

К методологии клинических дисциплин.

Проф. Е. М. Лепского.

Во втором № „Казанского медицинского журнала“ за этот год проф. А. А. Киселем опубликована статья под заглавием „К учению об абсолютном симптомокомплексе“; статья эта представляет собой дальнейшее развитие мыслей, изложенных проф. Киселем в 1929 г. в сообщении „К учению об абсолютном симптоме“ (Врачебное дело, № 21). В этой, первой по времени, статье автор, перечислив ряд симптомов, характерных для определенных заболеваний (мелкие узелки на сухожилиях при ревматизме, ход температуры при малярии и при болезни Гочкина, кашель при коклюше, язва на щеке при номе и др.) предложили называть такие симптомы „абсолютными“. Указав, что клиника очень многих болезней изучена далеко еще недостаточно, он призывал врачей к разработке ее и выявлению „абсолютных симптомов“ и при других болезнях. Во второй статье приводятся симптомокомплексы, типичные для того или другого заболевания: для крупозной пневмонии, для начала острого суставного ревматизма, для болезни Still'a, дизентерии, малярии, коклюша и астмы. Считая, что „наилучший способ изучения болезней, это установка исходных стандартов для всякого рода болезней“, и что „выделить можно только те болезни, которые имеют абсолютный симптомокомплекс“, автор рекомендует врачам заняться изучением таких „абсолютных симптомокомплексов“ у постели больного. „Не можем же мы ждать“ говорит он: „пока лаборатория найдет способы отличать одни болезни от других“. В обеих статьях имеется ряд указаний, что лаборатория и в особенности бактериология не оправдали возлагавшихся на них надежд. „Пора положить предел увлечению лабораторным уклоном“ говорится в первом выводе первой статьи. Следует „бить отбой“ в отношении увлечения клиницистов бактериологией—сказано во второй статье. В связи с этим автор вспоминает, что проф. Бессер, предшественник С. П. Боткина по кафедре в Военно-медицинской академии, считал возможным распознавать болезни по запаху, напр., оспу в период нагноения—по запаху „вспотевшего гуся“.

В названных статьях идет, следовательно, речь не только о том, что некоторые болезни обнаруживают патогномичные симптомы или протекают иногда в „классической“ форме с отчетливо выраженным типичным синдромом. Об этом не стоило бы много говорить, так как это всем известно. Здесь предлагается определенный новый метод изучения болезней путем выяснения их стандартов и выделения „абсолютных симптомокомплексов“. Ввиду больших трудностей, которые представляет распознавание болезней, и ввиду того, что лабораторные методы развиваются слишком медленно, а бактериология, по мнению проф. Киселя, не оправдала возлагавшихся на нее надежд, этот „чисто клинический подход“ должен помочь нам выйти из затруднений.

Такая установка мне кажется теоретически неправильной, вносящей метафизический привкус в медицинскую методологию и приводящей к практически неверным результатам. Не буду здесь касаться вопроса, насколько вообще приемлем термин „абсолютный“; в одном месте проф. Кисель называет выделяемый им комплекс „единственным“.

Прежде всего надо спросить: можно ли говорить о стандартах в болезнях и об „абсолютных“ симптомах или симптомокомплексах. Так можно было бы говорить, если бы мы считали, что где-то существуют абстрактные, идеальные формы болезней с „абсолютными симптомокомплексами“, которые только в нашем несовершенном мире не всегда проявляют свой верный облик, свою истинную метафизическую сущность; тогда, действительно, стоило бы только как-нибудь постигнуть этот „абсолютный симптомокомплекс“, как диагностика тотчас чрезвычайно облегчилась бы. Но в действительности болезни существуют только в виде конкретных случаев заболевания определенных людей; у каждого человека характер реакции на тот или иной болезнетворный агент меняется в зависимости от разнообразных обстоятельств. Причина болезни также не остается неизменной, но может представлять большое число качественных и количественных вариантов. В результате мы наблюдаем у постели больного такие значительные отклонения от типичного течения болезни, что иногда не находим ни одного характерного симптома. Вылущить какое-то твердое и неизменное ядро из текучего и изменчивого процесса болезни часто оказывается совершенно невозможным.

