

Опыт философско-методологического анализа врачебной диагностики

Е. И. ЧАЗОВ, Г. И. ЦАРЕГОРОДЦЕВ,
Е. А. КРОТКОВ (Днепропетровск)

Одной из задач по более полному и эффективному использованию возможностей и преимуществ социалистического общества является кардинальное повышение качества медицинского обслуживания населения¹. Его уровень определяется не только применением новейших методов диагностики и высокоэффективных лекарственных препаратов, но и собственно человеческим фактором — глубокими знаниями, профессиональным опытом медицинских работников, их нравственной и идейно-политической зрелостью. Все большее значение в этом деле приобретает и такой субъективный фактор, как культура клинического мышления врачей, логико-методологическая основа этого мышления². Современная медицина представляет собой сложный интегрированный комплекс, вовлекающий в свою сферу разнообразные, нередко далекие друг от друга области научного познания. Каждая из них имеет свой предмет исследования, соответствующую систему исходных положений и допущений, особый набор методов и средств исследования. Поэтому применение знаний, методик и инструментального арсенала этих наук в целях диагностики и лечения предполагает осуществление сложного диалектико-категориального синтеза неорганического и биологического, биологического и социального, физиологического и психологического, что уже само по себе создает совершенно уникальную гносеологическую ситуацию³. Широкое применение новейших технических достижений в диагностическом исследовании, разработка многочисленных методик обследования больных привели к резкому возрастанию количества подлежащих осмыслению врачом клинических данных (симптомов, признаков). Их анализ и сопоставление, объединение в целостную, патогенетически связанную картину болезни, построение на этой основе диагностического вывода и разработка лечебной тактики уже не могут выполняться только на интуитивно-практическом уровне. Они требуют осознанного использования врачом разнообразных логико-методологических средств, в частности системного анализа, позволяющего учитывать значительное количество релевантных диагнозу и прогнозу параметров жизнедеятельности организма и психики больного. Следует учитывать и такой важный момент построения диагноза в современной клинике, как участие в его формировании значительного числа узких специалистов, в том числе по инструментальным и лабораторным мето-

¹ См. «Материалы XXVII съезда Коммунистической партии Советского Союза». М., 1986.

² См. Е. И. Чазов. Основные принципы диагностики. Методология диагноза в современной клинике. «Терпевтический архив», 1981, № 5, стр. 8.

³ См. Е. И. Чазов, Г. И. Царегородцев. Методологические и социальные вопросы кардиологии. «Вопросы философии», 1982, № 5, стр. 53.

дам исследования. Диагноз становится результатом коллективной деятельности.

Врачам известно: успешно лечит тот, кто хорошо диагностирует. На сегодня в нашей стране работает более одного миллиона врачей. Естественно, среди них есть и прекрасные диагносты, и врачи, которые могут работать только под руководством или наблюдением других, более квалифицированных специалистов. Подобную ситуацию метко оценил Б. Шоу: «Исходя из того, что врачи обыкновенные люди, а не чародеи, мы приходим к мысли, что в медицинской профессии, как и во всех остальных, на одном конце шкалы помещается небольшой процент высокоодаренных личностей, а на другом — небольшой процент убийственно безнадежных тупиц. Между этими крайностями находится основной массив докторов (тоже, разумеется, послабее и по сильнее с концов), которые способны работать соответственно установленным нормам с большей или меньшей помощью сверху, смотря по тяжести заболевания». От чего же зависят диагностические возможности врача? Что надо сделать для того, чтобы развить врачебное мышление, увеличить прослойку врачей, способных к самостоятельной диагностической деятельности в самых сложных, запутанных ситуациях?

Точность и своевременность диагноза находятся в прямой зависимости от такого качества мышления врача, которое Ф. Энгельс называл «логической и диалектической подготовкой»⁴. Но именно эта сторона врачебного мышления оказывается сегодня наиболее уязвимой. Ни для кого не секрет, что до сих пор мы плохо представляем себе, какие требования к мышлению предъявляет диагностическая задача, какие качества интеллекта необходимо развивать у врачей и как это делать. В какой-то мере это обстоятельство объясняется характерным для части исследователей медицинской диагностики противопоставлением клинической медицины как искусства, мастерства (*ars medica*), в основе которого, как полагают, лежат лишь опыт и интуиция, научно-теоретической деятельности, осуществляемой якобы строго логико-рационалистическим путем. К этим ошибочным противопоставлениям примыкает столь же ошибочная точка зрения, согласно которой все, что известно в методологии науки о внутренних законах строения и развития научных теорий, о критериях их зрелости, способах соотнесения знаний с действительностью, об идеалах научного объяснения и т. п., почти неприменимо для целей теоретизации медицины. Сознывая консерватизм теоретической медицины, сторонники такой концепции видят выход из положения в отходе от идеалов естественнонаучного знания (классического естествознания), т. е. тех идеалов, которые так страстно пропагандировали великий С. П. Боткин и его ученики. «Если практическая медицина должна быть поставлена в ряд естественных наук, — отмечал С. П. Боткин, — то понятно, что приемы, употребляемые в практике для исследования, наблюдения и лечения больного, должны быть приемами естествоиспытателя»⁵.

Сегодня клиническая медицинская наука не соответствует требованиям эпистемологического идеала, сложившегося на основе математики и математизированных областей естествознания. Однако из этого совсем не следует, что этот идеал вообще чужд данной науке. «Если рассматривать дисциплины... в исторической перспективе, — справедливо указывает А. И. Ракилов, — то можно заметить, что они, хотя и неравномерно, движутся в сторону эпистемологического идеала»⁶.

Необходимо активизировать философско-методологические исследования по проблемам клинической медицины, в том числе направленные

⁴ К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 20, стр. 555.

⁵ С. П. Боткин. Курс клиники внутренних болезней, т. 1. СПб., 1899, стр. XXVII—XXVIII.

⁶ А. И. Ракилов. Историческое познание. М., 1982, стр. 130.

на создание общей теории врачебной диагностики как учения о логической структуре, гносеологической специфике диагностического поиска врача, методологических принципах постановки и обоснования клинического диагноза и т. д. К сожалению, многие философские работы, посвященные вопросам медицинской диагностики, носят слишком отвлеченный характер, не содержат обстоятельного анализа ее основных звеньев и закономерностей и потому либо не ставят реальных проблем, либо пытаются решать их умозрительным, нередко спекулятивным образом, путем механического переложения клинических терминов на язык гносеологии и методологии науки, игнорируя специфику этой разновидности человеческого познания. Одну из причин такого положения дел мы видим в том, что для научной разработки названных проблем необходимы не только глубокая философско-методологическая и специальная логическая подготовка, но и адекватное понимание собственно клинической стороны дела, что в лице одного исследователя совмещается крайне редко. Поэтому только творческое содружество медиков и философов, если потребуется, их принципиальная и вместе с тем благожелательная взаимокритика, активный диалог между ними позволят отказаться от ставшей традиционной схемы рассмотрения философских вопросов медицины, когда логика и методология науки излагаются как бы сами по себе, в их абстрактно-теоретическом нудусе, а выходы в клиническую область сводятся к отдельным и произвольным примерам. Подобным экскурсам в область клинической медицины недостает, говоря словами Гегеля, «трудной работы понятия», которая только и может органически вписать в ее живую ткань самые современные достижения логики и методологии науки. Применение к конкретным областям познания и деятельности методологических и логических средств, вычлененных на самых высоких уровнях философской рефлексии, «не может носить характера механического переноса: чтобы дать действительный, а не мнимый эффект, эти средства непременно должны получить соответствующую предметную интерпретацию и разработку»⁷. Именно при таком подходе к делу исследования по общей теории врачебной диагностики смогут обогатить мышление врача современным категориальным, логико-методологическим инструментарием. Мы уверены, что если бы врачебный диагноз в каждом случае строился на основе логико-диалектического анализа конкретного материала, диагностика в наших медицинских учреждениях достигла бы более высокого уровня.

