

# Оглавление

<i>Предисловие к изданию на русском языке</i> . . . . .	8
<i>Предисловие к изданию на английском языке</i> . . . . .	13
<i>Благодарности</i> . . . . .	15
<i>Специалисты-рецензенты</i> . . . . .	17
<i>Список сокращений и условных обозначений</i> . . . . .	20
<b>ВСТУПЛЕНИЕ</b> . . . . .	<b>23</b>
Глава 1. Обучение искусству диагностики клинического случая . . . . .	25
<b>СЕРДЦЕ И ЛЕГКИЕ</b> . . . . .	<b>43</b>
Глава 2. Подход к гипотензии . . . . .	45
Глава 3. Подход к боли в груди. . . . .	55
Глава 4. Подход к одышке и гипоксии . . . . .	72
Глава 5. Подход к пальпитациям и аритмии . . . . .	95
Глава 6. Подход к гипертензии . . . . .	105
Глава 7. Подход к кашлю . . . . .	112
Глава 8. Подход к кровохарканью . . . . .	121
<b>ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ И БРЮШНАЯ ОБЛАСТЬ</b> . . . . .	<b>129</b>
Глава 9. Подход к боли в животе . . . . .	131
Глава 10. Подход к желтухе и аномальным результатам печеночных проб. . . . .	155
Глава 11. Подход к желудочно-кишечному кровотечению . . . . .	168
Глава 12. Подход к тошноте и рвоте . . . . .	179
Глава 13. Подход к диарее . . . . .	189
Глава 14. Подход к запору . . . . .	198
Глава 15. Подход к дисфагии . . . . .	203
<b>ПОЧКИ И МОЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ</b> . . . . .	<b>209</b>
Глава 16. Подход к расстройствам кислотно-щелочного баланса . . . . .	211
Глава 17. Подход к электролитному дисбалансу . . . . .	223

Глава 18. Подход к повышенному уровню креатинина и олигурии . . . . .	252
Глава 19. Подход к полиурии . . . . .	264
Глава 20. Подход к гематурии и протеинурии . . . . .	269
Глава 21. Подход к затрудненному мочеиспусканию . . . . .	286
<b>МОЗГ, НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ. . . . .</b>	<b>297</b>
Глава 22. Подход к головной боли . . . . .	299
Глава 23. Подход к потере сознания: обморок и судорожный припадок. . . . .	312
Глава 24. Подход к головокружению . . . . .	329
Глава 25. Подход к слабости . . . . .	340
Глава 26. Подход к параличу черепного нерва . . . . .	368
Глава 27. Подход к покраснению глаз и потере зрения . . . . .	382
Глава 28. Подход к потере слуха . . . . .	393
Глава 29. Подход к атаксии . . . . .	401
Глава 30. Подход к нарушению движения. . . . .	408
Глава 31. Подход к измененному состоянию сознания и снижению когнитивных способностей . . . . .	416
<b>КРОВЬ. . . . .</b>	<b>429</b>
Глава 32. Подход к анемии . . . . .	431
Глава 33. Подход к аномальному кровотечению . . . . .	452
Глава 34. Подход к высокому числу клеток. . . . .	463
<b>ЭНДОКРИННЫЕ И ОБЩИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ . . . . .</b>	<b>477</b>
Глава 35. Подход к лихорадке. . . . .	479
Глава 36. Подход к патологиям щитовидной железы . . . . .	494
Глава 37. Подход к гипер- и гипогликемии. . . . .	506
Глава 38. Подход к ожирению и синдрому Кушинга . . . . .	514
Глава 39. Подход к падениям пожилых людей. . . . .	521
<b>КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА . . . . .</b>	<b>529</b>
Глава 40. Подход к сыпи . . . . .	531
Глава 41. Подход к наростам и объемным образованиям кожи . . . . .	550
Глава 42. Подход к паховым объемным образованиям . . . . .	557