В очень многих случаях одних только клинических данных для диагностики недостаточно. Напр., рудиментарные формы инфекционных болезней нередко могут быть правильно распознаны лишь на основании эпидемиологических, бактериологических или иммунологических данных. Основанием для выделения носологических единиц нам служат не одни только симптомы, но и этиология, и анатомические изменения, и другие данные.

Поэтому я полагаю, что не годится строить исследование больного на основе стандартов и „абсолютных симптомокомплексов“. Говоря так, я вместе с тем несколько не собираюсь подвергать сомнению наличие типичных симптомокомплексов, умалять значение клинического исследования или отрицать возможность клинической диагностики. Конечно, мы в большинстве случаев распознаем болезни по их клиническим симптомам. Но не следует возводить симптом в какой-то абсолют и полагаться на него одного.

Предложение проф. Киселя вызывает у меня сомнения еще по другим причинам.

Не приведут ли поиски стандартов в болезнях к слишком большому упрощению врачебных представлений о таком бесконечно многообразном процессе, каким является болезнь с ее сложной динамикой. Начинаящие врачи и без того очень склонны к схематизации и жадно хватаются за спасительный („абсолютный“) симптом, который позволил бы уложить наблюдаемый случай в соответствующую форму. Но надо ли поощрять такую схематизацию? Если при обучении начинающих медиков в качестве дидактического приема и допустимо, может быть, такое упрощенное изображение болезней, то все же даже и в этом случае следовало бы, мне кажется, подчеркнуть, что действительные болезни, какими мы их наблюдаем у больных людей, часто очень мало похожи на те схемы, которые имеются в книжках и в разных „систематических курсах“.

Считая достаточным „чисто клинический подход“ и недооценивая значение других методов исследования, проф. Кисель рекомендует врачам такую установку в диагностике, которая должна, по моему мнению,

часто приводить к ошибочным результатам. Проф. Кисель сам рассказывает, как он, руководясь „абсолютным симптомом“, распознал болезнь Гочкина в случае, где имелся абсцесс лимфатической железы. Может быть, если бы он обратился к лаборатории, она помогла бы ему поставить более правильный диагноз. Я мог бы привести ряд аналогичных случаев. Врачи, например, часто ставят диагноз туберкулезной интоксикации, руководясь чисто клиническим симптомокомплексом и, в частности, периферическим равномерным хроническим лимфаденитом (этот симптом также отнесен проф. Киселем к числу тех, которые при других болезнях никогда не встречаются) и при этом часто считают излишним исследовать больного туберкулином или лучами Рентгена, хотя это и можно было бы сделать, если бы сочтено было нужным. Результатом такого отношения является диагноз туберкулезной интоксикации у таких детей, которые страдают совсем другими болезнями, например, малярией, нервной анорексией, или которые вообще в настоящее время клинически здоровы, но отличаются конституциональной худобой.

Вследствие несовершенства диагностических методов, применяемых в медицине, отдельные ошибки неизбежны при всяком методе, но больше будет делать их тот, кто пользуется одним каким-нибудь методом, пренебрегая другими. Поэтому, призывая врачей внимательно изучать симптомы, следует им также напомнить о необходимости во всех случаях, где это только возможно (а это возможно в очень многих случаях), пользоваться и лабораторными, и другими методами исследования.