1. Гносеологическая специфика врачебной диагностики

В самых разнообразных областях научной и практической деятельности нередко возникает задача — по исходным и, как правило, ограниченным сведениям о некоторой системе распознать (мысленно воспроизвести, определить) возможно более полный комплекс происшедших в ней изменений (перестроек), выявить причины, механизм и направленность этих изменений. Задачи такого рода, называемые диагностическими, приходится, например, решать механику, выявляющему причины выхода из строя или отклонений от нормального режима работы технического устройства; экономисту, определяющему факторы, которые привели к удорожанию производимой предприятием продукции; врачу, обследующему больного с целью определения характера и вида патологии, которой страдает этот больной, и т. п. В каждом из упомянутых видов диагностической деятельности имеются своя специфика, свои особые понятия, однако всем им свойственны и некоторые универсальные черты и закономерности. В единстве специфических черт и общих закономерностей процесса распознавания, являющегося к тому же одной из

⁷ Э. Г. Юдин. Системный подход и принцип деятельности. М., 1978, стр. 43—44.

разновидностей человеческого познания вообще, и надлежит анализировать врачебную диагностику⁸.

Для начала сформулируем некоторые определения. Объектом врачебной диагностики, т. е. тем, на что направлен диагностический поиск врача, могут быть функции и структура отдельных органов человека, его физиологических систем, организм и психика в целом. Мы будем их именовать морфофункциональными объектами. Каждый морфофункциональный объект может находиться в одном из трех своих состояний: нормальном, патологическом и переходном от нормы к патологии (и обратно). Нормальное состояние любой сложной системы может быть описано некоторой конечной совокупностью находящихся в пределах нормы параметров. Нормальные характеристики параметров такой системы зависят от особенностей ее строения, окружающих условий и назначения. Хотя границы норм в отношении морфофункциональных объектов подвижны, условны, тем не менее они всегда существуют, а сама диагностическая деятельность имеет целью определение причин, характера, степени и динамики отклонения этих объектов от их нормальных состояний.

Категория нормы (анатомической и физиологической) коррелирует на другой категории клинической медицины — патологии. Для целей нашего анализа достаточно определить патологию как значительное, существенное отклонение от индивидуальной нормы, которое связано с воздействием на организм или психику человека чрезвычайных для каждого конкретного случая внутренних или внешних раздражителей. Патологические изменения в отдельных органах или физиологических системах, нарушение защитно-приспособительных функций организма человека как целого по отношению к внешней среде, к требованиям, предъявляемым ею к человеку, мы будем именовать патологическим состоянием (болезнью) соответствующего морфофункционального объекта. Патологическое состояние морфофункционального объекта, рассматриваемое в аспекте качественной определенности (специфичности) его этиологии, патогенеза и симптоматики, именуют нозологической формой болезни данного объекта. Механизм, динамику и направленность изменения морфофункционального объекта от нормального состояния к определенной нозологической форме называют патогенезом данной нозологической формы (заболевания), а совокупность взаимосвязанных внешних и внутренних факторов, обуславливающих (вызывающих, порождающих) указанный переход, именуют этиологией.

Несколько общих замечаний о природе распознавания как такового. В основе своей оно есть процесс сопоставления и идентификации. Распознавание человеком чувственно воспринимаемых свойств совершается, как правило, интуитивно и не составляет особой проблемы, по крайней мере для обычной (немашинной) диагностики. Разумеется, и в этом деле нужен известный опыт, однако куда более сложной является задача распознавания скрытых от непосредственного наблюдения процессов, их содержания и динамики. В таких случаях распознавание

⁸ Как известно, общие курсы теории познания диалектического материализма обычно посвящены познавательным ситуациям и проблемам, характерным для процесса получения нового знания. В них рассматривается также внутренняя дифференциация и функционирование человеческого знания в целом: возникновение познания на элементарном уровне в форме ощущений, восприятий, представлений, процесс конструирования более сложных его форм, понятий, суждений, гипотез, теорий, роль и связь рациональных и сенсорных моментов, предметно-практическая основа развития (роста) знаний, и т. п. Проблематика же такой познавательной деятельности, как диагностика, распознавание, редко становится предметом философско-методологической и логической рефлексии. И лишь в работах по кибернетическому моделированию достаточно отчетливо обозначились не только место и роль распознавания в структуре разнообразных видов человеческой деятельности, но и действительно масштаб сложности теоретического осмысления диагностического процесса.

должно опираться на ранее выявленные и фиксированные коррелятивные связи (семиотические зависимости) между системой наблюдаемых, чувственно воспринимаемых и системой скрытых, ненаблюдаемых свойств объекта, их сущностью. При этом диагностический процесс состоит как бы из двух актов: узнавание наблюдаемого профиля объекта и логическое заключение о наличии у него соответствующего (коррелятивного с данным профилем) сущностного измерения. Естественно, что распознающий субъект — это может быть и сознание человека, и машинный «интеллект» — предварительно должен быть осведомлен, каков же «внешний вид» распознаваемого объекта и что «скрывается» за ним. Иными словами, распознавание одного объекта базируется на знании основных признаков и сущностного содержания других, принадлежащих к этому же классу (виду), причем считается, что сходство признаков объектов свидетельствует и о сходстве их сущностей.

Перейдем к конкретному процессу распознавания патологии во врачебной диагностике. На первой стадии диагностического процесса врач приступает к обследованию пациента, обнаружению симптомов его страдания и составлению на этой основе клинической картины болезни. Это весьма важная категория врачебного мышления, содержание которой составляет упорядоченная, приведенная в систему совокупность клинических фактов (симптомов), выявленных при обследовании больного. Затем перед врачом встает вопрос: какое из известных ему заболеваний имеет клиническую картину, идентичную (или хотя бы аналогичную) с обнаруженной у пациента. Для ответа на этот вопрос врач обращается к своей памяти, которая хранит сведения о самых разнообразных нозологических формах, о том, какова клиническая картина каждой из них, что скрывается за ней (т. е. каково анатомо-физиологическое содержание соответствующего заболевания), о патогенезе и возможной этиологии этой болезни и т. п. По сути дела, такого рода информация представляет собой обобщенный (типизированный) образ заболевания, с которым сопоставляется выявленная при обследовании клиническая картина. Усвоенный врачом в процессе обучения и конкретизированный его собственным клиническим опытом, этот образ становится своеобразным внутренним эталоном, по которому врач судит о наличии либо отсутствии у пациента соответствующего заболевания. Мы будем называть такого рода образы или эталоны клинко-диагностическими моделями нозологических форм⁹.

Это наиважнейший и крайне сложный в диагностике процесс, поскольку номенклатура болезней включает около 10 тысяч нозологических форм, в распознавании которых приходится прибегать к оценке около 100 000 симптомов (признаков) и симптомокомплексов.