Глава 43. Подход к объемным образованиям груди и жалобам . . . . .	564
Глава 44. Подход к объемным образованиям шеи. . . . .	569
Глава 45. Подход к лимфаденопатии . . . . .	576
Глава 46. Подход к боли в нижних конечностях и язвам. . . . .	583
Глава 47. Подход к опуханию нижних конечностей. . . . .	593
<b>СУСТАВЫ И МЫШЦЫ . . . . .</b>	<b>603</b>
Глава 48. Подход к боли в суставах (общей) . . . . .	605
Глава 49. Подход к боли в плечах. . . . .	623
Глава 50. Подход к боли в коленях . . . . .	630
Глава 51. Подход к боли в спине и шее. . . . .	638
<b>ЖЕНСКАЯ ПОЛОВАЯ СИСТЕМА . . . . .</b>	<b>649</b>
Глава 52. Подход к вагинальному кровотечению . . . . .	651
Глава 53. Подход к вагинальному кровотечению у беременных . . . . .	659
Глава 54. Подход к аменорее и вирилизации . . . . .	666
<i>Предметный указатель. . . . .</i>	<i>675</i>

# Обучение искусству диагностики клинического случая

## Клинический случай

*Студентке-медику последнего года обучения трудно поставить клинический диагноз. Она может очень много рассказать о различных нарушениях (прочитав учебник от корки до корки), но ей очень трудно поставить правильный диагноз на живом пациенте. Она говорит, что «не знает, с чего начать» и «просто не может определить правильный диагноз». Что бы вы ей посоветовали?*

Приветствую! Начнем с того, что научимся ставить диагноз. Этот навык играет центральную роль во врачебном искусстве. Ведь поставив точный и своевременный диагноз, врач может провести соответствующее лечение, улучшающее состояние пациента. И наоборот, диагностические ошибки вредят пациентам.

В начале этой главы объясняется, как врачи ставят диагнозы, и обсуждается процесс диагностического обоснования наряду с другими вопросами. Далее представлены некоторые советы по использованию этой книги, а также рекомендации по изучению науки и искусства клинической диагностики. Мы начнем с обсуждения клинического сценария (пример 1.1).

### Пример 1.1. Диагностическое обоснование во время обхода палат

**Студент-третьекурсник.** Наш следующий пациент — 70-летний мужчина с жалобами на желтуху. Она началась месяц назад, и состояние ухудшалось. У него нет жара, болей в животе, тошноты или рвоты. Он очень вялый и потерял 10 кг за последние 3 мес. Стул в норме. Он не курит, не путешествовал и не контактировал с больными. Анамнез половой жизни непримечательный. Медицинский анамнез без особенностей. При обследовании брюшная полость мягкая и печень не прощупывается. Печеночные пробы показали повышенный уровень билирубина, аспартатаминотрансминазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и щелочной фосфатазы (ЩФ).

**Консультант.** Как вы полагаете, что это может быть?

**Студент-третьекурсник.** Хм... У него цирроз? У него желтуха и отклонение от нормы уровня ферментов печени? Гепатит? Гемолиз? Камни в желчном пузыре?

**Студент-выпускник.** Я тоже его расспросил. У него нет характерных признаков хронического заболевания печени, поэтому цирроз печени маловероятен. Я также не думаю, что у него гемолиз, так как гемоглобин был в норме. У него нет болей в животе, он не ел сырых моллюсков, у него не было незащищенного полового акта, и он не принимал гепатотоксичные лекарства, так что, скорее всего, это не гепатит. Его печеночные пробы на самом деле показывают более высокий уровень ЩФ, чем АСТ и АЛТ, что указывает на непроходимость желчных путей, может быть, желчные камни или образование.

**Интерн.** Да, у этого мужчины механическая желтуха. Причины механической желтухи можно разделить на болезненные и безболезненные. У него нет боли, что делает камни в желчных протоках менее вероятными, а наружное сжатие желчных протоков — более вероятным. Далее я бы назначил ультразвук, чтобы увидеть расширенные желчные протоки. Если они расширены, необходимо выяснить, сжимает ли желчные протоки наружное образование или же у него есть стриктура. Если протоки не расширены, следует сделать анализ на антимитохондриальные антитела для обнаружения первичного билиарного холангита.

**Консультант.** Хорошо. Это пожилой мужчина с безболезненной прогрессирующей механической желтухой. Вы правы, что при отсутствии боли сжатие желчных протоков более вероятно, чем камни в желчном пузыре. Стриктуры и первичный билиарный холангит возможны, но, так как у этого пациента наблюдается клинически значимая потеря массы тела, меня больше всего беспокоит возможность опухоли поджелудочной железы, которая сжимает желчные протоки. Давайте пропустим ультразвуковое исследование (УЗИ) и перейдем прямо к компьютерной томографии (КТ). Так мы узнаем, есть ли какое-нибудь образование поджелудочной железы.

