении миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии между краем большого затылочного отверстия и продолговатым мозгом. Это вклинение может быть как самостоятельным, так и продолжением тенториально-

го вклинения. Однако клиническая картина при нем отличается от той, которая характерна для тенториального вклинения. Его появление, как правило, обусловлено локализацией объемного процесса в задней черепной ямке и может происходить в двух направлениях: вниз, в большое затылочное отверстие и вверх - в тенториальное.

При нарастании гипертензии в задней черепной ямке резервные пространства заполняются мозговой тканью или патологической тканью, вызвавший очаговое поражение мозга, а большая затылочная цистерна опущенными миндалинами мозжечка. Это приводит к их смещению и ущемлению между костным краем большого затылочного отверстия, а дужкой первого шейного позвонка и продолговатым мозгом. Клинически это представлено часто внезапным резким усилением головной боли с иррадиацией в затылочную область шеи, вынужденным и фиксированным положением головы, поперхиванием пищи при глотании, менингеальным синдромом, учащением дыхания и появлением аритмичности сердечной деятельности, вплоть до ее остановки. Сознание к этому времени расстраивается до комы, зрачки расширяются без реакции на свет, возникает гипотония мышц, арефлексия, исчезает окулоцефалический рефлекс.

Эта клиника обусловлена поражениями нижней части моста и продолговатого мозга. На патоморфологическом препарате отмечается странгуляционная борозда на уровне ущемления (рис. 7 в).

При очаговых поражениях задней черепной ямки иногда возникают смещения мозжечка снизу вверх и его вклинивание между свободным краем тенториального намета и стволom (средним мозгом). Клинические проявления при этом напоминают височно-тенториальное вклинение.

Глава IV. Проблемы нейрохирургического диагноза

4.1. Неврологический диагноз - основа к успешному нейрохирургическому лечению

Конечно, при кажущейся легкости неврологического метода, как клинического обследования больного, требуют от врача многих лет упорного труда у постели больного, чтобы стать врачом в полной мере уметь описать неврологический статус, владеющим клиническим мышлением. Чрезмерное увлечение результатами инструментальных исследований диагностики неизбежно отрывает врача от клинического базиса, суживает врачебный кругозор и ограничивает практическую состоятельность специалиста. Однако следует помнить, что клиника, оставаясь фундаментом диагностики, постоянно наполняется новым содержанием, обогащаясь фактами, полученными инструментальными методами. Противопоставление современных методов диагностики с классическим, глубоко неверно, так же как и расчленение методов на клинические и параклинические. Только сопоставление и синдромологическое объединение признаков добытых всеми методами исследования создают необходимую

базу для формулировки правильного диагноза заболевания головного и спинного мозга.

Современный нейрохирургический диагностический комплекс должен включать самые необходимые, в то же время безопасные для жизни больного методы и ни в коей мере не «перешагивать» через применение отдельных методов исследования, которые субъективно тягостны для больных, а объективно порой чреваты опасными реакциями (люмбальная пункция, пневмоэнцефалография, ангиография и др.). Поэтому сегодня, благодаря научно-техническому прогрессу, тезис «диагноз через страдание» должен уступить место «диагноз без боли». Этим требованиям сегодня отвечает компьютерная и магнитно-резонансная томография и др.

Нейрохирург должен твердо помнить, что на основании жалоб, анализа и неврологического осмотра, в первую очередь необходимо установить неврологический диагноз, а не что-либо другое (кардиологический, пульмонологический, урологический и др.). В этом отношении огромную роль играет правильно собранный анамнез, который позволяет установить о заинтересованности в процессе головной или спинной мозг. Основными критериями при этом служат:

- 1) Обстоятельства, при которых началась болезнь;

- 2) Темп развития симптомов;
- 3) Давность заболевания;
- 4) Анамнез жизни;
- 5) Наследственный и профессиональный анамнез.

4.2. Неврологический диагноз невозможен без топического диагноза

При определении неврологического диагноза необходимо установить топический диагноз, для чего исключительную роль играет правильно составленный неврологический статус. Всем нейрохирургам и невропатологам известно, что именно данные неврологического статуса служат основой для постановки топического диагноза. Во многих случаях до применения инструментальных и хирургических манипуляций нейрохирург бывает вынужденным ограничиться регионарным топическим диагнозом, т.е. предварительным заключением о поражении той или иной доли или области головного мозга. Следующая топикодиагностическая задача нейрохирурга состоит в уточнении месторасположения очага поражения в пределах данной конкретной области мозга.

Существенное значение для выработки плана действия нейрохирурга имеют и правильные представле-

ния о глубине расположения очага по отношению к поверхности большого полушария или мозгового ствола, а также степени близости поражения к ликворным путям, в частности, к тому, или иному отделу желудочковой системы.

Всю совокупность неврологических симптомов принято подразделять на симптомы двух категорий — локальные или очаговые и общемозговые или гипертензионные. При установлении топического диагноза, нейрохирург должен исходить прежде всего из наличия того или иного синдрома локальных признаков. Локальные симптомы бывают двух категорий: первичные или прямые и вторичные или не прямые. Последние в свою очередь могут быть симптомами по соседству (коллатеральными и отдаленными). Первичные (прямые) очаговые симптомы могут встречаться в виде симптомов — раздражения или выпадения функций той или иной структуры мозга. Симптомы раздражения проявляются в виде джексоновских эпилептических приступов или подергиваний отдельных групп мышц какой-либо части тела. Симптомы раздражения могут быть и в чувствительных эффектах (зрительных, обонятельных, вкусовых и даже виецеральных отклонений). Симптомы выпадения — это когда очаг вызвал полное поражение участка мозга и поэтому у больного

уже возникает паралич или отсутствие той или иной функции мозга.

После того, как установили неврологический и топический диагнозы, необходимо определить клинический диагноз. Для распознавания нейрохирургического, клинического диагноза используется весь комплекс диагностического обследования больного.

4.3. Нейрохирургический клинический диагноз — настоящее творчество врача

Постановка клинического нейрохирургического диагноза завершает распознавание болезни головного и спинного мозга, но не является самоцелью. Поэтому именно клинический нейрохирургический диагноз решает тактику ведения и лечения больного и выбор сроков, и смысл операции и, наконец, решение научно — исследовательских задач.

Клинический диагноз особенно нейрохирургический, многогранен, он должен охватывать все, изученные и динамичные стороны болезни. Как известно, в разные периоды обследования больного выясняются различные особенности диагностического суждения. С появлением современной диагностической аппаратуры,

требования к нейрохирургическому диагнозу возрастают и усложняются.

Современные возможности объективной визуализации очаговой патологии мозга делает нейрохирургический клинический диагноз более точным и ранним, когда функциональные нарушения мозга еще не выражены и социально — трудовая адаптация больного не нарушена. Именно в нейрохирургии, процесс диагностики оказался наиболее динамичным. Именно нейрохирургический диагноз всегда должен опережать саму необходимость оперативного лечения, а не наоборот. Вот тут возникает очень трудная задача перед нейрохирургическими больными и самим нейрохирургом оперировать или не оперировать, соглашаться на операцию или временно отказаться от нее.

Что больше повредит пациенту, что опаснее — выжидание либо хирургическое воздействие — вопрос не так просто решить. Проще решать вопрос в пользу операции, когда имеется у больного грубая неврологическая симптоматика, когда «уже терять нечего». Трудности возникают, и тогда когда уже нейрохирургический диагноз ясен, а больной еще интеллектуально и физически сохранен, т.е. когда существует операционный риск из-за неизбежности травматизации мозга при удалении опухоли или других патологических очагов в

функционально важной зоне мозга, когда имеется вероятность преждевременной инвалидизации пациента.

Таким образом, перед нейрохирургом рождается новая проблема, ожидающая своего решения — оперировать или не оперировать. Поэтому в любой отрасли медицины хирургического профиля должны быть разработаны основные критерии идеального метода диагностики, особенно в нейрохирургии для определения характера и локализации очаговых поражений головного мозга. Мы считаем, наиболее приемлемыми критериями диагностики могут быть следующие: информативность, безопасность для больного, безвредность для персонала, неинвазивность, быстрота получения результатов, отсутствие противопоказаний, эстетичность исследований, наконец, техническая и экономическая доступность. Из всех существующих методов диагностики, применяемых в нейрохирургии, ближе всего к идеальному методу, несомненно, относится неврологический метод. Подчеркивается правильность клинической симптоматики в диагностике, неврологический метод позволяет оценить любой симптом поражения мозга. Каждый признак (симптом) должен быть оценен со следующей позицией: выраженность симптома, длительность существования симптома, время его появления, генез того или иного симптома, фон по-

явления, сочетание с другими признаками, динамика симптома и др. Необходимо учесть, что неврологический метод не должен противопоставляться дополнительным, которые его дополняют значительно, а иногда решающим образом.

Более того, современные методы ультраструктурной визуализации мозга, гарантирующие предельную точность при минимуме опасности, можно считать почти приближенными к идеальному методу диагностики. Высокие методические возможности топографических исследований поднимают диагностику поражений мозга на качественно новый, а именно творческий уровень методологии клинического диагноза, особенно в нейроонкологии и нейротравматологии.

Исключительно важным является то, что любая диагностика, особенно нейрохирургическая, должна базироваться на ряде принципов, каждый из которых играет немаловажную роль в построении клинического диагноза. К принципам творческого построения нейрохирургического диагноза могут быть отнесены следующие аспекты: синдромология, топика, нозология, визуализация очага поражения, фазный, возрастной и индивидуальные подходы и, наконец, убедительная достаточность данных.

4.4. В нейрохирургии иногда приходится поставить и «тактический диагноз»

В плане понятия «диагноз» следует выделить феномен «Тактический диагноз» (Л.Б. Лихтерман, 1998), т.е. диагноз, который может быть и не совсем точным, но, учитывая настоящее состояние нейрохирургического больного и ведущее неврологические синдромы, определяют комплекс диагностических и лечебных мероприятий в данный момент у конкретного больного. Необходимость постановки «тактического диагноза», как правило, может появиться в urgentных и неотложных ситуациях. Например, еще до уточнения основного, клинического диагноза у некоторых больных имеет место нарушения дыхания гемодинамики и судорожные проявления с расстройством сознания. При этом даже не зная точный генез этих нарушений мы, естественно стремимся, прежде всего устранить нарушения вышеотмеченных жизненно важных функций. Это и есть «тактический диагноз». Прогноз нередко определяется тем, насколько успешно корректируются расстройства витальных функций.

Клиническая форма неотложных состояний нейрохирургического профиля (за исключением травмы

нервной системы) могут быть сгруппированы следующим образом:

1. Гипертензионно-дислокационные синдромы;
2. Острые нарушения мозгового кровообращения;
3. Острые воспалительные заболевания мозга;
4. Эпилептический статус.

В большинстве случаев перечисленные патологические процессы могут быть купированы только с применением неотложных нейрохирургических вмешательств, что требует целенаправленной ранней госпитализации больных в специализированный стационар, соответственно доминирующему неврологическому синдрому или предполагаемому тактическому диагнозу. При госпитализации предпочтительным являются многопрофильные стационары, имеющие в своем составе отделения интенсивной терапии и реанимации, неврологическое и нейрохирургическое отделения.

Синдромологический принцип диагностики у нейрохирургического больного должен базироваться на ведущих клинических синдромах: общемозговой, очаговой, стволовой, подкорковый, пирамидный, корковый, оболочечный, эпилептический и др.; топический принцип диагностики должен вестись по определению полушарной или мозжечковой латерализации, долевого заинтересованности полушария головного

мозга, базального, конвекситального, супра- или суптентериального расположения; нозологический принцип — определяет характер поражения; бластоматозный (опухолевый), травматический (ушиб, сдавление), сосудистый (аневризм, гематома), паразитарный, воспалительный и др. Возрастной подход учитывает анатомо-физиологические особенности организма детей, молодых, среднего и пожилого возраста. Следует понимать особую ранимость, в то же время, высокую пластичность незрелого мозга у детей, атрофичность мозга у пожилых, склонность к внутричерепной гипертензии и отеку мозга у молодых, к гипотензии у пожилых, более резкую выраженность очаговых поражений у пожилых и др.

В зависимости от состояния компенсаторно-приспособительных возможностей организма, определяемых по общемозговым, очаговым, дислокационным симптомам можно установить фазность (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация и терминальная) клинического течения нейрохирургического процесса. В нейрохирургическом диагнозе довольно часто решающим являются достаточность данных, полученных за короткое время (особенно при черепно-мозговой травме). Поэтому необходимо использовать те методы диагностики, которые способны решать главные диагно-

стические проблемы. Если компьютерной томографией четко выявлена внутричерепная гематома или опухоль головного мозга, то, как правило, должна отпадать необходимость в каких-либо других дополнительных, особенно агрессивных методах исследования (ангиография, венирикулография или ЯМР-томография).

4.5. Роль интуиции в нейрохирургическом диагностическом процессе

Диалектика внешнего и внутреннего, объективного (непосредственного) и субъективного (опосредованного) в диагностическом процессе весьма значима. Не менее важен клинический опыт, роль и место «внутреннего» видения врача в различных условиях диагностической деятельности. В этом интуиция всегда играет немаловажную роль.

Интуиция должна стать союзником медицинской науки в диагностическом процессе и в решении других лечебно-практических задач. Интерес врачей к проблеме интуиции обусловлен тем, что диагностика нейрохирургических болезней представляет собой одну из самых сложных областей медицины. Поэтому в наибольшей степени интуитивный феномен присутствует в диагностической деятельности невропатоло-

гов и нейрохирургов. Это связано с тем, что медицина в целом и указанные ее разделы, в частности, в настоящее время еще не располагают исчерпывающими знаниями многих патологических процессов нервной и некоторых других систем организма. К тому же проявления в течение многих заболеваний мозга не всегда соответствуют ее характерной клинической картине и зачастую протекают атипично.

Специфическая атмосфера работы отдельных медиков, особенно нейрохирургов в условиях неотложной патологии (черепно-мозговая травма, абсцессы мозга, инсульты), не позволяют им проделывать все необходимые диагностические манипуляции. В такой ситуации сами объективные факторы требуют неотложной постановки правильного диагноза и в соответствии с ним целенаправленной тактики лечения. Здесь интуиция может сыграть решающую роль.

В моментальном диагнозе происходит сверка поступающего материала уже существующими готовыми внутренними моделями представления реальности, которые выработались в результате прошлого опыта, но в силу тех или иных причин находящихся подсознания.

Интерес к проблеме интуиции и ее исследование в философии и медицине имеет многовековую историю. Интуицию, означающую «созерцание», «видение»,

«пристальное всматривание», обычно связывают с непосредственным знанием. В немарксистских концепциях интуитивизма Бергсона, подсознательной интуиции Лосского и других, этот феномен рассматривался как таинственное свойство сознания, способное привести к достоверному знанию без всякой предварительной мыслительной деятельности.

Проблема интуиции и ее роль в познавательном процессе широко обсуждается в научных кругах. Соображения на этот счет можно найти в работах классиков мировой и современной литературы. *Многие ученые стоят за интуицией решающую роль в великих открытиях науки.* Трудно назвать какой-либо познавательный процесс, ведущий к новым научным результатам, который сами исследователи не связывали бы с интуицией. Так, А. Эйнштейн характеризуя творческую деятельность ученых, писал, что подлинной ценностью является, в сущности, только интуиция. В своей работе «Основы физиологической хирургии» Р. Лериш подчеркивает что такие качества, как «чутье», «интуиция, «опыт», которые являются душой человеческой медицины, еще долго будут преобладать и доминировать во врачевании. Многие выдающиеся клиницисты, например, С.П.Боткин и другие, справедливо отмечали факты врачебной интуиции, проявляющиеся

особенно ярко в диагностике. Врач как бы внезапно испытывает чувство ясности и уверенности в оценке характера заболевания, иногда после первого контакта с больным.

Одним из проявлений подсознательной деятельности является интуиция (от латинского *Intuitio* – созерцание, пристальное всматривание). Интуиция – это способность открывать истину, как бы минуя логическое умозаключение в результате того, что часть анализа совершается вне сферы сознательной деятельности. В. И. Вернадский (1973) указывал, что интуиция – это основа величайших научных открытий, которые в последующем идут строго логическим путем. Диалектический материализм рассматривает интуицию как непосредственное знание, расценивая ее как одну из форм мышления. Интуитивному «озарению» всегда предшествует длительная мыслительная работа в определенном направлении. Интуитивное решение невозможно без предварительного большого труда, наблюдательности, активной практической деятельности.

Мгновенное угадывание истины основывается на трех факторах: знании, опыте и ассоциативных способностях интуитивного мышления. Удачное решение задачи нередко приходит неожиданно, нас «озаряет», но это лишь, кажется, ибо это озарение происходит из

опыта, из накопленных знаний, из предшествующей работы подсознательного мышления. И. В. Гёте как-то заметил, что нам остается только копить и хорошо сушить дрова, а огонь вспыхнет, когда придет время, нередко удивляя нас своим неожиданным появлением.

Установлено, что левое полушарие головного мозга больше связано с сознательной, а правое — с бессознательной деятельностью, именно специализация полушарий головного мозга и дает возможность человеку рассматривать мир с двух разных точек зрения, познавать его, используя не только словесно-грамматическую логику, но и интуицию с ее пространственно-образным подходом к явлениям и моментальным охватом целого.

С точки зрения врачебного мышления интуиция возможна и закономерна, если она основывается на предшествующих знаниях и опыте. Интуиция является специфической формой познания, отличающейся своеобразной «укороченностью», но эта укороченность только кажущаяся, ибо ей предшествовала длительная подсознательная деятельность. Интуицию следует расценивать как один вспомогательных приемов познания, требующих обязательной практической проверки. Интуиция, как и логическое, сознательное мышление, не гарантирует от допущения ошибок. Ин-

туиция является продуктом размышлений и большого опыта, это способность охватывать в воображении главную сущность вопроса еще до того, как этот вопрос будет всесторонне исследован. Известный советский патолог И. В. Давыдовский считал, что врач должен воспитывать в себе интуицию, научиться давать правильные заключения на основании даже малого количества признаков. Нам представляется, что способность к интуитивному мышлению во многом определяет призвание врача. Только не следует считать, что с помощью интуиции можно решать все трудные задачи, в том числе и в диагностике.

Чтобы стать хорошим диагностом, выработать и воспитать в себе интуицию, требуются годы и годы. Интуитивное мышление врача можно выработать и развить только повседневной клинической практикой. В основе интуиции лежит опыт и если врач видел заболевание многократно, то его картина достаточно полно запечатлевается в памяти, что позволяет в дальнейшем без особого труда «опознавать» это заболевание. Следует заметить, что способность к запоминанию у различных людей неодинакова, поэтому одни врачи, с более цепкой и острой памятью, быстрее обретают способность к «опознаванию» болезней, даже увидев меньшее число больных, чем другие, которым требует-

ся больше времени для приобретения такого опыта. Поэтому студенты и молодые врачи должны знать, что интуиция приходит с годами упорного и добросовестного труда и ее развитие не поддается искусственному форсированию. Интуиция тогда плодотворна, когда ей предшествует и за ней следует сознательная работа мышления. Условиями для выработки врачебной интуиции являются тонкая наблюдательность, умение подмечать мало выраженные признаки, в частности самые небольшие сдвиги в поведении, выражении лица, походке, позе, речи больного, а также способность строго соблюдать последовательность обследования больного, придерживаться постоянно единой схемы обследования.

Всестороннее понимание феномена интуиции, специфических симптомов ее образования, роль в разнообразных видах человеческого познания может обогатить наши представления по данному вопросу. Чаще всего о ней вспоминают, когда речь заходит об особенностях процесса постановки диагноза. Наиболее типичное для большинства клиницистов понимание роли интуиции в диагностике высказал в свое время чешский невропатолог Ríck, который считал, что под моментальным или диагнозом одним взглядом подразумеваются такие диагнозы, где распознавание ставится

на основании нескольких явных признаков, максимально сократив процесс мышления и заключения.

Интуиция, понимается как концентрация индивидуального накопленного медицинского знания и коллективного опыта, в прошлом нередко была единственным оружием медика, поскольку сведения о структуре, функциях и особенно об этиологии и патогенезе большинства заболеваний, отсутствовали. Специфика врачебной интуиции заключается в характере самого контакта с больным. Во время изложения жалоб, врач делает свои наблюдения, изучает его личность, психическое состояние, поведение, внешний вид и анализирует свои впечатления. У опытного специалиста по отдельным проявлениям болезни уже во время осмотра больного могут возникать элементы интуитивной догадки о характере заболеваний, которые подтверждаются или отвергаются в ходе дальнейшего обследования.

Сопоставляя различные симптомы между собой, врач иногда замечает, что в анамнезе отсутствует, выпадает какое-то необходимое звено. И только в процессе упорного анализа он может заметить пусть незначительное, но важное с точки зрения явление, которое и помогает ему понять весь комплекс симптомов. Однако его интуиция хотя и возникает внезапно, но

появляется не на пустом месте. Она — результат всего предшествующего опыта и знаний врача и итог его напряженных поисков. Важное значение имеют его способности, строй мышления, сила логики, взлет его творческого и психологического проникновения. На формирование интуиции оказывают воздействие и различные жизненные обстоятельства, творческое состояние интеллекта и его напряженная работа.

Роль интуиции особенно велика там, где необходимы проникновение в неведомое, выход за пределы существующих приемов и врачебных манипуляций. Но интуиция не есть нечто неосмысленное или сверхразумное. Она также не составляет особого пути познания, идущего в обход ощущений, представлений и др. Интуиция — своеобразный тип мышления, когда его отдельные звенья «проносятся» в процессе познания почти бессознательно, а предельно ясно осознается лишь итог мысли, его конечный результат — истина. Интуиции достаточно для усмотрения истины, но ее не хватает, чтобы убедить в этом других и самого себя, тогда будут нужны доказательства.

Однажды автор этих строк консультировал в одной из клиник города худощавого телосложения больную женщину, которая очень похудела за последний месяц. Ее беспокоили сильные головные боли, рвота,

слабость левых конечностей; кожные покровы бледные, с землистым оттенком. Во время осмотра интуитивно почувствовал поражение головного мозга, возможно метастатического характера. Больную госпитализировали в клинику нейрохирургии и провели комплексное обследование. В результате оказалось, что правое полушарие головного мозга поражено метастазированной злокачественной опухолью легкого. Этот пример свидетельствует о значении интуиции в диагностике заболевания даже при кратковременном осмотре. Дальнейшие же комплексные обследования в специализированном лечебном учреждении подтвердили интуитивное «видение».

В интуиции заложен опыт всего предшествующего интеллектуального и профессионального развития специалиста, плодотворно сказывающийся в процессе повседневного практического врачевания. Опытный врач, сделавший не одну операцию, обладающий богатым теоретическими знаниями, эрудицией, нередко даже при одном пристальном осмотре, непосредственном созерцании, интуитивном проникновении может определить общий характер заболевания, его локализацию, стадию и течение патологического процесса.

В ходе показания интуиции должна быть подчинена чувственному и рациональному. И хотя за интуици-

ей стоят опыт, навык, наблюдение, приобретенные ранее знания, которые постепенно накапливались, она (интуиция) все-таки не играет главной роли в диагностическом процессе, а вступает как момент подчиненный. В этом заключается познавательная роль интуиции в диагностике.

К компонентам развития интуиции следует отнести также чувство уверенности в себе, которое накладывает отпечаток на весь характер мыслительной деятельности человека. Способность к интуиции более выражена у творческих и думающих специалистов, влюбленных в свою профессию.

Рост объема медицинской помощи нейрохирургическим больным (в силу многих обстоятельств) настоятельно требует сокращения времени для обследования пациентов. Многое тут зависит от организации медицинской службы, технической оснащенности учреждений. Однако, здесь значительная роль врача, его опыт, талант к мгновенному схватыванию главного, существенного. Эти качества обеспечивают прицельное (целенаправленное), экономическое для здравоохранения и щадящее для больного диагностическое обследование. Технизм, узкая специализация разрушает изнурительную целостность, личностную направленность врачевания. Как бывший министр здравоохране-

ния уверен, что уже сейчас некоторые больные воспринимают врача, особенно участкового, всего лишь как лицо, ответственное за выписку больничного листа, а подлинную процедуру лечения отождествляют с лабораторными исследованиями, направленными в крупные лечебные центры и с консультациями специалистов.

В век научно-технического прогресса и урбанизации необходимо найти противоядие от тенденции дегуманизации, обезличивания взаимоотношений врача и пациента.

Таким образом, по мере все более широкого использования диагностической и лечебной техники, сокращающих время непосредственного контакта доктора с пациентом, будет расти опасность падения престижа врачебной профессии, снижений у врача чувства сострадания, милосердия, способности подлинно клинического мышления. В этой связи нужны энергичные меры для стимуляции творчества врача в условиях научно-технического прогресса, тем более, что роль поискового творческого воображения, интуиции, по мере усложнения характера патологического процесса и внедрения широкой диагностической техники, будут возрастать.

