

История медицины

© ШЕПТУЛИН А.А., 2021

Шептулин А.А.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И ПРОГНОЗА В ТРУДАХ В.Х. ВАСИЛЕНКО

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, Москва, Россия

В своей врачебной и научной деятельности выдающийся российский терапевт В.Х. Василенко уделял большое внимание вопросам методологии клинического диагноза и прогноза. Им сформулированы основные правила постановки диагноза, определена последовательность действий врача в диагностическом процессе, уточнены понятия «симптом» и «синдром», дано определение клинического прогноза и выделены его фазы, показана форма сообщения больному его прогноза.

Ключевые слова: клинический диагноз; симптом; синдром; прогноз.

Для цитирования: Шептулин А.А. Разработка методологии клинического диагноза и прогноза в трудах В.Х. Василенко. *Клиническая медицина*. 2021;99(5–6):388–391. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-5-6-388-391>

Для корреспонденции: Шептулин Аркадий Александрович — д-р мед. наук, проф., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого МГМУ им. И.И. Сеченова (Сеченовский Университет); e-mail: arkalshep@gmail.com

Sheptulin A.A.

DEVELOPMENT OF THE METHODOLOGY OF CLINICAL DIAGNOSIS AND PROGNOSIS IN THE WORKS OF V.KH.VASILENKO

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia

In his medical and scientific work, the outstanding Russian therapist V. Kh. Vasilenko paid great attention to the methodology of clinical diagnosis and prognosis. He formulated the basic rules of diagnosis, determined the sequence of doctor's actions in the diagnostic process, clarified the concepts of «symptom» and «syndrome», defined the clinical prognosis and highlighted its phases, showed the form of information to the patient about his prognosis.

Key words: clinical diagnosis; symptom; syndrome; prognosis.

For citation: Sheptulin A.A. Development of the methodology of clinical diagnosis and prognosis in the works of V.Kh. Vasilenko. *Klinicheskaya meditsina*. 2021;99(5–6):388–391. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-5-6-388-391>

For correspondence: Sheptulin Arkady A. — MD, PhD, DSc, Professor Department of Internal Diseases Propedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Institute of Clinical Medicine named after N.V. Sklifosovsky, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), e-mail: arkalshep@gmail.com.

Conflict of interests. The author declare no conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 31.03.2021

Всех, кому посчастливилось работать вместе с выдающимся российским ученым и клиницистом Владимиром Харитоновичем Василенко, поражала его способность ставить правильные диагнозы при наличии очень скудных фактических данных. В большой мере это было связано с его блестящими знаниями в различных областях медицины и громадным клиническим опытом. Но в немалой степени точность диагностических заключений В.Х. Василенко была обусловлена его глубокой разработкой методологии клинического диагноза и прогноза. Этим вопросам были посвящены его монографии «Введение в клинику внутренних болезней» [1] и «Врачебный прогноз» [2]. Даже в учебнике «Пропедевтика внутренних болезней» [3], подготовленном под

его руководством коллективом авторов, который вышел в свет в 1974 г. и выдержал в последующем 6 изданий (последнее в 2020 г.), важное место занимает раздел, посвященный методологии диагноза и прогноза, написанный лично В.Х. Василенко.

Что же побудило Владимира Харитоновича обратиться к вопросам методологии постановки диагноза и оценки прогноза? «Неизбежно прогрессирующая специализация... и нарастающая механизация врачебной работы могут заслонять или оттеснять общие проблемы врачевания...», — писал он [1]. Конечно, современные методы инструментальной диагностики, такие как компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), различные эндоскопические методы,

позволяющие взять биопсию и получить прижизненное морфологическое подтверждение диагноза, значительно повышают точность распознавания заболеваний, но если врач при этом забывает о непосредственных методах обследования больных, то возможно возникновение серьезных диагностических ошибок. «Плохо, — писал В.Х. Василенко, — когда фтизиатр начинает изучение болезни с рассмотрения рентгенограммы, а кардиолог — с анализа ЭКГ». «Клиника, — продолжал он, — это высшая школа врачевания» [1].