Клинко-диагностическая модель нозологической формы имеет двухуровневую структуру: первый, феноменологический уровень составляет информация о типичных для данного заболевания симптомах и признаках; второй, сущностный уровень образуют сведения о скрытых от непосредственного наблюдения анатомических и функциональных изменениях в органах и тканях, характерных для данной нозологической формы, о патогенезе и этиологии этой болезни¹⁰. При этом описание признаков заболевания в клинко-диагностической модели всегда поставлено в более или менее однозначное соответствие с описанием

⁹ «За годы обучения и практики в памяти врача,— отмечают в этой связи К. Н. Хараузов и О. А. Дунаевский,— создается более или менее определенный эталон каждого заболевания, и при постановке диагноза происходит сравнение неизвестного заболевания... с эталоном». К. Н. Хараузов, О. А. Дунаевский. Использование линейных решающих функций в медицинской практике. «Проблемы вычислительной диагностики». Л., 1969, стр. 152—153.

¹⁰ См., к примеру, характеристику нозологических форм в кн. «Пропедевтика внутренних болезней». М., 1982.

целостной системы морфофункциональных перестроек, механизма и динамики патологического процесса, что и позволяет врачу, обнаружившему эти признаки у пациента, мысленно связать их с сущностным содержанием страдания, т. е. поставить нозологический диагноз. Клинико-диагностические модели заболеваний, являясь априорной предположительной постановки диагноза, представляют собой результаты коллективного научного поиска, практики многих поколений врачей и потому предстают перед индивидуальным сознанием врача как объективное основание его деятельности¹¹. Сознание, мышление отдельного врача может лишь вносить коррективы в результаты общественного по своей природе познания болезней в плане углубления, уточнения, усовершенствования их описаний. В свою очередь, клиническая практика, выступая в роли критерия адекватности клинико-диагностических моделей заболеваний, тщательно отфильтровывает из них возможные субъективно-личностные искажения, завершая, так сказать, процесс возведения этих моделей в ранг объективной истины.

Таким образом, процесс распознавания заболевания, как и всякая другая познавательная деятельность, начинаясь с уровня явлений — симптомов, признаков страдания, восходит затем к уровню его сущности. Механизм такого восхождения как раз и связан с указанным выше двухуровневым строением клинико-диагностических моделей нозологических форм. С учетом изложенного формула распознавания в самом общем виде выглядит следующим образом: от составления клинической картины болезни через идентификацию этой «картины» с феноменологическим (симптомным) уровнем клинико-диагностической модели одной из нозологических форм к мысленному воспроизведению сущностного уровня страдания больного. При этом универсальная гносеологическая схема «объект — образ» в структуре диагностического процесса приобретает вид триады «объект — образ₁ — образ₂», где объектом является распознаваемый объективно-реальный патологический процесс; образом₂ — воспроизведение в сознании врача диагностируемого заболевания, но уже не в его абстрактно-нозологическом измерении, а в диалектическом единстве общего (нозологического) и особенного (индивидуального). Следовательно, возникновение в сознании врача образа₂ (построение диагноза) опосредовано образом₁; лишь сопоставив данный случай страдания с некоторым заболеванием, с его стандартным описанием — образом₁ (клинико-диагностической моделью), хранящимся в памяти врача, последний сможет заключить о сущностном содержании этого заболевания, механизме и закономерностях его протекания. Поэтому мы считаем совершенно справедливым вывод о том, что диагностический процесс в отличие от научного исследования предполагает сущность распознаваемого объекта заранее известной¹². Поэтому если какое-то заболевание не было изучено ранее, не описано в литературе и неизвестно врачу, то установление им полного и правильного диагноза оказывается невозможным¹³.

Обсудим в этой связи вопрос, является ли врачебная диагностика разновидностью научной деятельности, т. е. правилен ли тезис, согласно которому «сам процесс постановки диагноза представляет собой научный поиск»?¹⁴. От того, каким образом интерпретировать диагностический поиск, зависят истолкование основных закономерностей и общей

¹¹ Термин «априорный» употребляется здесь и в последующем изложении как синоним выражения «данный сознанию (мышлению) врача до обследования больного». Все медицинские знания, которыми врач располагает до осмотра конкретного больного, являются в этом смысле априорными.

¹² См. С. А. Гиляревский, К. Е. Тарасов. Диалектический материализм и медицинская диагностика. М., 1973, стр. 29.

¹³ См. В. А. Долинин, В. П. Петленко, А. С. Попов. Логическая структура диагностического процесса. «Вестник хирургии им. И. И. Грекова», 1984, № 6, стр. 3.

¹⁴ «Пропедевтика внутренних болезней», стр. 12.

структуры диагностики, характеристика логического строя диагностического мышления, оценка роли априорного знания и индивидуального творчества в диагностической деятельности и т. п. Начнем с двух разновидностей диагностических задач, существенно отличающихся друг от друга. Диагностические задачи первого вида (назовем их репродуктивными) характеризуются тем, что для них существуют « типовые » решения, т. е. разработаны алгоритмы распознавания соответствующих заболеваний (задан список признаков, последовательность их выявления и т. д.). Решение таких задач состоит в нахождении ответа на вопрос: страдает ли пациент таким-то заболеванием? Диагностические задачи второго типа (назовем их исследовательскими) состоят в поиске (открытии, изобретении) самого способа (методики, алгоритма) постановки клинического диагноза соответствующим заболеваниям. Решить такого рода задачу — это значит ответить на вопрос: как ставить диагноз такому-то и такому заболеванию? « Задача медицинской диагностики... считается решенной, если удалось найти способ, позволяющий однозначным путем по результатам опроса и осмотра больного, объективным данным и некоторым лабораторным обследованиям установить диагноз болезни... »¹⁵. Ясно, что это — определение исследовательской диагностической задачи.

Мы полагаем, что диагностические задачи, решаемые практически врачами, естественно отнести в общем и целом к разряду репродуктивных, а их диагностическую деятельность квалифицировать как научную в той мере, в какой она ориентирована на результаты новейших исследований в области семиотики заболеваний, их этиологии и патогенеза, использует современные методы и средства обследования больных и имеет своей методологической основой принципы, законы и категории материалистической диалектики. Решение диагностических задач исследовательского плана составляет, на наш взгляд, содержание научно-диагностической деятельности, которая в дополнение к вышеприведенным признакам характеризуется тем, что опирается на систематическое использование специализированных форм и средств эмпирического и теоретического познания и имеет своей главной целью выработку новых диагностических знаний (методик, решений, алгоритмов)¹⁶. Существенно при этом иметь в виду следующее обстоятельство. Методика распознавания одних заболеваний отработана до мельчайших подробностей и сравнительно несложно усваивается, другие же болезни оказываются менее изученными медицинской наукой и по отношению к ним до поры до времени нет хорошо апробированных и достаточно эффективных диагностических тестов. В этих условиях практический врач вынужден иногда подниматься в своей диагностической деятельности на научно-исследовательский уровень, накапливая по крупицам и обобщая свои собственные наблюдения в отношении « трудных » болезней, уточняя их симптоматику, особенности протекания, строя предположения относительно их возможной этиологии и патогенеза, в какой-то мере — на свой страх и риск — экспериментируя и т. п. Однако на современном этапе развития клинической медицины такого рода научный поиск не решает проблемы диагностики и является скорее вынужденным шагом практики в сторону науки, нежели выражением их органического единства. Практика, разумеется, не может не « вклиниваться » в сферу науки, не диктовать ей свои условия в смысле постановки проблем, подтверждения адекватности их решения, определения направлений научных исследований. Верно также и то, что отдельные врачи могут

¹⁵ « Распознавание образов и медицинская диагностика ». М., 1972, стр. 176.

¹⁶ Мы далеки от намерения возводить некий водораздел между исследуемыми видами диагностической деятельности. И предложенные дефиниции следует рассматривать как некое приближение к реальным разграничительным линиям, которые, впрочем, по природе своей подвижны, условны.