Надо признать, что развитие инструментальных методов исследования больного и использование для целей диагностики различных открытий из области химии и физики иногда заслоняют от врачебного взора самого больного. Вспомним, однако, до чего варварски примитивны основные методы медицинского исследования. Ведь мы пользуемся при этом почти только невооруженными органами чувств. Между тем там, где методы точных наук были удачно приложены к медицинскому исследованию, они дали такие результаты, о которых „чисто клинический подход“ не мог и мечтать. Назову для примера только рентгенодиагностику и борьбу с эпидемиями на основе открытий бактериологии. При этих условиях стремление врачей использовать для диагностики грандиозные успехи естествознания вполне понятны. Правда, благодаря огромному опыту, накопленному в течение веков, врачи еще до развития естествознания достигли замечательных успехов, несмотря на то, что пользовались при исследовании самыми элементарными приемами. Следует и дальше культивировать непосредственные наблюдения больного, и призыв проф. Киселя к врачам, работающим на периферии, принимать участие в таком изучении больных надо всячески поддерживать. Но не следует „делать из нужды добродетель“ и возводить такой „клинический подход“ в единоспасающий принцип.

Повторные заявления проф. Киселя о неудовлетворительности „лабораторного подхода“ и его призывы вернуться к непосредственному наблюдению больного очень напоминают выступления некоторых западноевропейских врачей, писавших о „кризисе в медицине“ и выдвигавших на первый план вместо научных методов исследования интуицию, непосредственное созерцание и т. п. В основе этих выступлений в большинстве случаев лежит виталистическое воззрение, согласно которому чело-

век принципиально непознаваем при помощи научных методов, а наука, следовательно, неприложима к медицине. „Больной человек не может быть понят наукой“ говорил Зауэрбрух на съезде немецких естествоиспытателей и врачей (*Die Naturwissenschaften*, 1926 г., № 48/49). „Жизнь может быть понята только жизнью“ (там же). Проф. Кисель, правда, не отвергает применения в медицине естественно-научных методов; он возражает только против увлечений лабораторией, бактериологией и т. п. Но надо полагать, что метафизическая тенденция в трактовке болезни и призыв от лабораторных методов вернуться к непосредственному наблюдению больных здесь идут рядом не случайно; и то, и другое обычно является результатом идеалистических установок в науке. В противовес этому следует выразить уверенность, что прогресс в изучении человека, в частности также и больного человека, лежит на путях материалистической науки и что в той борьбе, которая происходит в медицине, фигурально выражаясь, между микроскопом и „вспотевшим гусем“, победа останется за микроскопом, т. е. за естественно-научными методами.

Из Хирургической клиники Казанского гос. института для усов. врачей имени В. И. Ленина. (Директор—проф. В. Л. Боголюбов).

Трансплантация кости и переломы.

(К проблеме биологического лечения переломов).

Экспериментальное исследование.

Ассистента **Б. Е. Панкратьева.**

(С 12 рентгенограммами).

Переломы различных костей у человека и у животных вообще представляют одно из наиболее часто встречающихся повреждений, которое влечет за собой потерю трудоспособности на довольно значительный срок или обрекает пострадавшего на постоянную инвалидность.

Если морфологические изменения, происходящие в формирующейся костной мозоли, уже в достаточной мере изучены благодаря работам Waldeyer'a, Стрельцова, Kassovitz'a, Schulz'a, Сынгаевского, Bier'a и мн. др., то биология переломов по настоящее время все еще остается загадочной, несмотря на ряд попыток к изучению этого вопроса. Эта проблема имеет не только огромное чисто научное, но и очень важное практическое значение. Если удастся изучить те биохимические и гормональные процессы, которые лежат в основе срастания сломанных костей, то, может быть, будет получена возможность вмешиваться в процесс сращения переломов и влиять на сроки образования костной мозоли в смысле их сокращения. Это может иметь огромное социальное значение в смысле ускорения сроков заживления переломов и сокращения столь длительного срока инвалидности, который мы имеем по настоящее время при современных, преимущественно механических методах лечения переломов.

Моя работа представляет собой известного рода попытку активного воздействия на перелом при помощи некоторых биохимических и эндокринных факторов. Я ставил себе целью повысить биологические силы