Известно, что многие формулировки, которые давал Владимир Харитонович, отличались краткостью и афористичностью (например, «болезнь — это реакция организма на повреждение», «функция без структуры — немыслима, а структура без функции — бессмысленна» [1, 4]. Таким же лаконичным было и его определение диагноза. «Врачебный диагноз, — писал он, — это краткое медицинское заключение о сущности заболевания и состоянии больного».

В.Х. Василенко подчеркивал, что процесс постановки диагноза должен начинаться с оценки *субъективных симптомов* («симптомы — фактическая основа диагностики») и *сбора анамнеза* («сбор анамнеза — важное начало определения конкретного диагноза, основной клинический метод диагностики»). «Один только расспрос, — отмечал он, — позволяет предположительно диагностировать заболевание почти в половине случаев» [1].

В.Х. Василенко сформулировал также основные правила сбора анамнеза: не спешить, избегать устрашающих терминов, учитывать уровень образования больного и применять наиболее простые и понятные термины, принимать во внимание эмоциональный фон больного, быть всегда приветливым и доброжелательным. Сам Владимир Харитонович виртуозно владел умением собирать анамнез, В воспоминаниях народного врача СССР В.Ф. Иванова приводится такой эпизод [4].

В 1960 г. в больницу, входящую в систему бывшего Четвертого управления Минздрава СССР, поздно вечером поступил народный артист СССР М.И. Прудкин с диагнозом острого инфаркта миокарда. На утреннем обходе следующего дня В.Х. Василенко, осмотрев и тщательно расспросив М.И. Прудкина, к большому удивлению врачей снял диагноз инфаркта миокарда и поставил подтвердившийся потом диагноз ущемленной диафрагмальной грыжи. Ему помогли в этом данные анамнеза: по ходу спектакля актеру нужно было наклониться, поднять кресло с героиней и перенести его на другое место. После успешного лечения М.И. Прудкин продолжал работать во МХАТе до 90-летнего возраста.

Большой клинический опыт позволял В.Х. Василенко ставить правильные диагнозы даже при отсутствии, на первый взгляд, каких-либо оснований для этого. Вспоминается эпизод, поразивший не только терапевтов, но и хирургов.

Однажды, в начале 1980-х годов, когда в нашем распоряжении еще не было таких методов, как ультразвуковое исследование, КТ и МРТ, к нам в клинику госпитализировали больного 65 лет с лихорадкой и тяжелой

одышкой. У пациента был длительный анамнез гипертонической болезни, ишемической болезни сердца с развитием инфаркта миокарда и последующей хронической сердечной недостаточности. При поступлении больному клинически был поставлен диагноз острой пневмонии, хотя убедительных рентгенологических данных, подтверждавших его, получено не было. Проводившаяся антибактериальная терапия существенного клинического эффекта не дала, у больного росли явления сердечной недостаточности, в анализах крови отмечался высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, и все ждали обхода В.Х. Василенко в надежде, что ему удастся прояснить ситуацию.

После осмотра пациента Владимир Харитонович вышел в коридор и, помолчав немного, вынес свое заключение: «У больного — перитонит». На вопрос удивленных врачей, присутствовавших на обходе, какие признаки перитонита он находит у больного, у которого нет болей в животе, отсутствуют напряжение мышц брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины, Владимир Харитонович спокойно ответил: «Только один — *facies Hippocratica*».

Это заключение было достаточно скептически воспринято не только терапевтами, но и хирургами. Но очень опытный профессор факультетской хирургической клиники О.С. Шкроб, хорошо знавший В.Х. Василенко, сказал: «Если академик так считает, будем оперировать». При лапаротомии были обнаружены множественные дивертикулы толстой кишки (некоторые из них с признаками дивертикулита); вследствие перфорации дивертикула сформировались два межкишечных абсцесса, один из которых оказался вскрывшимся — в брюшной полости находилось около 500 мл гнояного экссудата.

