

Что такое клиническое мышление
Размышления опытного врача

Рассуждения о том, что есть клиническое мышление в период всеобщей визуализации и стандартов доказательной медицины, одним покажутся ненужными, другим – актуальными, причем именно из-за всевластия нейровидения и компьютеров. Кто прав и в чем истина? Попробуем ответить на эти вопросы.

Попытка определения

Прежде уточним, что такое клиническое мышление. Этот термин употребляется очень часто, но его конкретное содержание, как правило, не раскрывается. Нет формулировки или сущностного определения клинического мышления ни в медицинских энциклопедиях, ни в Энциклопедическом словаре медицинских терминов, как будто это всем известное и само собой разумеющееся понятие. Ни на что не претендуя, попытаюсь восполнить пробел.

Клиническое мышление – это реализация высшей формы отражательной деятельности мозга, человеческого познания, мыслительных операций (анализ и синтез, сравнение и различение, суждения и умозаключения, абстракции, обобщения и др.) применительно к задачам медицинской диагностики, прогностики и тактики лечения.

Исходя из этого общего определения полагаю, что клиническое мышление врача есть способность охватить, проанализировать и синтезировать все данные о больном, полученные различными путями, при одновременном сравнении с ранее встречавшимися наблюдениями, книжными знаниями и интуицией (опытом) для установления индивидуального диагноза, прогноза и тактики лечения.

Клиническое мышление и диагноз

Негативное содержание, которое ранее вкладывалось в понятие "технизм", исчерпало себя. Долгое противоборство клиницизма с техницизмом, которое как-то можно было понять, когда оно оправдывалось интересами больного (технизм в медицине был синонимом активного вторжения в организм, вторжения кровавого, болезненного, травматического, чреватого осложнениями, порой жизненно опасными), ныне потеряло под собой почву, стало ретроградством.

Новые инструментальные методы диагностики безопасны, соответствуя главному врачебному принципу "Noli nocere" (не навредить больному). Проблема показаний и противопоказаний применительно к ним уже не может стоять как проблема риска для пациента (пусть даже оправданного), существующего не только при вентрикулографии и пневмоэнцефалографии, но даже при ангиографии.

Показания к новейшим методам распознавания, по сути, приближаются к таковым для неврологического осмотра, а в будущем станут еще шире, как, например, флюорография – для выявления легочной патологии (сначала – инструментальное обследование, а затем, при обнаружении каких-либо подозрений, – врачебное исследование).

Однако не пострадает ли при этом клиническое мышление? Может быть, легко доступная визуализация патологии атрофирует интеллектуальную сущность диагностического процесса? Сошлемся, например, на травматологию, где уже более 100 лет диагностика является неинвазивной и визуализированной. Переломы костей, как известно, хорошо видны на рентгенограммах, диагноз однозначен. Но разве это привело к исчезновению клинического мышления в травматологии? Нет, сместились лишь акценты.

Инструментальные находки расширяют количество признаков, используемых для распознавания патологии и чрезвычайно облегчают задачу, однако никак не могут сузить или подменить клиническое мышление.

Врач всегда предпочтет безопасный и кратчайший (прежде всего в интересах больного) путь к диагнозу, а он, конечно, лежит через методы неинвазивного

экспресс-видения патологии. Значит ли это, что техницизм угрожает клиническому мышлению? Нет, если не подменяет, а обогащает его "картинками".

Проблема сводится не к замене клинического мышления инструментальными находками, а к освобождению клинического мышления для оперирования этими же находками в интересах диагноза и, в конечном счете, больного.

Несмотря на развитие инструментальных методов исследования, клиника была и остается непреходящей первоосновой диагностики. Любой инструментальный метод является соподчиненным клинике.

Внешний контраст – между определенностью, визуальной яркостью, высокой точностью инструментальных находок и частой аморфностью, многозначностью, субъективизмом клинических данных – в значительном количестве наблюдений разителен.