## Как врачи проводят диагностику?

Посмотрите, как каждый из участников обхода (см. пример 1.1) применял различные методы решения клинической проблемы. Третьекурсник гадал, и у него было мало шансов прийти к правильному диагнозу, кроме как по счастливой случайности. Студент-выпускник проверял по одной гипотезе сразу же, пока не нашел такую, которая соответствовала бы имеющейся информации (*гипотетически-дедуктивное* рассуждение). Интерн применил *алгоритм*, который позволил разделить причины желтухи по ключевым показателям (например, подпеченочная, печеночная и механическая желтуха; болезненная и безболезненная). Врач-специалист без особых усилий *распознал эту закономерность симптомов*

и объединил свою интуицию с правилами принятия аналитических решений (болезненная и безболезненная форма). Понять процесс диагностических размышлений полезно для всех, кто хочет изучить искусство клинической диагностики.

### Гипотетически-дедуктивное рассуждение

Гипотетически-дедуктивное рассуждение — это процесс постановки и оценки дифференциальных диагнозов. Каждая медицинская консультация представляет собой итеративный процесс сбора информации, интерпретации данных, формирования и проверки гипотез. Сформированные таким образом гипотезы побуждают к поиску дополнительной информации (дальнейший анамнез, осмотр или исследование); в свою очередь, дополнительная информация может подтвердить или опровергнуть существующие гипотезы либо спровоцировать создание новых гипотез.

- **Формирование гипотезы.** Нельзя просто собрать анамнез и осмотреть пациента. Думайте! Подумайте о следующем:
  - каковы самые вероятные диагнозы;
  - какие диагнозы являются самыми опасными или важными и их не следует пропускать (даже если они менее вероятны).
- **Оценка отличительных признаков.** Критически изучите полученные отличительные признаки (табл. 1.1).

**Таблица 1.1.** Гипотетико-дедуктивные рассуждения о 60-летнем пациенте с одышкой и хрипом

Гипотеза	Какая информация подходит к гипотезе?	Что не подходит?	Что ожидалось, но не обнаружилось?	Какая дополнительная информация нужна?
Астма	Острый хрип	Обычно астма не выявляется впервые в 60 лет	Провоцирующий фактор отсутствует	Имеются ли случаи атопических заболеваний?
ХОБЛ	Курильщик	Заболевание должно быть хроническим, а не острым		Имеется ли чрезмерное расширение легких на рентгеновском снимке?
Сердечная недостаточность	Отек стопы может вызвать хрип		В анамнезе нет заболеваний сердца	Есть ли Q-зубцы на электрокардиограмме (ЭКГ)?

По каждой гипотезе следует ответить на следующие вопросы.

- Какая информация подходит?
- Какая не подходит?
- Что было ожидаемым, но не было обнаружено?

Затем ранжируйте диагнозы в порядке вероятности. После этого ответьте на такой вопрос.

- Какая дополнительная информация необходима для подтверждения или опровержения этой гипотезы?

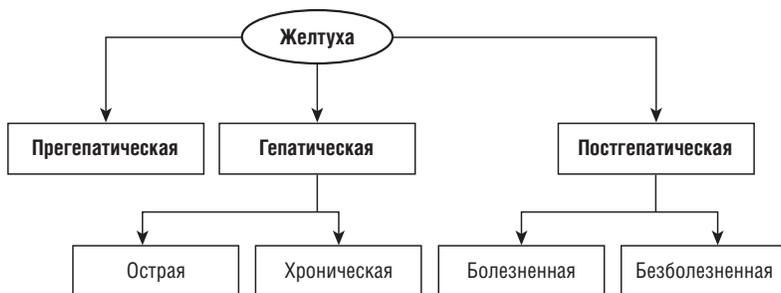
Это побуждает к поиску дополнительной информации (будь то дальнейший анамнез, осмотр или расследование), которая в дальнейшем позволит провести различие между возможными отличительными признаками.