Глава V. Проблемы диагноза болезни и диагноза больного

5.1. Поставить диагноз болезни проще, чем установить диагноз больного

Формулируя диагноз больного, мы стремимся выяснить не только характер болезни, но и личные качества, темперамент, условия жизни и быта, перенесенные заболевания в прошлом и т. д. Ведь известно, что один и тот же этиологический фактор оказывает далеко не одинаковое действие на различных людей, одно и то же заболевание протекает по-разному в зависимости от резистентности и реактивности больного, преморбидного фона, генетической предрасположенности и других моментов. Основоположники отечественной клинической медицины всегда подчеркивали необходимость постановки не только диагноза болезни, но и диагноза больного. М. Я. Мудров (1949) в частности указывал: «Чтобы правильно лечить больного, надобно узнать, во-первых, самого больного во всех отношениях; потом надо стараться узнавать причины на тело или душу воздействующие; наконец, обнять весь круг болезни; тогда болезнь сама скажет имя свое» (М. Я. Мудров. Избранные произведения, М., 1949, с. 100). М. Я. Мудров (1912) подчеркивал, что ввиду инди-

видуальных особенностей каждый больной требует особого лечения, несмотря на одно и то же заболевание.

Г. А. Захарьин (1978) различал «главную болезнь» - «diagnosis morbi» и «второстепенные расстройства и все особенности больного» - «diagnosis aegri» С. П. Боткин (1950) сыграл большую роль в утверждении «диагноза больного» в клинической медицине.

И. Н. Осипов, П. В. Копнин (1962) большое значение придают разграничению формально-абстрактного диагноза болезни и диагноза больного. Термином «диагноз болезни» обозначают болезнь по принятой классификации болезней, а «диагноз больного» - это диагноз болезни у конкретного больного с учетом всех его индивидуальных особенностей. «Диагноз болезни» называют еще «нозологическим диагнозом», а «диагноз больного» - «индивидуальным диагнозом», «патогенетическим диагнозом», «diagnosis aegroti».

Индивидуальный диагноз или диагноз больного является более высоким уровнем диагностики по сравнению с диагнозом болезни, поскольку индивидуальный диагноз включает и диагноз болезни, и нервно-психические и физические особенности заболевшего. Диагноз больного - это высший синтез всех предшествующих этапов диагностического процесса. Он более трудный и сложный, чем диагноз болезни, хотя его

оформление не имеет точно обрисованной схемы. Наиболее приближенным в этом отношении является клинический эпикриз, сформулированный в истории болезни и содержащий сведения о природе, сущности, основных проявлениях и течении болезни. Однако такая форма диагноза мало пригодна для выяснения общих закономерностей патологического процесса не только ввиду явной громоздкости, но и потому, что общие принципы диагностики, лечения и профилактики разрабатываются применительно и к виду болезни, что однако не исключает обоснованных отступлений от этих принципов в конкретных случаях. Поэтому диагноз болезни «составляет самую существенную часть учения о диагнозе и положен в основу документального оформления заболеваний в медицинской практике, а также в медико-статистических исследований во всех развитых странах» (БМЭ).

При постановке диагноза больного врач умозаключает, исходя не только из симптомов болезни, но также и из особенностей связей между симптомами и своеобразием клинической картины заболевания у данного больного, поэтому индивидуальный диагноз более труден, чем диагноз болезни. Первая задача врача — определить диагноз болезни, вторая поставить диагноз больного.

Индивидуальный диагноз должен быть строго конкретизированным и определять форму и сущность заболевания у данного больного в данное время, истолковывать характер патологического процесса. Для установления индивидуального или диагноза больного подчас требуется проведение дополнительных исследований. Формальный логический диагноз болезни, вскрывая только нозологическую принадлежность болезни, не позволяет, в отличие от индивидуального диагноза, достаточно полно судить о прогнозе заболевания. Индивидуализация диагноза, выяснение особенностей данного больного и особенностей течения болезни у него — резко отличает клиническую медицину от других наук.

С постановкой диагноза болезни завершается первая стадия диагностического процесса и начинается создание диагноза у конкретного больного. Если диагноз болезни является общим для всех больных с данной болезнью, то индивидуальный диагноз или диагноз больного присущ только конкретным больным.

К постановке индивидуального диагноза врач фактически приступает уже при первой встрече с больным, и формулирование его происходит параллельно с диагнозом болезни и не правы те авторы, которые искусственно пытаются хронологически разделить по-

становку этих двух диагнозов. К. Е. Тарасов (1967), А. С. Попов, В. Г. Кондратьев (1972) и многие другие авторы высказываются против слишком решительного разграничения и даже противопоставления друг другу диагноза болезни и диагноза больного. Эта проблема, существовавшая в прошлом, до 19 века, в дальнейшем была правильно решена М. Я. Мудровым, С. П. Боткиным и их многочисленными последователями.

Обследуя больного, врач не ограничивается диагнозом болезни и диагностирует заболевание у конкретного больного, поэтому эти диагнозы никак не выступают по отношению друг к другу как часть и целое. По-видимому, следует говорить не о двух диагнозах, а скорее о двух составных частях одного, единого диагноза как логической формы обозначения болезни по принятой классификации (диагноз болезни) и особенностей организма и заболеваний у данного больного (диагноз больного). Современный диагноз на любой стадии своего развития не может не подвергаться индивидуализации, однако, как замечают С. А. Гиляревский, К. Е. Тарасов (1973), мы почти до отвращения должны постоянно выслушивать о том, что нужно лечить не болезнь, а больного, ставить не диагноз болезни, а диагноз больного. В действительности же мы ле-

чим не больного, а болезнь, но у конкретного больного (В. А. Постовит, 1989).

«Диагноз больного» по содержанию является по существу развернутым клиническим диагнозом, который включает и диагноз болезни, и диагноз больного. В клиническом диагнозе отражается общее (нозологическая форма, диагноз болезни) и частичное (особенности состояния больного и течения болезни у него). Постановка диагноза больного требует изучения больного как личности с использованием всех известных клинике методик и всего аппарата логического мышления. Клинический диагноз в большинстве случаев отражает функциональные изменения в организме. Следует подчеркнуть, что диагноз больного — это не диагноз одного дня, это выяснение закономерностей течения заболевания у конкретного больного в данное время, при данных условиях.

К.Е. Тарасов (1967) считает термин «формальный диагноз» неоправданным и необоснованным, так как он создает впечатление о диагнозе поверхностном, неглубоком, отражающем главным образом формальную сторону вопроса. По мнению К.Е. Тарасова (1967), С. А. Гиляревского, К. Е. Тарасова (1973), если и допустимо в дидактических целях говорить о разных этапах диагностического процесса, то не следует эти этапы

именовать особыми видами диагнозов. А. С. Попов, В. Г. Кондратьев (1972) замечают, что противопоставление диагноза болезни диагнозу больного является не диалектическим, поскольку в современных условиях понятие «нозологическая форма» имеет не только семиологическое выражение, но и анатомическое, функциональное и этиологическое содержание. Противопоставление диагноза болезни диагнозу больного, как это делают некоторые авторы, безосновательно, лишено здравого смысла, поскольку индивидуальный диагноз это, по сути, диагноз болезни у данного конкретного больного.

5.2. Диагностические понятия

В структуре медицинского диагноза всего три дефиниции (определения *понятия*) по числу рубрик, а именно, *основное заболевание, осложнение(я) основного заболевания, сопутствующие болезни*. Внутреннее содержание каждой из них имеет свои специфические термины, семантика которых обязана быть однозначной, стереотипной для всех видов медицинского диагноза.

Основное заболевание - *нозологическая единица (болезнь)*, имеющая в данный момент наиболее выраженные клинические проявления, составившие угрозу

здоровью, трудоспособности и жизни больного, требующая первоочередной специализированной помощи.

В случае смерти больного основное заболевание трактуется как *первоначальная причина смерти* (рекомендации ВОЗ, МКБ - 10) или *основная причина смерти* (отработанная традиция).

Первоначальная причина смерти:

- а) *болезнь или травма, вызвавшая последовательно ряд болезненных проявлений, непосредственно приведших к смерти;*
- б) *обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.*

Основная причина смерти - *болезнь, которая сама по себе или через свои осложнения привела больного к смерти.*

В схеме бикаузальной структуры рубрики основного заболевания выделены варианты взаимодействия двух болезней: конкуренция, сочетание и фон. Условия их выявления представлены в следующих дефинициях:

- *конкурирующими следует считать две болезни (нозологические единицы), которые имеют признаки основного заболевания, и каждая, в отдельности взятая создаёт угрозу жизни больного или может закончиться смертью; комбинация этих*

двух болезней резко утяжеляет состояние больного, способствует ускорению смертельного исхода.

• **сочетанными болезнями** считают две нозологические единицы, которые имеют признаки основного заболевания, из которых каждая в отдельности взятая не составила угрозы жизни или не закончилась смертью, но совпадение во времени и локализации в совокупности способствовали тяжёлому течению заболевания или привели к смертельному исходу в данное время.

• **Фоновая болезнь** — это нозологическая единица, которая имела с основным заболеванием тесные патогенетические взаимоотношения, оказала существенное влияние на развитие и неблагоприятное течение основного заболевания или обусловила его особую тяжесть, что сыграло роль в появлении осложнений, угрожающих жизни или ставших причиной смерти.

В рубрике осложнение основного заболевания перечисляются патологические процессы и клинические проявления патологических состояний, имеющие только патогенетическую связь с основным заболеванием. Всякие иные условия для выделения осложнений основного заболевания противоречат основным положениям теории нозологии и вносят путаницу в

трактовку результатов диагностики. Наилучшим образом отражает современное представление об осложнении основного заболевания с полным набором понятийных знаков в предлагаемой дефиниции.

Осложнения основного заболевания — симптомы, синдромы и патологические процессы, патогенетически тесно связанные с основным заболеванием, но имеющие качественно новые признаки, отличные от признаков основного заболевания.

В ряду осложнений основного заболевания выделяют:

- **главное осложнение** - это осложнение, которое привело к развитию тяжёлых структурно-функциональных изменений, создавших угрозу для жизни больного.

- **промежуточное осложнение** - это одно из предшествующих осложнений, ставшее прямой причиной главного осложнения.

- **В случае смерти больного** главное осложнение трактуется как непосредственная причина смерти.

Выделение в медицинском диагнозе рубрики «сопутствующие болезни» основано на той роли, которую эти болезни играют, переходя из ремиссии в обострение. Обычно, сопутствующие болезни - это хронически протекающие страдания. Ремиссию хроническим болезням обеспечивают процессы компенсации, как

правило, достигнутые ранее проведенным лечением. Срыв компенсации и обострение хронической болезни, учтённой в рубрике «сопутствующие болезни» может возникнуть до обращения больного за медицинской помощью и в момент оказания этой помощи. В последнем случае эта помощь, необходимая для лечения болезни, распознанной как основное заболевание, становится причиной срыва компенсации и обострения болезни. Обострившаяся болезнь требует лечения и, тем самым, приобретает признаки основного заболевания. Отсюда, сопутствующие болезни являются «поставщиками» конкурирующих, фоновых и сочетанных болезней. Существование в медицинском диагнозе рубрики «сопутствующие болезни» оправдано и необходимо. Лечащий врач обязан учитывать существование этих болезней и предупреждать их обострение.

Сопутствующие болезни - болезни (нозологические единицы), этиологические и патогенетические не связанные с основным заболеванием и его осложнениями, которые не оказали на их развитие и течение неблагоприятного влияния или не способствовали наступлению смерти.

Сопутствующими болезнями считаются все найденные у больного болезни, которые в данный момент находятся в состоянии ремиссии.

5.3. Взаимодействие нескольких болезней в одном организме

В настоящее время страдающих пациентов одновременно несколькими болезнями можно встретить в любом возрасте. Что послужило поводом для изучения взаимодействия и взаимовлияния нескольких болезней в одном организме? Очевидно, этому способствовал поиск причин смерти, отражение их в диагнозах и эпикризах, который обнаруживал тот факт, что выявляются не одна, а две и более причины включающие механизм смерти. Находят эту особенность процесса умирания больного преимущественно на секционном столе. Однако, если это способны выявить патологоанатомы, то это создает исключительные трудности для клиницистов, в смысле диагностики и установления причин смерти.

Да, определённые сложности в оценке причин смерти могут испытывать клиницисты. В отличие от патологоанатома, для которого проявления заболевания и его осложнения в органах статичны, то для клинического врача они динамичны, и изменяются порой стремительно. К тому же, очень часто выявленные у больного хронические болезни, принятые как сопут-

ствующая патология, под действием разных факторов, в том числе и несбалансированного лечения, приобретают свойства основного заболевания и взаимодействуют с болезнью, по поводу которой больной лечится. Сосуществование в одном организме двух и более болезней проявляется сложной клинической картиной и тяжёлым течением заболевания. Именно, необычно тяжёлое течение болезни должно заставить лечащего врача заподозрить наличие у больного второй болезни, имеющей, как и первая, признаки основного заболевания. Вероятным объяснением может быть взаимодействие признаков разных болезней между собой на уровне морфологического субстрата, локализации (ткань, орган, система органов), *circulus vitiosus* (порочного круга) патогенезов. Тесные взаимодействия двух болезней проявляются вариантами конкуренции, сочетания и фона. Необходимо напомнить, что *конкурирующими* следует считать две болезни, каждая из них, в отдельности взятая, создаёт угрозу жизни больному или может закончиться его смертью. Комбинация этих двух болезней резко утяжеляет состояние больного, способствует ускорению смертельного исхода. *Сочетанными* считаются две болезни, из которых каждая в отдельности взятая не составила угрозы жизни или не закончилась смертью больного, но совпадение во

времени и локализации в совокупности способствовали тяжёлому течению заболевания или привели к смертельному исходу. *Фоновая* — это та болезнь, которая имела с другой болезнью тесные патогенетические взаимоотношения, оказала существенное влияние на развитие и неблагоприятное её течение или обусловила её особую тяжесть, что сыграло роль в появлении осложнений, угрожающих жизни или ставших причиной смерти.

Тесные взаимодействия более двух болезней проявляются в двух вариантах: семейства болезней и ассоциация болезней. *Семейство болезней* определяется этиологической и патогенетической связью группы болезней. *Ассоциация болезней* — это случайное сочетание нескольких болезней в одном организме. Рассмотрим каждый вариант взаимодействия болезней в одном организме отдельно.

Конкурирующие болезни имеют свойства болезней тяжёлых и опасных для жизни больного. Конкуренция этих болезней чаще всего в развитии одинаковых осложнений. Например, 1) *атеросклероз + гипертоническая болезнь*: кровоизлияние в головной мозг, сердечнососудистая недостаточность; очаговая бронхопневмония (рис. 8)

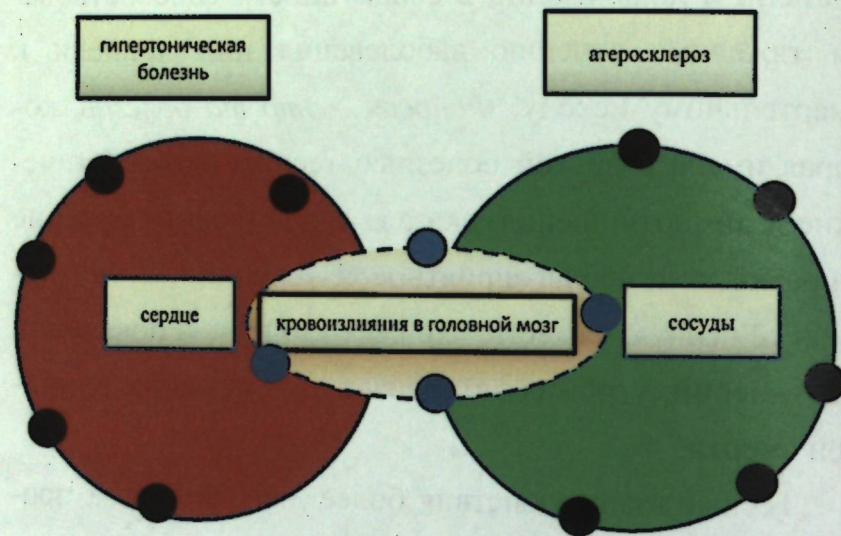


Рис. 8. Конкуренция двух болезней в формировании осложнения

Возможна конкуренция двух болезней по локализации морфологического субстрата в одном органе. Например: *рак кардиального отдела желудка + язвенная болезнь желудка в обострении*, осложнение: кровоизлияние в желудок и кишечник, постгемморрагическая анемия (рис. 9).

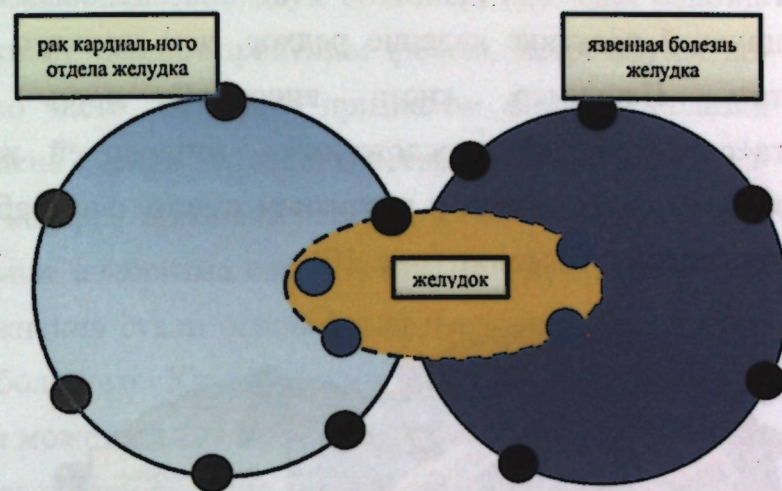


Рис. 9. Конкуренция двух болезней с локализацией в одном органе с формированием смертельного осложнения

Конкуренция двух болезней не относится к частому варианту проявления заболевания. Однако всякое тяжелое проявление известной болезни без явных осложнений должно быть для врача сигналом поиска другой болезни. Во взаимодействие с имеющейся болезнью могут вступать как обострившиеся хронические болезни, так и остро начавшиеся инфекционные болезни, а иногда ятрогенные осложнения с приобретенным статусом болезни.

В сочетании, по определению, в отличие от конкуренции, вступают две болезни, которые имеют свойства не тяжелых и не опасных для жизни больного. Ва-

риант сочетания двух «безобидных» болезней в медицинской практике явление редкое, чем принято считать. Например, киста височной доли мозга+сирингобульбия, осложнилась аспирацией желудочным содержимым и развитием смертельной абсцедирующей пневмонии (рис. 10).

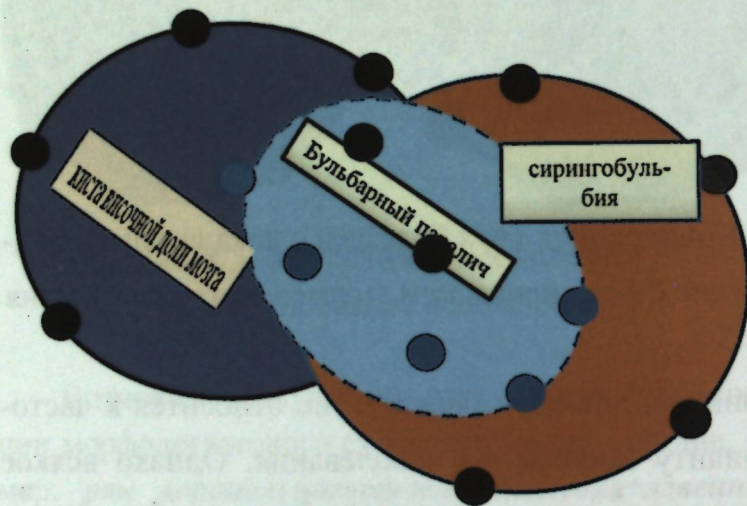


Рис 10. Сочетание двух болезней в одном органе с формированием смертельного осложнения

«Безобидными», указанными в примере, болезни назвать нельзя, но при рассмотрении каждой из них, отдельно взятой, проявления которой могли осложниться в виде абсцедирующей пневмонии трудно представить.

Взаимодействие двух болезней, где одна болезнь выступает неблагоприятным *фоном*, встречаются довольно часто. Ведущим признаком фоновой болезни выделена тесная патогенетическая связь с той болезнью, которая признана основным заболеванием (артериальная аневризма сосудов мозга), чьи проявления и осложнения стали основой для первоочередного лечения больного. Классическим примером фоновой болезни может служить сахарный диабет, который всегда утяжеляет проявления многих нозологических единиц (болезней). Фоновыми болезнями стали считать атеросклероз и гипертоническую болезнь по отношению к инфаркту миокарда, инфаркту головного мозга и кровоизлиянию в головной мозг. Выяснить тесную патогенетическую связь атеросклероза и гипертонической болезни с указанными инфарктами и кровоизлиянием весьма затруднительно, а вот причинная связь обнаруживается явная. Наилучшим примером фоновой болезни для аневризмы сонной артерии может быть сахарный диабет: **аневризма сонной артерии с разрывом +сахарный диабет, осложнение: разрыв аневризмы с образованием внутричерепной гематомы** (рис. 11).

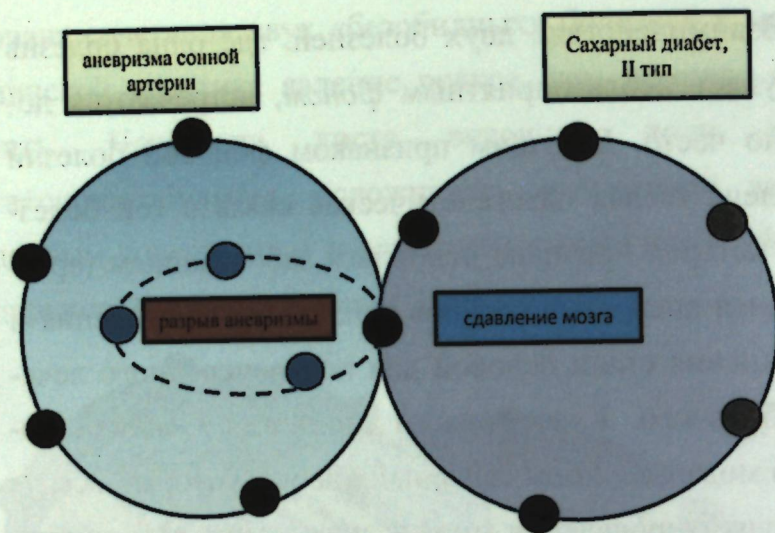


Рис 11. Взаимодействие фоновой болезни с основной болезнью

Надо помнить, что сахарный диабет через свои осложнения может выступать как первоначальная причина смерти.

Таким образом, при распознавании взаимодействия нескольких болезней, требующих первоочередного лечения, выявление их взаимосвязей на уровнях патогенезов, локализаций структурных поломов, будут способствовать своевременной диагностике и выбору правильной тактики терапевтического воздействия, направленного на разрыв патогенетических связей.

В медицинском диагнозе комбинированное основное заболевание формулируется всегда, если у больного обнаруживают две болезни, имеющие статус «ос-

новное заболевание», требующие оказания первоочередной специализированной медицинской помощи.

5.4. Процесс диагностики в условиях узкой специализации медицины

Слишком дифференцированной стала вся медицина. Каждый орган человека стал отдельным и самостоятельным предметом или дисциплиной как, например, сердце - кардиология, легкие - пульмонология, печень - гепатология, почки - нефрология, глаза - офтальмология, кишки - практология и др. И, наоборот, один орган объединяет в себе несколько дисциплин, например, мозг - неврология, нейрохирургия, психиатрия и психология и тому подобное.

Сегодня уже хирургия распадается на исключительно узкую специализацию: травматология, ортопедия, онкология, урология, ангиохирургия, нейрохирургия и детская хирургия и др. Если даже возьмем одну нейрохирургию, то и она распадается на отдельные направления: нейротравмотологию, нейроонкологию, нейроангиологию, функциональную нейрохирургию, детскую нейрохирургию, эндоваскулярную нейрохирургию и реконструктивную нейрохирургию и др. Внутри этих разделов в свою очередь есть свои под-

разделы и соответствующие специалисты. Например, в нейротравмотологии четко прослеживается ее разграничение на: черепно-мозговую, позвоночно-спинальную и хирургия периферических нервов.

Мне приходилось побывать во многих нейрохирургических учреждениях или крупных больницах мира: России, Украины, Узбекистана, Казахстана и стран дальнего зарубежья – США, Германии, Турции, Голландии, Австралии, Ирана, Пакистана и др. Каждое из них конечно имеет свое особое научное и клиническое отличие, но вместе с тем, они имеют много общих черт и сближающие особенности, характеризующие современное нейрохирургическое или многопрофильное медицинское учреждение. Они, как правило, насыщены медицинской техникой обеспечивающей высокий темп и отличное качество диагностики и лечения. Наконец им приданы мощные инженерно-технические службы. Это мировые стандартные принципы: без укрупнения, без техники, без инженеров больница сегодня просто не может выжить и существовать.