Несомненно, инструментальные методики кардинально улучшили диагностику, расширив и модернизировав многие клинические представления. Разрешающие возможности методов современной науки и техники, кажется, не имеют пределов. Но здесь – при отрыве от теории и клиники – таится своя опасность. Очень образно это представил Ганс Селье, когда увидел знаменитый алмазный нож Умберто Фернандес Морана, с помощью которого можно буквально разрезать молекулы глюкогена на простые сахара. Моран рассказал Селье, что конструирует электронный микроскоп, который позволит четко видеть объект при увеличении в 2 млн раз. В потрясенном сознании Селье пронеслось, как он сам пишет, ужасающая мысль: "Вообразите, что этот великий гений использует весь свой громадный интеллект и знания для конструирования прибора, с помощью которого поле зрения ученого будет сужено в 2 млн раз".

При всех выдающихся достижениях любой инструментальный метод исследования не отражает полноты индивидуального диагноза. Например, получив с помощью компьютерного или магнитно-резонансного сканирования неоспоримые доказательства наличия опухоли и видя на снимках все ее особенности, мы все равно не можем обосновать показания или противопоказания к той или иной операции без учета таких факторов, как возраст пациента, отягощенность анамнеза, состояние внутренних органов, степень нарушения психики, зрения, речи и других функций, наконец, клиническая фаза заболевания.

Вот пример, который, кажется, четко отвечает на вопрос: врач при технике или техника при враче? Плачущие родители принесли мне улыбающегося полуторагодовалого сына. Малыш упал с дивана, ударился затылком об пол. Держался за головку, была рвота. Невропатолог поставил диагноз "сотрясение мозга" и назначил рентгеновские снимки черепа. Спустя 3 дня мальчика лишь с трудом можно было удерживать в кровати: он рвался к играм, к прогулкам. Рентгенографию сделали через неделю. Заключение рентгенолога звучало как приговор – множественные переломы затылочной кости. И родители дошли до профессора, чтобы узнать, что же угрожает их сыну и как его дальше лечить. Еще до осмотра вид энергичного, говорливого, всем интересующегося малыша свидетельствовал о благополучии. И действительно, в неврологическом статусе я не обнаружил никаких отклонений от нормы. Это по-своему важнее, чем трещины на снимке черепа. А когда взглянул на краниограмму, то смог абсолютно снять напугавшее заключение рентгенолога. Да, затылочная кость состояла из четырех фрагментов, но это были не переломы, а возрастная норма. Описали рентгеновскую картинку, не учтя простой истины, что затылочная кость еще не успела превратиться в единый блок.

В отличие от инструментальных методик, успешно разрешающих чрезвычайно важные, но все же частные аспекты диагностики, клиника имеет дело с неповторимо индивидуальной патологией целостного организма, с особенностями его компенсаторных процессов, а клиницист – не только с болезнью, но и с человеческой личностью, по-своему ее преломляющей. Поэтому необходимо не менее тщательно, чем симптомы заболевания, учитывать характерологическое, конституциональное и социальное начало личности пациента.

Взаимодействие личности врача и больного в диагностическом процессе исключительно важно не только для его успешного завершения, но и для веры пациента в выздоровление, для особого психологического контакта, определяющего

согласие на оперативное вмешательство при понимании неизбежно связанного с ним риска. Соотношение патернализма и партнерства при этом должно быть индивидуально соразмерно, и никакой аппарат не способен заменить клинициста.

Если признать, что современный диагноз – творчество, то очевидна ограниченность любого инструментального метода исследования, запрограммированного на получение лишь заданной информации.

Хотя может показаться, что постижение клиники, опирающейся на такие рутинные методы, как расспрос и осмотр больного, гораздо проще, чем овладение сложными машинными методиками, в действительности же дело обстоит иначе. При элементарной технической доступности, например неврологического метода исследования, требуются многие годы труда у постели больного, чтобы стать опытным врачом, в полной мере владеющим клиническим мышлением. Одностороннее же увлечение "картиночными" данными неизбежно отрывает от клинической основы, суживает кругозор и ограничивает врачебную состоятельность, особенно в ситуациях, не укладывающихся в каноны инструментальных методов.