**Способ применения.** Очень важно уметь критично изучать список отличительных признаков, ранжировать их в соответствии с вероятностью и определять «то, что не подходит». *Полезно заполнять эту таблицу для каждого пациента в рамках клинического мышления.* Кроме того, имея список отличительных признаков, вы сможете провести физикальный осмотр (позволяет найти искомое) и исследования.

**Недостатки.** Генерирование отличительных признаков просто на основе «того, о чем можно подумать» — потенциальный источник ошибок, так как при этом правильный диагноз может даже не учитываться. И наоборот, перебирать все возможные отличительные признаки для определенного симптома неэффективно и непрактично. Таким образом, хотя гипотетически-дедуктивная модель является полезным инструментом оценки отличительных признаков и определения «того, что не подходит», лучше всего дополнить этот подход методом последовательного формирования самых важных отличительных признаков.

## Алгоритмы

В алгоритмах применяется дифференциация частей информации (анамнез, физические признаки или исследования) в качестве ключевых точек разделения для разграничения групп диагнозов. Клиническая консультация начинается с определения подходящего алгоритма. В дальнейшем сбор информации осуществляется по алгоритму (рис. 1.1), при этом особое внимание уделяется выбору диагностических групп, явно выраженных точками разделения. Спустя несколько точек разделения остается лишь небольшое количество возможных отличительных признаков, для ранжирования которых можно использовать гипотетически-дедуктивное рассуждение.



**Рис. 1.1.** Простой алгоритм при желтухе (полный алгоритм см. в главе 10)

**Способ применения.** Алгоритмы систематически и быстро выявляют вероятные отличительные признаки, помогая снизить когнитивную нагрузку и возможность не учесть правильный диагноз. Они отражают организованную структуру знаний. Эта книга поможет вам разработать алгоритмы и организовать свои знания таким образом, чтобы вы могли использовать алгоритмы в процессе диагностики.

**Недостатки.** Алгоритмы лучше всего использовать в сочетании с критическим гипотетическо-дедуктивным рассуждением. Алгоритмы определяют *наиболее вероятные* диагнозы; самые опасные диагнозы (которые нужно исключить) возможно потребуются рассмотреть отдельно с помощью гипотетически-дедуктивного подхода, даже если в рамках алгоритма такой диагноз будет менее вероятным.

## Распознавание закономерностей

Все мы можем мгновенно и не задумываясь узнавать знакомых. Точно так же, не задумываясь, врачи могут мгновенно распознать диагноз пациента<sup>1</sup>. Это интуитивный процесс, в рамках которого проблемы нового пациента сопоставляются с аналогичными проблемами, решенными ранее. Для этого требуется накопить «сценарии болезни» (по предыдущим пациентам и мысленным прототипам) на основе клинического опыта, а также хорошо организованную структуру знаний, чтобы основные подсказки можно было быстро связать с правильными соответствиями.

**Способ применения.** Чтобы использовать распознавание закономерностей, необходимо накопить базу данных по сценариям болезней из клинического опыта, а также организовать структуру своих знаний пу-

<sup>1</sup> В литературе это явление называется «распознавание закономерностей», «системное мышление» или «неаналитический подход».

тем целенаправленного размышления о пациентах, с которыми вы сталкивались. Кроме того, сценарии болезней зависят от конкретного состояния (врач, имевший дело с тысячами переломов, не будет лучше диагностировать боль в груди) и контекста (если врач вылечил 10 пациентов с пневмонией в стационаре, это не поможет ему диагностировать и лечить случаи внебольничной пневмонии в терапевтическом отделении). Точность распознавания закономерностей зависит от охвата врача и объема сценариев конкретных заболеваний; просто «столкнуться с различными случаями» недостаточно — эти случаи должны охватывать все многообразие встречаемых заболеваний и точно отражать диапазон их проявлений для врача. Поэтому приобретение навыка распознавания закономерностей требует времени и практики.

**Недостатки.** Неопытный, слишком уверенный в себе, отвлеченный или утомленный врач совершает ошибки. Пациентам с атипичными симптомами можно поставить неправильный диагноз, например острый коронарный синдром чаще пропускают, если у пациента нет боли в груди.