Эффективная организация диагностической и лечебной работы крупного госпиталя – исключительно сложная задача. Здесь неизбежны и главное, полезны элементы конвейера, имея в виду слаженность, четкость, надежность, последовательность и преемствен-

ность действий всех служб и подразделений в целом и каждого сотрудника в отдельности – т.е. специалистов всех уровней и профиля. Ежедневное пребывание больного в стационаре стоит очень дорого. Поэтому все больные амбулаторно проходят необходимое обследование. Врач получает готовый и документированный диагноз.

Инженеров и техников в крупной больнице столько, сколько врачей. Но часто бывает их гораздо больше, в некоторых зарубежных клиниках на одного хирурга приходится несколько инженеров – такова их насыщенность сложной электронной аппаратурой. Например, больной сделал несколько вдохов и выдохов, прибор со встроенной ему ЭВМ производит комплекс анализов, рассчитав по ним десятки показателей, и тут же распечатывает развернутый диагноз по легочной патологии.

Врач при технике – не состоятелен, как врач он должен вникнуть в душу больного, сочувствовать, сопереживать, понимать больного, превращая обреченность его в надежду. Машина на это не способна и потому техника при всем ее величии, не должна управлять врачом. Человеку-больному необходимо общение с человеком-врачом исключительно важно – челове-

ское общение. А его не в силах заменить самые изощренные технологии.

Находки методов нейровизуализации могут не только уточнить диагноз, но иногда может уводить его в сторону от истины. Но не это сущность этой работы, а речь идет о соразмерности ролей врача и аппаратуры, о необходимости самого широкого использования и уважения новых технологий, но при этом, ни в коем случае нельзя забывать первичность и важность клиники и врача. Теснейший и неразрывный союз клиники и техники наиболее продуктивен для современной нейрохирургической диагностики и лечения. Но врач не должен быть в слепом подчинении техники. Напротив, техника подчиняется ему, служит его замыслам и действиям, обеспечивая успешность сложнейших нейрохирургических операций.

5.5. Врачебные ошибки в диагностическом процессе

Еще древние говорили «Errare humanum est» («Человеку свойственно ошибаться»), но, пожалуй, ни в одной области человеческой деятельности ошибки не влекут за собой столь частых и тяжелых последствий, как в области клинической медицины, в том числе и в

диагностике. Ошибкам в диагностике посвящена большая литература. Меняется уровень медицины, улучшается подготовка врачей, внедряются в практику новые методы обследования, изменяется характер ошибок, но сама проблема диагностических ошибок остается. И. В. Давыдовский (цит. С. А. Гиляревский, К. Е. Тарасов, 1973) обобщил данные прозектуры медицинского факультета Московского университета и кафедры патологической анатомии Первого московского медицинского института и представил следующие сведения о проценте расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов в различные годы: в 1890-1896 гг. — 30,8%, 1922-1926 гг. — 29,6%, 1946-1950 гг. — 7,7%, 1955-1959 гг. — 7%, в 1968-1971 гг. — 6,1%.

По сообщению А.П. Мохненко (1964), в Ленинграде расхождения диагнозов направления с клиническими диагнозами встречались в 1947г. в 16,2%, в 1948г. — в 15,5%, в 1949г. — в 13,7%, в 1959г. — в 12,2%, в 1964г. — в 14,4% случаев.

М.Н. Петров, В.З. Кличков (1979) провели анализ результатов сопоставления клинических и патологоанатомических диагнозов в 5697 случаев смерти больных в одной из крупных клинических больниц Ленинграда и обнаружили расхождение диагнозов в 10,1 %

случает от общего числа патологоанатомических исследований.

Еще больше ошибок у врачей скорой помощи, которым часто приходится прибегать к неотложному диагнозу, требующему моментального решения, что случается при остром животе, инфаркте миокарда и других неотложных состояниях. По данным В. Х. Василенко (1985), расхождение клинического и анатомического диагнозов в настоящее время колеблется в пределах 6-8%, а при отдельных нозологических единицах достигает и более высоких цифр — 20-30%, например, при раке поджелудочной железы. На возрастание % расхождения диагнозов при опухолевых заболеваниях и заболеваниях сердечно-сосудистой системы указывают М. Н. Петров, В. З. Кличиков (1979) и др.

По мере увеличения возраста больных возрастают и диагностические трудности. У больных 30-40-летнего возраста, не говоря уже о более старших больных, нередко встречается уже не одно, а несколько заболеваний за счет сопутствующих болезней. Частота диагностических ошибок у больных старше 60 лет, по сравнению с более молодыми больными, в два раза выше. Таким образом, если учесть вышеприведенные данные И. В. Давыдовского, то за прошедшие 80 лет клиническая диагностика значительно улучшилась и

сейчас в терапевтических отделениях показатель правильности диагностирования достигает 90 % и больше. Это тем более заметно, что 100 лет назад С. П. Боткин заявлял, что был бы рад добиться совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов хотя бы в 30% случаев. Следует заметить, что, примерно, в 3% случаев диагноз остается неясным и после вскрытия умерших.

И.И. Пирогов взял за правило не скрывать ошибок, а систематически подвергать их тщательному анализу. Крупный венский хирург Бильрот говорил: «Только слабые духом, хвастливые болтуны и утомленные жизнью боятся открыто высказаться о совершенных ими ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед сознанием своей ошибки» (цит. Р. С. Иванов. Врачебная этика и медицинская деонтология. Л., 1989, с. 62). После всякой диагностики врач должен осмыслить свою работу и попытаться дать себе отчет о возможных ошибках. Ошибки должны стать предметом разбора и изучения, чтобы устранить возможность их повторения. В. И. Ленин указывал: «...нельзя вполне уяснить себе никакой ошибки ...если не доискаться теоретических корней ошибок у того, кто ее делает» (Полн. собр. соч. 1950, т. 42, с. 286). Врачебные, особенно диагностические ошибки,

совершаются чаще, чем об этом принято думать. По И. В. Давыдовскому (цит. А. С. Попов, В. Г. Кондратьев, 1972), полное несоответствие основного клинического диагноза основному патологоанатомическому встречалось в клиниках в 30-40 гг. в среднем в 15-16% в 1964г. — оно уменьшилось до 10% в общем числе диагнозов. В настоящее время средний % несоответствия диагнозов значительно меньше благодаря применению современных диагностических аппаратур и улучшению профессионализма врачей.

В большинстве врачебных ошибок, как свидетельствует анализ, нет злого умысла, они — следствие ряда объективных и субъективных причин среди которых значительное место занимает неумение использовать клинические и лабораторные сведения в диагностическом процессе. Под врачебными ошибками понимают неправильные действия (или бездействия) врача, имеющие в своей основе незнание, несовершенство медицинской науки, объективные условия. Вне зависимости от исхода, за ошибку врач не может быть наказуем ни в дисциплинарном, ни в уголовном порядке. Незнание врачом заболевания конкретного лица еще не является ошибкой, за исключением того случая, когда врач располагал объективными условиями и мог распознать за-

болевание, но не сделал этого, так как принял неправильное заключение.

Особенно много врачебных ошибок порождается несвоевременной, запоздалой диагностикой, поэтому стремление за ранний и правильный диагноз остается всегда актуальным, поскольку ранний диагноз позволяет осуществить и своевременное раннее адекватное лечение больного. Следует различать диагностическую и врачебную ошибку — последняя имеет более широкое понятие, поскольку она включает и диагностическую ошибку, и ошибки, связанные с прогнозированием и лечением заболеваний. Единственным критерием достоверности, возможности отграничить существенные признаки от несущественных, истинные суждения от ложных, является практика, практическая деятельность врача, результаты этой деятельности. Для проверки качества диагностики и выявления диагностических ошибок существует два метода: а) изучение степени совпадения диагнозов одних медицинских учреждений (поликлиник) с диагнозами других учреждений (больниц); это опосредованная проверка истинности диагноза; б) изучение степени совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов, это — непосредственная проверка истинности диагноза.

В СССР с 1935г. по инициативе И. В. Давыдовского проводятся клинико-анатомические конференции. Однако и данные секции являются лишь относительным критерием истинности диагностики, так как не все заболевания имеют специфическую патологоанатомическую картину и проверке подвергается только часть диагнозов, а по мере снижения летальности их число будет еще меньше. Следует помнить, что летальность при различных заболеваниях не одинакова, поэтому проверка истинности диагнозов этим методом не равноценна при разных заболеваниях. Проверка истинности диагнозов на основании эффективности лечения больных весьма относительна, поскольку лечение может быть независимо от диагноза в случаях, когда заболевания диагностируются, но плохо лечатся или состояние больного улучшается при неясном диагнозе. Диагностическая ошибка характеризуется полным или неполным расхождением клинического и патологоанатомического диагнозов.

Среди многообразных причин диагностических ошибок наиболее важные следующие:

- 1) Плохое соби́рание анамнеза, недостаточное осмысливание его и использование в диагнозе;

- 2) Недостоверность объективного обследования больного и неправильная интерпретация его результатов;
- 3) Недостаточность лабораторного и инструментального исследования, неправильное использование результатов этого исследования;
- 4) Дефекты в организации консультативной помощи, которая иногда сводится к формальной переписке консультанта с лечащим врачом на страницах истории болезни, подменяющей совместное творческое обсуждение диагноза. В процессе консультативного обслуживания могут возникать и ошибки консультанта, недооценка лечащим врачом мнения консультанта. Следует иметь в виду, что консультант исключает только «свои» заболевания и в силу узкой специализации подчас не видит больного в целом;
- 5) Неполюценное обобщение данных обследования больного, а также неумелое их использование применительно к особенностям течения болезни;
- 6) Длительное бессимптомное течение болезни;
- 7) Тяжелое состояние больного, затрудняющее его обследование;
- 8) Редкость заболевания или атипичное его течение.

М.В. Черноруцкий (1958) источники диагностических ошибок делил на 4 категории: а) исходящие от болезни, б) исходящее от больного, в) исходящие от врача и г) исходящие от внешней обстановки и условий исследования.

Аристотель замечал, что «совершенные люди однообразны, порочные разнообразны» и что «...ошибаться можно различно, ...верно поступать можно лишь одним путем...» (цит. В. Х. Василенко, 1985, с. 193). Следует подчеркнуть, что в практической жизни редкие болезни встречаются редко, а частые — часто, но если необычные симптомы возникают при обычно встречающихся заболеваниях, то они чаще ведут к диагностическим ошибкам, чем сами редкие заболевания. Практика показывает, что невнимательность, небрежность, поверхностность при обследовании больного, поспешность и излишняя самоуверенность в суждениях и выводах приводят к субъективистским заключениям и являются наиболее частой причиной ошибок в диагнозе. Недостаточно полное обследование больного — наиболее частая причина диагностических ошибок.

Глава VI. Методы диагностического обследования или диагностическая техника

Методы диагностического наблюдения включают врачебное наблюдение и обследование больного, а также разработку и применение специальных методов изучения морфологических, биохимических и функциональных изменений, связанных с болезнью. Исторически к наиболее ранним диагностическим методам относятся основные методы врачебного исследования: — анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Существует 3 вида обследования больного: а) расспрос, б) осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, то есть непосредственное чувственное исследование и в) лабораторно - инструментальное обследование. Все три вида обследования являются одновременно и субъективными, и объективными, но наиболее субъективен метод расспроса. Проводя исследование больного, врач должен руководствоваться определенной системой и строго придерживаться ее. Этой схеме обследования обучают в медицинских институтах и, в первую очередь на кафедрах пропедевтики.

6.1. Субъективное обследование

Обследование больного начинается с выслушивания его жалоб и расспроса, которые являются наиболее

древними диагностическими приемами. Основоположники отечественной клинической медицины придавали большое диагностическое значение жалобам больного, его рассказу о болезни и жизни. М. Я. Мудров впервые в России ввел плановый расспрос больных и историю болезни. Несмотря на кажущуюся простоту и общедоступность, метод расспроса труден, требует значительного умения и специальной подготовленности врача. Собирая анамнез, необходимо выявить последовательность развития тех или иных симптомов, возможное изменение их выраженности и характера по ходу развертывания патологического процесса. В первые дни заболевания жалобы могут быть мало выраженными, но усиливаться в дальнейшем. По мнению Б. С. Шкляра (1972), «...жалобы больного, его ощущения представляют собой отражение в его сознании объективных процессов, происходящих в его организме. От знаний и опыта врача зависит умение разгадать за словесными жалобами больного эти объективные процессы». Однако нередко жалобы больных имеют чисто функциональное происхождение. В ряде случаев, вследствие повышенной эмоциональности, больные не преднамеренно искажают свои внутренние ощущения, их жалобы приобретают неадекватный, искаженный характер, имеют сугубо индивидуальную выраженность. В то же время существуют и жалобы, имеющие общий характер, но присущие определенным заболеваниям.

Например, боли в сердце с иррадиацией в левую руку при стенокардии и т.д. Главными жалобами считаются те, которые определяют основное заболевание, они обычно наиболее постоянны и стойки, усиливаются по мере развития заболевания. М. С. Маслов (1948) подчеркивал, что правильно проведенный анализ анамнеза и симптоматологии болезни есть альфа и омега врачебной деятельности, а в диагностике пилоростенозов у грудных детей анамнез имеет решающее значение. Большое значение имеет анамнез и в диагностике круглой пептической язвы желудка, язвы 12-перстной кишки у детей. М. С. Маслов считал, что в ряде заболеваний детского возраста анамнез — все, а объективное исследование — только небольшое дополнение и диагноз часто готов уже к моменту окончания собирания анамнеза. М.С. Маслов настойчиво подчеркивал, что в педиатрии диагноз должен ставиться в первую очередь на основании данных анамнеза и таких простых методов объективного обследования как осмотр. Перкуссия, пальпация, аускультация. К сложным же методам обследования, уточняющим диагноз, следует прибегать лишь тогда, когда у врача сложилось определенное представление о болезни.

Выслушивая жалобы и расспрашивая больного, врач не должен забывать, что больной является не только объектом. Но и субъектом, поэтому прежде чем приступить к детальному расспросу, следует ознако-

миться с личностью больного, выяснить возраст, профессию, перенесенные ранее заболевания, образ и условия жизни и т.п., что поможет лучше понять личность больного и характер заболевания. Врач обязан всегда помнить, что больной это личность. К сожалению, студентам в институтах мало подчеркивают это положение, а к личности больного внимание должно постоянно повышаться. Недооценка личности происходит из неправильного понимания роли биологического и социального человека. Только в результате комплексного подхода к больному, как к личности, можно избежать крайностей, как биологизма, так и вульгарного социологизма. Диапазон воздействий среды на организм человека большой, но он во многом зависит от индивидуальных особенностей организма, его наследственной предрасположенности, состояния реактивности и т.д. Поскольку человек существо разумное, обладающее высшей нервной деятельностью, то расспрос больного — один из методов изучения психики, выяснения состояния высшей нервной деятельности, и сам расспрос следует отнести к категории специфических методов обследования. И. П. Павлов метод расспроса считал объективным методом изучения психической деятельности человека.

Интеллектуальное развитие больных различно, поэтому врач должен уже в процессе обследования выра-

ботать наиболее приемлемую для данного больного манеру общения. Случается, что одни врачи грубы в разговоре, другие — впадают в приторно-слащавый тон («милочка», «дружочек»), третьи — прибегают к нарочито-примитивной, псевдодемократической манере разговора с больным. Бернард Шоу как-то заметил, что есть 50 способов сказать «да» или «нет», но только один способ их написать. Врач должен постоянно следить за тоном своей беседы с больным. Фальшивый тон не располагает больного к открытой беседе с врачом. Следует помнить, что больной во время расспроса в свою очередь изучает врача, стремится выяснить степень его компетентности и надежности. Поэтому. Сочувственно выслушивая больного, врач должен суметь найти золотую середину общения, лежащую между строгой объективной официальной манерой поведения и преувеличенной сентиментальной заботливостью. Хороший врач тот, с кем можно говорить в любом ключе: от легкой незатейливой беседы вплоть до глубокого серьезного обмена мнениями. Слово «врач» происходит от старинного русского слова «врать», что значит «говорить», «разговаривать». В старину врач должен был уметь «заговаривать» болезни. В диагностике важную роль играет непосредственное впечатление, впечатление «первого взгляда».

6.2. Расспрос

Расспрос — это трудный и сложный метод обследования, для овладения которым нужно много и разносторонне работать над собой. К сожалению, часть выпускников наших медицинских вузов не умеют заинтересованно и внимательно выслушать больных. Важно выслушать больного с помощью стетоскопа, но еще важнее суметь просто выслушать, успокоить. Причина такого неумения кроется в слабой еще практической подготовленности молодых врачей, в недостаточной практике их общения с больными в студенческие годы. Психоневролог М. Кабанов сетовал о том, что за 6 лет учебы студенты медицинских вузов изучают человеческий организм 8000 учебных часов, а человеческую душу (психологию) — всего около 40 часов («Правда» от 28-V-1998 г.). В настоящее время в связи с технизацией диагностического процесса и лечения, все больше утрачивается принцип индивидуального подхода к больному. Временами врач начинает забывать, что больной личность; недооценивает психологию больного, а ведь лечить — это в значительной степени суметь управлять личностью пациента. Поэтому в институте следует максимально привить будущему врачу целостно-личностное направление медицины, культивируемое еще со времен Гиппократов.

Замечено, что чем ниже квалификация врача, тем меньше он говорит с больным. Анамнез может быть достаточно полным тогда, когда между врачом и больным устанавливается полный психологический контакт. Различным врачам больные могут по-разному рассказывать о своем заболевании. Так, например, женщины нередко по-разному рассказывают о себе и о болезни в зависимости от того врач женщина или мужчина. Чем опытнее врач, тем больше данных он получает при расспросе больного.

Жалобы больного играют ведущую роль в формировании диагностического направления от мышления врача. Именно от жалоб больного зависит первичная диагностическая «сортировка». Больной излагает в первую очередь те жалобы, которые привлекли его внимание и кажутся ему главными, что, однако далеко не всегда так и, кроме того, многие симптомы ускользают от внимания больного или даже неизвестны ему. Поэтому выяснение жалоб не должно сводиться к их пассивному выслушиванию, врач обязан активно расспрашивать больного и таким образом, этот процесс обследования состоит, как мы уже упоминали, из двух частей: пассивно-естественного рассказа больного и активно-умелого, профессионального расспроса врача. Напомним, еще С.П.Боткин указывал, что собирание

фактов должно производиться с определенной руководящей идеей. Проводя активное выяснение жалоб больного, врач должен стремиться сохранить полную объективность и ни в коем случае не ставить вопросы больному, формулировке которых заранее подсказывается уже определенный ответ. К постановке таких вопросов нередко прибегают врачи, склонные к предвзятому диагнозу и стремящиеся искусственно подвести факты под заранее придуманный ими диагноз. В этих случаях проявляется нездоровое стремление врача блеснуть перед больным или окружающими своей якобы прозорливостью. Встречаются и легко внушаемые больные, добивающиеся расположения врача и угодливо поддакивающие ему. Диагноз не должен быть предвзятым.

Значение анамнеза в диагностике трудно переоценить, хотя при различных заболеваниях и не равноценно. Как указывает Г.А.Рейнберг (1951), в конце XIX — начале XX века происходил спор между терапевтами Москвы и Петербурга: московская школа главное значение в постановке диагноза придавала анамнезу, петербургская — объективному обследованию, жизнь показала, что только умелое сочетание данных субъективного и объективного обследования позволяет наиболее полно распознать заболевание.

Опытные врачи знают, что хороший анамнез — это половина диагноза, особенно больной полно и точно передал симптомы и они специфичны, а врач имеет дело с заболеванием, в клинической картине которого преобладают субъективные симптомы.

Сбор анамнеза, как указывалось ранее, состоит из непринужденного рассказа больного о начале и развитии болезни и направленного расспроса врача, во время которого он оценивает существенное в рассказе, одновременно наблюдая за нервно-психическим состоянием больного. То есть, подчеркнем еще раз, что расспрос это не пассивный процесс механического прослушивания и записывания сведений о больном, а планомерный, организуемый врачом процесс.

Методика сбора анамнеза была в совершенстве разработана в московских клиниках основоположников отечественной терапии Г.А.Захарьина и А.А.Остроумова. Г.А. Захарьин постоянно подчеркивал необходимость придерживаться строгой схемы обследования больных и в своих клинических лекциях (1909) указывал: « Начиная врач, если он не усвоил себе метода ... расспрашивает как попало ... увлекается первым впечатлением ... надеется быстро решить дело, предложив больному несколько относящихся сюда вопросов, но, не исчерпав расспросом со-

стояние всего организма ... единственно верный, хотя и более медленный и тяжелый путь есть соблюдение полноты и известного однажды принятого порядка в исследовании». Г.А.Захарьин довел метод анамнеза до виртуозности, объективным же симптомам уделял несколько меньше внимания. По его мнению, анамнез позволяет получить более верное представление о заболевании, чем известные физические способы исследования. Существует различные схемы анамнеза, которым обучают в медицинских институтах, но каких бы схем ни придерживался врач, нужно, чтобы они обеспечивали достаточную полноту обследования больных и не позволяли упустить что-либо важное для диагноза. Поэтому при сборе анамнеза нельзя отступать от плана расспроса, умение слышать больного не простое пожелание — ведь мы иногда слушаем, но не слышим, смотрим, но не видим. Последовательный расспрос дает огромное количество сведений, часто заменяющих сложные диагностические исследования, и подчас определяет диагноз. Р.Хегглин (1965) считает, что на основании данных анамнеза диагноз устанавливается более, чем в 50% случаев, по данным физического обследования — у 30%, а по лабораторным данным — у 20% больных. В.Х.Василенко (1985) указывал, что в половине случаев анамнез позволяет пра-

вильно поставить диагноз. Известный английский кардиолог П.Д.Уайт (1960) говорил, что если врач не может собрать хороший анамнез, а больной не может его хорошо рассказать, то оба они находятся в опасности: первый — от назначения, второй — от применения неудачного лечения. П.Д.Уайт (1960) подчеркивал, что анамнез больного часто содержит много ключей к разрешению вопросов диагноза и лечения, но нередко именно этой частью обследования больного более всего пренебрегают врачи. Поспешность и отсутствие систематического опроса являются обычно причинами такого пренебрежения. Сбор анамнеза требует больше времени, чем другие виды обследования, но врач не должен экономить время на анамнезе.

Принятый порядок обследования больного, когда раньше проводится расспрос, а затем уже объективное обследование нельзя однако абсолютировать, ибо нередко по мере обнаружения тех или иных симптомов возникает потребность возвращаться к анамнезу, уточняя или дополняя его различные стороны, рассматривая и оценивая из новых позиций. По мнению Н. В. Эльштейна (1983), главными ошибками у терапевтов при сборе анамнеза являются следующие: а) недооценка характерных жалоб, отсутствие стремления выяснить взаимосвязь симптомов, время, перио-

дичность их проявления; б) недооценка разницы между началом заболевания и началом его обострения; в) недооценка эпидемиологического, «фармакоаллергологического» анамнезов; г) недооценка бытовых условий, семейных взаимоотношений, сексуальной жизни. Метод расспроса следует рассматривать как строго объективный и научный, а также творческий метод обследования больного, с помощью которого, а также выяснения характера жалоб больных врач составляет первоначальное представление о картине заболевания в целом, формируя предварительный диагноз.

6.3. Физикально-инструментальное обследование

Диагностическими приемами великих клиницистов прошлого, наряду с расспросом, наблюдением являлись и такие простейшие физикальные методы, как пальпация, перкуссия, аускультация. Гиппократ указывал, что суждение о заболевании возникают посредством взгляда, осязания, слуха, обоняния и вкуса. Гиппократу принадлежит и первая попытка аускультации больных. Физикальные методы обследования больных сохранили свое значение и в настоящее время, несмотря на то, что они уже исчерпали свои возможности в отношении установления новых научных

фактов. Развитие наук и медицинской техники, такие как компьютерные и ядерно-магнитные томографы, дало возможность простые физикальные методы обследования усилить и дополнить новыми инструментами и приборами, что значительно повысило уровень диагностики заболевания, особенно нейрохирургических. Но и сейчас главным методом диагностики является клинический метод, сущность которого заключается в непосредственном обследовании больного с помощью органов чувств врача и некоторых простейших приборов, увеличивающих разрешающую способность органов чувств. Клинический метод включает анализ жалоб больного, анамнез, осмотр, пальпацию, перкусию, аускультацию, наблюдение в динамике болезни. Нельзя серьезно говорить о диагностике, если врач недостаточно владеет методами обследования и не уверен в достоверности своего обследования. Если врач не владеет клиническим методом, то он не может считаться практическим врачом. Врач, подобно музыканту должен в совершенстве владеть техникой обследования больного.