счастливо сочетать в себе качества практика и ученого-исследователя. Однако подлинная диалектика взаимосвязи медицинской науки и клинической практики состоит не в их функциональной подмене, а в теснейшем их взаимодействии, основанном на своевременном реагировании медицинской науки на запросы клинической практики и оперативном внедрении в практику разработок и рекомендаций науки.

Не следует также считать, что деятельность практического врача по распознаванию заболеваний носит исключительно рутинный характер, не содержит творческих элементов. Диагностические описания болезней, их клинико-диагностические модели, которыми вооружает врача медицинская наука, фиксируют лишь устойчивое, закономерное, общее в патологии, напоминая скорее схемы, нежели подробные карты соответствующих заболеваний. В организме и психике конкретных лиц это инвариантное содержание сопряжено, по выражению И. В. Давыдовского, с «широчайшим диапазоном флуктуаций». Когда же некоторая общая схема распространяется на конкретную ситуацию, всегда предполагается определенное творческое усилие, которое И. Кант назвал «способностью суждения» — способностью так переосмысливать специфическую ситуацию, чтобы к ней могла быть отнесена обобщающая схема.

Так, например, в клинической практике сравнительно редко встречается ситуация, когда в здоровом, нормально функционирующем организме поражается лишь один орган или система. Значительно чаще, особенно после 35—40 лет, эти нарушения возникают на фоне хронических заболеваний или одновременно поражается несколько органов и систем. В результате врачу в ходе диагностики приходится решать задачу не с одним, а с несколькими неизвестными. Задача усложняется, и для ее решения приходится прибегать к своеобразному научному поиску.

Кроме того, на возникновение и развитие той или иной патологии значительное влияние могут оказать такие факторы, как особенность конституции больного, его наследственность, другие заболевания, которыми страдает или которые он перенес в прошлом, и т. д. В результате одно и то же заболевание у различных людей протекает нередко по-разному, с индивидуальным своеобразием клинической картины, патогенеза, динамики. Отсюда и вытекает известное требование С. П. Боткина осуществлять не диагностику болезни, а диагностику больного. Каким же образом проявляет себя здесь названная творческая способность? Распространенная в буржуазной методологической литературе ссылка на интуицию, инсайт, озарение, якобы посещающие врача в момент индивидуализации им нозологического диагноза, мало что объясняет. Мы полагаем, что выявление индивидуального в патологии — вполне рациональная процедура, которая представляет собой результат мысленного объединения общих и ранее известных самому врачу определений (свойств, качеств, состояний) организма и психики человека. Требование индивидуализации диагноза означает его максимально возможную конкретизацию, и оно ничего общего не имеет с интуитивистскими концепциями, возводящими на пьедестал уникальности каждый случай выявления особенностей патологии у различных людей¹⁷. Нельзя не видеть связи этих концепций и с идеографической (антинозологической) интерпретацией клинического диагноза, рассматривающей его в качестве уникального, неповторимого в отношении каждого отдельно

¹⁷ В клинической литературе мы часто встречаем описания диагностических ситуаций, в которых характеризуются вполне конкретные примеры того или иного заболевания, анализируется сам процесс их распознавания врачом. Смысл, назначение этих описаний состоит, как мы полагаем, не в литературном увековечивании уникально казуистических «случаев» из клинической практики, а в их поучительности и, следовательно, в том, что они содержат типическое, с чем могут встретиться другие врачи.

взятого больного. Диагностическая задача характеризуется при этом как поиск таких особенностей клинической картины и протекания болезни в целом, которые присущи только данному человеку и никому другому.

Метафизическим двойником, оборотной стороной указанного истолкования является номотетическая интерпретация диагностического процесса, состоящая в требовании фиксировать у больного лишь общие, нозологические измерения диагностируемой патологии, полностью абстрагируясь от специфики ее протекания у конкретного больного. Оба эти подхода к истолкованию характера и целей диагностического поиска представляют собой результат метафизического обособления, ложного противопоставления закономерностей познания общего и специфического, нозологического и индивидуального в патологическом процессе. Их диалектическое единство выражает методология восхождения от абстрактного к конкретному, которой обязан владеть каждый клиницист. «Конкретное потому конкретно, что оно есть синтез многих определений...»¹⁸. В соответствии с этим положением К. Маркса индивидуализация, или, точнее, конкретизация диагноза связана прежде всего с учетом врачом самых разнообразных форм (видов) диагностируемой патологии. Например, гепатит как воспалительное поражение печени подразделяется на острый и хронический, диффузивный и очаговый, инфекционный, токсический и обменный и т. д. Чем больше оснований берется для такого подразделения, тем больше выделяется форм (абстрактных определений) одного и того же заболевания, и именно это создает концептуальную основу для последующей индивидуализации диагноза данной патологии. Так, устанавливая факт воспалительного поражения печени у обследуемого больного, врач одновременно имеет возможность выявить, что по характеру это заболевание у данного человека является острым, по происхождению — инфекционным, по степени охвата поражения — очаговым и т. п. Тем самым абстрактная формула «воспалительное поражение печени» конкретизируется по мере обнаружения ряда других свойств диагностируемого патологического процесса. Индивидуализация диагноза осуществляется также учетом возрастных, половых, социальных признаков, факторов риска и т. п., каждый из которых, взятый в отдельности, также носит довольно абстрактный (общий) характер, однако в сумме, в единстве с другими определениями (признаками) такие характеристики позволяют в максимальной степени учесть особенности возникновения и протекания данного заболевания у конкретного больного.

2. Содержание и диагностические функции некоторых категорий клинической медицины.

Патологический процесс в организме больного представляет собой, как правило, весьма сложную и подвижную систему, включающую этиологический фактор, механизм полома и защитно-компенсаторные реакции. Он проявляется целым комплексом клинических симптомов. Чтобы разобраться в этой многофакторной и многоуровневой динамической картине, необходимо выделить в ней инвариантные, относительно устойчивые моменты, стороны, состояния и зафиксировать их с помощью общих понятий — категорий клинической медицины. «Категории, по словам В. И. Ленина, суть ступеньки выделения, т. е. познания мира, узловые пункты в сети, помогающие познать ее и овладевать ею»¹⁹. Такими ступеньками и узловыми пунктами в «сети» распознавания патологических перестроек в организме и психике больного явля-

¹⁸ К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 46, ч. 1, стр. 37—38.

¹⁹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 29, стр. 85.

ются понятия «болезнь», «нозологическая форма», «патогенез», «этиология», «симптом», «клиническая картина болезни» и др. Каждый новый этап в развитии клинической медицины ставит задачу по переосмыслению, уточнению содержания ее категорий, дальнейшему совершенствованию искусства оперирования ими: «...человеческие понятия не неподвижны, а вечно движутся, переходят друг в друга, переливаются одно в другое, без этого они не отражают живой жизни»²⁰. Рассмотрим некоторые из таких категорий в контексте выполнения ими диагностических функций.

Важнейшей категорией клинической медицины является понятие «болезнь». Мы не ставим перед собой задачи исчерпывающего логико-методологического анализа этого богатого разнообразными оттенками, переходами теоретического конструкта, как не преследуем и цели предложить универсальное, пригодное «на все случаи жизни» его определение. Дело в том, что клиническая медицина — это не только постановка диагноза, но и прогноз течения болезни, но и выбор плана лечения. И каждый из этих видов клинической деятельности сопряжен со свойственным ему «углом зрения» на болезнь. Так, решение врачом лечебной задачи может выдвинуть на первый план соотношение реакций полома и защиты в больном организме, проведение профилактических мероприятий — этиологический аспект болезни, составление прогноза — патогенетическое содержание страдания, динамические его характеристики.