### Сочетание методов

Имеются убедительные доказательства того, что сочетание интуитивного распознавания закономерностей с аналитическими стратегиями (алгоритмы и гипотетически-дедуктивное рассуждение) улучшает результаты диагностики. Большинство врачей с некоторым опытом используют распознавание закономерностей по умолчанию, так как оно быстрее и требует меньше усилий. Однако, столкнувшись с атипичным пациентом или новым незнакомым клиническим сценарием, разумно отказаться от подходов, основанных на распознавании закономерностей, в пользу сознательного аналитического мышления. Даже с использованием распознавания закономерностей безопасная диагностика требует постоянной бдительности в отношении «неподходящей информации», и в этом случае необходимо руководствоваться аналитическими рассуждениями.

### Процесс диагностического обоснования

После схем мышления, используемых врачами при постановке диагноза, далее в этом разделе рассматриваются ключевые элементы процесса диагностического обоснования:

- сбор информации;
- интерпретация информации для формулирования представления о проблеме;

- постановка диагноза;
- поиск этиологии и осложнений;
- работа с пациентами с несколькими проблемами.

## А. Сбор информации

Некоторые студенты сталкиваются с такой проблемой: после того как пациент свободно рассказал о своем состоянии, они не знают, какие вопросы задавать, или начинают задавать стандартные вопросы по каждому симптому. Полезно ранее сформировать мнение о жалобах пациента и иметь в виду некоторые возможные диагнозы. Следует найти дополнительную информацию (сбор анамнеза, осмотр и исследования), которая позволила бы дифференцировать отличительные признаки.

На этом этапе алгоритм направляет сбор информации, указывая клинически важные фрагменты информации, позволяющие дифференцировать диагностические группы (т.е. точки разделения). Полезно следовать принципу *«чего не думает ум, того не видит глаз»*, ведь о клинически значимых деталях часто нужно явно спрашивать, в противном случае их можно пропустить.

Информация интерпретируется по мере сбора; это итеративный процесс, в результате которого один отличительный признак выдвигается как наиболее вероятный, а остальные отодвигаются на второй план (см. табл. 1.1).

## Б. Проявление проблемы

Еще одним ранним когнитивным шагом является создание краткой сводки, определяющей случай конкретными терминами. Ее можно проговорить или мысленно сформулировать. Возвращаясь к нашему клиническому примеру 1.1, мы наблюдаем, как консультант представляет проблему: *пожилой мужчина с безболезненной прогрессирующей механической желтухой и клинически значимой потерей массы тела*.

Обратите внимание, как описание студента-третьекурсника *«желтуха... ухудшается... боли в животе»* превратилось в *«безболезненная прогрессирующая желтуха»*, а комментарий студента-выпускника *«ЩФ выше, чем АСТ и АЛТ»* — в *«механическая желтуха»*. Это абстрактные **семантические квалификаторы** — «безболезненная» в отличие от «болезненной»; «прогрессирующая», а не «ограниченной длительности».

Консультант интерпретировал собранную информацию и распознал диагностически значимые детали.

Логичное представление проблемы с использованием семантических классификаторов связано с сильным клиническим мышлением. И наоборот, неспособность сформировать точное представление о проблеме (будь то выраженное словами или мысленное) может привести к тому, что возможные диагнозы будут угадываться (как у студента-третьекурсника) на основе изолированных результатов.

## В. Постановка диагноза

Процесс постановки диагноза представлен в предыдущем разделе. В идеале следует использовать комбинацию распознавания закономерностей и аналитических методов; начинающему врачу, у которого еще нет навыка распознавания закономерностей, пригодятся аналитические методы.

## Г. Этиологии и осложнения

Не останавливайтесь на постановке диагноза. Многие заболевания имеют лежащую в основе этиологию (хотя некоторые из них «идиопатические»); продолжайте задавать вопрос *почему*, пока этиология не выяснится. Аналогичным образом, каждая болезнь вызывает осложнения. Ищите их (табл. 1.2)!

**Таблица 1.2.** Спрашивать «Почему?» и «Что дальше?» при различных заболеваниях

Сценарий	«Почему?»: поиск этиологии	«Что дальше?»: поиск осложнений
Пациент, 40 лет, с острым инфарктом мозга	<i>Почему</i> у него приступ (например, кардиоэмболический, атеросклероз)? <i>Почему</i> приступ возник в таком раннем возрасте?	Имеется синдром объемного образования в полости черепа? Пациент может глотать?
Пациент, 21 год, с обострением астмы	<i>Почему</i> возникло обострение? (Например, инфекция, воздействие аллергенов)	У пациента дыхательная недостаточность?
Пациент, 70 лет, с железодефицитной анемией	<i>Почему</i> возник дефицит железа? (Например, скрытое желудочно-кишечное кровотечение)	Есть симптомы?