Овладеть клиническим методом обследования больного не так просто, как это кажется на первый взгляд — для этого требуется большой труд и годы. Хотя физикальные методы (осмотр, пальпация, перку-

ция, аускультация) и относят к простейшим методам, но термин «простейшие методы» надо понимать с учетом того, что эти методы одновременно простые и сложные: простые — потому что не требуют сложной аппаратуры, но сложные — ибо овладение ими требует длительной и серьезной тренировки. Неврологические и клинические методы подчас дают больше сведений, чем инструментальные. Симптомы заболевания, выявляемые с помощью клинического метода, являются тем первичным фактическим материалом, на основании которого строится диагноз. Первым условием эффективного применения клинических методов исследования является техническое правильное владение ими, особенно неврологическими, вторым — строго объективное применение их и третье — полнота обследования больного «с головы до пят» даже тогда, когда диагноз якобы ясен с первого взгляда. Даже молодой и малоопытный врач добросовестно без спешки, обследовавший больного знает его лучше, чем наспех посмотревший его более опытный специалист. Начиная обследование больного, врач должен избежать предвзятости мнения о диагнозе, поэтому раньше проводится само обследование, а затем уже ознакомление со справками, выписками и заключениями других лечебных заведений. М. С. Маслов (1948) подчеркивал, что

в основном диагноз должен ставиться на основании данных анамнеза и простых методов обследования осмотра, перкуссии, пальпации и аускультации. Основываясь на своем многолетнем практическом опыте, мы считаем, что после обследования больного с помощью клинического метода уже можно ставить предположительный, а в ряде случаев обоснованный диагноз. Если клинический метод не дает возможности поставить диагноз, то прибегают к дополнительным и более сложным методам обследования.

При клиническом обследовании больного, как замечают И. Н. Осипов, П. В. Копнин (1962), шире всего используется зрение, с помощью которого осуществляется осмотр. Зрительные раздражения имеют очень низкий порог, ввиду чего даже малое раздражение уже способно вызвать зрительные восприятия, которые вследствие незначительного разностного порога, дают возможность человеческому глазу различать нарастание или уменьшение светового раздражения на весьма небольшую величину.

Перкуссия и аускультация основаны на слуховых восприятиях, пальпация и частично непосредственная перкуссия — на осязании, которое дает возможность определить также влажность и температуру кожи. Некоторое значение в диагностике может иметь и обоня-

ние, а врачи древности на вкус даже обнаруживали присутствие сахара в моче при диабете. Большинство симптомов, выявляемых с помощью зрения, как-то цвет кожи, телосложение, грубые изменения скелета, высыпания на коже и слизистых, выражение лица, блеск глаз и многие другие относятся к категории достоверных признаков. Недаром выдающийся педиатр Н. Ф. Филатов иногда подолгу безмолвно просиживал у постели ребенка, наблюдая его. Второе место по достоверности, после симптомов, обнаруживаемых зрительно, занимают симптомы, выявляемые методом пальпации с помощью осязания, особенно при обследовании лимфатического и опорно-двигательного аппарата, пульса органов брюшной полости и др. Следует заметить, что осязательные способности пальцев рук у различных врачей не одинаковы, что зависит как от врожденных особенностей, так и от приобретенного опыта. Много сделали для совершенствования методы пальпации выдающиеся отечественные клиницисты В. П. Образцов, Н. Д. Стражеско и др.

Органы чувств человека не настолько совершенны, чтобы с их помощью можно было обнаружить проявления всех патологических процессов, поэтому при динамическом наблюдении за больным необходимо проводить повторные исследования. Состояние

многих органов и систем больного не поддается непосредственному исследованию, поэтому клиническая медицина постоянно стремится преодолеть ограниченность и относительность чувственных восприятий. Врачебное восприятие зависит также и от целей обследования, а именно: специалист, благодаря своему опыту и навыку, закрепленным в сознательной и подсознательной сферах, может видеть то, что не замечают другие. Но можно смотреть и понимать, ощущать и не воспринимать — только думающие глаза способны видеть. Без ощущений невозможно никакое познание.

Широкое внедрение в клиническую практику различных инструментальных и лабораторных методов исследования, значительно повысив эффективность диагностики, одновременно увеличило возможность побочных влияний на организм больного. В связи с этим возникла необходимость выработки и определенных критериев полезности и безопасности диагностических методов. Исследования должны быть безопасными, доступными, экономичными, достоверными и точными, должны отличаться стабильностью и однозначностью получаемых результатов с минимальным числом отклонений. Чем меньше число ошибочных результатов, тем выше специфичность методики исследования. Обследование больного должно быть

целенаправленным, организованным, а не стихийным, для чего врачу необходимо иметь определенную схему обследования и предположение о сущности заболевания. Говоря о направленности диагностического обследования, следует выделить два пути: первый — заключается в движении врачебной мысли от изучения симптома к диагнозу, второй — называемый методическим или синтетическим, заключается во всестороннем обследовании больного «с головы до пят», с полным учетом данных анамнеза, объективного и лабораторного обследования, независимо от выраженности и характера симптомов. Второй путь более трудоемкий, к нему прибегают даже тогда, когда диагноз кажется ясным «с первого взгляда». Этому способу обследования больных обычно в медицинских институтах. Современное состояние науки позволяет изучать функционально-структурное состояние человека на следующих уровнях: молекулярном, клеточном, тканевом, органном, системном, организменном, социальном, экологическом. Следует иметь в виду, что обнаружение патологических изменений в организме является таким же объективным фактом, как и выявление определенных симптомов.

Определенная направленность должна существовать и при проведении лабораторных, инструменталь-

ных и томографических исследований. Не следует назначать слишком много лабораторных анализов, а если они к тому же дают не очень четкие результаты, то не только не проясняют диагноз, а даже запутывают его. Лаборанты, эндоскописты, рентгенологи также могут ошибаться. И все же множество анализов и инструментальных исследований более полезно, чем опасно, если их проводить правильно, в соответствии с показаниями и не инвазивными способами.

Глава VII. Медицинский диагноз

7.1. Теоретические основы медицинского диагноза

Врачебное мышление, как и мышление любого человека понятийное. Понятие - есть мысль, в которой отражаются отличительные (существенные) признаки предметов и явлений действительности. Определить понятие - это значит указать, какие существенные признаки мыслятся в его содержании.

«Словесное обозначение понятия, точно определённого и пригодного к применению в науке, называется термином. Определение устанавливает значение термина. Это необходимо не только для новых, впервые вводимых в науку понятий и их терминов, но и для уточнения давно употребляемых, хотя и неточных терминов» (Тарасов К.Е. и соавт., 1989). В нашем случае таковым является медицинский диагноз. Семантическое значение диагноза было иное (см. историю диагноза). Теперь этот термин имеет совсем другое понятие, вполне устоявшееся в медицинской практике.

В 3-ем издании БМЭ (1977, т.7) дано определение понятия «диагноз», которое считается удачным и часто цитируется в медицинской литературе. «Диагноз - медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терми-

нах, предусмотренных классификациями и номенклатурой болезней...». По поводу этого определения диагноза Василенко В.Х. (1985) заметил: «о логических ошибках в этой фразе могут судить сами читатели». В самом деле «патологическое состояние здоровья» и есть та логическая ошибка в определении понятия, которая делает его уязвимым. Если исключить из текста ошибки и неточности, то в исправленном варианте определение понятия диагноза обретёт другое содержание: «Медицинский диагноз - это формула врачебного умозаключения о состоянии здоровья обследуемого, об имеющейся болезни (травме) или о причине смерти, выраженная в терминах, предусмотренных классификациями и номенклатурой болезней».

7.2. Структура медицинского диагноза

Медицинский диагноз как формула врачебного умозаключения имеет три рубрики (категории) по И.В.Давыдовскому:

Основное заболевание

Осложнения основного заболевания

Сопутствующие болезни

За многие десятилетия своего существования формула медицинского диагноза подтвердила свою логиче-

скую и практическую ценность. Все возникшие поправки в теории и практике формирования медицинского диагноза не изменили количества рубрик в формуле, а расширили внутреннее содержание первой из них.

В структуре диагноза понятие «заболевание» не равнозначно понятию «болезнь». *Заболевание* - это не только факт существования болезни, но и болезнь, в проявлении. Когда как *болезнь* - факт существования страдания. Такая трактовка заболевания позволяет понять, почему последние три десятилетия рубрика «основное заболевание» претерпела ряд изменений в части своей внутренней структуры.

Патологоанатомы, устанавливая причину смерти больных, выявляли в ряде случаев сложные механизмы умирания, включенные двумя и более причинами (болезнями). Каждая из этих болезней, имея свойства основного заболевания, в медицинском диагнозе должна занимать место в соответствующей рубрике. В связи с этим Г.Г. Автандилов (с соавт. 2004) предложил схемы трёх видов заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов (табл. 1).

Таблица 1

Основные схемы структуры клинического и патологоанатомического диагнозов.

А. Монокаузальный	Б. Бикаузальный	В. Мультикаузальный
1. Основное заболевание (первоначальная причина смерти)	1. Комбинированное основное заболевание а) два конкурирующих заболевания; б) два сочетанных заболевания; в) основное и фоновое заболевания	1. Полипатии а) этиологически и патогенетически связанные несколько болезней и состояний (семейство болезней) б) случайные сочетания нескольких заболеваний (ассоциация болезней)
2. Осложнения (включая смертельное осложнение - непосредственную причину смерти)	2. Осложнения (включая смертельное осложнение - непосредственную причину смерти)	2. Осложнения (включая смертельное осложнение - непосредственную причину смерти)
3. Сопутствующие заболевания	3. Сопутствующие заболевания	3. Сопутствующие заболевания

В 1984 году автор этой схемы вносит добавление в рубрику «осложнения» подрубрику «осложнения ре-

анимации и интенсивной терапии». В рубрике «сопутствующие заболевания» предлагает «указывать нозологические единицы, входящие в полипатию и не вошедшие в основное заболевание». В 2004 году основные схемы структуры клинического и патологоанатомического диагнозов снабжаются примечанием, в котором «структуры диагноза (Б и В) последовательно применяются только при полном исключении возможности оформления диагноза по предыдущему основному варианту (А). Диагноз полипатии на практике трансформируется главным образом в схему А, реже - в Б», (последнее справедливо только для полипатии в виде «семейства болезней».

7.3. Классификация медицинского диагноза

Существуют различные классификации диагнозов. А. С. Попов, В. Г. Кондратьев (1972) выделяют следующие разновидности диагноза:

1. По этапам построения диагноза:

- а) Предварительный
- б) Окончательный
- в) Клинический или развернутый

2. По характеру и содержанию диагноза:

- а) Анатомический
- б) Морфологический-паталогический

- б) Патофизиологический или функциональный
- в) Патогенетический

3. По способу построения и обоснования:

- а) Прямой
- б) Дифференциальный
- в) Путем наблюдения
- г) По лечебному эффекту

4. По времени выявления диагноза:

- а) Ранний
- б) Поздний

5. По степени достоверности диагноза:

- а) Ориентировочный
- б) Предварительный
- в) Окончательный
- г) "Под вопросом"

С. А. Гиляревский и К. Е. Тарасов (1973) различают такие виды диагноза:

1. Диагноз по характеру и содержанию:

- а) Симптоматический
- б) Функциональный
- в) Анатомический
- г) Этиологический
- д) Патогенетический
- е) Нозологический
- ж) Диагноз будущего – прогностический.

2. Диагноз по способу логического построения и клинического обследования:

- а) Прямой обоснованный (при наличии патогномоничного симптома)
- б) Дифференциальный или диагноз путем исключения менее вероятных заболеваний
- в) По лечебному эффекту

3. Диагноз по времени выявления:

- а) Ранний — в начале заболевания
- б) Поздний — на последних этапах развития болезни.

4. Диагноз по характеру обследования и скорости постановки:

- а) Диагноз с первого взгляда
- б) Продолжительный диагноз — при длительном обследовании больного

5. По степени вероятности:

- а) Менее вероятный
- б) Более вероятный
- в) Достоверный

6. По степени сложности развернутого диагноза:

- а) Диагноз отдельной болезни (нозологическая единица)
- б) Диагноз основного заболевания и его осложнений

в) Диагноз основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний

По мнению В. Х. Василенко (1985) необходимо различать следующие виды диагноза:

1. По методу построения:

- а) По аналогии
- б) Полный или синтетический
- в) Дифференциальный
- г) Путем наблюдения
- д) По лечебному эффекту
- е) По результату вредного эффекта
- ж) При операции

2. По времени выявления:

- а) Доклинический
- б) Ранний
- в) Поздний
- г) Ретроспективный
- д) Посмертный

3. По степени обоснованности:

- а) Предварительный
- б) Обоснованный, окончательный
- в) Гипотетический, "под вопросом"
- г) Не определенный, не полный
- д) Ошибочный
- е) Неустановленный, неизвестный

В основу построения клинического диагноза вообще, и нейрохирургического в частности, положен нозологический принцип, включающий название определенной болезни в соответствии с существующей номенклатурой заболеваний МКБ-10. Учение о болезни — нозология постоянно развивается и изменяется, что ведет к видоизменению общих принципов классификации и номенклатуры болезней на основе знаний этиологии, патанатомии, патофизиологии и т. д. Таким образом, в клиническом диагнозе болезни стремятся по мере возможности отразить этиологический, патогенетический, морфологический и функциональный компоненты.

М. П. Кончаловский (1939) различал четыре стороны компонента диагноза:

1. Морфологический или позитивный, синдромный диагноз;
2. Функциональный;
3. Патогенетический, патофизиологический;
4. Этиологический

1. Этиологический компонент характеризует причины нозологической формы болезни. Указание в диагнозе на природу болезни не только желательно, но в ряде случаев необходимо, так как дает возможность определить врачебную тактику, как в

отношении лечебных, так и профилактических мероприятий. Так, диагноз «острый колит» недостаточен для проведения специфического лечения, тогда как диагноз «острая дизентерия» позволяет определить основной объем лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, а дальнейшее уточнение этиологии и выделение соответствующего возбудителя (например, «острая дизентерия Зонне») с последующим определением его чувствительности к антибиотикам, дает возможность применить наиболее эффективное лечение.

2. Патогенетический компонент характеризует особенности патогенеза болезни и ее осложнений. Обычно патогенетическая характеристика применяется или для определения качественных особенностей заболевания (например, «паренхиматозная желтуха», «обтурационная желтуха»), или для указания связи между патологическими состояниями, отраженными в диагнозе (например, «хронический колит, постдизентерийный колит», «слоновость, хроническая рецидивирующая рожа нижних конечностей»).

3. Морфологический компонент характеризует сущность и локализацию основных патологоанатомических изменений в органах и тканях при данном заболевании или его осложнениях. Иногда морфологический диагноз полностью совпадает с номенклатур-

ным определением нозологической формы или близок к ее наименованию (например, «первичный рак печени», «цирроз печени»). Морфологический компонент диагноза может указывать и на качественные особенности течения болезни, связанные с анатомическими изменениями, на распространенность и глубину морфологических повреждений, свидетельствовать о морфологической основе функциональных нарушений (например, «ревматический порок сердца», «недостаточность кровообращения» и т.д.).

4. Функциональный компонент говорит о связанных с болезнью нарушениях важнейших физиологических функций, отражая в первую очередь количественную характеристику функциональной недостаточности по степеням, что имеет определенное значение для лечения, экспертизы трудоспособности больных и прогнозирования болезни.

По мнению А. С. Попова В. Г. Кондратьева (1972), имеется 5 аспектов клинического диагноза:

1. Морфологический или анатомический
2. Патофизиологический или функциональный
3. Этиопатогенетический
4. Синдромный
5. Нозологический

7.4. Виды медицинского диагноза

Медицинский диагноз как формула врачебного умозаключения на протяжении многих последних десятилетий остается неизменной. Эти особенности медицинского диагноза должны определять и стабильность видов диагноза. Однако мы сталкиваемся с невероятно большим числом видов, часто не имеющих достаточного основания на их существования, либо являющимися частью рубрик диагноза, фрагментами характеристики нозологической единицы (формы) или метода врачебного мышления. Вот примеры: дифференциальный диагноз, основной диагноз, предварительный диагноз, диагноз основного заболевания, сопутствующий диагноз, фоновый диагноз окончательный диагноз, лабораторный диагноз, иммунологический диагноз и т.д. В. Х. Василенко (1985) добавил «доклинический диагноз», «ошибочный диагноз» и «диагноз не установленный (неизвестный)».

Дифференциальный диагноз, правильно дифференциальная диагностика как часть обоснования — метода врачебного мышления.

Основной диагноз, окончательный диагноз, так можно сокращенно называть «предварительный клинический диагноз» и «окончательный клинический ди-

агноз», но выделять их как виды медицинского диагноза не следует.

Диагноз основного заболевания, существует в диагнозе рубрика «основное заболевание».

Лабораторный, иммунологический диагнозы, данные лабораторных и иммунологических тестов, могут быть включены в существующие виды диагнозов как объективные признаки и симптомы в рубрики «основное заболевание» или «осложнения основного заболевания».

При таком многообразии видов медицинского диагноза должно существовать и многообразие формул их записи. Таковых не существует. Вынужденные критические замечания по поводу существующей системы видов медицинского диагноза, диктуются желанием прекратить практику «плодоношения» псевдодиагнозов на «ниве» теории медицинского диагноза. Систематизация или, точнее, классификация медицинского диагноза должна строиться по общепризнанным правилам. Первым и основополагающим правилом считается то, что деление на классы должно проводиться по единому основанию (признаку). Для четырех ныне существующих медицинских диагнозов:

- клинический диагноз,
- патологоанатомический диагноз,

- судебно-медицинский диагноз,
- Санитарно-эпидемический диагноз,

единым основанием такого деления стали функции, которые они выполняют. Другое правило гласит, что основанием деления должен быть признак, указывающий на существенное различие между членами деления. Таким признаком между предлагаемыми видами диагнозов стали их основные функции: для

- клинического диагноза - способствовать комплексному лечению и вторичной профилактике;
- патологоанатомического диагноза - выявление основной и непосредственной причин смерти у больного, умершего от болезни;
- судебно-медицинского диагноза - выявление криминальной причины смерти;
- санитарно - эпидемического диагноза - выявление особенностей появления, формирования и распространения эпидемического очага.

Таким образом, вид медицинского диагноза определяется только функциями, которые он выполняет и не зависит от специальности врача его формулирующего.

Закономерно возникает вопрос, может ли клинический врач узкой специализации формулировать свои умозаключения по обследуемому больному в виде

клинического диагноза? Это возможно только в том случае, если врач сумеет сформулировать все три рубрики диагноза, точно следуя принципам его формулирования. Теоретически это возможно, а практически врачи узкой специализации ограничиваются «заключением».

7.5. Принципы формулирования медицинского диагноза

Конечным результатом врачебной диагностики является диагноз. Существование различных видов диагноза, единая для всех видов формула диагноза, сопоставление диагнозов, предусматривает наличие универсального набора правил для построения любого вида диагноза.

Первая в отечественной литературе систематизация принципов формулирования диагноза была принята А.М. Лифшицем и М.Ю. Ахмеджановым в 1980 году:

1. Нозологический.
2. Соответствие Международной статистической классификации болезней.
3. Интранозологическая дополнительная характеристика - кликоанатомическая форма (синдром), тип

течения, степень активности, стадия, функциональные нарушения.

4. Патогенетический.
5. Структурность с унифицированными рубриками.
6. Фактическая и логическая обоснованность и достоверность.
7. Своевременность и динамизм.
8. Соответствие медицинской деонтологии, включая неразглашение диагноза (тайна диагноза).
9. Индивидуально-личностная характеристика - тип эмоционально-психологической реакции на болезнь.

Перекликаются с указанными принципами таковыми, предложенные Г.Г. Автандиловым и др. (2004) для оформления клинического и патологоанатомического диагнозов: нозологический, интранозологический, патогенетический, динамический, структурный и деонтологический.

Клиническая практика показывает, что при формулировании диагноза игнорирование любого из шести первых принципов приводит к серьезным ошибкам. Надо особо подчеркнуть тот факт, что только часть принципов имеют формообразующие механизмы полноценно и активно участвовать в процессе построения медицинского диагноза.

Детальное рассмотрение формообразующих механизмов каждого принципа позволяет выявить не только

положительное его значение, но и обнаружить признаки внутреннего противоречия.

Нозологический принцип является ведущим в формировании диагноза. В отечественной медицине с 19 века основой её клиникоанатомической направленности был положен нозологический подход к осмыслению патологии. Это значит, что в основу клинического мышления поставлена болезнь. Так, по суждению В.П. Казначеева и А.Д. Куимова (1992) всю логическую схему формирования клинического диагноза можно представить в пяти этапах:

Первый этап (первая степень абстракции): выяснение анатомического субстрата болезни, т.е. её локализации в организме.

Второй этап (вторая ступень абстракции): выяснение патологоанатомической и патологофизиологической природы страдания.

Третий этап (высшая степень абстракции): формирование рабочей, диагностической (нозологической, реже синдромной) гипотезы.

Четвёртый этап: выяснение степени вероятности диагностической гипотезы путём дифференциальной диагностики.

Пятый этап (синтетический, возвращение от абстрактного диагноза к конкретному диагнозу): выясне-

ние этиологии и патогенеза, формулирование клинического диагноза с учётом особенностей данного заболевания, составления плана лечения, определение прогноза болезни, последующая проверка диагностической гипотезы в процессе обследования, наблюдения и лечения больного.

Авторы предлагаемой логической структуры в её основу положили исторические принципы возникновения и развития клинического мышления. И это абсолютно справедливо относительно клинического мышления и диагностического процесса. Мы же в своей работе касаемся только диагноза как формулы записи конечного результата врачебной диагностики, а диагностику, как положено, воспринимаем как *методологию диагноза*.

В реальной клинической практике диагностический процесс не имеет чётко обозначенных этапов. Три первых этапа соответствуют простой схеме: от симптома к синдрому, и, далее, к болезни. Медицинский диагноз согласно этим этапам может условно или временно может быть симптоматическим, синдромным и нозологическим. Надо особо отметить, что любой медицинский диагноз - это клинический диагноз, прежде всего, до того как стать нозологическим, был и симптоматическим и синдромным. Традиционному нозоло-

гическому принципу противопоставляется синдромный принцип диагностики. Сторонники синдромного принципа заканчивают свои логические диагностические построения выявлением и лечением синдрома или синдромов. Они воспринимают синдром как понятие патогенетическое, а не нозологическое, от того и не требуют выяснения этиологии. Здесь надо отметить ещё одну важную особенность современной синдромологии: - это существование патологических состояний, для которых ещё не установлена или не уточнена этиология, потому-то они известны под именами авторов их описавших впервые (эпонимо-синдромы); другие синдромы, выступающие как осложнения болезней (компликацио-синдромы), с установленной этиологией.

Существует ещё одно обстоятельство, подрывающее устои нозологического принципа: им стал социальный фактор. Инфаркт миокарда и с ним связанные изменения сердца, а также нарушения мозгового кровообращения, известные ранее как наиболее тяжёлые осложнения атеросклероза или гипертонической болезни, выделены Всемирной организацией здравоохранения в нозологические группы: ишемические болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярные болезни (ЦВБ). Это не единственный пример такого рода. Ими изобилует Международная статистическая классификация

болезней, с которой соответствие диагноза является вторым принципом формулирования диагноза.

В России Международной классификацией болезней (МКБ) считается Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр (1995), принятой сорок третьей Всемирной ассамблеей здравоохранения. Прежде всего, МКБ это классификация статистическая и предназначена для обеспечения нужд статистики, если даже она пытается решать проблемы медицины.

В дискуссиях по поводу медицинского диагноза ведутся разговоры о соподчинённости клинических классификаций МКБ. Аргументации такому предложению своеобразные. Вот одна из них: международная классификация болезней перешла на выделение *первоначальной причины смерти* в качестве основного заболевания в патологоанатомическом диагнозе, что юридически затем полностью обосновывает заполнение всех разделов медицинского свидетельства о смерти, а также оформления заключения о причине смерти больного. Эти обстоятельства имеют судебно - правовые последствия и связаны с функцией страховых компаний. Для автора такого предложения важны не проблемы нозологии, медицинского диагноза, а важно не создавать судебно - правовых проблем и не нарушать

функции страховых компаний. Забыто и то, что больные умирают в стационарах и на дому, а не на секционном столе патологоанатомического отделения.

Международная статистическая классификация болезней ... в строгом смысле научной классификацией не является (Тарасов К.Е. и соавт., 1989). Её составители руководствовались только одной целью - обеспечить единообразие статистического учёта некоторых важнейших болезней человека в международном масштабе, приписав каждой из них строго определённый номер рубрики или подрубрики.

Каждой рубрики соответствует *нозологическая единица* - стандарт Международной статистической классификации болезней. По определению, данному А.М. Лифшицем и М.Ю. Ахмеджановым (1980) *нозологическая единица* - это структурно-функциональное повреждение (болезнь), имеющая определенную этиологию и патогенез или характерную клинико - анатомическую картину, создающее угрозу трудоспособности и жизни, требующее лечения и выделения в статистическую рубрику. Однако в МКБ статус нозологической единицы присвоено не только болезням, но и синдромам, симптомам и «другим состояниям», что явно противоречит нозологическому принципу, принятому в клинической медицине. В противовес нозологи-

ческой единице была создана «*нозологическая форма*», которая несёт в себе понятие «болезнь» и не является стандартом Международной статистической классификации болезней

Закономерно возникает вопрос: почему при столь явных недостатках принципом формулирования диагноза избрана Международная статистическая классификация болезней ...?

Во-первых. МКБ - это унифицированная систематизация статистического учёта болезней и причин смерти.

Во-вторых, МКБ - это унифицированная международная номенклатура болезней, синдромов.