Сейчас есть немало врачей, отстаивающих приоритет техники перед клиникой. Ведь гораздо легче взглянуть, скажем, на компьютерную томограмму и увидеть опухоль или гематому, чем тратить время на беседу с больным, интеллектуальные сопоставления и т.д. С подобными эскулапами нередко происходят казусы, далеко не безобидные для пациента. Вспоминаю один из них.

В Институт нейрохирургии поступил молодой человек с жалобами на опускание век и слабость рук и ног, да порой такую, что не мог двигаться. И больше ничего. Лечащему врачу все сразу стало ясно: тетрапарез и полуптоз, а причина, конечно, – опухоль головного мозга. И принялся ее искать, но глазное дно спокойно, электроэнцефалограмма без существенных отклонений, рентгеновские снимки черепа в норме, ангиография – сосуды мозга не смещены и не изменены, наконец, высший "картиночный" судья – компьютерная томография – тоже не выявила никакой патологии. Не может быть! Заведующий клиникой – способный нейрохирург, но в какой-то мере сноб (с иронией и полупрезрением относящийся к неврологам – этим пустым копателям всяких рефлексов и проб) – поддерживал лечащего врача в том, что опухоль есть, но не видна потому, что растет инфильтративно. Однако оперировать тоже нечего. Что же делать с больным?

По воле случая его наконец-то консультирует ведущий невролог института Н.Смирнов. И что же? Николай Александрович обращает внимание, что первые движения веками и конечностями получаются, но затем быстро истощаются. Диагноз стал ему сразу очевиден: у молодого человека не опухоль головного мозга, а миастения – нарастающая мышечная слабость вследствие патологии вилочковой железы.

Заведующий клиникой и лечащий врач не верят этому диагнозу. И тогда невролог совершает "чудо" – по его просьбе больному вводят 1 мл 0,05-проц. раствора прозерина (препятствующего разрушению ацетилхолина – медиатора, передающего нервные импульсы мышцам). Пациент на глазах преобразается: веки поднимаются, лицо становится выразительным, а конечности наполняются силой. Обездвиженный и апатичный минуту назад, он благодарно жмет руки врачам и быстрым шагом покидает ординаторскую.

Еще раз повторю: восхищаюсь и преклоняюсь перед компьютерными томограммами головного мозга. Но только клиническое мышление придает великолепным анатомическим картинам полезное для пациента использование.

Вспоминаю один случай из моей практики. Несколько лет назад из Нижнего Новгорода одновременно позвонили профессор-физик и профессор-медик, напуганный отец и обеспокоенный врач. У юноши при прохождении в военкомате призывной комиссии обнаружили смещение срединного эха влево на 11 мм: очень тревожный сигнал нейрохирургической опасности и, как правило, показатель необходимости оперативного вмешательства. Для выяснения причины патологии пациента перевели в нашу клинику. Он не предъявлял жалоб. Кроме значительного увеличения окружности головы, никакой неврологической симптоматики не выявлялось. В юноше