## Д. Пациенты с несколькими заболеваниями

Пациенты могут быть сложными. Одно заболевание ведет к другому, и текущие процессы заболевания могут воздействовать на несколько систем органов. Добавьте к этому возможность взаимодействия лекарств на заболевание и взаимодействия между самими лекарствами, и все может стать действительно запутанным. Попробуйте разобраться в причинно-следственных связях и сформулируйте список проблем, чтобы разобраться в этом безумии. Например, рассмотрим клинический пример 1.2.

### Пример 1.2. Пациент с несколькими заболеваниями

75-летний мужчина падает, вставая с постели. У него были диарея и рвота после того, как он съел остатки пищи, и 2 дня назад врач-терапевт дал ему антибиотики. Когда он встал с постели, то почувствовал головокружение и мгновенно потерял сознание. Он вспоминает, как очнулся на полу, почувствовал тревогу и боль. Результаты осмотра в норме, за исключением выраженной постуральной гипотензии и пониженного тургора кожи. ЭКГ в норме. Первоначальные анализы крови показывают уровень креатинина выше исходного и международное нормализованное отношение, равное 5. На КТ головного мозга видно небольшое субдуральное кровоизлияние. В прошлом он страдал сахарным диабетом, мерцательной аритмией и сердечной недостаточностью, принимает метформин, бисопролол, фуросемид и варфарин.

Список проблем может выглядеть следующим образом.

1. Субдуральное кровоизлияние, развившееся из-за падения и чрезмерной антикоагуляции.
2. Обморок вследствие постуральной гипотензии.
3. Гиповолемия, вызванная гастроэнтеритом и приемом мочегонных средств, осложненная постуральной гипотензией и острым повреждением почек.
4. Чрезмерная антикоагуляция из-за взаимодействия лекарств (варфарин и антибиотик).

Составив список проблем, вы уточните имеющиеся проблемы и упростите создание плана контроля заболеваний, в котором учитываются все проблемы.

## Дальнейшие проблемы

Некоторые другие проблемы в диагностической аргументации заслуживают краткого упоминания, а именно применение diagnosti-

ческих тестов, диагностическая неопределенность и диагностическая ошибка.

### Применение диагностических тестов

Логично сказать несколько слов об использовании диагностических тестов. К сожалению, клинический пример 1.3 не является чем-то необычным. У этого молодого человека очень низкая клиническая вероятность заболевания раком простаты, а тестирование на простатоспецифический антиген (ПСА) было неуместным. Тест, скорее всего, будет ложноположительным. Даже при положительном результате теста у него вряд ли будет рак простаты, но большинство врачей (и пациентов) сочтут, что нужно обязательно провести дальнейшие исследования «для исключения» рака. С другой стороны, у 80-летнего мужчины с твердой и узловой простатой, болями в костях и потерей массы тела повышенный уровень ПСА только увеличит уверенность врача в диагнозе «рак простаты».

#### **Пример 1.3.** Ошибочность тестирования простатического специфического антигена

25-летний мужчина обращается за консультацией по поводу слегка повышенного уровня простатического специфического антигена (ПСА). У него нет симптомов. Оказывается, его компания предлагает бесплатное ежегодное обследование здоровья, а анализ на уровень ПСА был включен в стандартный пакет. Он обеспокоен повышенным уровнем ПСА и расстроен, так как его заявление на новый полис медицинского страхования отклонили на основании повышенного уровня ПСА.