Диагностическая деятельность врача, понимаемая как процесс распознавания болезни, фиксирует его внимание преимущественно на качественном отличии больного организма (психики) от здорового. И это естественно, поскольку отсутствие границ, рубежей качественного порядка между болезнью и здоровым состоянием организма означало бы принципиальную неосуществимость самой диагностической деятельности. В общей дефиниции болезни, профилированной применительно к целям диагностического поиска, полезно указать на целостный, системный характер происходящих в больном организме перестроек, что ориентирует врача на обнаружение за отдельными изменениями (симптомами) их патогенетического единства, а в этом единстве — главных, ведущих факторов болезни, т. е. ее сущности. Важным представляется и указание на наличие у каждой болезни определенного клинического, симптомного выражения, поскольку именно оно составляет эмпирическую базу ее распознавания. На протяжении веков, начиная с Гиппократов и Авиценны, предпринимались многочисленные попытки выразить суть болезни, дать ее определение, наконец, обозначить с позиций философского осмысливания. С учетом вышеизложенных соображений мы хотели бы предложить следующую дефиницию рассматриваемого понятия: болезнь представляет собой возникающую под воздействием чрезвычайных для данного индивидуума (внутренних или внешних) раздражителей совокупность функциональных и (или) структурных перестроек в организме (психике) больного, связанных между собой единством происхождения и развития, которые обуславливают существенное отклонение от нормы в жизнедеятельности пораженного органа или системы и проявляются в определенном сочетании симптомов (признаков).

В своей диагностической деятельности врач непосредственно имеет дело с симптомами болезни, поскольку именно они доступны обнаружению и описанию. Однако болезнь недопустимо сводить на позитивистский лад к совокупности наблюдаемых клинических фактов, явлений: за ними врач должен усмотреть уровень сущности страдания больного. Что же представляет собой сущность болезни? Общеметодо-

²⁰ Там же, стр. 226—227.

логическую основу понятия сущности составляет представление о причинных и функциональных взаимосвязях между элементами объектов познания. Наличие таких взаимосвязей, подчиненных тем или иным законам, позволяет выделить в объекте определяющую совокупность его свойств, из которой «выводимы» (т. е. на основе которой могут быть объяснены) все остальные свойства данного объекта. Такого рода определяющие совокупности, обуславливающие другие свойства, стороны объектов, составляющие основу их качественной специфики, и являются, собственно говоря, сущностями объектов²¹. Что касается болезни, то определить ее сущность — значит обнаружить, выделить ведущее звено, оказывающее преимущественное влияние на все важнейшие стороны патологического процесса и имеющее решающее значение для развития и исхода болезни в целом²². А это, в свою очередь, предполагает рассмотрение болезни как системного образования, осмысление места и роли различных сторон и аспектов происшедших в организме изменений. Мысленная интеграция этих сторон, аспектов патологического процесса в целостное подвижное образование и вместе с тем выделение в нем ведущего звена — именно это и выводит врачебно-диагностический поиск на уровень распознавания сущности болезни. В конечном итоге этот поиск неизбежно приводит врача к выявлению возможных причин данной болезни, механизма ее возникновения и развития. Сущностный уровень — это уровень патогенетического и этиологического мышления врача. Необходимо отметить относительный характер сущности всякой болезни. То, что ранее рассматривали как сущность данной патологии, позднее, с развитием медицинской науки и клинической практики предстает уже в качестве производного, обусловленного более фундаментальными факторами, о существовании которых ранее не было известно. Это означает, что медицинская наука поднимается в познании данной болезни до сущности более высокого порядка. «Сущность вещей» или «субстанция» тоже относительны, — писал В. И. Ленин, — отмечая при этом, что данные понятия выражают только углубление человеческого познания объектов²³. Эту же закономерность, переосмысленную применительно к специфике распознавания сущности болезни человека, следует иметь в виду и клиницисту.

Диагностический поиск направлен не на обнаружение болезни вообще, а на выявление вполне определенного заболевания. Болезнь вообще — это абстракция, которая не существует в качестве самостоятельной сущности. Объективно-реально существуют лишь ее разнообразные виды — грипп, гипертоническая болезнь, гастрит и т. п. Кроме того, выделение различных видов болезни также может быть связано с абстракциями иного уровня. К примеру, понятие «ишемическая болезнь сердца» включает ряд форм, характеризующихся особенностями течения и степенью поражения. Это и обычное течение, проявляющееся стенокардией, это и образование тромба в сосудах сердца с развитием некроза в мышце сердца (инфаркт миокарда), это и хронический процесс с образованием более или менее крупных очагов рубцовой ткани в мышце сердца (кардиосклероз). Каждое из них имеет свои особенности, от которых мы абстрагируемся, когда образуем общее понятие ишемической болезни сердца. В медицинской литературе вместо термина «вид болезни» чаще употребляется выражение «нозологическая форма». Нозологические формы определяют как разновидности болезни, характеризующиеся отличительными для каждой из них сочетаниями симптомов, лежащими в их основе изменениями функциональной и мор-

²¹ Е. К. Войшвилло. Понятие. М., 1967, стр. 151.

²² Как отмечал И. А. Кассирский, надо всегда помнить о бесплодности для теории и практики медицины аморфного понимания патогенеза болезни без учета и выделения ее «очага». См. И. А. Кассирский. О врачевании. М., 1970, стр. 33.

²³ См. В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 18, стр. 277.

фологической структуры пораженного органа или системы, а также специфической для каждой из них совокупностью этиологических факторов. Логическая функция понятия «нозологическая форма» как раз и состоит в выделении из объема общего (родового) понятия «болезнь» различных подмножеств, проще говоря, заболеваний. В свою очередь, каждая нозологическая форма — это тоже общее (класс, множество), но уже по отношению к отдельным случаям страдания данной разновидности болезни. Так, ишемической болезнью сердца как определенной нозологической формой страдают многие люди, и в самом этом понятии фиксируется лишь инвариантное морфофункциональное содержание и типовая симптоматика (клиническая «картина»), встречающиеся у различных больных, страдающих данной болезнью. Однако у каждого из больных имеется своеобразие в протекании этого заболевания. В итоге патологии (болезнь) постигается врачом как диалектическое единство трех ее уровней: единичного, особенного и общего. Единичное — это конкретный случай страдания каким-то заболеванием; особенное — разновидность болезни, та или иная ее нозологическая форма; общее — болезнь вообще, предельно общее содержание всех заболеваний. Каждый из выделенных уровней патологии предъявляет специфические требования к его распознаванию. Действительно, одно дело — установить, что человек просто нездоров, чем-то болен; другое — выявить, какой именно болезнью он страдает, т. е. поставить нозологический диагноз, и, наконец, третье — определить своеобразие протекания этого заболевания в организме именно данного человека. Важно выявить и осмыслить логические и методологические средства, «работающие» на каждом из уровней распознавания страдания больного, принципы, объединяющие эти уровни в единую цепь диагностического поиска.