чувствовались одаренность и огромное трудолюбие. Ни одной минуты у него не пропадало – на тумбочке, кровати, стуле были аккуратно разложены книги и тетради. С утра до вечера он усиленно занимался. На компьютерных томограммах предстала картина, поразившая даже опытных специалистов. Открытая водянка мозга была выражена в предельной степени: правое полушарие практически отсутствовало, его территорию занимала цереброспинальная жидкость. Много ликвора находилось и в левом полушарии. На таком гидроцефальном фоне действительно все срединные структуры мозга были заметно смещены влево. По картинке, на первый взгляд, казалось, что надо срочно отводить избыточную жидкость из мозга в брюшную полость, то есть делать шунтирующую операцию. Но, сопоставив данные компьютерной томографии с клиникой, пришли к противоположному выводу. Гидроцефалия у мальчика была с рождения. Организм и прежде всего головной мозг хорошо и устойчиво компенсировали болезненные изменения, лишний раз продемонстрировав удивительные пластические возможности нервной системы. Будучи формально правы, мы, если поставим шунт, резко нарушим сложившееся ликвородинамическое равновесие и только спровоцируем каскад осложнений, вырвем юношу из привычной жизни. Наблюдать пациента, конечно, надо, но от операции следует воздержаться.

Прошли годы. Пока наш прогноз оправдывается. Молодой человек блестяще окончил университет, активно занимается научными исследованиями и собирается жениться.

Конечно, современные методы неинвазивной визуализации не только подняли уровень диагностики, но и резко повысили ответственность клинического мышления. Раньше его выводы проверялись наблюдением в динамике, данными операции или секции, то есть контроль отставал от возможности своевременной коррекции диагноза. Теперь клиническое мышление получило настоящую обратную связь. Неинвазивное наблюдение патологии позволяет тотчас проверять и уточнять суждения, что обеспечивает исправление ошибок, если они были допущены.

Клиническое мышление и прогноз

Встречаемость той или иной симптоматики при патологии раньше характеризовали понятиями "чаще" или "реже", "больше" или "меньше" и т.д. Теперь клинициста вооружают точной статистикой – столько-то процентов с точностью до десятых, такой-то показатель достоверности и т.д. И это хорошо. Цифра всегда точнее слова, правда запоминается труднее. Но все же статистика отдельных проявлений клинической картины – количественная характеристика – не может заменить клинику болезни в целом – понятие синтетическое, качественное. Это относится не только к диагнозу, но и к прогнозу.

Самая корректная статистика с использованием безукоризненных расчетов способна привести к абсурду, если начинает довлеть над клиническим мышлением. Приведу примеры.

Величины "r" и "p", используемые для суждения о достоверности прогноза, вычисляются на основании частоты встречаемости признака. Чем чаще, тем значимей. Исходя из этого, казалось бы, бесспорного положения, в серьезном исследовании опухолей хиазмально-селлярной области по параметру "состояние сознания" получили достоверную разницу между значениями "оглушение" и "кома" для прогнозирования исхода. Оглушение имело гораздо больший вес для плохого прогноза, чем кома. Клинически абсурд очевиден. Однако математически (сами расчеты были безупречны) доказывалось противоположное. А дело оказалось в том, что больные в оглушении встречались намного чаще, чем в коме. Опираясь на частоту признаков, и определили их прогностическую роль. Но как при этом допустимо забывать качество признака, что в конкретной ситуации несоизмеримо выше его распространенности. Ясно, что кома несравненно значимее для плохого прогноза, чем оглушение. А при формальном применении математических правил получилось наоборот.

Авторы одной журнальной статьи подсчитали, что у больных с хроническими субдуральными гематомами, у которых в жалобах не фигурировала головная боль, рецидивы после оперативного вмешательства встречались чаще. И сделали вывод, что для прогноза лучше, когда больные с хроническими субдуральными гематомами имеют головную боль, так как это позволяет с большей уверенностью предсказывать

безрецидивное течение послеоперационного периода. Клиническое мышление никогда бы не допустило такого слепого подчинения статистике.