Диагностические тесты помогают уточнить перечень дифференциальных диагнозов (см. табл. 1.1), предоставляя дополнительную информацию для повышения вероятности одних диагнозов и уменьшения такой вероятности для других. Например, знать уровень амилазы/липазы полезно для пациента, жалующегося на эпигастральную боль, излучаемую в спину; положительный тест делает панкреатит вероятным, но отрицательный — подтолкнет к поиску альтернативных диагнозов. Диагностические тесты могут также помочь в лечении (например, при принятии решения о необходимости переливания крови) и выявлении этиологии (например, если есть панкреатит, имеются ли желчные камни?) и осложнений заболевания. Как правило, *прежде чем назначать диагностический тест, определитесь, что вы ищете*: будьте уверены, что знаете, как интерпретировать тест, как он поможет вам в постанов-

ке диагноза и как это изменит ведение пациента. Каждый диагностический тест выполняется по-разному, каждый из них имеет определенный процент ложноотрицательных и ложноположительных результатов. Например, отрицательная КТ не исключает САК у пациента с высокой вероятностью наличия заболевания до проведения теста (процент ложноотрицательных результатов), а умеренно высокий тропонин не всегда означает инфаркт миокарда у пациента на хроническом диализе (процент ложноположительных результатов). Как показано, интерпретация результатов теста зависит от вероятности наличия заболевания до проведения теста, поэтому необходимо ознакомиться с характеристикой теста, прежде чем назначать его. Как правило, чувствительный тест (низкий процент ложноотрицательных результатов) помогает «исключить» болезнь, а специфический тест (низкий процент ложноположительных результатов) помогает «включить» болезнь. Некоторая осведомленность о проблемах в диагностическом тестировании важна, но здесь подробно не рассматривается вероятностное рассуждение (см. раздел «ДВИГАЙТЕСЬ ДАЛЬШЕ!» в конце этой главы).

### Устранение диагностической неопределенности

Диагностическая неопределенность реальна в клинической медицине. Информация является ограниченной и противоречивой. Решения о лечении часто должны приниматься до получения результатов уточняющих исследований. Это беспокоит многих, но врачи должны научиться смиряться с диагностической неопределенностью. Вам поможет следующее.

- Признайте неопределенность. Не склоняйтесь к одному диагнозу и не исключайте остальные, если это не подтверждается доказательствами. Скорее учитывайте отличительные признаки.
- Найдите тест, который повысит вероятность одного диагноза и/или снизит вероятность другого.
- Если ставки высоки и лечение имеет благоприятное соотношение польза/риск, рассмотрите возможность эмпирического лечения, даже если диагноз неясен. Например, пациенты с мелкими ранами часто получают противостолбнячный токсоидный препарат, несмотря на низкий риск заболевания столбняком, просто потому, что риск лечения меньше отдаленной, но катастрофической возможности заболевания столбняком. Аналогичным образом, у пациентов с острыми состояниями и множественными

конкурирующими отличительными признаками при благоприятном соотношении польза/риск следует рассматривать оба диагноза параллельно. Например, у пациента с лихорадкой, меленой и гипотензией было бы разумно лечить септический шок и желудочно-кишечное кровотечение.

- Обратите внимание на то, что легко обратимо. Например, если неясно, вызвана слабость пациента гипогликемией или инсультом, введите декстрозу и повторите осмотр через 10 мин; если слабость сохраняется, то она больше не вызвана гипогликемией. Аналогичным образом, если неясно, вызвана одышка у пациента пневмонией или прогрессирующим раком легких, разумно лечить пневмонию (даже если диагноз не «определенный»), так как последнее будет трудно вылечить.
- Помните, что диагностика — это динамический процесс. Реакция пациента на текущее лечение обычно очень информативна. Переоценка в течение соответствующего периода времени позволяет использовать время как диагностический инструмент. Будьте готовы пересмотреть первоначальный диагноз, если пациент не реагирует на лечение при предполагаемом диагнозе.
- Наконец, поймите, что в некоторых ситуациях не обязательно знать точный диагноз. Например, если лечение обоих отличительных признаков идентично, если риск диагностического тестирования перевешивает пользу от полученной информации (например, пациенты с несколькими сопутствующими состояниями подвержены риску инвазивных исследований) или если лечение не нужно начинать даже в случае постановки диагноза (например, из-за качества жизни).

### Диагностическая ошибка

Каждый врач совершает диагностические ошибки. Мудрые врачи учатся на своих ошибках и изучают подводные камни, чтобы свести ошибки к минимуму. Существует три источника диагностических ошибок:

- дефицит знаний;
- проблемы отношения, такие как чрезмерная уверенность;
- когнитивные искажения.

Помимо хорошей доли смирения и усердной работы по улучшению знаний, знание когнитивных искажений (табл. 1.3) помогает избежать их.