В-третьих, МКБ, при наличии недостатков, может служить основой для создания рациональных, истинно научных клинических классификаций.

Итак, принцип соответствия Международной статистической классификации болезней ... применяется как стандарт номенклатуры болезней и причин смерти, обеспечивая терминологическое единство при формулировании медицинского диагноза и адекватную шифровку.

Третий принцип *интранозологической* дополнительной характеристики болезни позволяет раскрывать внутреннюю сущность болезни конкретного боль-

ного, т.е. «диагноз болезни» перевести в «диагноз больного». Интранозологическая дополнительная характеристика болезни формирует рубрику основного заболевания в медицинском диагнозе и следует сразу же после нозологической единицы или нозологической формы (болезни). Она содержит такие свойства болезни как клинико-анатомическая форма, степень активности, стадии, тип течения, класс или стадия функционального нарушения.

Рассмотрим действие этого принципа на примере формулирования в диагнозе рубрик основного заболевания и осложнения основного заболевания при ревматизме.

Основное заболевание. *Ревматизм, активная фаза, кардиальная форма, эндокардит клапанный, возвратно-бородавчатый.*

Осложнения основного заболевания. Порок сердца: митральный стеноз, *декомпенсированный, НКПБ.*

Сопутствующие болезни. —

Ревматизм - болезнь; полное соответствие нозологическому принципу, далее курсивом расписана интранозологическая дополнительная характеристика:

Активная фаза — степень активности, *кардиальная форма* - клинико-анатомическая форма болезни *эндо-*

кардит клапанный - локализация повреждения, *возвратно-бородавчатый* - один из видов эндокардита.

Порок сердца: митральный стеноз - выделен в диагнозе в рубрике осложнения основного заболевания как качественно новое явление, отличное от признаков основного заболевания, в нашем случае ревматизма.

Декомпенсированный - стадия порока, *НКПБ* - аббревиатура сокращённого обозначения функциональных нарушений.

При первом обращении больного за медицинской помощью медицинский диагноз может иметь такую форму:

Основное заболевание. Ревматизм.

Осложнение основного заболевания. Порок митрального клапана. Сопутствующие болезни — если есть, то надо указать.

Такая запись формулы медицинского диагноза содержит минимальную информацию о больном, может быть только «диагнозом болезни».

Интранозологическая дополнительная характеристика переводит «диагноз болезни» в «диагноз больного», конкретного пациента. Для раскрытия интранозологической особенности болезни используются общепризнанные международные и отечественные клинические классификации. МКБ в силу своих ограничен-

ных возможностей не может раскрыть внутренние свойства болезней.

Четвёртый принцип патогенетический. Согласно этому принципу построение формулы медицинского диагноза должно учитывать причинно-следственные связи, которые возникают по ходу развертывания клинических проявлений болезней или осложнений. Если принцип интранозологической дополнительной характеристики работает преимущественно в рубрике «основное заболевание», то патогенетический принцип призван формировать в диагнозе осложнения основного заболевания. Осложнения основного заболевания в виде симптомов или синдромов имеют тесную патогенетическую связь с основным заболеванием, но этиология должна быть другая, отличная от этиологии болезни.

Рассмотрим действие этого принципа на примере формирования осложнений при гидроцефалии.

Основное заболевание. Гидроцефалия (сообщающаяся) с прогрессирующим течением.

Осложнения основного заболевания. Застойные соски зрительных нервов с резким снижением остроты (0,1; 0,2) зрения.

Сопутствующие болезни — хронический отит.

В рубрике осложнений основного заболевания перечислена цепь событий, вызванных осложнением гид-

роцефалией: внутричерепная гипертензия, где достаточно ясно прослеживаются причинно-следственные связи этих событий. Причинно-следственные связи должны дополняться временным фактором, который подтверждает истинность выстраиваемой логической цепи в ряду осложнений. В нашем примере прежде по времени возникает внутричерепная гипертензия, а затем, спустя сутки или месяцы развиваются застойные соски зрительных нервов на глазном дне.

Пятый принцип формулирования медицинского диагноза - структурность с унифицированными рубриками. Он провозглашает незыблемость формулы медицинского диагноза:

Основное заболевание.

Осложнения основного заболевания.

Сопутствующие болезни

Все случаи несоблюдения этого принципа в формулировании медицинского диагноза чреваты множеством негативных последствий. Одним из них может быть формальное расхождение диагнозов.

Не изменяются рубрики медицинского диагноза при бикаузальном или мультикаузальном построении основного заболевания. Рубрика «основное заболевание» наполняется новым содержанием, а именно, при

бикаузальном варианте содержит две болезни, при мультиказальном варианте - более двух болезней и все они имеют признаки основного заболевания. Рассмотрим несколько примерных схем.

Бикаузальный вариант:

Основное заболевание.	Основное заболевание.	Основное заболевание.
1. конкурирующая б-нь	1. сочетанная болезнь	1. основная болезнь
2. конкурирующая б-нь	2. сочетанная болезнь	2. фоновая болезнь
Осложнения	Осложнения	Осложнения
Сопутствующие б-ни	Сопутствующие б-ни	Сопутствующие б-ни

Мультикаузальный вариант:

Основное заболевание, ассоциация болезней

1. болезнь (приоритетная)
2. болезнь
3. болезнь

Осложнения основного заболевания

Сопутствующие болезни

При выборе приоритетной болезни необходимо руководствоваться следующими правилами: предпочтение отдают болезни

- которой принадлежит главное осложнение, а в случае смерти больного - непосредственная причина смерти,
- с традиционно тяжелым течением, имеющую высокую частоту смертельных исходов,
- социально значимой (при отсутствии условий первого правила).

В узкоспециализированных медицинских учреждениях (клиника глазных болезней, травматологические больницы, диспансеры онкологический, противотуберкулёзный и т.д.) выбор приоритетной болезни диктует узкая нозологическая специализация. Однако в случаях смерти больных в этих медицинских учреждениях от других болезней (инфаркт миокарда, кровоизлияние в головной мозг и т. п.), место основного заболевания занимает болезнь, чьи проявления или осложнения стали причиной смерти.

Шестой принцип формулирования диагноза фактическая, логическая обоснованность и достоверность. Этот принцип не допускает включения в медицинский диагноз признаков болезни, наличие которых вызывает сомнение или неуверенность у лечащего врача и проявляется записями в диагнозе фраз «подозрение на ...», «вероятно», «не исключается» и т. п., но ещё чаще - знак вопроса. Достоверность признаков бо-

лезни и её осложнений должна подтверждаться объективными результатами клинических и параклинических исследований.

Три остальных принципа не имеют формообразующих функций при построении медицинского диагноза. Они могут быть использованы в выписном или помертном эпикризе для суждений о характере и особенностях течения и исхода болезни. Из трёх принципов наиболее перспективным в плане активного участия в формировании медицинского диагноза может стать принцип *соответствия медицинской деонтологии* в той её части, где определена его роль в создании и сохранении тайны диагноза.

Проблема сохранения тайны диагноза частично может быть решена через его латинизацию. Собственно, латинизация диагноза может сама по себе стать новым принципом формулирования медицинского диагноза и его видов. В качестве нового принципа латинизация диагноза может решать такие важные проблемы современной медицины: - унификация и контроль необоснованной англонизацией медицинских терминов, восстановления роли латинского языка как языка профессионального общения врачей, доступности получения медицинского образования и медицинской практики других стран.

Предлагаем пример записи медицинского диагноза на латинском языке.

Основное заболевание.

Morbus basalis.

Язвенная болезнь желудка: Morbus ulcerosus ventriculi
хроническая язва малой кривизны желудка, тяжёлой степени, в фазе обострения. ii: ulcus chronicum e curvaturae ventriculi minoris. gradus gravis in phasi exacerbationis.

Осложнение основного заболевания.

Complicationes morbi basalis.

Перфорация язвы, разлитой перитонит, токсическая фаза, острая почечная недостаточность, олиго-анурическая стадия Perforatio ulceris, peritonitis generalisata, phasis toxica, insufficientia renalis acuta, oliguria, anuria.

Сопутствующая болезнь.

Morbus concomitans.

Стенокардия стабильная. Stenocardia stabilis. FC-I. ФК-I. Постинфарктный кардиосклероз. Cardiosclerosis post infarctum.

Итак, в настоящее время из предложенных принципов формулирования медицинского диагноза все шесть обладают формообразующими функциями. Несоблюдение при составлении диагноза любого из шести первых принципов порождает дефекты в структуре

и функции диагноза. Указанные принципы должны использоваться при формулировании всех видов медицинского диагноза, Использование принципа соответствия Международной статистической классификации болезней не должно нарушать паритета других принципов, особенно нозологического. Без всякого сомнения, принципы формулирования медицинского диагноза будут совершенствоваться, и дополняться новыми. Латинизация медицинского диагноза может стать одним из новых принципов.

Глава VIII. Клинический диагноз

8.1. Определение понятия клинический диагноз

Клинический диагноз составляет заключительную часть процесса диагностики или формулируется на определённых этапах обследования больного, что отражается в медицинских документах (Медицинская карта амбулаторного больного, Медицинская карта стационарного больного). Такое определение дано клиническому диагнозу в ММЭ (т.2,1991, с 87). Наиболее точным определением клинического диагноза может быть то, которое раскрывает смысловое значение термина «клинический». Клиника (гр. *klinikos* постельный); отсюда, *клинический диагноз - это диагноз установленный больному в условиях стационара или длительного амбулаторно - поликлинического наблюдения.*

8.2. Разновидности клинического диагноза

Клинический диагноз динамичен и по ходу наблюдения за больным может дополняться и изменяться. Отсюда, разновидности клинического диагноза можно представить в виде предлагаемой схемы или классификации его:

- предварительный (неполный):

- симптоматический;

- синдромный;

- нозологический;

- развёрнутый (полный):

- синдромный;

- нозологический;

- заключительный:

- выписной;

- посмертный

По степени обоснованности клинический диагноз может быть клиническим предварительным диагнозом и клиническим развёрнутым диагнозом. *Клинический предварительный диагноз* формулируется непосредственно при обращении больного за помощью на основании данных первичного его обследования. Степень обоснованности его может быть различной: на уровне симптомов, синдрома или болезни (нозологический).

Любой из этих степеней обоснованности позволяет определять объём последующего диагностического обследования и проводить начальную терапевтическую тактику. По данным дополнительного обследования в течение последующих трёх дней должен быть установлен достаточно обоснованный, полный, *клинический развёрнутый диагноз*, определяющий, при его

отличии от предварительного клинического диагноза, изменения тактики обследования и лечения больного. В основе построения лежит синдром (эпонимосиндром), если обнаруженная у больного патология до настоящего времени не имеет нозологической определённости и законченности. Только этим фактом можно объяснить использование синдрома как основы в формулировании клинического развёрнутого диагноза. Во всех иных случаях нозологический принцип остаётся основополагающим и приоритетным в формулировании клинического развёрнутого диагноза.

В зависимости от исхода заболевания клинический диагноз в момент выписки больного из стационара становится заключительным клиническим выписным диагнозом или заключительным клиническим посмертным диагнозом, если больной умер.

8.3. Функции клинического диагноза

Полноценным клинический диагноз может быть только в том случае, когда при формулировании учитывается вся многогранность его функциональной нагрузки. В этой связи полноценный клинический диагноз, как считают А.М. Лифшиц и М.Ю. Ахмеджанов (1980) должен способствовать:

1. преемственному комплексному лечению и вторичной профилактике;

2. своевременному проведению противоэпидемических мероприятий;

3. медицинской реабилитации;

4. медицинскому прогнозированию;

5. экспертизе трудоспособности, профессиональному отбору и врачебному контролю в спорте;

6. экспертизе годности к военной службе, юридической дееспособности;

7. статистическому учёту заболеваемости и смертности;

8. обучению клиническому мышлению и его совершенствованию;

9. научному анализу вопросов клиники, диагностики, терапии и патоморфоза болезней;

10. экспертной оценке стандарта качества лечения.

Перечисленные функции клинического диагноза делают его наиболее значимым для здравоохранения среди других видов медицинского диагноза. Из всех перечисленных функций основной считается первая в списке. Основной функцией она считается только потому, что по ней определяют вид медицинского диагноза. Часть функций клинического диагноза можно встретить в списке функций других видов медицинского диагноза.

8.4. Структура клинического диагноза

Из всех видов медицинского диагноза клинический диагноз самый распространённый и социально важный.

Клинический диагноз имеет те же рубрики, что и другие виды медицинского диагноза:

Основное заболевание.

Осложнения основного заболевания.

Сопутствующие болезни.

Формула клинического диагноза остаётся неизменной, какой бы вариант его оформления в процессе наблюдения и лечения больного не осуществлялся: предварительный, развёрнутый или заключительный.

В процессе диагностики выбор основного заболевания производится в полном соответствии с понятием «основное заболевание». По нашему убеждению наилучшим образом отражает особенности основного заболевания дефиниция, воспроизведённая в разделе диагностических понятий. Предлагаем вновь вникнуть в семантическую суть элементов, составляющих определение понятия «основное заболевание». Итак, *основное заболевание - нозологическая единица (болезнь), имеющая в данный момент наиболее выраженные клинические проявления, составившая угрозу здоровью,*

трудоспособности и жизни больного, требующая первоочередной специализированной помощи.

Основным заболеванием в диагнозе всегда должна быть *болезнь*. В номенклатурном представлении - это *нозологическая единица* и только та, которая имеет статус болезни. За редким исключением эпонимосиндром может занять место основного заболевания.

Болезнь, имеющая наиболее выраженные клинические проявления. Клинические проявления болезни - это её признаки, они на 100% принадлежат этой болезни, а ни какой другой. Однако яркость клинических проявлений чаще всего обеспечивают симптомы и синдромы, которые в заболевании занимают место осложнений. Признаки болезни появляются в период продрома. Клинически этот период определяется дискомфортом. Редкий пациент обратится за медицинской помощью в состоянии дискомфорта, а ещё реже амбулаторно-поликлинический врач сможет по дискомфорту определить болезнь. На практике врач имеет дело с заболеванием, у которого ярко выражены и признаки болезни, и симптомы или синдромы в виде осложнений.

Все эти клинические проявления нарушают трудоспособность, составляют угрозу здоровью и жизни пациента, и, конечно, требуют в первую очередь оказания специализированной медицинской помощи. В со-

вокупности все элементы дефиниции «основное заболевание» позволяют врачу среди других предполагаемых болезней сделать правильный выбор.

8.5. Особенности оформления клинического диагноза при нейрохирургическом лечении

Нейрохирургическое оперативное лечение обычно предпринимается для излечения основного заболевания мозга или его осложнения. Сама операция, произведенная больному по поводу одного или ряда последовательно возникших заболеваний и его осложнений, не является осложнением основного заболевания. Потому все операции, проведенные больному по поводу основного заболевания и его осложнений, перечисляются в рубрике основного заболевания после нозологической единицы (болезни) и ее интранозологической дополнительной характеристики. Примером может быть:

Основное заболевание. *Опухоль четвертого желудочка. Гидроцефалия. Декомпрессионная трепанация задней черепной ямки. Удаление опухоли полости IV желудочка (дата).*

Осложнение основного заболевания. *Окклюзионная гидроцефалия. Внутричерепная гипертензия. Застойные соски зрительных нервов на глазном дне, снижение остроты зрения.*

Сопутствующие болезни. *Хронический бронхит вне обострения.*

Предложенный пример записи клинического диагноза соответствует принципам оформления медицинского диагноза:

- Опухоль полости IV желудочка - нозологическая единица (форма), занимает первое место в своей рубрике;
- Оклюзионная гидроцефалия — принадлежит нозологической единице как интранозологическая дополнительная характеристика;
- Внутрочерепная гипертензия. Застойные соски зрительных нервов на глазном дне, снижение остроты зрения — осложнения основного заболевания, записанные в полном соответствии с четвертым принципом оформления медицинского диагноза, является патогенетическим. С учетом причинно-следственных связей и временной последовательности.

В нейрохирургической практике существуют случаи, когда оперативное лечение осуществляется по поводу осложнения основного заболевания, давно трансформированного в «новую» или «вторую болезнь». Например: опухоль ствола головного мозга. В таких случаях допускается приобретенная внутрочерепная гипертензия, обусловленная гидроцефалией, возводить

в «ранг» основного заболевания, а опухоли ствола мозга необходимо определить место фоновой болезни в той же рубрике. Опухоль ствола мозга (абсолютное условие операции внутрочерепной гипертензии) не может быть препятствием для трактовки опухоли ствола, которая вызвала внутрочерепную гипертензию считать как фоновую болезнь. Лекарственная профилактика внутрочерепной гипертензии должна быть необходимой процедурой предоперационного и послеоперационного периодов. Пример оформления клинического диагноза:

Основное заболевание комбинированное. 1. Опухоль ствола мозга. Операция — вентрикулоперитонияльное шунтирование для устранения внутрочерепной гипертензии.

2. Фоновая болезнь — гидроцефалия с внутрочерепной гипертензией. Дата операции.

Осложнения основного заболевания. *Внутрочерепная гипертензия и застойные соски зрительных нервов, снижение остроты зрения.*

Сопутствующие болезни. *Хронический холецистит вне обострения.*

Установление диагноза болезни является заключительной частью процесса диагностики на каком-либо этапе или по завершении целенаправленного обследования больного. Правильность, своевременность и

обоснованность диагноза в каждом случае заболевания отражается в таких медицинских документах как история болезни, амбулаторная и диспансерные карты. Случай неправильного диагноза или лечения, не соответствующего поставленному диагнозу, подлежат тщательному анализу и могут явиться предметом юридического рассмотрения, поэтому небрежное оформление диагноза в медицинских документах недопустимо, не разрешаются в документах подчистки в тексте, а каждое вынужденное, но необходимое исправление текста, оформляется датой и подписью ответственных лиц. Диагноз характеризуют по способу и времени его постановки, по степени обоснованности и другим признаком. В зависимости от целей диагностики. А также характера обследуемого объекта и применяемых диагностических методов различают следующие основные виды диагноза: клинический (прижизненный), патологоанатомический, эпидемиологический и судебно-медицинский.

8.6. Примеры оформления клинического диагноза

8.6.1. Монокаузальный вариант

Основное заболевание. Опухоль левой лобной доли мозга с деформацией стенок левого бокового желудочка. Операция. (дата) Гистологический диагноз.

Осложнения основного заболевания. Джексоновская эпилепсия. Отек головного мозга. Застойные соски зрительных нервов на глазном дне.

Сопутствующие болезни. Хронический холецистит в стадии ремиссии.

Опухоль головного мозга – нозологическая – нозологическая единица; далее указана интранозологическая дополнительная характеристика опухоли лобной доли мозга слева. Кодировка по МКБ-10 в классе II, рубрика С 71.0.

Основное заболевание. Хромобластная аденома гипофиза с интрапараселлярным ростом. Гормонально активная фаза. Операция (-дата)

Осложнения основного заболевания. Первичная атрофия зрительных нервов на глазном дне. Снижение остроты зрения (d – 01, s - 03).

Сопутствующие болезни. Язвенная болезнь желудка в фазе ремиссии.

Аденома гипофиза с инфра-параселлярным ростом – перечислены интранозологические дополнительные свойства аденомы гипофиза. Кодировка по МКБ-10 в классе IV рубрика С 71.8.

Основное заболевание. Крупозная пневмония, [klebsiella pneumonia, бактериологический анализ (№, дата)] верхней доли правого легкого, стадия серого опеченения.

Осложнения основного заболевания. Острый абсцесс верхней доли правого легкого, сегментарный (III), острая дыхательная недостаточность II степени.

Сопутствующие болезни. Хронический панкреатит, ремиссия.

Крупозная пневмония — нозологическая единица; далее перечислена интранозологическая дополнительная характеристика крупозной пневмонии. Кодирована по МКБ-10 в классе X, рубрика J 15.0.

Основное заболевание. Аппендицит, острый флегмонозный (гистол. исследование № дата). Операция (дата) — аппендэктомия, санация полости брюшины.

Осложнения основного заболевания. Перфорация стенки червеобразного отростка, разлитой фибринозно-гнойный перитонит, токсическая фаза.

Сопутствующие болезни. Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии.

Аппендицит — нозологическая единица; далее перечислена интранозологическая дополнительная характеристика аппендицита. Кодирована по МКБ-10 в классе XI, рубрика K 35.0.

8.6.2. Бикаузальный вариант

Основное заболевание комбинированное, конкуренция. 1. Гипертоническая болезнь с образованием внутримозговой гематомы левого полушария. Правосторонняя гемиплегия. Моторная афазия. (операция, дата)

2. Ревматизм, активная фаза, II степени, возвратно-бородавчатый эндокардит.

Осложнения основного заболевания, комбинированного. Комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.

Сопутствующие болезни. Атеросклероз аорты, симптоматическая артериальная гипертензия.

Гипертоническая болезнь с образованием внутримозговой гематомы свидетельствует интранозологическая дополнительная характеристика. Кодирована по МКБ — 10 в классе IX рубрика J 62.

Ревматизм — нозологическая единица, о его активности тяжести проявления свидетельствуют интранозологическая дополнительная характеристика и его осложнение: комбинированный порок сердца. Кодирована по МКБ — 10 в классе IX, рубрика I01.1.

Две нозологические единицы составили конкуренцию друг другу по равноценности тяжести течения и одинаковому исходу при вероятном изолированном существовании.

Основное заболевание, комбинированное сочетание. 1. Миома кардиального отдела желудка, быстрорастущая.

2. Язвенная болезнь желудка: хроническая язва привратника, рубцующаяся.

Осложнения основного заболевания, комбинированного. Стеноз привратника, субкомпенсированный. Бронхопневмония, двусторонняя, сливная, аспирационная. Множественные абсцессы легких. Острая дыхательная недостаточность.

Две болезни: быстрорастущая миома кардиального отдела желудка и рубцующаяся хроническая язва желудка в раздельном существовании, едва ли могли проявиться с тяжелыми осложнениями, угрожающими жизни больного. В сочетании с локализацией в одном органе они крайне усугубили течение друг друга.

8.6.3. Мультикаузальный вариант

Основное заболевание комбинированное, полипатия, семейство.

1. Ишемический инфаркт левой височной доли головного мозга с кистозным перерождением, правосторонняя гемиплегия.

2. Атеросклероз церебральный, стенозирующий.

3. Атеросклероз аорты.

Осложнения основного заболевания, комбинированного. Ишемическое размягчение левой височной доли головного мозга с кистозным перерождением, правосторонняя гемиплегия. Слабоумие. Острая сердечная недостаточность.

Сопутствующие болезни: хронический бронхит, фаза ремиссии.

Все три нозологические заболевания имеют одну причину и один патогенез (по своей сути мы имеем одну болезнь: атеросклероз по МКБ – 10 в IX классе, в рубрике J 21.0; 67.2).

Глава IX. Дифференциальный диагноз

По способу построения и обоснования выделяют два вида диагноза: прямой и дифференциальный диагноз (*diagnosis differentialis*). Суть прямого или обоснованного диагноза состоит в том, что врач, собрав все типичные или патогномичные симптомы, рассматривает их с точки зрения лишь одного, предполагаемого заболевания, тогда как сущность дифференциального диагноза заключается в том, что из ряда различных заболеваний, имеющих много общих симптомов, после установления различий исключается то или иное заболевание. Дифференциальная диагностика состоит в сравнении данной конкретной клинической картины с рядом других абстрактных клинических картин с целью идентификации с одной из них и исключения остальных. На значение и большую роль дифференциального диагноза в клинической медицине одним из первых указал древнеримский врач Соран, который и ввел этот метод в практику.

При построении прямого диагноза врач умозаключает от наличия определенных симптомов к наличию определенной формы заболевания. Вероятность правильности прямого диагноза возрастает, если увеличивается число сходных симптомов у обследуемого больного, по сравнению с определенной нозологической

формой, чем более постоянными и специфичными являются сходные признаки и чем органичнее связь между ними, а также чем больше разнообразные состояния организма отражают сходные симптомы и, наконец, чем менее постоянными и специфическими для данной нозологической формы являются различающиеся признаки. Однако противопоставлять прямой и дифференциальный диагнозы нельзя, так как они по существу дополняют друг друга. Метод дифференциального диагноза применяется почти всегда, практически всякий диагноз устанавливается с использованием метода дифференцирования. Уже в периоде расспроса больного врач начинает рассуждать в плане дифференциального диагноза и, обнаруживая симптомы, следует по пути дифференциации, а когда подходит к выводу о наличии определенного заболевания, то пересматривает обнаруженные симптомы с позиции уже обоснованного диагноза, то есть, пройдя стадию дифференциального диагноза, врач приходит к обоснованному диагнозу.

Таким образом, в сознании врача осмысливаются последовательно разные этапы построения диагноза. На практике врач использует эти два этапа мышления параллельно, хотя в отдельные периоды преобладает мышление по дифференциальному диагнозу, в другие — по обоснованному диагнозу.

На стадии дифференциального диагноза решаются две задачи: а) отделение данного заболевания от других болезней и б) формирование диагностической гипотезы о нозологической форме и особенностях ее течения у данного больного. В дифференциальном диагнозе можно выделить две стадии: первая – грубая сортировка, вторая – тонкое дифференцирование.

