

Посвящается памяти † основателя Московской Терапевтической школы
проф. Г. А. Захарьина (по поводу исполнившегося 30-летия со дня
его смерти).

Механизация процессов патологической жизни, как метод клинической работы.

Профессора М. М. Невядомского,

директора Пропедевтической Клиники внутренних болезней II Московского Гос.
Университета.

В настоящей статье я хотел-бы коснуться одного из основных вопросов современной клиники, настоятельно выдвигаемых самой жизнью. Это—вопрос пересмотра метода клинической работы, ревизия того направления мысли врача, которое укоренилось в его сознании вследствие инерции поступательного продвижения медицины, когда-то—еще, вероятно, со времени Гипократа—получившей определенный уклон своего развития. И эта инерция врачебной мысли, получающая как-бы логическое обоснование в длительности работы в определенном направлении, тем самым гипнотизирует нас, заставляя признать правильность там, где ее в действительности нет.

Инерция эта приводит в сущности к фактической остановке в накоплении реальных достижений клиники. В то время, как современный прогресс биологических и естественно-исторических наук, отражаясь на теоретических медицинских дисциплинах, доводит их до высоты действительной научности,—практические, клинические дисциплины все еще не могут отрешиться от элемента искусства, а подчас и грубой эмпирии. Есть, очевидно, что-то специфическое в клинической работе, есть какая-то особенность ее, которая не позволяет поставить клинику на уровень точной науки. А ведь эти попытки, еще со времен Боткина, часто делались у нас, но пока—тщетно.

Мне думается, что причина этого обособления клиники от биологических наук лежит прежде всего в отсутствии у ней действительно-научного метода работы, научного метода познания патологических проявлений жизнедеятельности организма, и, пока такой метод не будет найден, до тех пор клиническая медицина не выйдет из туманных дебрей врачебного искусства.

Вот почему мне думается, что актуальной задачей современной клиники и является прежде всего и больше всего выработка научного метода работы, который позволял-бы на основании логически построенного анализа клинических фактов приходить к выводам об их сущности и причине, их вызвавшей.

Другими словами говоря, прежде всего необходимо сконструировать научный метод диагноза, который позволял-бы с точностью ставить прижизненное распознавание болезни и учитывать индивидуальные особенности больного, так необходимые при проведении терапии. С достижением этого главная трудность будет изжита, и медицина тогда сможет претен-

довать на полную научность; пока же мы находимся в дебрях искусства и навыка, так как принятый до сих пор шаблон диагноза путем сличения симптомов данного заболевания со сходными симптомами других заболеваний неизбежно должен приводить нас к частым и подчас грубым ошибкам.

Ненаучность такого шаблона очевидна,—нельзя судить о сходстве двух заболеваний, располагая наличностью сходства только части их симптомов, так как в действительности болезнь крайне редко протекает с полной картиной всех своих симптомов, да, наконец, сходные симптомы встречаются очень часто у совершенно различных по существу болезней. Вот почему этот метод несовершенен и должен приводить к ошибкам, избегать которых помогают прежде всего опыт, интуиция и целый ряд индивидуальных качеств врача. Вот почему сплошь и рядом выдающийся теоретик-клиницист, познавший детали сложного симптомокомплекса проявлений каждого заболевания, фактически, у постели больного, не может применить своих знаний и в деле прижизненного диагноза часто уступает опытному практическому врачу.

Позвольте мне привести только два примера в подтверждение этого. Возьмите объемистые тома дифференциального диагноза Sabot. Сколько там грубых диагностических ошибок! Выдающийся клиницист Kraus на своих лекциях, в 1914 г., говорил, что для него труднейшей задачей является разграничение пороков сердца от эндокардитов. Товарищи, недавно слушавшие его, передавали мне, что и до сих пор он повторяет это на своих лекциях. Следовательно, весь уклон его школы в сторону познания тончайших химических изменений в заболевшем организме не дает критерия для решения по существу простой диагностической задачи. Можно было-бы привести много подобных примеров, но и этого, полагаю, достаточно. В чем же тут дело? Почему видные клиницисты, работая с методикой тончайших анализов,—до химических и биологических реакций включительно,—все же не могут преодолеть трудностей прижизненного распознавания болезней? Разве каждый из клиницистов не переживал чувства глубокого неудовлетворения, когда на секционном столе неожиданно открывалась картина анатомических изменений, о которых он даже не подозревал, наблюдая прижизненные симптомы болезни?