Спросите у любого нейрохирурга: светлый промежуток при острых внутричерепных гематомах – это хорошо или плохо для прогнозирования жизни и ее качества? Ответ будет один: бесспорно, хорошо, так как свидетельствует о том, что кроме гематомы, нет других сопутствующих тяжелых повреждений вещества мозга. Дипломированный клиницист, в совершенстве владеющий компьютерной техникой, статистически проанализировал огромный материал по летальным исходам при эпидуральных и субдуральных гематомах. Судя по цифрам, пострадавшие, у которых наблюдался светлый промежуток после черепно-мозговой травмы, погибали достоверно чаще, чем те, у кого он отсутствовал. Следовательно, заключил ученый, светлый промежуток при острых и подострых оболочечных гематомах является плохим прогностическим признаком. Нетрудно представить, с чем же на самом деле столкнулся исследователь: в больницах очень крупного города пострадавших, поступивших с внутричерепными гематомами в тяжелом состоянии, оперировали сразу же, а поступивших в светлом промежутке наблюдали до тех пор, пока они не впадали в кому. То есть упускали время, а результаты запоздалых операций, понятно, давали высокий процент смертельных исходов.

С позиций клинического мышления приведенных и многих других опасных и нелепых прогностических заблуждений легко было бы избежать.

Клиническое мышление и тактика лечения

При выборе тактики лечения клиническое мышление не менее необходимо, чем при построении диагноза и прогноза. Знание патогенеза и саногенеза патологии порой входит в противоречие с, казалось бы, безукоризненной логикой здравого смысла. Затруднения в выборе адекватного метода лечения разрешает клиническое мышление, основанное на приоритете научных знаний.

Хронические субдуральные гематомы представляют собой осумкованное объемное доброкачественное, но растущее образование, способное вызвать угрожающие жизни сдавление и дислокацию головного мозга. Кажется совершенно обоснованным радикальное удаление гематомы вместе с капсулой через широкую костно-пластическую трепанацию. Цель легко достижима, но результаты нередко удручают – сравнительно высокая летальность, а также частые осложнения и тяжелая переносимость послеоперационного периода выжившими. Клиническое мышление, учитывающее, что хронические субдуральные гематомы намного чаще встречаются у пожилых и стариков, мозг которых неспособен к быстрому расправлению после длительной компрессии, обосновывает преимущества управляемой постепенной внутренней декомпрессии в этих случаях. Кроме того, как показали исследования, достаточно изменения внутриматочной среды, чтобы вызвать процесс саногенеза с полной резорбцией гематомы и ее капсулы (что подтверждено не только клинически, но и данными КТ и МРТ в динамике). Достигается та же цель – выздоровление, но без угрозы летальных исходов при резком снижении осложнений и обычно хорошей переносимости послеоперационного периода.

При нормотензивной водянке мозга с нарастающими нарушениями интеллектуально-мнестических процессов показано шунтирование увеличенных боковых желудочков для отведения ликвора за пределы краниовертебрального пространства. Однако без выяснения этиологии и патогенеза нормотензивной гидроцефалии при, на первый взгляд, верной тактике лечения можно принести не пользу, а вред больному. Если водянка с вентрикуломегалией является активной, т.е. обусловленной нарушениями резорбции ликвора (в частности, вследствие черепно-мозговой травмы), то шунтирование спасительно. Если та же нормотензивная водянка с вентрикуломегалией является пассивной, т.е. обусловленной замещением ликвором уменьшающегося объема вещества мозга вследствие атрофии мозга (возрастной либо патологической), то шунтирование, по меньшей мере, бессмысленно. Именно клиническое мышление, учитывающее все обстоятельства, позволяет избежать формально показанных, а на деле противопоказанных операций.

Вспоминаю недавнее наблюдение пожилого больного с грубейшей атрофией мозга, находящегося в вегетативном статусе, у которого полгода назад в состоянии

глубокой комы произвели декомпрессивную трепанацию для удаления острой субдуральной гематомы. В принципе, пластика дефекта черепа способствует морфологическому и функциональному восстановлению головного мозга, его гемо- и ликвородинамики. Но в указанной конкретной ситуации рассчитывать на это было нельзя и, напротив, создание благодаря краниопластике дополнительного пространства при ригидно запавшем мозге могло спровоцировать формирование оболочечной гематомы по механизму ex vasuo. К сожалению, к доводам клинического мышления не прислушались. После закрытия дефекта черепа образовавшаяся пустота заполнила хроническая эпидуральная гематома, что создало лишь новую трудноразрешимую проблему в лечении больного.