В. Х. Василенко (1985) выделял 4 фазы дифференциального диагноза. В первой фазе врач выбирает ведущий, наиболее характерный и выраженный симптом, во второй – получает все возможные симптомы для данного заболевания, в третьей – сравнивает проявления изучаемого заболевания с рядом других возможных заболеваний, в четвертой – проводит исключение или утверждение первоначально предполагавшегося заболевания при нахождении различий одного из двух принципом дифференциации. А принципы дифференциации по В. Х. Василенко следующие: первый – принцип существенного различия, второй – исключение через противоположности (например, рвота при объемных образованиях в задней черепной ямке вряд ли можно думать о язве 12-перстной кишки, сопровождающейся, как известно, гиперсекрецией), третий – несовпадение признаков, четвертый – принцип установление сходства картины заболевания у данного боль-

ного с определяемым заболеванием и отличием его от всех остальных возможных болезней, когда диагноз устанавливается путем простого исключения всех остальных диагнозов. Любой диагноз должен быть обоснованным (прямым), то есть, отвечать требованиям законов логики, в частности, закону достаточного основания, согласно которому всякая истинная мысль должна быть обоснована другими мыслями, истинность которых уже доказана.

Глава X. Страшный диагноз

Некогда диагноз как понятие, определял важную часть в схеме обследования больного. Затем он приобрёл смысл формулы врачебного умозаключения о состоянии здоровья или имеющейся болезни (травмы) пациента. Рассуждая о теории диагноза как гносеологической проблеме, А.И. Струков и соавт. (1983) в той её части, в которой они правильно раскрывают семантику термина «диагностика», точнее «диагноза» выстраивают неверные суждения: «Недаром термин «диагностика» означает «междузнание», т.е. промежуточное знание, когда мы знаем общее о соответствующем классе предметов и в то же время не знаем данного предмета своего исследования, но должны его распознать, как бы ни были малы наши возможности». Автор мог бы воздержаться от цитирования столь необычной трактовки «междузнания» - дословного перевода с древнегреческого языка термина *diagnosis*. Однако современные метаморфозы с диагнозом составляют определённую угрозу дефинициям современной медицины. Уже сейчас можно смириться с тем, что существует диагностика и диагноз мотору автомобиля, экономике государства и т. п. В средствах массовой информации вы вычитаете и услышите с экрана теле-

визора о «страшных», «смертельных», «неизлечимых» диагнозах. Страшными, смертельными, неизлечимыми могут быть только болезни, но не диагнозы. Формула диагноза не таит в себе тех свойств, о которых нам сообщают журналисты и телеведущие, отягощённые медицинским образованием, либо далёкие от медицины. Ещё более удручающие впечатления оставляют врачи, облагороженные учёными степенями и званиями и приглашённые на студии телевидения, рассказывающие телезрителям о страшных, смертельных и неизлечимых диагнозах.

Возникает вопрос, стоит ли сетовать на то, что происходит с семантикой чисто медицинского термина. Вольная или невольная подмена смысла понятия «диагноз» смыслом болезни встречается в аудиториях высшей медицинской школы. Все понятийные неточности и ложная семантика медицинских терминов, прозвучавшие в устах преподавателя, усваиваются в лекционных аудиториях студентами-медиками, многократно увеличивая число носителей ложных представлений.

Пожалуй, пора остановить семантическую трансформацию термина «диагноз», тем более «страшного» какого-либо явления или предмета и оставить за ним вполне обоснованно устоявшееся историческое понятие: «диагноз — это формула врачебного умозаключе-

ния о тех или иных заболеваниях человека и только человека». При этом иногда у человека болезнь может оказаться страшным. Тогда возможно формируется страшный диагноз.

Как было уже замечено, построение комбинированного основного заболевания для клинического врача составляет определенные трудности. Они проявляются в диагностике болезней, в выборе приоритетной болезни, в определении варианта взаимодействия двух болезней и т.д. Мы предлагаем использовать некоторые признаки, наличие которых должно быть поводом поиска другой болезни, активно взаимодействующей с болезнью, уже определенной как основное заболевание. Такими признаками могут быть:

- Крайне тяжелое течение болезни, что не характерно для нее,
- Отсутствие, каких-либо положительных результатов стандартного лечения,
- Появление осложнений, не встречающихся при этой болезни,
- Резкое ухудшение состояния больного без наличия на это причин (новое осложнение, передозировка лекарств и т.п.).

Взаимодействие между двумя болезнями, ставшими ведущими страданиями у больного, вызывает новое

патологическое состояние, которое делает заболевания тяжелым, угрожающим жизни или приводящим больного к смерти. В таких случаях мысль у врача может уклоняться в сторону страшного диагноза. Эти взаимодействия существуют в трех вариантах:

- Конкуренция двух болезней,
- Сочетание двух болезней,
- Из двух болезней вторая — фоновая.

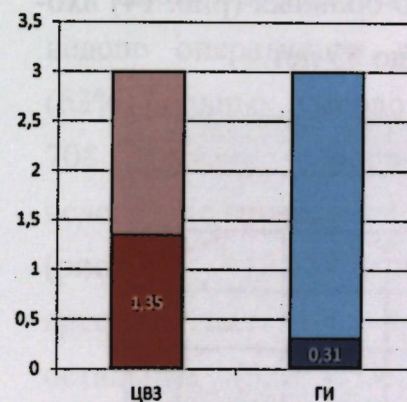
Глава XI. Творческий подход к диагностике и совершенствованию нейрохирургического лечения геморрагических мозговых инсультов

11.1. Актуальность проблемы

Под руководством академика М. М. Мамытова нейрохирурги клиники нейрохирургии в последние 20 лет целенаправленно и усиленно работают над совершенствованием диагностики и хирургического лечения геморрагического мозгового инсульта. Поводом для этого решения является то, что мозговые инсульты относятся к наиболее актуальным проблемам невропатологии и нейрохирургии. Кроме того, численность мозговых инсультов во многих странах мира с каждым годом неуклонно растет и самое главное инсульты уже встречаются в молодом и детском возрасте. По данным наших исследований и литературы, наша республика относится к зонам высокой заболеваемости и смертности от мозговых инсультов. По самым минимальным экономическим подсчетам потери республики от мозговых инсультов наибольшую опасность для жизни представляют — геморрагические мозговые инсульты, дающие 85-95% летальности в остром периоде или 75% инвалидизации тяжелой степени у выживших больных.

Нами проведен глубокий анализ заболеваемости населения Кыргызстана цереброваскулярной патологией за 2001-2010 годы. Для достоверности исследования нами было подвергнуто статистической обработке 708 больных с геморрагическим инсультом, которые обращались за медицинской помощью в стационар с 2001 до 2010 гг. Результаты исследования позволили выявить относительное преобладание стандартизированного коэффициента заболеваемости и смертности от ЦВЗ в Кыргызской республике (рис. 12).

сравнительный
стандарт. коэффи-
циент заболеваемо-
сти населения от
ЦВЗ за 2003г на 100
тыс. чел



сравнительный стан-
дарт. коэффициент
смертности от ЦВЗ на
1 млн. чел. за 2003г.

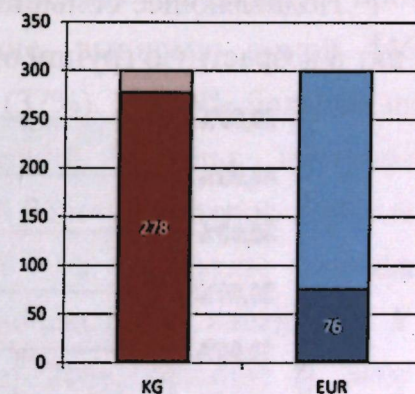


Рис. 12. Показатели заболеваемости и смертности от ЦВЗ в КР

Из рисунка видно, что смертность от мозговых инсультов в Кыргызстане в несколько раз выше, чем в Европейских странах.

Из 708 больных с геморрагическими инсультами 46,2% составляют мужчины и 53,8% - женщины (рис. 13)

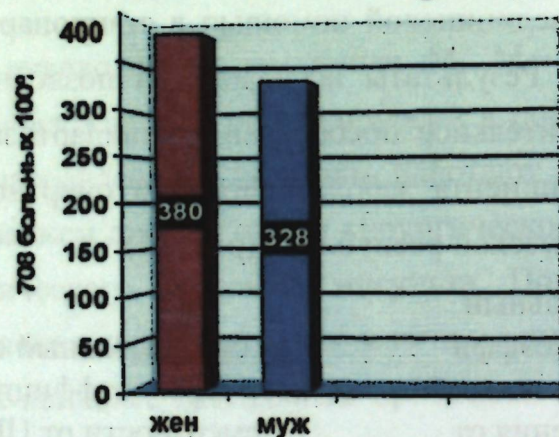


Рис 13. Распределение больных по полу

Подавляющее большинство больных (рис. 14) входят в возрастную группу от 40 до 65 лет.

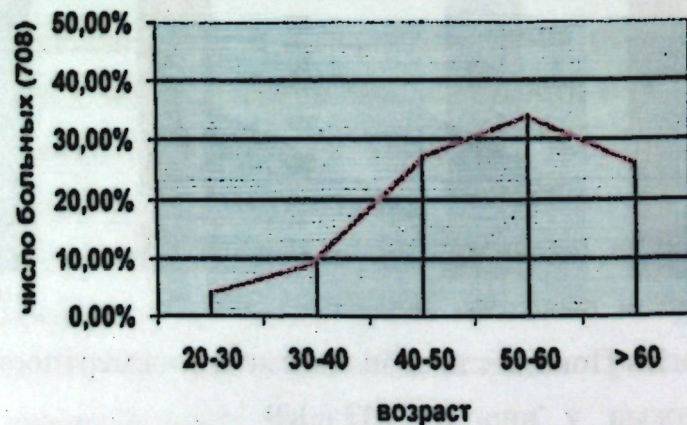


Рис. 14. Распределение больных по возрасту

В результате клинического и нейровизуализационного обследования выяснено, что у ряда больных геморрагический инсульт имел компактный вариант, вследствие чего излившаяся кровь образовывала себя в мозгу в своеобразную полость, тем самым раздвигала и частично разрушала почти здоровое вещество мозга. Причем, эти компактные геморрагии по компьютерным и магнитным томограммам достигали значительных объемов (от 50 до 130-150 мл) вызвали смещение срединных структур головного мозга. В связи с вышеизложенными обстоятельствами для проведения хирургического лечения, больные с геморрагическими инсультами были переведены в нейрохирургическую клинику.

Таким образом, из 708 больных 652 больным проведено оперативное лечение, выписано домой 446 (63%) больных, умерло 251 (37%). У 83,9% больных из 708 случаев геморрагический инсульт наступил вследствие гипертонической болезни с атеросклерозом (рис. 4), у 12,5% больных – в результате разрыва артериальных или артериовенозных аневризм. У остальных (3,6%) больных кровоизлияние в мозг наступило от других причин.

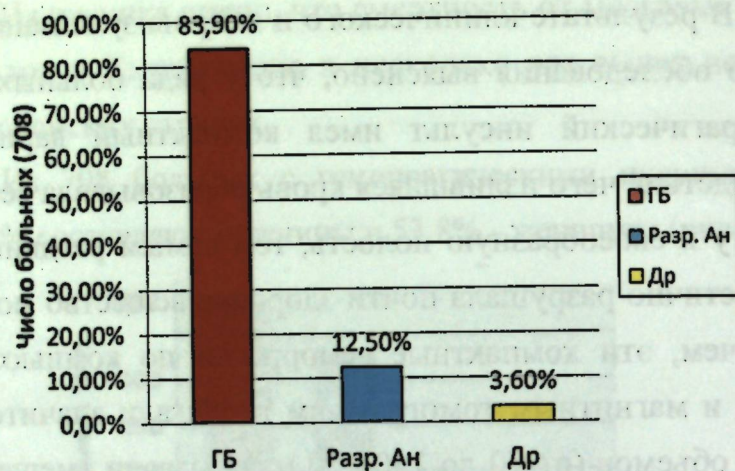


Рис. 15. Распространенность больных по причине инсульта.

11.2. Проведенные организационные мероприятия в диагностике и лечении мозговых инсультов

Геморрагические инсульты сложны в плане организации экстренной помощи больным: жесткий лимит времени на принятие лечебно-тактических решений с одновременным участием трех специальностей – невропатолога, нейрохирурга и реаниматолога, а также обязательного использования нейровизуализационных методов исследования (эхоэнцефалография, КТ-МРТ исследования).

Для своевременного и качественного оказания лечебной помощи больным с мозговым инсультом по

инициативе академиков А. М. Мурзалиева и М. М. Мамытова в Кыргызской Республике проведено ряд организационных мероприятий:

1. В городе Бишкек создан регистр мозгового инсульта, куда поступает информация о случаях мозгового инсульта со всех регионов республики.
2. На станции скорой помощи организованы линейные инсультные бригады для экстренной помощи больным с инсультом на догоспитальном этапе. Принципы лечения больных на данном этапе складываются из трех основных моментов: диагностического, лечебного и организационного. Эти мероприятия врачом линейной бригады проводятся одновременно.
3. В составе Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, в клинической городской больнице № 1 и Чуйской областной больнице созданы специализированные нейрореанимационные инсультные и ангионеврологические отделения для инсультных больных, которые функционируют в тесной взаимосвязи с уже существующими неврологическими и нейрохирургическими службами республики.
4. Уточнены показания и противопоказания к хирургическому лечению геморрагических инсультов в

зависимости от клинической тяжести, от сроков поступления больных в стационар и объема гематом, а также локализация внутричерепных объемных кровоизлияний.

5. Расширены подходы к консервативному лечению даже при некоторых объемных видах геморрагических инсультов.

6. Опираясь на собственный многолетний опыт хирургического лечения мозговых инсультов, со временем стали использовать малоинвазивные и малотравматичные способы удаления гематом, в частности безтрепанационным (пункционными манипуляциями) и безнаркозными (используя нейролептоанелгезию) методами лечения мозговых инсультов.

7. Внедрена ранняя мультидисциплинарная реабилитация постинсультных больных в условиях республиканской больницы восстановительного лечения (РБВЛ) в с. Таш-Тюбе.

В организационном плане нами определены этапы медицинской помощи инсультным больным, которых разделили на три: догоспитальный, госпитальный (стационарный) и реабилитационный.

На догоспитальном этапе врачи инсультных бригад скорой медицинской помощи или в центрах семей-

ных врачей осуществляют диагностику мозговых инсультов, проводят неотложные лечебные мероприятия и экстренно госпитализируют больных в соответствующие (нейрореанимационные, ангионеврологические, инсультные, нейрохирургические) стационарные отделения.

На госпитальном этапе продолжали неотложные лечебные мероприятия, начатые на догоспитальном этапе. Кроме того, устанавливали более точный диагноз с помощью нейровизуализационных методов обследования (компьютерная, магнитно-резонансная томографии), самое главное проводили выбор оптимальной лечебной тактики, включая нейрохирургические.

11.3. Формы и стадийность клинического течения геморрагических инсультов

В результате изучения клинической симптоматики наших больных удалось выделить три формы геморрагического инсульта, которые отразили стадийность течения заболевания.

Первая форма — острая по частоте она занимает первое место и имела у 67% больных с геморрагическими инсультами. Начиналась она с острого апоплек-

тического удара с развитием глубокого коматозного состояния.

Вторая форма — подострая. Неврологическая симптоматика у этой группы больных развивалась не очень бурно, чем у первой. 26% наблюдаемых больных были отнесены ко второй форме, у которых отчетливо выделялась гемисимптоматика уже при поступлении. Кома у них была неглубокая.

Третья форма (8,6%) характеризовалась и оценивалась как «хроническая». Клиническое течение инсульта у этих больных было медленное, больные имели, как правило, стойкую гемисимптоматику при почти сохранном или soporозном состоянии сознания.

Наши наблюдения позволили установить, что клиническое течение мозгового инсульта при гипертензивных кровоизлияниях в мозг более тяжелое, чем при не гипертензивных (травматических, аневризматических и др.). Кроме того, необходимо отметить, что последние формы мозговых инсультов более благоприятны в исходе, и что интересно, эффективность как консервативного, так и хирургического лечения была значительно лучше, чем при лечении гипертензивных форм.

В результате многолетней творческой работы над проблемами мозговых инсультов нами достигнуты следующие успехи:

1. Эффективность хирургического лечения внутричерепных гематом повышена с 35-37% до 65-70%.

2. Послеоперационная летальность при хирургическом лечении геморрагических мозговых инсультов снижена с 65-70% до 35-40%.

3. Материалы хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом легли в основу:

а) монографии «Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов». Бишкек. 2002г., 116стр.

б) Трех учебно-методических пособий для студентов и врачей:

—«Аневризмы сосудов головного мозга». Бишкек, 2009., 21 стр.

—«Геморрагические инсульты». Бишкек, 2009, 24 стр.

—«Артериовенозные мальформации головного мозга». Бишкек, 2009., 12 стр. в).

Опубликовано 25 научных работ.

4. За достигнутые успехи в хирургическом лечении мозговых инсультов академик М. М. Мамытов в 2011 году был удостоен Госу-

дарственной Премии Кыргызской Республики в области науки и техники.

5. За совершенствование техники нейрохирургических операций и избирательскую деятельность академик М. М. Мамытов в 2008 году награжден Золотой медалью Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС – Женева).

6. Учитывая заслуги в научно-практической и общественно-политической деятельности академик М. М. Мамытов в 2011 году Указом Президента Кыргызской Республики, награжден высшей правительственной наградой «Кыргыз Республикасынын Батыры» (Герой Кыргызской Республики) с вручением ему золотого ордена «Ак-Шумкар».

11.4. Локализация внутричерепных геморрагических инсультов.

Морфологический характер внутричерепных кровоизлияний по данным томографических исследований, по нашему мнению, неодинаков. В одних случаях они представлены в виде оболочечных гематом эпи – или субдуральных как на рис. 16.

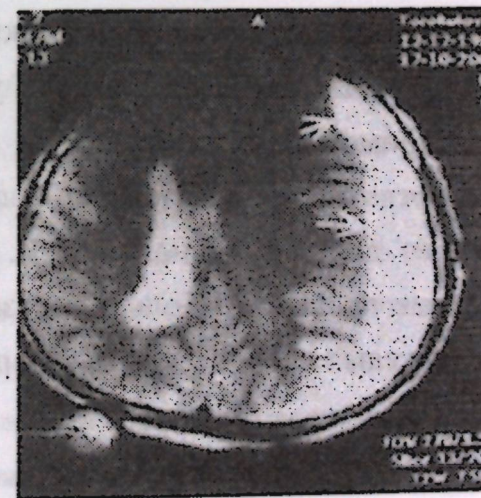
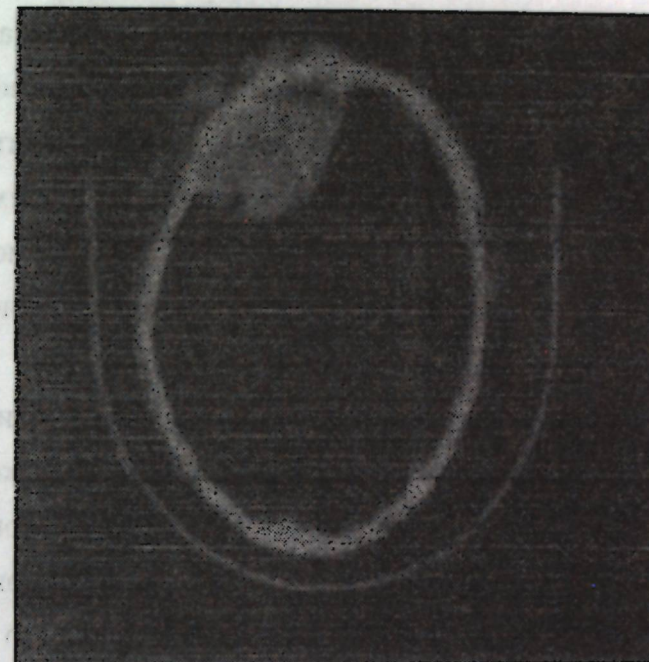


Рис. 16. КТ и МРТ с эпи – и субдуральной гематомой.

В других случаях это внутримозговая гематома, раздвигающая и расслаивающая здоровое мозговое вещество с формированием гладкостенной полости, заполненной сгустками и жидкой кровью. В третьих случаях наблюдаются различного размера участки мозга с геморрагическим пропитыванием, перемежающиеся с размягченным мозговым веществом.

Во всех эти случаях внутричерепное кровоизлияние имел объемный и очаговый характер, нередко они являлись причиной для развития дислокационного синдрома, что почти всегда требовал и обосновывал неотложного применения нейрохирургического вмешательства.

На основании изучения томографических признаков и клинических данных. Нам удалось установить четыре вида внутримозговых гематом:

1. Лобарная, когда гематома располагалась в пределах одной из долей головного мозга. Подобные гематомы, как правило, небольших размеров и не вызывали тяжелых неврологических нарушений.

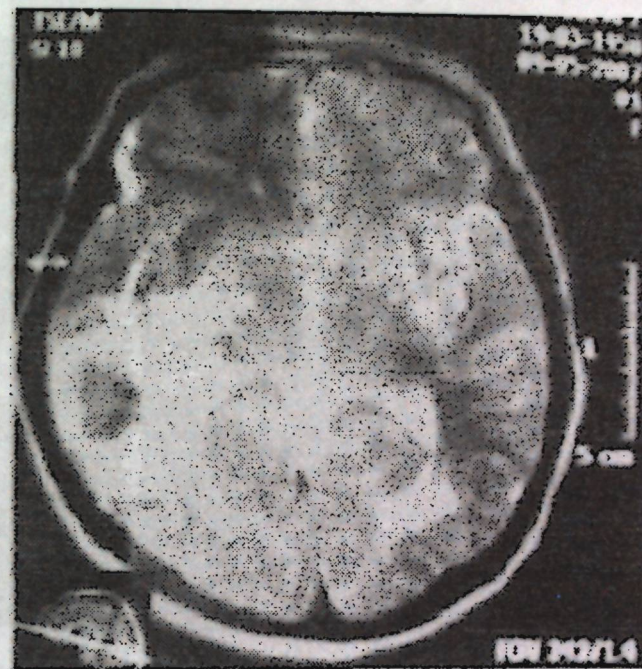


Рис. 13. МР томограмма с лобарной гематомой.

2. Латеральная гематома с расположением ее в более наружных отделах полушария головного мозга. Клиника небольших по объему гематом (менее 45-50 мм) протекала благополучно, часть из них разрешалась без оперативного лечения с последующим восстановлением очаговых неврологических симптомов и полным рассасыванием имеющейся гематомы на томограмме.

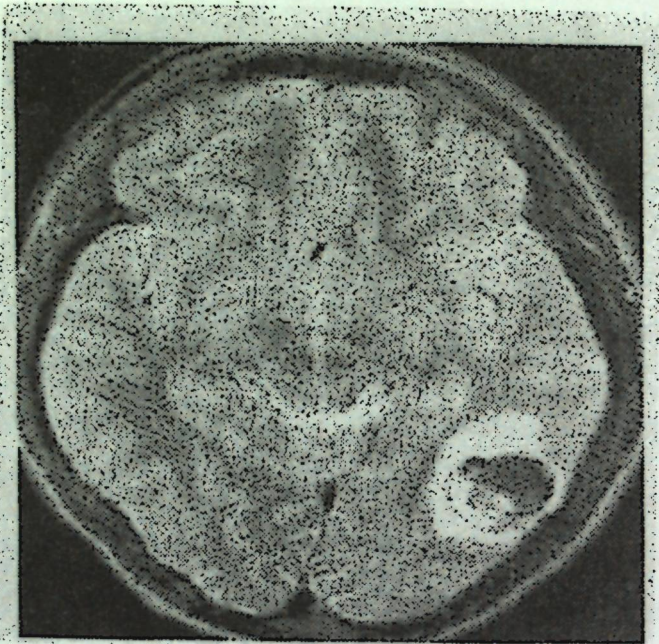


Рис. 18. МР томограмма с латеральной гематомой.

3. Медиальная гематома с ее расположением в глубинных отделах головного мозга, включая во внутренней капсуле, зрительном бугре и паравентрикулярно с частым прорывом крови в боковые желудочки. Состояние больных, как правило, тяжелое или крайне тяжелое.

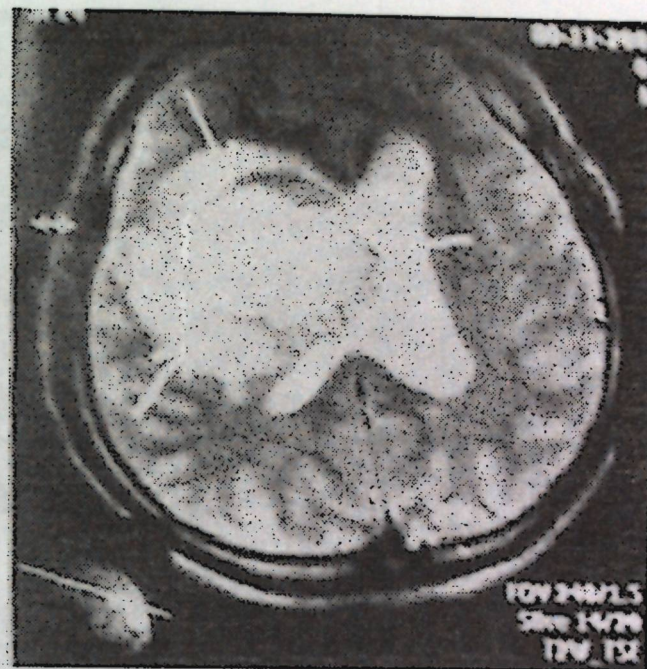


Рис. 19. МР томограмма с медиальной гематомой.