К сожалению, несовпадение прижизненного диагноза с анатомическим все еще остается настолько частым, что к этому можно, пожалуй, привыкнуть, спокойно относя эти ошибки к несовершенству нашей науки. Но мысль клинициста не может и не должна мириться с этим фактом, указывающим на действительно медленный прогресс медицины, как науки; более того, этот факт с ясностью говорит о неправильности современного направления медицинской мысли, не позволяющего научно учитывать происходящих явлений и, вероятно, не в той плоскости их изучающей.

Ничем другим нельзя ведь объяснить поразительного несоответствия массы предлагаемых в настоящее время методов объективного исследования больного с фактической возможностью при их помощи правильно распознавать болезнь. Очевидно, вся эта методика как-то мало облегчает трудности прижизненного распознавания.

Правда, сложность проявлений патологической жизни в связи с индивидуальными особенностями больного организма до крайности затрудняет постановку прижизненного диагноза, но по существу все имеющиеся

у клиницистов методы позволяют находить только определенные симптомы заболевания, и у клинки нет никаких методов, позволяющих устанавливать взаимоотношение между найденными симптомами и разграничивать последовательность в их выявлении, что только и может способствовать правильному пониманию всего комплекса явлений в его целом.

Словом, клиника, познавая отдельные симптомы, не имеет метода познания патологической жизни в ее сложном взаимоотношении. В этом и заключается, по моему мнению, причина недостаточной научности клинических дисциплин, этим и объясняется несовершенство их работы. Поэтому необходимо стремиться к выработке такого научного метода познания проявлений патологической жизни, который существенно помогал-бы правильному уяснению взаимной связи патологических явлений и приводил-бы к логическому выводу о картине анатомических изменений, лежащих в основе клинических симптомов. Необходимо интуицию, опыт, индивидуальную способность правильного понимания болезни заменить научным методом познания патологических явлений жизни заболевшего организма.

Всякая болезнь есть в сущности физико-химический процесс, меняющий нормальный состав элементов материи, из коих построены наши органы. Но, так как мы до сих пор не научились улавливать и понимать сущность физико-химических процессов, происходящих в больном органе, то пока довольствуемся познанием морфологии этих явлений: по определенным патолого-гистологическим изменениям, выражающим еще точнее не изученные нами физико-химические изменения, мы судим о характере болезни.

Отсюда понятно, что научный метод прижизненного диагноза должен дать нам способ найденные симптомы болезни комбинировать таким образом, чтобы они логически приводили нас к познанию характера патолого-анатомических изменений в органах. Только такой метод будет действительно научным методом диагноза болезни, так как клинические симптомы болезни, являющиеся результатом анатомических изменений в органах,—как-бы функцией определенного анатомического субстрата,—в действительности могут и должны давать ясный критерий для суждения о причине, их вызвавшей.

Следовательно, надо найти метод, позволяющий по клиническим симптомам болезни познавать ее патолого-анатомический субстрат.

Как это сделать и возможно-ли это?

Мне думается, что это делали интуитивно все выдающиеся клиницисты недалекого прошлого, когда они, не располагая большим числом методов познания патологической жизни, все же изумляли своих современников точностью своего диагноза, обусловленной, конечно, не только интуитивным учетом характера данных процессов, но и научным логическим разсуждением.

Посмотрим, чем достигал каждый из них тонкости диагноза болезни.

Первый из основоположников русской клинической медицины, проф. М. Я. Мудров, не владел ни перкуссией, ни аускультацией—и тем не менее ставил верные диагнозы. Чем он достигал этого?

Располагая методикой наружного осмотра и пальпации, он, конечно, мог улавливать глубочайшие изменения патологической жизни и на основании их научно приходить к правильному диагнозу болезни.

Каждый патологический процесс своеобразно меняет физические свойства органов, почему, подметив эти физические свойства при помощи методов объективного исследования, тем самым можно определить и анатомические изменения,—можно научно поставить точный диагноз.

Кроме того, метод осмотра может дать представление о глубоких нарушениях функций, характер которых, конечно, будет различен при разных заболеваниях; это и являлось, очевидно, для Мудрова существенным основанием для диагноза.