Следующее направление анализа категории «болезнь» связано с существованием и развитием в организме больного одновременно нескольких патологических «очагов», относительно самостоятельных в патогенетическом и этиологическом плане. Болезнь в подобных случаях предстает как единство в многообразии: несколько различных заболеваний интегрируются системообразующими факторами организма в качественно новое целостное образование, не редуцируемое к своим составляющим ни в патогенетическом, ни в симптомологическом аспектах. Диагностика каждого из заболеваний приобретает в подобных случаях целый ряд специфических черт, мало разработанных в логико-методологическом отношении. Решению этой проблемы будет способствовать, на наш взгляд, углубленный анализ соотносительных понятий «основное заболевание», «осложнение», «сопутствующее заболевание» и «сочетанные заболевания»²⁴. Оперирование этими категориями позволяет врачу мысленно дифференцировать целостный многоочаговый патологический процесс на отдельные относительно самостоятельные «блоки», выделить его основное содержание, уяснить роль побочных, сопутствующих болезненных образований, могущих осложнить течение и исход болезни в целом и таким образом воспроизвести внутреннюю динамику одновременного течения ряда патологических процессов, составить адекватное диагностическое заключение. В частности, определение врачом некоторого заболевания как основного дает возможность выявить главное, решающее звено многоочагового патологического процесса на различных этапах его развития и в соответствии с этим разработать

²⁴ Интересная работа проделана в этом отношении в статьях: А. М. Лифшиц, М. Ю. Ахмеджанов. Проблема диагноза в настоящее время. «Терапевтический архив», 1980, № 9; С. С. Вайль. О теории и практике диагноза основного заболевания. «Клиническая медицина», 1977, № 8. См. также Г. И. Царегородцев, Е. А. Кротков. Логико-методологический анализ некоторых категорий клинической медицины. «Вестник АМН СССР», 1985, № 5.

систему лечебных мероприятий. С помощью понятий «осложнение» и «сопутствующее заболевание» врач выявляет те структурно-функциональные повреждения, которые могут придать развитию основного заболевания более опасный характер, изменить форму его протекания. Ситуация, отображаемая понятием «конкурирующие заболевания», обязывает врача быть предельно внимательным к каждому из двух равноопасных заболеваний в организме больного и продумать соответствующую методику лечения. Содержание понятия «сочетанных заболеваний» указывает мышлению клинициста на возможность и опасность кумулятивного эффекта в параллельном развитии нескольких болезней.

Как известно, живая природа не укладывается раз и навсегда в дефинитивные формулы, с помощью которых человек выделяет и систематизирует ее явления и процессы. В ней все, «начиная от протистов и кончая человеком, находится в вечном возникновении и исчезновении, в непрерывном течении, в неустанном движении и изменении»²⁵. Эта великая истина, не знающая исключений, имеет прямое отношение и к обсуждаемому вопросу. Врач всегда обязан помнить, что квалификация какого-либо заболевания в качестве основного либо неосновного (сопутствующего и т. п.) нередко имеет смысл только применительно к данной, конкретной ситуации, за пределами которой она может оказаться ошибочной и даже просто бессмысленной. В частности, ни за одним заболеванием не может быть закреплено «звание» основного без сопоставления его с другими, одновременно с ним развивающимися заболеваниями в организме пациента, без сравнительной оценки их угрожаемости, стадии и динамики развития. Одно и то же заболевание в структуре одного комплекса болезней может оказаться основным, в то время как в контексте других заболеваний оно будет неосновным, точно так же, как в динамике развития патологического процесса один диагноз основного заболевания может смениться другим²⁶.

Важнейшим элементом диагностического процесса является поиск врачом симптомов, признаков болезни. Симптомы, диагностические признаки составляют, как известно, единственный источник информации, тот канал связи, умело пользуясь которым врач узнает все необходимое о болезни его пациента. И в этом плане перед врачом встают, как нам представляется, три задачи: обнаружить симптомы, признаки болезни, не пропустить ни одного из важных для диагностики явлений (Г. А. Захарьин); дать выявленным симптомам и признакам правильную оценку (интерпретацию): каждый симптом, каждый признак подлежит обсуждению в смысле его патогенетической сущности и диагностической оценки (М. П. Кончаловский); из полученной информации сделать надлежащие выводы относительно диагностируемого страдания, его вида, особенностей протекания, механизма развития. Решение указанных задач во многом зависит от понимания самой природы симптомов, закономерностей их связи с болезнями, семиотической функции отдельных симптомов и их комплексов, что выводит нас на философско-методологический уровень анализа категории «симптом».

Симптомы обычно истолковываются как проявления болезни. Однако тот или иной симптом в качестве проявления должен непосредственно сопоставляться не с болезнью в целом, а с ее сущностью, проявлением которой оказывается данный симптом. Такой подход позволит врачу широко использовать логический потенциал соотносительных категорий «сущность—явление» в целях распознавания патологии, определения ее внутреннего и внешнего, случайного (второстепенного) и закономерного (главного) измерений. Проявления сущности болезни — симптомы — характеризуются так же, как ее признаки. Признак — это

²⁵ К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 20, стр. 354.

²⁶ См. С. С. Вайль. О теории и практике диагноза основного заболевания.

всегда фактор, имеющий значение не сам по себе, а в связи с тем, о чем он «говорит», что он представляет, «знаком» чего он выступает. В некотором смысле симптомы действительно могут быть истолкованы как своеобразные знаки. По определению Ч. У. Морриса, «нечто есть знак только потому, что оно интерпретируется как знак чего-либо некоторым интерпретатором»²⁷. Используя аналогию между симптомом и знаком, можно утверждать, что тот или иной фактор является признаком (симптомом) болезни лишь в структуре семиозиса, в котором роль признака выполняет сам этот фактор, обозначаемого — патологический процесс (заболевание), о наличии которого в организме больного свидетельствует этот фактор, а интерпретатором выступает врач, для которого данный фактор становится признаком распознаваемой патологии. Отсюда следует, что свойство «быть симптомом» не является имманентным тем факторам, которые выполняют роль симптомов. Каждый такой фактор лишь становится симптомом, и становится им лишь тогда, когда он включен в диагностический процесс, т. е. когда он выявляется с целью обнаружения заболеваний. Однако это не означает, что врач может по своему желанию выбирать, какие факторы рассматривать в качестве симптомов, а какие — нет. Симптомы относятся к категории так называемых естественных знаков, стоящих с представляемым ими содержанием в причинно-следственных либо функциональных связях. Факторы, выступающие в роли симптомов, существуют объективно-реально, ничуть не изменяясь от того обстоятельства, что они оказываются «исполнителями» этой роли. Ошибочна и конвенционалистская интерпретация симптомов, согласно которой «бытие» некоторого фактора в качестве симптома болезни является следствием соглашений, принятых на сей счет специалистами по соображениям удобства. В отношении симптомов действительно имеет место отбор, осуществляемый специалистами. Однако в результате такого отбора, протекающего годы, десятки лет, а нередко и столетия, лишь тем из факторов «вверяется» эта функция, которые находятся с диагностируемым заболеванием в устойчивой (объективно существующей) причинно-следственной или функциональной связи и которые сравнительно нетрудно выявляются, обнаруживаются.

Нередко симптомы характеризуют как внешние признаки болезни, как ее видимые проявления²⁸. Важно иметь в виду, что в роли симптомов могут выступать и факторы, которые трудно отнести к категории внешних (видимых). К примеру, одним из признаков (симптомов) такого заболевания, как амилоидоз, является обнаружение амилоидной субстанции в микропрепарате, полученном посредством биопсии печени или почки. Можно ли этот признак назвать «внешним» по отношению к данному заболеванию? В каком смысле он является «видимым»? Попробуем внести ясность в эти вопросы. На наш взгляд, категории внешнего и внутреннего с широким внедрением лабораторных и инструментальных методов исследования уже не могут служить самостоятельной концептуальной основой выделения симптомов из всей совокупности факторов, составляющих диагностируемое заболевание. Целесообразно дополнительно привлекать для этой цели категории наблюдаемого и ненаблюдаемого. В научном познании к наблюдаемым сущностям (объектам) относят предметы, процессы, которые непосредственно или через посредство приборов могут восприниматься органами чувств человека (наблюдателя): «наблюдаемыми могут быть лишь те предметы, которые так или иначе включаются в процесс получения сенсорной информации»²⁹. К ненаблюдаемым (или наблюдаемым опосредованно)

²⁷ Ч. У. Моррис. Основания теории знаков. Семиотика. М., 1983, стр. 40.