Разгадка диагностического мастерства В.Х. Василенко в приведенном наблюдении не так сложна. Анализируя свой накопленный в течение многих лет клинический опыт, он пришел к выводу, что «клиническая картина болезни в действительности никогда не бывает такой полной, как она излагается в руководствах... в частности, перитонит в старческом возрасте может проявляться только коллапсом...» [1]. Поэтому в приведенном наблюдении для Владимира Харитоновича не было неожиданным то, что прямые симптомы перитонита маскировались у пожилого больного симптомами нарастающей сердечной недостаточности.

После оценки симптомов и анамнестических данных В.Х. Василенко считал необходимым применение *методов непосредственного обследования больного* (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Этим методам он отводил важное место в постановке правильного диагноза. «Случается, — писал он, — что у больного в течение месяца пребывания в стационаре диагноз не устанавливается, а опытный врач за несколько минут помогает сделать правильное заключение, обнаружив при пальпации опухоль в брюшной полости» [1]. Сам В.Х. Василенко владел методами непосредственного обследования виртуозно. Мы даже шутили между собой, что, пальпируя печень у больного с ее алкогольным поражением,

он определял не только то, сколько алкоголя употреблял пациент, но и то, чем он закусывал. Иногда нам казалось, что Владимир Харитонович, проводя осмотр, видел значительно больше, чем другие врачи, окружающие больного.

В бытность больничным ординатором клиники пропедвтики внутренних болезней мне довелось продемонстрировать ему на обходе больного с не очень ясным диагнозом, у которого визуально отмечалось одностороннее увеличение шейных лимфоузлов. Докладывая пациента, я попросил Владимира Харитоновича обратить внимание на шею больного, имея в виду увеличенные лимфоузлы. «Да, я вижу, — неожиданно ответил Владимир Харитонович. — Воротник Стокса». Нужно сказать, что никакой заметной отечности шеи, как это бывает при воротнике Стокса, у больного не было. Просто Владимир Харитонович, в отличие от других врачей, обратил внимание на то, что шея пациента не выглядела такой тонкой, как это можно было ожидать на фоне общего исхудания больного. Обнаружение в данной ситуации возможного увеличения лимфоузлов средостения (что было в дальнейшем полностью подтверждено инструментальными методами исследования) имело для Владимира Харитоновича гораздо большее диагностическое значение, чем констатация очевидного увеличения шейных лимфоузлов.

В.Х. Василенко считал, что если у больного имеются жалобы на диарею, кашель с мокротой, рвоту, то врач должен сам визуально оценить кал, мокроту, рвотные массы. При этом он приводил в пример наблюдение, когда «кровавая рвота» оказалась в действительности рвотой помидорами.

Я хорошо помню обход В.Х. Василенко, когда он, посмотрев больного с желтухой, попросил показать ему мочу больного (хотя результат ее анализа на стеркобилин, присланный лабораторией, значился как отрицательный). Моча, собранная по просьбе лечащего врача больным перед обходом, имела цвет «пива», и такой диссонанс между клиническими признаками и лабораторными данными вызвал большое недовольство Владимира Харитоновича.

Говоря об *инструментальных методах исследования*, В.Х. Василенко ввел понятие *критериев полезности*. Наиболее важным из них он считал безопасность метода, полагая, что метод диагностики (как и лечение) не должен быть опаснее самой болезни. К другим критериям были отнесены также доступность, экономичность, техническая простота выполнения, чувствительность, достоверность, специфичность, возможность проверки.

Как считал В.Х. Василенко, в процессе постановки диагноза врач осуществляет последовательный переход от выявления и оценки *симптомов* (признаков болезни) к последующему выделению *синдрома*, под которым понимается совокупность симптомов, объединенных общим патогенезом, и который может встречаться при разных заболеваниях. Случайное сочетание симптомов рассматривается как *симптомокомплекс* [1].