Конечно, методы наружного осмотра и пальпации не могут дать точного познания всех изменений физических свойств больного органа, почему Мудров добавлял к ним еще метод распроса, и комбинация этих методов давала ему возможность правильного познания болезни. Анамнез, уясняющий часто патогенетические моменты данного заболевания и последовательность в развитии симптомов болезни, дает еще больше оснований для суждения о состоянии функций данного организма.

Таким образом сопоставление определенных физических изменений в больном органе со своеобразным состоянием функциональной деятельности больного и было для Мудрова научною основой для постановки правильного диагноза.

Большим виртуозом в области диагностики в 50-х годах прошлого столетия у нас в Москве считался проф. Овер, который ставил диагноз главным образом также на основании наружного осмотра. Мы только что сказали, что этот метод базируется на познании нарушений функций и грубейших морфологических признаков физического изменения органов, почему виртуозность Овера мы относим к его исключительной зрительной памяти и феноменальной наблюдательности, т. е. моментам, стоящим как будто вне действительно-научного объективного метода познания патологических явлений, или относящимся к методу, доступному далеко не каждому, требующему исключительного изучения деталей морфологических признаков (наружного) выявления болезненных процессов. Овер принадлежал, таким образом, к числу виртуозов диагноза по интуиции и исключительной способности наблюдения.

Крупнейшим диагностом, изумлявшим своих учеников точностью распознавания, был проф. Захарьин. Его диагнозы, по свидетельству Парцевского и Елпатьевского, являлись уже строго-научно обоснованными, продуктом логического мышления, а не интуиции.

Захарьин владел методикой перкуссии, аускультации и простейшим лабораторным анализом, но главнейшее значение при распознавании болезни он придавал данным физического исследования (осмотр, ощупывание, перкуссия и аускультация), соединенным с данными распроса. И при помощи этой только методики он с исключительным мастерством преодолевал трудности прижизненного распознавания.

Действительно, эта методика исследования может вполне дать научное понимание болезни.

Перкуссия позволяет гораздо полнее, чем пальпация и осмотр, познать физические свойства органов. Здесь по характеру звука мы судим о характере физических свойств органа. Характер звука является функцией физических свойств органа (его плотности, напряжения и пр.). Аускультация также позволяет судить о характере функции органа, и по

изменению ее характера мы можем судить о локализации и характере анатомического процесса. Так, напр., констатирование крепитации, локализуя процесс в альвеолах, указывает на наличие в них экссудата и уплотнения легочной ткани.

Следовательно, эти методы дают достаточно характерные данные относительно физических изменений органа и его функции и позволяют тем самым судить и о патолого-анатомических изменениях его, так как эти последние всегда определенным образом меняют физические свойства заболевшего органа.

Но, как известно, определением только физических изменений в органах Захарьин не считал возможным ограничиваться при постановке прижизненного диагноза,—он шел также в сторону *анамнестического познания функциональной деятельности* больного органа. Только совместное познание характера изменений функции и физического субстрата, по его мнению, может дать правильное познание патолого-анатомических изменений. Более того—Захарьин наблюдение за течением болезни и саму терапию использовал, как метод определения характера нарушений функции, и на этом основании умозаключал о характере анатомического процесса.

Несомненно, применяя интуитивно свой метод распроса, Захарьин стремился уяснить определенный характер нарушений функций в соответствии с определенным характером анатомических изменений. По характеру изменений функций он судил о характере анатомических изменений, и в этом была непроговоренная им разгадка клинического значения метода распроса. Отсюда становится совершенно ясным, что, раз методы физикального исследования дают познание определенных физических свойств органа, измененного болезнетворной причиной, а определенный характер изменений функций органа зависит от определенного характера анатомических изменений в нем, то эти последние с легкостью определяются при умении находить характер нарушенной функции и изменений физических свойств органа. Отсюда путь к научному пониманию происходящих процессов патологической жизни и к построению научного метода клинического диагноза.

Другой выдающийся русский диагност прошлого века, проф. Боткин, иначе базировал аргументацию распознавания болезни. Он предлагал подходить к больному, как к физическому телу, и научно изучать все свойства его. Отсюда уклон в сторону познания объективных симптомов и стремления по сходству найденных симптомов с симптомами определенных болезненных форм судить о характере заболевания.