²⁸ «Пропедевтика внутренних болезней», стр. 81.

²⁹ В. А. Лекторский. Субъект. Объект. Познание. М., 1980, стр. 185.

относятся абстрактные объекты, теоретические конструкты типа «точечная масса», «абсолютная температура», «потенциал», «сущность» и т. п., а также некоторые реальные, конкретные объекты — электромагнитные поля, атомные и субатомные частицы, фотоны и т. д., чувственное восприятие которых оказывается невозможным вследствие несоизмеримости их свойств с разрешающей способностью органов чувств человека или приборов, которыми он пользуется. В медицине данное различие имеет свою специфику, связанную с тем, что врач обследует человека, и это обстоятельство накладывает определенные ограничения на выбор средств и объектов его клинического наблюдения. К примеру, то, что доступно обнаружению при патологоанатомическом наблюдении (при вскрытии), не всегда может быть обнаружено клиническими методами обследования. Более того, не всегда применимы и некоторые из средств и методик прижизненного обследования, что может быть обусловлено особой тяжестью состояния больного, угрозой причинить ему вред. Следовательно, в роли симптомов выступают лишь те изменения в организме больного, которые доступны наблюдению с помощью таких клинических, а также лабораторных и инструментальных средств и методик обследования, применение которых не приводит к существенному ухудшению состояния обследуемого. Ясно, что с развитием науки, изобретением и внедрением в клиническую практику более совершенных диагностических инструментов, приборов и аппаратов область наблюдаемого в указанном выше смысле заметно расширяется, увеличивается и совокупность клинических фактов (симптомов), на основе которых врачи ставят свои диагнозы. Доступность для наблюдения и вместе с тем способность свидетельствовать о происходящих в больном организме морфологических и функциональных перестройках и составляют те основания, по которым соответствующие факторы квалифицируются как симптомы болезни. Изложенное дает нам основание предложить следующую дефиницию понятия «симптом»: симптом представляет собой элемент целостной системы морфологических и (или) функциональных изменений в организме (психике) больного, производный от совокупности основных, ведущих патологических перестроек (сдвигов) в нем, доступный клиническому наблюдению и в качестве признака болезни несущий информацию о ее качественной определенности, форме протекания или стадии развития³⁰.

Клиническая практика показывает, что существует немного заболеваний, о наличии которых в организме человека можно судить на основе только одного симптома. Единичный симптом — это элементарная семиотическая единица диагностического языка; врач же «общается» с болезнью пациента на уровне комплексов симптомов — синдромов, клинической «картины» болезни. Эти симптомные образования представляют собой закономерные, патогенетически взаимосвязанные сочетания симптомов, т. е. сочетания, обладающие внутренней констелляцией, интегративной упорядоченностью, обусловленной законами развития диагностируемой патологии. Для них существенно «не только то, что в симптомах, но и то, как они (симптомы.— Авт.) соотносены друг к другу и, более того, почему они находятся между собой именно в таком отношении»³¹. Знание состава и способов сочетания симптомов в синдромах и клинической «картине» разнообразных заболеваний и

³⁰ В клинической литературе наряду с термином «симптом» употребляется словосочетание «диагностический признак». Это последнее выражает более широкое по объему понятие: каждый симптом является диагностическим признаком, но не каждый диагностический признак является симптомом. Диагностический признак — это любой фактор, выявляемый в процессе обследования больного и изменяющий степень правдоподобия диагностической гипотезы относительно искомого заболевания.

³¹ I. D a h m e r. Zur Logik der ärztlichen Diagnose. «Die medizinische Welt», 1969, 27/69, S. 1522.

позволяет врачу вести направленный поиск болезни, которой страдает его пациент.

3. Структурный (системный) анализ диагностического поиска. Логические средства врачебной диагностики

Дальнейшее рассмотрение врачебной диагностики мы поведем в свете того положения, что «рациональная реконструкция и анализ тех или иных видов деятельности невозможны без эксплицитного определения детерминирующих их задач»³². Такой подход позволяет четко выделить основные звенья диагностического процесса, обозначить его генеральный «маршрут», более адекватно оценить место и значение отдельных звеньев и диалектику их взаимосвязи. Решение любой задачи начинается с анализа ее условий. Своеобразие условий диагностической задачи состоит в том, что значительная их часть не задана врачу явным (эксплицитным) образом, а выявляется и формируется в ходе обследования пациента. Эту часть условий составляют данные анамнеза, объективные признаки болезни, результаты лабораторных анализов и инструментальных исследований. Учитывая методы и средства получения указанных данных, преимущественно сенсорный и фактофиксирующий характер содержащейся в них информации, условия диагностической задачи мы будем именовать эмпирической базой постановки диагноза. Вторую составляющую диагностической задачи образуют средства ее решения, которые, в свою очередь, могут быть подразделены на информационные (концептуальные) и инструментальные. К информационным средствам относятся: теоретическая (или априорная) основа диагностики, т. е. знание врачом этиологии, патогенеза и симптоматики различных заболеваний (их клинико-диагностические модели), а также некоторые сведения из фундаментальных областей научного знания (физики, химии, биологии, психологии), спроецированные на предмет клинической медицины, в частности диагностики. Инструментальные средства подразделяются на пять видов: технические, знаковые, методические, логические и математические. К техническим, инструментальным средствам относятся разнообразные приборы, диагностические аппараты, технические приспособления и т. п.; к знаковым — язык клинической медицины, а также различные диаграммы, схемы, графики, которые в той или иной связи использует врач в диагностических целях; к методическим — рекомендации относительно опроса и осмотра больных, диагностические алгоритмы; логическим — принципы, правила, законы логики, категорильный строй мышления врача; математическим — элементы математической статистики, теории вероятностей, обычные математические операции счета и т. п.

Еще один структурный «блок» диагностической задачи — проблемная ситуация. Она возникает как характеристика соотношенности условий задачи и конечной цели диагностики — построения диагноза. Эта характеристика существенно изменяется в ходе диагностического процесса. На его завершающем этапе названное соотношение характеризуется тем, что из выявленных условий задачи и теоретической (априорной) основы диагностики более или менее однозначно вытекает заключение о заболевании, которым страдает пациент. Однако на более ранних этапах диагностического поиска, а тем более в самом его начале полученные эмпирические сведения о больном не позволяют врачу столь определенно высказаться о диагнозе. Под проблематичностью диагностической ситуации мы и понимаем неопределенность, существующую в отношении диагноза и обусловленную неполнотой эмпирических сведений, полученных на определенном этапе обследования больного.

³² А. И. Ракитов. Философские проблемы науки. М., 1977, стр. 137.

При таком подходе следующий компонент диагностической задачи — процесс ее решения — естественно интерпретировать как поиск факторов (симптомов, признаков), понижающих степень неопределенности диагностической ситуации. Принципиальная схема (логическая модель) таким образом истолкованного диагностического поиска может быть уподоблена движению по дереву возможностей. Основание дерева возможностей образует неспецифическая симптоматика, которая может иметь место при различных заболеваниях, даже далеких друг от друга в этиологическом и патогенетическом отношении. Совокупности этих заболеваний соответствует дифференциальный комплекс диагнозов, каждый из которых образует одну из вершин дерева возможностей. Отправляясь от выявления у пациента неспецифической симптоматики (симптоматики первого уровня), врач переходит к поиску дополнительной диагностической информации (симптоматики второго уровня); если и эта информация оказывается недостаточной для установления диагноза, осуществляется исследование третьего уровня и т. д., до тех пор, пока очередной обнаруженный симптом (признак) или комплекс симптомов не выведет врача на одну из вершин-диагнозов. Наконец, в качестве самостоятельного компонента диагностической задачи может быть выделена ее конечная цель — правильный и своевременный клинический диагноз.