Сочетание признаков, соответствующих определенным структурным изменениям органов, В.Х. Василенко

именовал *анатомическим синдромом*. В качестве примера он приводил сочетание усиления голосового дрожания, появления тупого звука при перкуссии грудной клетки и бронхиального дыхания при аускультации легких, свойственное синдрому уплотнения легочной ткани. В свою очередь, появление у больного рвоты, упорного кожного зуда, шума трения перикарда, значительной гиперазотемии характерно для синдрома уремии, который служит проявлением *функционального синдрома*.

Нужно сказать, что в ряде случаев термин «синдром» употребляется не для обозначения группы симптомов, связанных единым патогенезом, а для характеристики конкретного заболевания. Так, синдром раздраженного кишечника представляет собой не группу различных заболеваний, а конкретную нозологическую форму, имеющую свою этиологию, патогенез, клиническую картину.

В.Х. Василенко рассматривал синдром как промежуточную форму диагноза. Последующий этап диагностики представляет собой выяснение причины (этиологии) этого синдрома, что соответствует обнаружению конкретной болезни (нозологической единицы).

Говоря о диагнозе, В.Х. Василенко считал очень важным выделение *раннего* и *позднего* диагноза, часто определяющее судьбу больного. Мы это хорошо видим на примере онкологических больных. Обнаружение злокачественной опухоли (например, рака желудка) на ранней, доклинической стадии (нередко при гастродуоденоскопии, проведенной в процессе диспансерного наблюдения) обеспечивает хорошую последующую послеоперационную выживаемость пациентов, тогда как выявление рака желудка у больных, у которых уже появились выраженные клинические симптомы (иногда их называют «симптомами тревоги»), нередко бывает сопряжено с плохим отдаленным прогнозом.

По мнению В.Х. Василенко, диагноз заболевания должен быть не только нозологическим, но и *индивидуальным*, т.е. учитывающим его особенности у конкретного больного, в частности психохарактерологические. Он отмечал, в частности, что «при одном и том же типе болезни у одних пациентов появляется панический страх, у других — депрессия, третьи мужественно переносят страдания» [1].

Завершая оценку современных возможностей диагностики, В.Х. Василенко подчеркивал, что решающее значение в постановке диагноза играют не лабораторные и инструментальные методы исследования, а их правильная клиническая интерпретация лечащим врачом. Он писал: «Разнообразие и обширность диагностических методик, возникших в XX веке, поражает воображение, однако было бы ошибочно снизить роль врача. Все методы только помощники, и такими они останутся для врача — их “хозяина”» [1].

Переходя к рассмотрению круга вопросов, относящихся к *прогнозу*, В.Х. Василенко писал, что этой проблеме «...уделяется мало внимания по сравнению с проблемами диагноза, лечения и других разделов клиники» [2]. Между тем, подчеркивал он, мысли о возможном исходе заболевания волнуют больного больше всего. Владимир

Харитонович определял клинический (син.: врачебный, медицинский) прогноз (от греч. *prognosis* — предсказание) как предвидение возникновения, характера дальнейшего течения и исхода заболевания, основанное на знании закономерностей развития патологического процесса, оценке результатов диагностики и возможностей лечения [2].

При прогнозировании течения заболевания В.Х. Василенко рекомендовал следовать совету Гиппократов и разделять процесс прогнозирования на три фазы: 1) распознавание болезни и состояния больного в настоящее время; 2) ретроспективная оценка прошлого состояния больного; 3) обоснование заключения о будущем больного и исходе заболевания. Такую оценку состояния больного в трех временных аспектах (прошлом, настоящем и будущем) он считал методологически важной и в настоящее время [2].

В.Х. Василенко считал, что прогностической оценке течения помогает выделение стадий хронических заболеваний: 1) латентной; 2) преимущественно функциональной обратимой; 3) стадии функционально-морфологических повреждений (необратимой), но не исключающей длительной относительной компенсации; 4) стадии необратимого угасания, когда у изголовья стоит «серая тень Судьбы» [2].