Недооценивание Боткиным субъективных жалоб больного, недооценивание им данных анамнеза делало такой подход несвободным подчас от крупных диагностических ошибок (знаменитый Кузьма Прокофьев). Как показала дальнейшая клиническая работа, такой уклон является слишком односторонним, не охватывающим всех сторон протекания патологической жизни, тем более, что субъективные жалобы больных выявляют их ощущения неправильной функциональной деятельности больного органа. Вот почему подход Боткина в сторону преимущественного изучения объективных симптомов болезни в настоящее время дополнен уклоном Захарьинской школы.

Западно-европейские школы не внесли ничего нового в вышеуказанный подход в построении диагноза. Их уклон в общем аналогичен

уклону Боткина, — они главенствующее значение придают методике лабораторного исследования, рентгенологическим данным и пр., вообще констатированию типичных симптомов болезни, полагая, очевидно, что диагноз ставится тем легче, чем больше найдено симптомов.

За последнее время школа Kraus'a особенно прорабатывает физико-химический подход к пониманию фактов патологической жизни и точностью получаемых данных, несомненно, гипнотизирует мысль врача. Однако и этот „химический“ уклон оказывается мало продуктивным в деле постановки прижизненного диагноза, мало облегчает его трудности. Очевидно, и не в нем кроется разрешение важнейшего вопроса для клиники — умения правильного прижизненного распознавания и лечения. Разве в последних работах Sonnenbruch'a, Liehen'a и Morawitz'a не звучит нота неудовлетворенности современным уклоном клинической работы?!

Эта клиническая, практическая несостоятельность углубленной разработки методики объективного исследования больного, очевидно, оттого не достигает поставленной цели, что она главным образом познает статический процесс изменений, а не динамический, во всей его сложности взаимно влияющих друг на друга моментов, чем по существу является болезнь. Вот почему методика „точных анализов“ должна быть в деле постановки прижизненного диагноза только подсобной, а не основной, так как разрешение этого вопроса, очевидно, лежит в умении правильно понимать всю сложность динамики процесса, в умении познавать нарушение характера функций заболевшего организма. Очевидно, и здесь повторяется эта, еще Мефистофелем отмеченная, вопиющая несуразность:

„Кто хочет что-нибудь живое изучить,
Сперва его всегда он убивает,
Потом его на части разбирает,
Хоть связи жизненной, увы! там не открыть“...

И вот, это-то познание жизненной связи патологических процессов, являющееся камнем преткновения в клинической работе, мало удается современной методике объективного анализа, стремящейся больше познавать количественные изменения нарушений функций, чем качественные, — в то время, как последние являются наиболее ценными для понимания характера происходящих в организме изменений. Вот почему там, где мы имеем в настоящее время достаточно разработанную методику познания характера нарушений функций, там прижизненное распознавание легко. Возьмите, напр., диагностику пороков сердца при помощи аускультации, или нарушения ритма сердца при помощи электрокардиографии, и Вы согласитесь, что эти методы действительно позволяют ставить чрезвычайно точный топический диагноз. Характер функции здесь уясняет нам характер анатомического процесса.

Болезнь есть прежде всего жизненный процесс, и надо научиться его определять по признакам динамическим, а не статическим. Надо перенести центр изучения больного от объективной методики, познающей статику процесса, в сторону познания характера нарушений функций с тем, чтобы *научиться по ее характеру находить характер анатомического процесса*, — делать то, что когда-то интуитивно делал Захарьин, и что заставило сказать Nuchard'a: „Московская школа обладает превосходным методом исследования, всесторонней тонкой диаг-

ностикой и превосходной реальной, подобно художественному изваянию, терапией. Школа Захарьина опирается на наблюдение, на точное знание анамнеза и этиологии, на подробное изучение больных, на распрос их, возведенный на высоту искусства, и на терапию столь совершенную, что в руках главы этой школы она сделалась почти точной наукой“.

Но и этого мало,—надо сконструировать определенный научный метод познания процессов патологической жизни, который-бы логически приводил мысль врача к познанию характера анатомических изменений.