Всегда надо исходить не только из изображения патологической ситуации, а из ее совокупного клинического анализа, что иллюстрирует следующее наблюдение. В одном областном центре России к нейрохирургам обратилась пациентка с жалобами на похудание ягодиц и быструю утомляемость при ходьбе, бывали и болевые ощущения в правой ноге. Заподозрили грыжу межпозвоночного диска на поясничном уровне. Стали доказывать диагноз. Для этого сделали все, вплоть до компьютерной томографии и контрастной миелографии. И на уровне между четвертым и пятым поясничными позвонками обнаружили дефект наполнения. Диагноз представился "картиночно" неотразимым и требующим адекватного лечения – хирургического удаления выпавшей грыжи диска. На операции – ничего или, вернее, все то, что пишут, когда не находят то, что ищут. А больной все хуже. Врачи забеспокоились и направили ее на консультацию в Институт нейрохирургии. Развитие заболевания и клиническая картина были мало характерны для выпадения межпозвоночного диска. Но миелография действительно свидетельствовала об остановке контраста между 4-м и 5-м позвонками, что, бесспорно, и явилось решающим аргументом и для диагноза, и для вытекающей из него тактики хирургического лечения. То, что искали, казалось, подтвердилось, и под этим "гипнозом" не обратили внимания на имевшийся спондилолистез, который как раз и может обуславливать задержку в прохождении контрастного вещества при миелографии и тем самым симулировать выпадение диска. Вместе с тем при неврологическом осмотре в институте у больной обнаружили резкое повышение механической мышечной возбудимости не только на ногах, но и на руках, клонусы стоп при выраженной атрофии нижних конечностей, а также спонтанный нистагм и повышение мандибулярного рефлекса. Диагноз бокового амиотрофического склероза стал очевидным, тем более что возраст больной типичен для развития этой патологии.

Клиническое мышление необходимо для выбора тактики лечения и при бесспорном диагнозе. Необходимо учитывать не только прямые показания к операции, но и просчитывать вероятные изменения качества жизни после нее.

Например, у пациентки – протяженная доброкачественная интрамодулярная опухоль шейно-грудного отдела спинного мозга с давним анамнезом и весьма умеренными выпадениями, мешающими, но не препятствующими полноценной трудовой и семейной деятельности. Диагноз доказан и магнитно-резонансными томограммами. На первый взгляд, надо оперировать, и чем раньше, тем лучше. Неужели ждать, когда больная перестанет ходить? Но качество жизни после даже удачной операции, исходя из особенностей распространения опухоли, скорее всего, ухудшится, так как в этом случае даже электрофизиологически контролируемая хирургия чревата угрозой парезов конечностей. Резко ускорить то, что может наступить через годы? Не правильней ли наблюдать, сохраняя удовлетворяющее пациентку качество жизни?

Я был свидетелем, как во Франции, прежде чем применять больным с ишемическими инсультами показанную, но рискованную тромболитическую терапию, интересуются, есть ли у них близкие родственники. У одиноких пожилых людей от нее воздерживаются только потому, что некому обеспечить уход за ними в случае неудачи".

Только соразмеряя все параметры диагноза и прогноза с качеством жизни пациента, с его профессией, семейным и социальным положением, личностными и всеми другими факторами, возможно избрать адекватную тактику лечения.

В заключение, не мудрствуя, приведу только афоризм основоположника кибернетики Норберта Винера: "Отдайте человеку человеческое, а вычислительной машине –

машинное". Клиническое мышление как раз и есть человеческое, умеющее в полной мере использовать машинное.

Профессор Леонид ЛИХТЕРМАН,
главный научный сотрудник Института
нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко

www.medgazeta.ru № 41 2000