4. Смешанная форма гематом, когда кровоизлияние было различного характера и локализаций. В этих случаях кровоизлияние представлялось в виде гематом и паренхиматозного кровоизлияния в ткани мозга с признаками имbibирования. Клиническая картина таких больных выражалась грубыми очаговыми неврологическими и функциональными выпадениями.

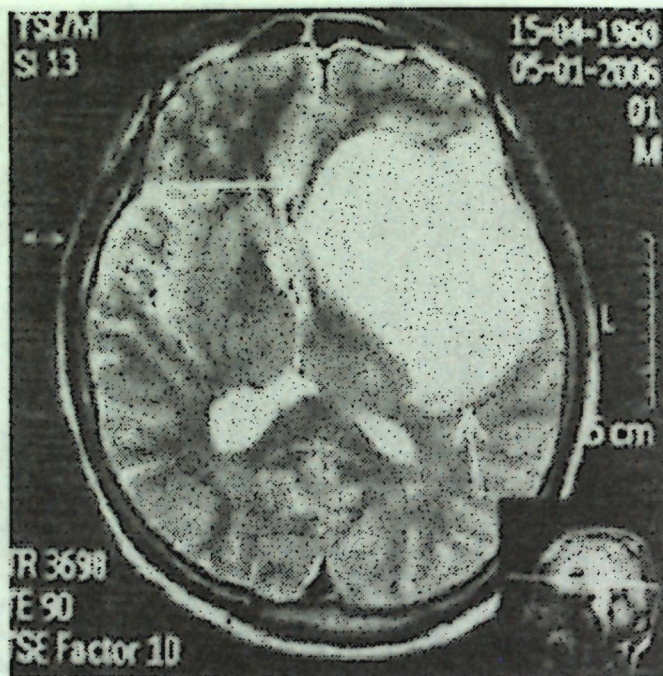


Рис. 20. МР томограмма со смешанной гематомой.

Выбор метода хирургического и объема оперативного вмешательства определяли у каждого больного индивидуально. При этом учитывали следующие факторы: тяжесть состояния больного, уровень сознания, степень дислокации мозга, сроки с момента развития инсульта, локализацию и объем внутричерепной гематомы.

11.5. Морфологическая структура геморрагических инсультов

Многолетний опыт хирургического лечения геморрагического мозгового инсульта позволили нам выделить три вида внутричерепных зематом, независимо от форм и локализации (кроме желудочковых). Это утверждение сложилось в результате непосредственного соприкосновения с гематомой, во время проведения оперативного лечения в зависимости от срока формирования гематомы.

1. Компактные или плотные (острая стадия) гематомы четко ограниченные, линзообразные или овальные, состоящие в основном из сгустков крови. Срок образования гематом этого вида до 1,5-2 недель. На томограммах в эти сроки гематома – гиперденсивна. В таких случаях мы вынуждены были делать полную костно-пластическую трепанацию черепа (более травматична и длительна), только таким способом можно удалить гематому более радикально.

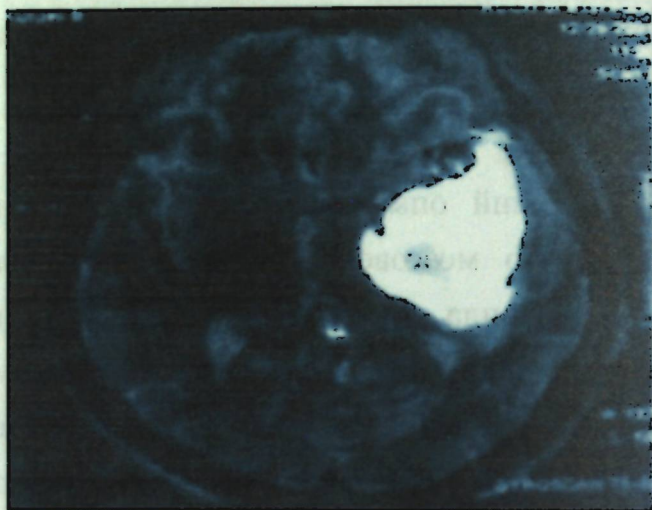


Рис. 21. МР томограмма с плотной гематомой в гиперденсивной фазе.

2. Жидкие или мягкие гематомы, которые превращаются через 2-2,5 недели после кровоизлияния, вследствие процесса аутолиза сгустков крови, из-за чего содержимое крови гематомы становится жидким (подострая или хроническая стадия). На компьютерных томограммах либо изоденсивна, либо гиподенсивна. Стенки гематомы гладкие и может быть обнаружена капсула гематомы независимо от локализации.

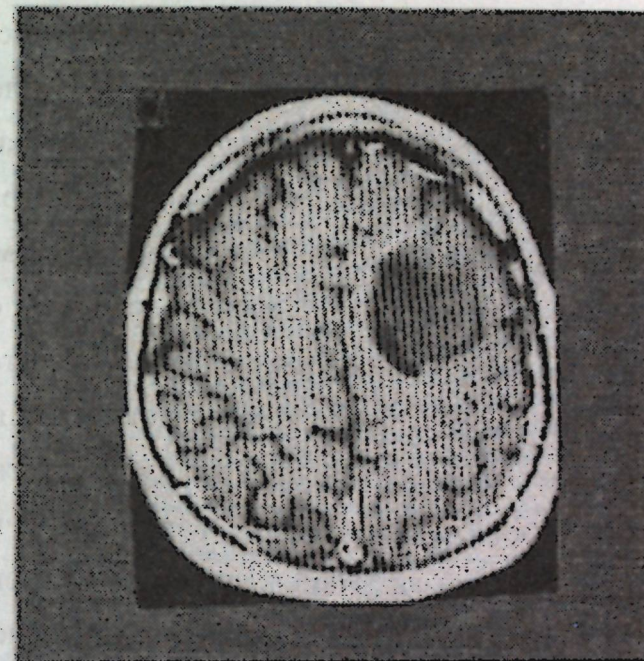


Рис. 22. МР томограмма с мягкой гематомой в гиподенсивной фазе.

В эти сроки удаление гематомы осуществляли при помощи более щадящей малоинвазивной и малотравматичной операцией — наложением только лишь одного фрезевого отверстия на черепе, установлением через него в полость гематомы дренажной трубки после аспирации жидкой гематомы и промывания полости гематомы. Капсулы гематомы со временем перестали удалять с поверхности головного мозга, так как отслоение капсулы сопровождалось значительным кровотечением. В одно время в нейрохи-

рургии удаление капсулы гематомы считалось правилом, несмотря на кровотечение и приходилось заниматься гемостазом, а иногда образовывалась повторная гематома, требовавшая ревизию операционной раны с целью удаления повторной гематомы. Из-за подобных осложнений нами разработан способ предотвращения образования повторной гематомы.

3. Смешанные, близкие к мягкой, по консистенции, гематомы, не имеющие четких границ, окруженные широкой зоной размягчения и геморрагического пропитывания мозга. Наши наблюдения показали, что подобные гематомы склонны к постепенному расширению за счет вторичного поражения мозга вокруг гематомы. При таких гематомах ее капсула, как правило, отсутствовала. Содержимое гематомы, как обычно, состояло из сгустков крови или жидкой ее части и мозгового детрита (нежизнеспособные разрушенные ткани мозга). Компьютерографическая картина представлена чередованием различных плотностей структур в виде гипер- и гиподенсивных изображений. Во время хирургического вмешательства приходилось удалять не только гематому, но и размягченную зону мозга, либо мозговой детрит, как гипертоксический субстрат для здоровой части головного мозга.

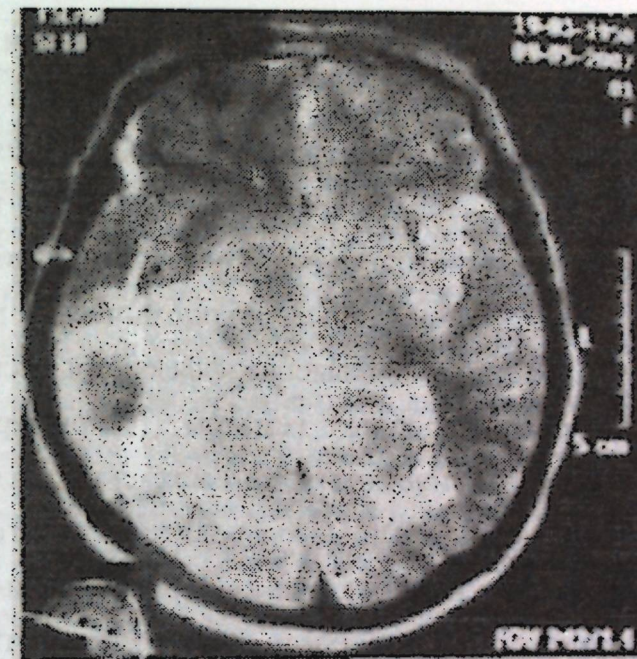


Рис. 23. МР томограмма со смешанной гематомой.

11.6. Результаты творческого подхода и совершенствования нейрохирургического лечения геморрагических мозговых инсультов

Результаты анализа нашего операционного материала показали, что на эффективность хирургического лечения оказывали влияние степени дислокационного синдрома, выраженность внутри желудочковых кровоизлияний, объем и сроки формирования гематом, а также ее локализация. Исход после операции был лучше при лобарных и латеральных гематомах, при объе-

ме гематомы меньше 65-70 мл, при проведении оперативного вмешательства в первые 10-15 часов от начала заболевания, или на 2-3 недели после кровоизлияния.

В последние годы благодаря постоянному творческому поиску и многолетнему опыту нам удалось разработать малотравматичные, экономически малозатратные, в то же время высокоэффективные способы удаления внутричерепных гематом. Например, даже при крупных хронических гематомах стали использовать безтрепанационный метод удаления гематом. А в детском возрасте иногда гематому удавалось вылечить даже пункционным способом. Необходимо отметить, что подобные хирургические вмешательства осуществляли под местной анестезией, без использования традиционного общего интубационного наркоза, это значит, что во время операции больной остается в сознании и контакт с больным и врачом сохраняется. Тогда как 10 и более лет тому назад все виды внутричерепных гематом почти всегда оперировал с помощью декомпрессионной или костно-пластической трепанацией черепа под общим интубационным наркозом с обязательным удалением капсулы гематомы.

Подобные операции длительны, травматичны и в экономическом плане затратны. Иногда эти операции сопровождались значительным кровотечением, а удале-

ние капсулы гематомы от мозга создавали опасность для образования повторной гематомы в послеоперационном периоде.

Следует особо отметить, что после удаления субдуральных, эпидуральных и внутримозговых гематом, как правило, остается свободное пространство между твердой мозговой оболочкой и внутренней поверхностью костей черепа не только в области трепанации черепа, но и на значительном отдалении от трепанационного окна. Данное пространство должно «заполняться» обратным расправлением сдавленного мозга гематомой. Однако, в отдельных случаях, мозг приспосабливается к длительному сдавливанию, и тем самым мозг продолжает сохранять прежнее сдавленное состояние в течение длительного времени, хотя уже гематома удалена.

Поэтому в послеоперационном периоде в таких случаях существовала опасность образования повторной гематомы в указанном свободном эпидуральном пространстве. Источником повторной гематомы может служить кровотечение из диплоитических вен трепанированного костного лоскута черепа, либо сосуды твердой мозговой оболочки. Для профилактики образования таких повторных гематом в указанном пространстве, нами разработан оригинальный способ, путем укрепления твердой мозговой оболочки к кости

черепа, приданием твердой мозговой оболочке форму «шатра». Этим способом нам удалось в ряде случаев устранять тяжелые послеоперационные осложнения – образования гематомы и возможные повторные операции. За разработку такого способа борьбы с послеоперационным осложнением нами получено удостоверение на рацпредложение. Наконец, результаты такого оригинального научно-поискового исследования по достоинству легли основанием для оформления заявки на изобретение (заявка № 20120091.1 от 03.10.2012) и получено положительное решение Кыргызпатента как изобретение под названием: «Способ предупреждения эпидуральных гематом в области трепанационного окна после нейрохирургических операций». (Патент № 1584 от 31 октября 2013 г.)

Дальнейшее совершенствование тактики лечения интракраниальных кровоизлияний были продолжены, а именно при внутричерепных, особенно внутримозговых гематомах размерами не более 40-45 мм в диаметре с объемом гематомы 35-40 мл при положительной динамике общеклиматической и неврологической симптоматики не стали использовать хирургическое вмешательство, проводили интенсивное медикаментозное лечение с систематическим наблюдением за больным на протяжении нескольких недель и месяцев.

В результате таких наблюдений мы имеем несколько успешных случаев с почти полным рассасыванием имевшихся не только малых, но и средних по размеру (40-45мм в диаметре) гематом, подтвержденных на томографических исследованиях и полным восстановлением у них неврологических расстройств.

11.7. Формирование интра - и экстракраниальных повреждающих факторов в раннем послеоперационном периоде у нейрохирургических больных.

Наше многолетнее практическое наблюдение показало, что в раннем послеоперационном периоде у многих нейрохирургических, особенно постинсультных больных развиваются различные функциональные нарушения организма в связи с формированием у них интра - и экстракраниальных повреждающих факторов, которые в любой момент могут вызывать ухудшение общего состояния больного, вплоть до летального исхода.

К интракраниальным факторам относятся: во-первых – наличие в мозгу самого основного патологического процесса, во-вторых – хирургическая травма мозга по ходу операции, отек и набухание головного мозга, тотальный спазм сосудов мозга, наличие субарахноидального кровоизлияния. Все они развивались в

той или иной степени почти у каждого оперированного больного, среди них наиболее угрожающими и опасными являются спазм сосудов и отек с набуханием головного мозга.

Установить наличие интракраниальных повреждающих факторов можно с помощью клинической симптоматики, которые могут быть выявлены сразу после операции или в последующие сутки. Кроме того, их можно определить применением транскраниальной доплерографии, электроэнцефалографии, ликворологии и компьютерной томографии. Поэтому, исключительно важным является проведение комплексного обследования и медикаментозной терапии в раннем послеоперационном периоде. Нами установлено, что эффективность спазмолитической и дегидратационной терапии прямо пропорциональна степени выраженности клинической картины.

Назначение ранней и дозированной терапии препаратами, улучшающими инфузионно-перфузионной функции сосудов мозга, считаем вполне оправданным. В этом плане довольно убедительно зарекомендовали себя такие препараты как нимотоп, танакан, солкосерил, лазикс, манит и др.

К экстракраниальным факторам, приводящим к ухудшению состояния больных в послеоперационном

периоде, относились повторные эпизоды нарушения дыхания, падение артериального давления, гипертермия, нарушения кислотно-щелочного равновесия, гипокания, тахикардия и острые висцеральные язвы и кровотечения во внутренних органах.

Таблица 2

Экстра-интракраниальные факторы, ухудшающие состояние послеоперационного нейрохирургического больного

№№ п/п	Интракраниальные факторы	Экстракраниальные факторы
1	Наличие самой нейрохирургической патологии в мозгу	Эпизоды нарушения дыхания
2	Нейрохирургическая манипуляция на мозге	Нестабильность артериального давления
3	Отек и набухания мозга	Нарушения кислотно-щелочного равновесия
4	Спазм сосудов головного мозга	Центральная гипертермия
5	Субарахноидальное кровоизлияние	Гипоксия и гипокания
6	Внутричерепная гипертензия	Острые висцеральные кровотечения

Для устранения и профилактики развития экстракраниальных факторов ухудшения состояния больного в раннем послеоперационном периоде необходимо систематическое врачебное наблюдение и мониторинговый

контроль всех основных показателей жизнедеятельности больного. В этом плане сформировался определенный опыт у врачей отделения реанимации и нейрохирургии Национального госпиталя. Все имеющиеся успехи в работе коллектива реанимационного отделения Национального госпиталя, в основном, связаны с обслуживанием всегда тяжелых нейрохирургических, особенно постинсультных больных. Именно нейрохирургические больные после оперативных вмешательств по поводу геморрагических инсультов нуждаются в самом мощном по объему и в самом длительном по сроку реанимационном обеспечении с применением самых эффективных лекарственных средств.

В связи внедрением в практику последних достижений реанимации, в отдельных случаях удавалось спасти даже тех больных, у которых кровоизлияние в мозг 10-15 и более лет назад считалось несовместимым с продолжением жизни. Указанной категории больные раньше, как правило, погибали. Несмотря даже на крайне тяжелое, коматозное состояние, некоторым больным удавалось обеспечивать жизнедеятельность на протяжении многих недель и месяцев. Поэтому в современный период перед медицинским персоналом появились новые задачи в связи с появлением новых

форм патологии мозга и организма, с которыми сталкиваются сегодняшние врачи.

Становятся привычными для нас такие термины, как длительная кома, посткоматозное бессознательное состояние, состояние декортикации, децеребрационная ригидность, вегетативный статус и др. Все эти состояния организма уже ставят перед медицинскими кадрами совершенно новые подходы к проблеме в отношении жизнеобеспечения больных, медикаментозной терапии, особенно реабилитации. Совершенно не разработаны вопросы деонтологического подхода, этического, юридические аспекты, социально-психологические проблемы при тяжелых постинсультных и постгеморрагических поражениях головного мозга.

Глава XII. Патологоанатомический диагноз

12.1. Определение понятия патологоанатомического диагноза

Е. И. Соколов и Н. К. Пермяков (1991) считают, что патологоанатомический диагноз - заключительная часть протокола вскрытия, в которой патологоанатом на основе анализа морфологических данных и клинических материалов формулирует синтетическое заключение о нозологической форме, динамике заболевания (или заболеваний) и непосредственной причине смерти.

Авторы этого определения патологоанатомического диагноза акцентируют внимание на заключительную часть протокола вскрытия, в которую обязательным порядком входит посмертный эпикриз с развёрнутым описанием нозологической формы, динамики заболевания и непосредственной причины смерти. Следуя правилам формулирования дефиниций, и учитывая данное ранее определение понятия «медицинский диагноз», предлагаем иной вариант определения патологоанатомического диагноза: *«Патологоанатомический диагноз - формула умозаключения врача о причинах смерти, установленных по результатам клинко-анатомического анализа вскрытия умершего, выраженная в клинических и морфологических терминах,*

предусмотренных номенклатурой и классификациями болезней».

В отличие от определения понятия «патологоанатомический диагноз», данного в ММЭ 1991 года, не указывает на специальность врача, формулирующего этот диагноз. Патологоанатомический диагноз как вид медицинского диагноза не зависит от специальности врача, формулирующего его. Патологоанатомический диагноз может сформулировать любой врач, сумевший квалифицированно выполнить те условия, которые перечислены в дефиниции этого вида диагноза.

12.2. Структура патологоанатомического диагноза

В качестве формулы умозаключения врача патологоанатомический диагноз ничем не отличается от клинического диагноза. Он также как и клинический диагноз имеет три рубрики: основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие болезни.

Такая структура патологоанатомического диагноза позволяет проводить сравнительный анализ с клиническим диагнозом. Однако подход в оценке основного заболевания у патологоанатома иной, чем у клинического врача. Для патологоанатома *основное заболевание есть основная причина смерти* - та болезнь, кото-

рая через свои проявления или свои осложнения привела больного к смерти.

Осложнения основного заболевания и сопутствующие болезни оцениваются патологоанатомом также как и клиническим врачом:

Осложнения основного заболевания - симптомы, синдромы и патологические процессы, патогенетические тесно связанные с основным заболеванием, но имеющие качественно новые признаки, отличные от признаков основного заболевания.

Сопутствующие болезни - болезни, этиологические и патогенетические не связанные с основным заболеванием, и его осложнениями, которые не оказали на их развитие и течение неблагоприятного влияния, или не способствовали наступлению смерти.

В осложнениях основного заболевания патологоанатом выделяет непосредственную причину смерти, которой может быть *главное осложнение*, выделенное в соответствующей рубрике клинического диагноза.

Непосредственная причина смерти — это осложнение, которое привело к развитию тяжёлых структурно-функциональных повреждений, несовместимых с жизнью.

Осложнения болезней чаще всего прочего выступают в качестве непосредственной причины смерти

больного. Однако существуют случаи, когда сама болезнь в силу своего тяжёлого течения, до развития собственных осложнений может привести к смерти. Например: крупозная пневмония при тотальном поражении лёгких в стадии красного опеченения заканчивается смертью больного без развития осложнений. Патологоанатом в таких случаях основную и непосредственную причину смерти видит в основном заболевании.

В патологоанатомическом диагнозе указываются *первоначальная (основная) и непосредственная причины смерти больного*, что является основным признаком, отличающим его от других видов медицинского диагноза. Для установления причин смерти врач обязан провести *клиникоанатомический анализ результатов вскрытия умершего больного*.

Из этого следует, что патологоанатомический диагноз освещает результат посмертного исследования умершего от болезней больного, а все клинкоморфологические исследования при жизни больного (биопсийный и операционный материалы) врач патологоанатом оформляет в виде «заключения», как это делает любой врач узкой специализации.

В отличие от клинического диагноза, в записи которого используется клиническая терминология, в патоло-

гоанатомическом диагнозе часто используют морфологические термины. Объясняется это тем, что клинический врач оценивает нарушенные функции больного, патологоанатом - морфологический эквивалент нарушенных функций поврежденных органов умершего больного. Использование клинических и морфологических терминов в построении патологоанатомического диагноза диктуются рекомендациями международными так и отечественными клиническими, клинко-морфологическими классификациями и существующей номенклатурой болезней. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, называемая как МКБ разных пересмотров, часто используется как номенклатура болезней.

12.3. Функции патологоанатомического диагноза

Правильно оформленный патологоанатомический диагноз должен способствовать:

1. определению причины и механизма смерти больного;
2. объективному установлению характера, сущности и происхождения патологических процессов, состояний и заболеваний, определению давности и

последовательности их возникновения, и формы, а также степени развития и связи между ними;

3. уточнению статистики смертности населения в соответствии с Международной классификацией болезней и причин смерти;
4. осуществлению контроля качества клинической диагностики и лечебного процесса;
5. своевременному проведению противоэпидемических мероприятий;
6. формированию и совершенствованию врачебного мышления;
7. научному анализу проблем этиологии, патогенеза, патологической анатомии, патоморфоза болезней. (В.Л. Коваленко и др., 1991).

Ведущей функцией патологоанатомического диагноза считается *определение причины и механизма смерти больного*. Причины смерти больного записываются в рубриках «основное заболевание» и «осложнения основного заболевания». Механизм смерти подробно описывается в патологоанатомическом эпикризе. В силу указанных выше обстоятельств, патологоанатомический диагноз всегда бывает только посмертным. Прижизненный патологоанатомический диагноз не существует. Прижизненная диагностика

патологоанатомом операционного или биопсийного материала оформляется в виде «заключения».

Следует особо отметить другую функцию патологоанатомического диагноза - это функция, которая способствует осуществлению контроля качества диагностики и лечебного процесса, которую патологоанатомы, особенно из тех, кто занимается «руководством» патологоанатомической службы, принимают на свой счёт. Патологоанатом занимается прижизненной и посмертной морфологической диагностикой, функции контроля на него никто не возлагает, для него эта функция чужда. Функция контроля качества заложена в самом диагнозе и принадлежит только диагнозу, а не патологоанатому. Контроль качества обязана осуществлять администрация лечебно-профилактического учреждения после получения результатов патологоанатомических исследований в виде посмертного диагноза.

Еще с 19 века медицинская общественность избрала клинико - анатомическую направленность. В связи с этим профессиональное мышление врачей всех направлений и остается клинико-анатомическим. Одной из функций патологоанатомического диагноза считается «формирование и совершенствование клинического мышления». Участие в формировании клинического

мышления осуществляется в период вузовской подготовки врачей, а совершенствование клинического мышления - в период самостоятельной клинической практики. Клиническое (врачебное) мышление как любое профессиональное мышление понятийное.

Понятие - это мысль, в которой отражаются специфические (отличительные) существенные признаки предметов и явлений действительности. Понятие - исходная, основная форма мышления (К.Е. Тарасов и соавт., 1989). Словесное обозначение понятия называют *термином*. Поскольку, понятие имеет содержание и объём, то они должны быть заложены в термине. Из чего следует, что в термине должны быть заложены совокупность признаков и совокупность предметов или явлений, которым принадлежат отличительные знаки, отражаемые в термине. Предпринятые здесь разъяснения некоторых основ мышления необходимы для убедительного доказательства формирования однозначности понятий и терминов, используемых в медицине.