Из всего вышензложенного ясно, что такой метод может быть легко построен на основании анализа механизма всех симптомов болезни. Раз каждый симптом обуславливается теми или другими анатомическими изменениями, приводящими к изменению физических свойств заболевшего органа, то данные об'ективной методики осмотра, пальпации и перкуссии с ясностью укажут нам на определенный характер физических изменений, подвести под которые определенный субстрат анатомических изменений очень легко, так как, повторяю, патологический процесс определенным образом меняет физические свойства органа. Данные аускультации (и дополнительных анализов) еще точнее выясняют, по определенному характеру нарушения функции, определенный характер физических свойств больного органа. Данные же анамнеза, уяснив предшествующие условия жизни и состояния функциональной деятельности организма, могут и указать на патогенетические моменты, и установить последовательность в развитии определенного характера нарушений функций тех или других органов. Таким образом сопоставление определенных физических изменений в органе с определенным характером изменения его функции точно позволит определить патолого-анатомический характер изменений в нем.

Само собою разумеется, что этот метод постановки диагноза требует полного учета всех явлений патологической жизни. Выясняя характер изменений функций каждого органа в отдельности, он помогает разграничивать первичные явления от последовательных. План диагноза в каждом конкретном случае прежде всего сводится к подробному аналитическому разбору данных истории болезни в целях выяснения определенного анатомического субстрата изменений на основании определенного характера нарушений функций заболевшего органа, и этот анализ анамнестических данных нарушения функций чрезвычайно важен. Далее мы анализируем механизм каждого об'ективного симптома в целях определения тех физических свойств органа, которыми данный симптом вызван. То же самое мы проделываем и с нарушением функций, уясняя механизм такого нарушения. Наконец, синтезируя все данные о физических свойствах больного органа, полученные на основании анализа механизма каждого симптома в отдельности, мы приходим к суждению об определенном характере происшедших изменений физических свойств заболевшего органа и тем самым—к познанию анатомического субстрата в нем.

Такой метод диагноза дает возможность связать в одно целое все об'ективные симптомы болезни и сопоставить в логическую связь с ними нарушения функции, что позволяет разграничить последовательность явлений и их взаимоотношение. Этот метод несомненно стремится дать иной план клинической мысли и иной путь работы. Путем анализа механизма симптомов необходимо приходиться к познанию физических свойств забо-

левого органа и приучить свою мысль к анализу характера функциональных нарушений жизнедеятельности больного организма—в целях определения по их характеру определенного анатомического субстрата.

Таким образом интуиция, навык, опыт, сравнение по сходству заменяются анализом механизма всех симптомов болезни и синтезом полученных от этого анализа данных, что приводит к определению физических resp. патолого-анатомических изменений в заболевшем органе. Мы не должны диагностировать заболевание по определенным его симптомам, а, находя те или другие симптомы, представлять себе, какими анатомическими изменениями они вызваны, и приучить свою мысль точнейшим образом подмечать определенный характер изменений функций организма, каковой различен при разных заболеваниях. Отсюда наблюдение у постели больного приобретает решающее значение в деле распознавания болезни. Мы должны направить в иную плоскость усилие творческой мысли, искать не количественных изменений функций, а качественных, и в этом уклоне перестроить методику дополнительных анализов. Только тогда главнейшее и первое задание клиники—правильное прижизненное распознавание болезни—будет выполнено с честью.

Ошибочность прежнего подхода заключалась в том, что мы искали симптомы болезни и по их сумме определяли болезнь. Теперь мы знаем, что объективная методика исследования определяет только характер изменений физических свойств больного органа (напр., данные акустики дают указания на характер изменений физических свойств), и потому этот момент и должен быть использован для создания научного метода диагноза болезни: находить определенные изменения физических (химических) свойств и уметь на основании этого определять анатомический субстрат изменений.

Я сочту себя вполне удовлетворенным, если высказанные мною здесь мысли возбудят хотя-бы в будущем серьезный обмен мнений, который послужит основанием для создания научного метода клинической работы.

ЛИТЕРАТУРА.

М. М. Невядомский. К вопросу о прижизненном диагнозе в первые дни лихорадочных заболеваний. Москва. 1924.—М. М. Невядомский. Метод дифференциального диагноза. Юбилейный сборник Ново-Екатерининской больницы. Москва. 1925.—М. М. Невядомский. Механика жизнепроявлений больного человека. Т. I. Ч. I. Москва. 1926.—Г. А. Захарьин. Клинические лекции. Москва. 1896.—Н. Ф. Голубов. О направлениях русской клинической медицины. Там же.