Точка зрения В.Х. Василенко на прогноз течения некоторых заболеваний может показаться неожиданной. Так, он считал наличие у больного бронхиальной астмы признаком долголетия (я это слышал сам во время одного из обходов). Академик РАН А.И. Воробьев приводит в этой связи следующий эпизод, имеющий отношение к В.Х. Василенко [4].

В середине 1950-х годов группа московских ученых отправилась поездом в Ленинград на сессию Академии медицинских наук СССР. Поезда тогда топились углем. Утром поезд прибыл на Московский вокзал, и ученые стали друг за другом покидать вагон. Паровоз между тем продолжал «пыхтеть», и едкий дым постепенно заполнял платформу. У одного из академиков, известного торакального хирурга Л.К. Богуша, страдавшего бронхиальной астмой, на этом фоне возник приступ удушья. «Что, Лев Константинович, астма? — участливо спросил вышедший из вагона следом за ним В.Х. Василенко. — Ну, ничего, это вексель на долголетие». После этого он резко хлопнул Л.К. Богуша ладонью между лопаток. Как потом рассказывал сам Л.К. Богуш, первым его ощущением было чувство обиды («человеку и так плохо, а тут его еще и по спине бьют»). Неожиданно он почувствовал, что постепенно дышать стало все легче и легче, и вскоре приступ удушья совсем прошел.

Купирование приступа бронхоспазма после неожиданного хлопка можно объяснить рефлекторным эффектом. Но полностью сбылось и предсказание Владими-

ра Харитоновича в отношении долголетия: Л.К. Богуш прожил почти 90 лет и в каждый свой день рождения вспоминал напутственные слова, которые сказал ему В.Х. Василенко в то памятное утро.

Конечно, В.Х. Василенко давал такой прогноз в то время, когда бронхиальная астма имела совсем другое течение и когда во всех учебниках по терапии содержалась фраза о том, что во время приступов бронхиальной астмы больные не умирают. Сейчас положение изменилось, и течение этого заболевания может быть очень тяжелым.

Нельзя не упомянуть советы, которые В.Х. Василенко давал врачу в отношении того, как сообщать больному о предполагаемом прогнозе его заболевания. «Врачу следует опасаться обнаружения мрачного прогноза неосторожным словом, жестом и т.п. ... Следует обращать внимание больного на благоприятные симптомы или признаки выздоровления и отвлекать его внимание от тяжелых проявлений болезни... Лучший тот врач, который умеет внушить больному надежду... Самый плохой прогноз не должен останавливать лечебных усилий, и врачу необходимо бороться за каждый день и каждый час жизни больного — это основной закон врачевания» [2]. Приведенные советы идут в русле традиций российской медицинской школы, заложенной Н.И. Пироговым, С.П. Боткиным, Г.А. Захарьиным и другими корифеями отечественной медицины.

Прошло уже много лет со дня смерти Владимира Харитоновича Василенко, но многие его работы, в том числе посвященные медико-философским проблемам медицины, остаются по-прежнему актуальными.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. М., 1985:256. [Vasilenko V.Kh. Introduction the clinical course of internal disease. Moscow, 1985:256. (in Russian)]
2. Василенко В.Х. Врачебный прогноз (лекции). Душанбе, 1982:108. [Vasilenko V.Kh. Medical prognosis. Dushanbe, 1982:108. (in Russian)]
3. Пропедевтика внутренних болезней (под ред. Василенко В.Х. и Гребенева А.Л.). М., 1974:528. [Propaedeutics of internal diseases (Eds: Vasilenko V.Kh., Grebenev A.L.). M., 1974:528. (in Russian)]
4. Голочевская В.С. Вспоминая Владимира Харитоновича Василенко (под ред. Рапопорта С.И.). М., 1997:214. [Golochevskaya V.S. Remembering Vladimir Charitonovich Vasilenko (Ed. Rapoport S.I.). Moscow, 1997:214. (in Russian)]

Поступила 31.03.2021

Информация об авторе

Шептулин А.А. (Sheptulin A.A.) — д-р мед. наук, проф., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого МГМУ им. И.И. Сеченова (Сеченовский Университет); <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>