Однозначность понятий и терминов в полном объёме определена номенклатурой и классификациями болезней, синдромов, признаков и симптомов. В настоящее время роль номенклатуры и классификации болезней выполняет Международная статистическая, классификация болезней и проблем, связанных со здо-

ровьем, 10-й пересмотр, называемый МКБ – 10. Кроме этого существуют замечательные международные и отечественные клинические и клинико-анатомические классификации болезней, позволяющих облегчить профессиональное общение врачей, совершенствовать клиническое мышление врачей и обеспечивать качественное лечение больных.

Хотя я всю жизнь работал нейрохирургом, когда я выполнял функции Министра здравоохранения республики, был вынужден разбираться в вопросах перинатальной патологии и бороться за снижение детской и материнской смертности, как основной показатель здоровья населения. Каждую младенческую или материнскую смертность (смерть женщины во время родов) рассматривали как чрезвычайное происшествие и самым строгим образом обсуждали либо на коллегиях Минздрава или на клинико-патологоанатомических конференциях.

12.4. Примеры оформления патологоанатомического диагноза

Основное заболевание. Открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой сте-

пени, перелом основания черепа. Коматозное состояние сознания.

Осложнения основного заболевания. Субдуральная гематома слева субарахноидальное кровоизлияние. Отогеморрея, отек и набухание вещества головного мозга, отек легких.

Сопутствующие болезни. Пиелонефрит хронический. Ремиссия.

Основное заболевание. Ревматизм, активная фаза, острый бородавчатый эндокардит створок митрального клапана.

Осложнения основного заболевания. Тромбоз ветви правой средней мозговой артерии, ишемический инфаркт теменной доли правого полушария головного мозга, отек и набухание вещества головного мозга.

Сопутствующие болезни. Хронический бронхит, ремиссия.

Основное заболевание комбинированное, сочетание.

1. Миома желудка, кардиального отдела.
2. Язвенная болезнь желудка, хроническая язва привратника, стадия рубцевания.

Осложнения основного заболевания комбинированного. Рубцовый стеноз привратника, субкомпен-

сированный. Аспирационная пневмония, стафилококковая (бак. исследование), двусторонняя, сливная, абсцедированная.

Сопутствующие болезни. Хронический панкреатит вне обострения.

Видовые особенности патологоанатомического диагноза определяются преобладанием терминов, обозначающих морфологические (структурные) изменения в органах и тканях, а не терминов, определяющих нарушенные функции. Однако используемые морфологические термины могут быть адекватными терминам, указывающим на нарушенные функции.

Существует определенная сложность *формулирования диагноза при перинатальной патологии*. Перинатальный период начинается с 22 полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода и заканчивается спустя 7 полных дней после родов. В этом периоде патология и причина смерти плода и новорожденного во многом обусловлены совокупностью причин взаимодействия в системе «мать-плацентарное ложе матки-плацента-плод». Некоторые из них оказывают влияние при вскрытии плода, что имеет определённые морфологические проявления. В диагнозе отражается *гестационный возраст плода, недоношенность, доношенность, переношенность*.

Результаты исследования плода и новорожденного находят отражение в патологоанатомическом диагнозе в виде первоначальной и непосредственной причины смерти, фоновых, сочетанных, сопутствующих болезнях; здесь же указывается патология плаценты.

Вторая часть информации связана с клиническими данными о болезнях матери, оказавших неблагоприятное влияние на плод.

Третья часть информации касается условий, имевших неблагоприятное влияние на плод или новорожденного (медицинские или криминальные причины). Например, при преждевременных родах в сроки до 34 недель у плодов с массой тела ниже 1000 г оказывают влияние недоразвитие лёгких (первоначальная причина смерти), обусловивших асфиксию, а недоношенность является неблагоприятным фоном. В таком случае необходимо установить причину преждевременных родов.

Все эти данные должны найти отражение в патологоанатомическом диагнозе, клинко-патологоанатомическом эпикризе и в свидетельстве о перинатальной причине смерти.

Таким образом, всегда следует учитывать патологию не только плода, но и последа, и матери. В связи с

этим диагноз с перинатальной патологией должен состоять из 4-х частей:

- болезнь плода (новорожденного);
- патологию последа (обусловившую причину смерти, а затем другие виды патологии);
- патологию матери (основное заболевание - причина, обусловившая смерть плода);
- условия наступления смерти.

Примеры оформления диагнозов и медицинского свидетельства о смерти при перинатальной патологии

Мертворожденный.

Основное заболевание. Врожденная гидроцефалия вследствие стеноза водопровода мозга (сильвиева водопровода).

Осложнения основного заболевания. Отек вещества головного мозга и мозговых оболочек. Хроническая плацентарная недостаточность.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) Врожденная гидроцефалия,
- б) —
- в) Хроническая плацентарная недостаточность,
- г) —
- д) —

Новорожденный, смерть после стремительных родов на 3-и сутки.

Основное заболевание. Родовая травма: двусторонний разрыв мозжечкового намета, внутрижелудочковое кровоизлияние.

Осложнения основного заболевания. Кефалогематома, Распространенный отек и кровоизлияния в вещество головного мозга.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) Двусторонний разрыв мозжечкового намета,
- б) —
- в) Стремительные роды,
- г) —
- д) —

Новорожденный путем кесарево сечением беременной матки.

Основное заболевание. Массивное кровоизлияние в боковые желудочки головного мозга. Отслойка плаценты с ретроплацентарной гематомой.

Осложнения основного заболевания. —

Сопутствующая болезнь. Недоношенность.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) Массивное кровоизлияние в боковые желудочки головного мозга,
- б) Недоношенность,
- в) Предлежание плаценты с кровотечением,
- г) Кесарево сечение беременной матки.

Глава XIII. Судебно-медицинский диагноз

13.1. Определение понятия судебно-медицинского диагноза

Судебно-медицинский диагноз - специальное заключение о сущности повреждения (заболевания), состояния обследуемого или причин смерти, составленное на основе судебно-медицинской экспертизы для решения вопросов, возникающих в судебно-следственной практике, и выраженное в терминах, принятых в судебной медицине. Оформляется судебно-медицинским экспертом или врачом другой специальности, которому поручено проведение судебно-медицинской экспертизы. «Формулирование диагноза» зависит от характера объекта экспертизы и ее целей. Ставящиеся при этом задачи определяются свойствами и особенностями расследуемого события или инкриминируемого деяния. В случае исследования трупа при насильственной смерти или подозрении на нее в структуре диагноза выделяют основное повреждение (заболевание), которое само или через патогенетические связанные с ним осложнения явилось причиной смерти; основное и добавочное осложнения, обусловленные основным повреждением, и другие осложнения, не связанные с основным повреждением.

При освидетельствовании потерпевших, обвиняемых и подсудимых установление характера телесных повреждений является обязательным. Определяется опасность этих повреждений для жизни в момент их причинения, связанной с ними временной или стойкой утраты трудоспособности. При необходимости основой для судебно-медицинского диагноза может быть экспертный анализ медицинских документов и материалов судебного следствия» (Е. И. Соколов, Н. К. Пермяков, 1991).

Судебно-медицинский диагноз не имеет исключительного значения для здравоохранения, как клинический и патологоанатомический диагнозы. Судебно-медицинскому освидетельствованию подлежат умершие больные в стационарах травматологического профиля, или иных отделениях лечебных учреждений здравоохранения, в смерти которых предполагаются криминальные причины. Подозрение на насильственную смерть может возникнуть у врачей стационара, что требует квалифицированного оформления в посмертном клиническом диагнозе. Заподозрить криминальную причину смерти может врач-патологоанатом на этапе знакомства с данными истории болезни умершего и отказывает в приёме трупа на патологоанатомическое исследование, или во время секции

трупа. В последнем случае патологоанатом обязан прекратить вскрытие, поставить в известность заведующего патологоанатомическим отделением о подозрении на криминальную причину смерти. Для продолжения освидетельствования причин смерти вызывается судебно-медицинский эксперт.

По существующим нормативным актам патологоанатом не имеет права проводить освидетельствование криминальной причины смерти, кроме тех случаев, когда в отсутствие судмедэксперта в силу закона он, как любой врач, может быть привлечён для проведения этой процедуры.

В обязанности судебно-медицинского эксперта входят поиск причин и механизма криминальной смерти и отражения их в акте экспертизы и судебно-медицинском диагнозе. Во всех случаях, когда судмедэксперт обнаруживает смерть от болезней, а не от криминальных причин, он обязан формулировать патологоанатомический диагноз.

13.2. Структура судебно-медицинского диагноза

Судебно-медицинский диагноз является одним из видов медицинского диагноза, поэтому их структуры

или формулы идентичные. Формула судебно-медицинского диагноза содержит три рубрики:

Основное заболевание,

Осложнения основного заболевания.

Сопутствующие болезни.

Такая рубрикация судебно-медицинского диагноза приемлема при экспертизе несчастных случаев и актов насилия у живых пострадавших. Такой формулой судмедэксперт обязан пользоваться при оформлении патологоанатомического диагноза, когда выявленная причина смерти не криминальная.

Основной функцией судебно-медицинского диагноза считается определение криминальной причины смерти, поэтому рубрики, где указывается «основное заболевание» можно заменить «первоначальной причиной смерти», как это рекомендуют правила ВОЗ в оформлении причин смерти в МКБ – 10. Формула судебно-медицинского диагноза может быть записана так:

Первоначальная причина смерти,

Осложнения первоначальной причины смерти,

Сопутствующие болезни.

По определению ВОЗ первоначальная причина смерти трактуется как а) «болезнь или травма, вызвавшая ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти», или б) «обстоятельства

несчастливого случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму».

В определении ВОЗ вариант «а» можно использовать для оформления посмертного клинического и патологоанатомического диагнозов, а вариант «б» - для судебно-медицинского диагноза.

Обстоятельства несчастного случая или акта насилия в судебно-медицинском диагнозе указываются в рубрике «первоначальная причина смерти» в терминах, предусмотренных номенклатурой и классификациями судебно-медицинской практики.

Смертельная травма в судебно-медицинском диагнозе занимает место в рубрике «осложнения первоначальной причины смерти» и записывается порядком, предусмотренным четвёртым принципом формулирования медицинского диагноза. Согласно этому принципу цепь последовательных патологических процессов смертельной травмы выстраивается с учётом причинно-следственных связей и временного фактора.

Выделение в судебно-медицинском диагнозе рубрики «сопутствующие болезни» имеет своё основание. К сопутствующим болезням относят все выявленные у пациента (пострадавшего) хронические болезни, которые находятся в состоянии ремиссии и, тем самым, не оказали влияния на развитие (основного заболевания)

первоначальной причины смерти и её осложнений. Нанесение *вреда здоровью* в судебно-медицинской практике оценивается степенью тяжести: *лёгкой, средней и тяжёлой*. В момент действия несчастного случая или акта насилия могут возникнуть условия обострения хронической болезни, которая может оказать влияние на последствия акта насилия и изменить, предположим, лёгкую или среднюю степень на тяжёлую степень тяжести.

13.3. Функции судебно-медицинского диагноза

Судебно-медицинский диагноз должен способствовать:

1. Объективному установлению характера полученной травмы, акта насилия и несчастного случая в происхождении телесных повреждений;
2. Определению давности и последовательности возникновения телесных повреждений;
3. Определению криминальных причин, механизмов умирания и смерти;
4. Объективной юридической оценки обстоятельств полученных травм, несчастного случая и акта насилия;
5. Своевременному проведению противоэпидемических мероприятий;
6. Статистическому учету смертности населения;

7. Научному анализу характера криминальных причин смерти.

Видовые особенности судебно-медицинского диагноза определены основной функцией, которую он выполняет, специфической судебно-медицинской терминологией, обусловленной номенклатурой и классификациями.

Однако в клинической практике и практике клинической патологической анатомии возникают клинические ситуации, когда необходимо решать проблему посмертной диагностики причин смерти умершего сомнительного, возможно, криминального происхождения. В подобной клинической ситуации патологоанатом имеет все основания отказаться от вскрытия трупа.

Заключение

Несмотря на имеющиеся множество информации о диагностических проблемах, по понятным причинам, они не могут отражать постоянно накопившиеся новые знания по нейроанатомии, нейрофизиологии, нейрохимии и нейропатологии. Дальнейшее развитие получила теоретическая основа современной топической диагностики в неврологии — нейрональная теория, доказанная электронно-микроскопическими исследованиями головного мозга. Согласно этой теории, поражение нейрона на любом уровне — будь то его тело, аксон или синоптические контакты — всегда вызывают один и тот же симптом, тем самым можно сказать, что нейрональная теория упорядочивает топическую диагностику в неврологии и нейрохирургии.

В последние годы получили широкое развитие инструментальные неинвазивные методы исследования головного мозга — такие как ядерно-магнитно-резонансная, компьютерная рентгеновская томография, однофотонная и позитронно — эмиссионная томография, неинвазивная ангиография, картирование биоэлектрической активности головного мозга, ультразвуковая доплерография, эхоэнцефалография и др. Они позволяют визуализировать структуры и функции

центральной нервной системы в их единстве и раскрывать механизмы деятельности мозга в норме и при патологии.

Становлению и развитию Кыргызской нейрохирургической школы огромное влияние оказали нейрохирургические школы России и Украины, такие как Московская (институт нейрохирургии им. академика Н. Н. Бурденко), Санкт-Петербургская (институт нейрохирургии им. профессора А. Л. Поленова), Киевская (институт нейрохирургии им. академика А.П. Ромоданова), влияние которых охватило все остальные государства бывшего Советского Союза.

Исследованиями неврологов, работавших совместно с нейрохирургами-профессорами В.В. Крамером, М.Ю. Рапопортом, Ю.В. Коноваловым, И.Я. Раздольским и А.В. Триумфовым и другими, было развито оригинальное направление клинической и топической диагностики при опухолевой, сосудистой, травматической, паразитарной, воспалительной и другой очаговой патологии нервной системы. Кроме того детально разработано учения об общемозговых и локальных симптомах, первичных и вторичных признаках, симптомов по соседству и на отдалении, а также стволовых и дислокационных расстройств, которые играют исключительную роль как в топической, так и

в клинической диагностике заболеваний. Исторически так сложилось, что медицинский диагноз сформировался как наследие гиппократова «толкования знаков» и более позднего «эпикризиса». Его формула полностью соответствует достижениям современной медицины и нозологии. Отсюда, все проблемы медицинского диагноза возникают из-за проблем, существующих в нозологии и медицине. Решения проблем медицинского диагноза или его отдельных видов лежат в русле, до сей поры окончательно несформированных теоретических основ нозологии и чрезмерной социализации медицины. Основы нозологии должны быть приняты как теоретические основы структуры и функции медицинского диагноза и его видов. Современная структура диагноза с ее тремя рубриками достаточна для выполнения уже существующих функций и тех функций, выполнение которых потребует социализация медицины. Существование видов медицинского диагноза ограничено основной функцией, которую они выполняют. Основной функцией клинического диагноза считается «способствование преемственному комплексному лечению и вторичной профилактике». Основной функцией патологоанатомического диагноза считается «способствование установлению причины и механизма смерти больного». Для

судебно-медицинского диагноза определяющей функцией считается «способствование установлению криминальной причины и механизма смерти». И наконец, последний многолетний опыт использования в рубрике основного заболевания бикаузального комбинирования двух болезней, требующих первоочередного лечения, доказывает, что существующая конструкция формулы медицинского диагноза не исчерпала своих возможностей, тем самым, должна оставаться незыблемой.

Для того чтобы медицинский диагноз, его виды, выполняли медико-социальные и медико-страховые функции, необходимо дополнить ими уже существующие функции. Кроме того, необходимо официально ввести в действие через приказы или рекомендательные письма функции для медицинского диагноза или отдельно для каждого его вида. Чтобы не перестраивать структуру медицинского диагноза для выполнения им новых функций, достаточно социально значимым болезням (нозологическим единицам) присвоить этот статус в виде списка, утвержденного законом или подзаконными актами. Отпадет необходимость в обучении врачей юридическим тонкостям лечебно - диагностического процесса.

Экспертные функции клинического и патологоанатомического диагнозов стали основой для органи-

зации и существования клинико- экспертной комиссии в лечебно-профилактических учреждениях, которые призваны давать экспертную оценку лечебно-диагностических действий по отношению к конкретному случаю и состоянию этих действий в ЛПУ.

Признание за клиническим диагнозом статуса приоритетного среди других видов медицинского диагноза должно стимулировать участие клиницистов в создании теоретических основ клинического диагноза и ликвидировать сформировавшуюся монополию патологоанатомов в разработке этой проблемы.

Список использованной литературы

1. Автандилов Г. Г., Зайратьянц О. И., Кактурский П. В., оформление диагноза: Учебное пособие. Медицина, 2004. 304 с.
2. Боткин С. П. курс клиники внутренних болезней. М: Медгиз, 1950. Т. 1. 364с.
3. Василенко В. Х.. Введение в клинику внутренних болезней. АМН СССР. М: Медицина, 1985. 256с.
4. Вернадский В. И. Живое вещество. М.: Наука, 1978. 358с.
5. Гиляревский С. А., Тарасов К. Е. Диалектический материализм и медицинская диагностика. М., 1973, 29с.
6. Гусев Е. И. с соавт. Неврология и нейрохирургия. М: Медицина. 2000.
7. Захарьин Г. А. Большая Медицинская энциклопедия М: 1978. Т. 16. 56с.
8. Иванов Р. С. Влияние индивидуально-психологических особенностей человека на возможность выявления у него скрываемой информации с помощью полиграфа. Северо - Кавказский вестник. 2011г.
9. Иргер И. М. Нейрохирургия. М: Медицина. 1982.
10. Казначеев В. П. , Куимов А. Д. Клинический диагноз. Новосибирск: 1992, 99с.

11. Коваленко В. П. с соавт. Биопсийно секционный курс. М: НПО «Мед. энциклопедия». 1191. 192с.
12. Коваленко В. П. с соавт. Теоретические и практические основы оформления диагноза. Челябинск. 1985. 108с.
13. Коваленко В. П. Диагноз в клинической медицине. Челябинск. МЕВ. № 3-4 1995. 182 с.
14. Коновалов А. Н. с соавт. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. М. Видар. 1997.
15. Коновалов А. Н. с соавт. Хирургия последствий черепно-мозговой травмы. М: 2006.
16. Кончаловский М. П. Учебник внутренних болезней. М: 1939. 601с.
17. Крылов В. В. Лекции по нейрохирургии. М.: Авторская академия 2008. 210с.
18. Лебедев В. В., Крылов В. В. Неотложная нейрохирургия. Руководство для врачей. М: Медицина. 2000.
19. Лихтерман Л. Б. Нейрохирургия: становление клинической дисциплины. М: 2007. 311с.
20. Лихтерман Л. Б. с соавт. Черепно-мозговая травма. Прогноз. Течения и исходы. М: Книга ЛТД. 1993. 186с.

21. Лифшиц А. М., Ахмеджанов М. Ю. Проблемы диагноза в настоящее время. Терапевт. Архив. 1980. №9. С. 91-97.
22. Международная классификация болезней – МКБ-10. 1995.
23. Можаяев С. В. с соавт. Нейрохирургия. Санкт-Пб. Изд-во «Политехника» 2001.
24. а) Мудров М. Я. Рассуждение о средствах, которые должны помогать больному солдату. 1812г.
б) Избранные произведения. М: 1949, 100с.
25. Осипов И. Н., Копнин П. В. Основные вопросы теории диагноза. Томск. Изд-во Томского универс. 1969. 189с.
26. Петров М. Н., Кличков В. З. Ученые университета. Великий Новгород. 2007. 191с.
27. Попов А. С., Кондратьев В. Г. Очерки методологии клинического мышления. М: 1972. 183с.
28. Поставит В. А. Диагноз и диагностика в клинической медицине. М: 2013. 60с.
29. Раздольский И. Я. Опухоли головного мозга. М: Медгиз, 1954. 352с.
30. Соколов Е. И., Пермяков И. К. Диагноз. М. М. Э. 1991. Т. 2. с. 89.
31. Струков А. И. с соавт. Морфологический эквивалент функции: методологические основы. М: 1983. 668с.

32. Тарасов К. Е. с соавт. Логика с семиотика диагноза (методологические проблемы). М.: Медицина. 1989. 272с.
33. Черноручкий М. В. Диагностика внутренних болезней. М: Медгиз. 1953. 660с.
34. Угрюмов В. М. Хирургия центральной нервной системы. Часть первая. Л. 1969. 460с.

СОДЕРЖАНИЕ

Рецензия	3
Введение	6
Глава I. Краткая история постановки медицинского диагноза	10
Глава II. Современная нейрохирургическая диагностика невозможна без творческого кадрового и технического потенциала	15
Глава III. Роль клинических симптомов в диагностике очаговых поражений головного мозга	22
3.1. Нейрохирургические аспекты очагового поражения головного мозга	22
3.2. Клинические аспекты очагового поражения головного мозга	25
3.2.1. Общемозговые симптомы	32
3.2.2. Очаговые симптомы	43
3.2.3. Взаимоотношения между обшемозговыми и очаговыми симптомами при диагностике нейрохирургических заболеваний.....	48
3.2.4. Симптомы по соседству	53
3.2.5. Дислокационный синдром при очаговых поражениях головного мозга.....	54

Глава IV. Проблемы нейрохирургического диагноза	63
4.1. Неврологический диагноз — основа к успешному нейрохирургическому лечению.....	63
4.2. Неврологический диагноз невозможен без топического диагноза.....	65
4.3. Нейрохирургический диагноз — результат настоящего творчества врача.....	67
4.4. Нейрохирургу иногда приходится поставить и «тактический диагноз»	71
4.5. Роль интуиции в нейрохирургическом диагностическом процессе.....	74

Глава V. Проблемы диагноза болезни и диагноза больного	86
5.1. Диагноз болезни проще, чем установить диагноз больного	86
5.2. Диагностические понятия	92
5.3. Взаимодействие нескольких болезней в одном организме	97
5.4. Процесс диагностики в условиях узкой специализации медицины	105
5.5. Врачебные ошибки в диагностическом процессе.....	108

Глава VI. Методы диагностического обследования или диагностическая техника	117
6.1. Объективное обследование.....	117
6.2. Расспрос.....	122

6.3. Физикально - инструментальное обследование	128
--	------------

Глава VII. Медицинский диагноз	136
7.1. Теоретические основы медицинского диагноза	136
7.2. Структура медицинского диагноза.....	137
7.3. Классификация медицинского диагноза.....	140
7.4. Виды медицинского диагноза.....	147
7.5. Принципы формулирования медицинского диагноза	150

Глава VIII. Клинический диагноз	167
8.1. Определение понятия клинического диагноза	167
8.2. Разновидности клинического диагноза.....	167
8.3. Функции клинического диагноза.....	169
8.4. Структура клинического диагноза	171
8.5. Особенности оформления клинического диагноза при нейрохирургическом лечении.....	173
8.6. Примеры оформления клинического диагноза	176
8.6.1. Монокаузальный вариант.....	176
8.6.2. Бикаузальный вариант.....	179
8.6.3. Мультикаузальный вариант	180

Глава IX. Дифференциальный диагноз	182
---	------------

Глава X. Страшный диагноз.....	186
---------------------------------------	------------

Глава XI. Творческий подход к диагностике и совершенствованию нейрохирургического лечения геморрагических мозговых инсультов	190
11.1. Актуальность проблемы.....	190
11.2. Проведенные организационные мероприятия в диагностике и лечении мозговых инсультов.....	194
11.3. Формы и стадийность клинического течения геморрагических инсультов.....	197
11.4. Локализация внутричерепных геморрагических инсультов	200
11.5. Морфологическая структура геморрагических мозговых инсультов	207
11.6. Результаты творческого подхода и совершенствования нейрохирургического лечения геморрагических мозговых инсультов.....	211
11.7. Формирование интра - и экстракраниальных повреждающих факторов в раннем послеоперационном периоде у нейрохирургических больных	215

Глава XII. Патологоанатомический диагноз	220
12.1. Определение понятия патологоанатомического диагноза	220
12.2. Структура патологоанатомического диагноза	221
12.3. Функции патологоанатомического диагноза	224

12.4. Примеры оформления патологоанатомического диагноза.....	228
---	-----

Глава XIII. Судебно - медицинский диагноз	235
--	------------

13.1. Определение понятия судебно - медицинского диагноза	235
13.2. Структура судебно - медицинского диагноза	237
13.3. Функции судебно-медицинского диагноза	240

Заключение	242
-------------------------	------------

Список использованной литературы	247
---	------------

Типография: "Алтын Принт"

Зак. № 104 объем 16 уч. изд. л.,
Тираж 300 экз.

г. Бишкек, ул. Орозбекова 44,
тел.: 62-13-10
e-mail: altyntamga@mail.ru



Мамытов Миталип Мамытович

Герой Кыргызской Республики, академик НАН КР, доктор
медицинских наук, профессор.

Зав кафедрой нейрохирургии до – и последиломого
образования КГМА им. И.К. Ахунбаева



Ырысов Кенешбек Бакирбаевич

Доктор медицинских наук,
профессор



Мамытова Эльмира Миталиповна

Кандидат медицинских наук,
доцент