С каждой из названных выше структурных составляющих врачебно-диагностической задачи связан свой, более или менее значительный круг философско-методологических вопросов. Важно, чтобы эти вопросы анализировались в комплексе, с учетом места и значения в диагностическом процессе соответствующей составляющей задачи. Например, вопрос о логико-методологических средствах врачебной диагностики тесно связан с анализом ее общей структуры и гносеологической специфики. Как уже отмечалось, игнорирование этого обстоятельства приводит к искусственному «пристегиванию» абстрактных логических схем и методологических принципов к отдельным фрагментам диагностического процесса. Например, ошибочное отождествление врачебно-диагностического поиска с научно-исследовательским является одной из причин индуктивистской интерпретации логики клинического мышления, недооценки роли дедуктивных логических схем в диагностическом рассуждении. Аналогично вопрос о диагностической роли технических, инструментальных средств в распознавании заболеваний необходимо рассматривать в связи с анализом роли «живого» мышления врача, диалектики чувственного (эмпирического) и рационального (теоретического) в структуре диагностического поиска. Это позволит избежать как чрезмерного увлечения приборно-лабораторной, технико-инструментальной стороной дела в ущерб клиническому опыту врача, его мышлению, так и недооценки техники, приводящей к клиническому варианту технофобии.

Попытаемся теперь выделить важнейшие этапы или звенья диагностического процесса. На наш взгляд, они могут быть представлены следующим образом:

1. Обследование больного (формирование эмпирической базы диагноза).
2. Интерпретация симптомов: оценка их диагностического «веса», истолкование механизма развития, установление их внутренней взаимосвязи.
3. Выдвижение диагностических гипотез: генерализованной — в виде первоначального предположения о поражении того или иного органа или физиологической системы; частных — в порядке конкретизации генерализованного предположения, увязывания выявленной симптоматики с дифференциальным комплексом возможных диагнозов.
4. Верификация гипотез: сопоставление выявленной у пациента

клинической «картины» болезни с известными врачу заболеваниями, дифференциальная диагностика, установление основного диагноза.

5. Индивидуализация (конкретизация) основного диагноза: выявление осложнений, сопутствующих недугов, фонового заболевания, учет возрастных, социальных, наследственных факторов.

6. Наблюдение за больным в ходе его лечения и последующая коррекция диагностического заключения.

Данная цепочка не является строго направленной последовательностью действий. В любой из моментов диагностического поиска возможен возврат к уже, казалось бы, пройденному, отработанному этапу. Так, к обследованию пациента врач обращается не только в момент сбора первичных эмпирических сведений, на основе которых выдвигается генерализованная гипотеза, но и в процессе внутрисиндромной дифференциальной диагностики. Аналогично, на всем протяжении диагностического процесса, даже когда диагностическое заключение сформулировано и больному уже сделаны назначения, добросовестного, вдумчивого врача не покидают сомнения относительно правильности поставленного им диагноза, у него могут возникнуть новые догадки, предположения. Следует также подчеркнуть, что выделенные выше этапы диагностического поиска могут быть обособлены только силой абстракции и только в целях их более детального анализа. Недооценка высказанных соображений приводит к абсолютизации значения различных диагностических схем и алгоритмов, к метафизическому противопоставлению отдельных сторон, моментов диагностического процесса в качестве самостоятельных диагностических методов.

В заключение обсудим вопрос о врачебном (клиническом) мышлении, специфике его логических средств. Мышление врача является, бесспорно, важнейшим «инструментом» диагностической деятельности. Поэтому не случайно то пристальное внимание, которое проявляется в медицинской (методологической и специальной) литературе к врачебному мышлению вообще и его диагностическому аспекту в частности. Решение данного вопроса имеет важнейшее значение для разработки комплекса научно-методических рекомендаций по целенаправленному формированию логической культуры мышления врача. Ключом к решению может послужить замечание Ф. Энгельса о «практическом применении мышления к эмпирическим областям»³³. Врачебному мышлению, как и всякому другому (инженерному, педагогическому, юридическому и др.) присущи универсальные логические характеристики (принципы, законы), следование которым составляет обязательное условие правильности мышления и его эффективности. Ни один из профессионально ориентированных типов мышления не должен, на наш взгляд, претендовать на некую специфичность применяемых им логических средств. А такой подход имеет место в литературе, когда, к примеру, пишут об особенностях логического аппарата клинического мышления, о «преломлении» (?) общих законов логики в своеобразии задач и материала врача³⁴. Но если принять этот тезис, то в таком случае обретут смысл поиски «врачебного» как исторического силлогизма, «диагностической» индукции, «клинического» варианта восхождения от абстрактного к конкретному и т. п. Сомнительно, что наука логики когда-либо обнаружит такие особенности. Правильно говорить не о специфике и преломлении законов логики, а о применении универсальных логических принципов, законов и категорий к решению специфических задач той или иной области науки и практической деятельности. Поэтому не поиски мнимой специфики логических средств, а выявление той их совокупно-

³³ К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 20, стр. 367.

³⁴ См. А. С. Попов, В. П. Кондратьев. Очерки методологии клинического мышления. Л., 1972, стр. 22.

сти, которая наиболее характерна для врачебного мышления, — именно так мы представляем себе суть его логического анализа³⁵. Естественно, что такой анализ должен быть сопряжен с исследованием специфики задач, решаемых соответствующим видом профессиональной деятельности, в нашем случае — диагностическим поиском врача. Однако в логике как единой и универсальной системе логических средств (принципов, законов, категорий) могут быть вычленены такие ее фрагменты, которые более всего подходят к логическому «типу» именно данного вида научной или профессиональной деятельности.

Другой широко распространенный предрассудок в отношении логики врачебного мышления состоит в отрицании необходимости и даже просто полезности углубленного ее изучения. Сторонники таких взглядов отмечают, что многие выдающиеся клиницисты, которые никогда не изучали логики, были тем не менее прекрасными диагностами; следовательно, высокий диагностический профессионализм никак не связан с логической культурой врача. Что можно противопоставить этой позиции? Как известно, навыки рассуждений, оперирование понятиями усваиваются и «шлифуются» врачом, как правило, на интуитивно-практическом уровне, в процессе обучения, освоения хорошо отработанных в логическом отношении текстов и т. п. Поэтому врачи обычно не отдают себе отчета в том, какими правилами, принципами и законами логики они пользуются. Однако это не означает, что названными правилами, принципами и законами врачи могут пренебрегать, т. е. мыслить не в соответствии, а вопреки им. Кроме того, стихийно сформировавшиеся логические навыки или «интуитивная» логика не сообщают мышлению свойств самонаблюдения и самоконтроля. Эти способности, состоящие в контроле мышления над своими собственными логическими операциями и действиями, включают в себя понимание их структуры, функций, условий правильности их осуществления, возможных ошибок. Именно эта способность, которую можно развить лишь изучением основ науки логики, помогает врачу в сложных диагностических ситуациях «переводить» бессознательный логический процесс в осознанный. Благодаря этому мышление врача становится значительно глубже, точнее и связаннее. Не случайно виднейшие представители отечественной и зарубежной медицины были активными сторонниками повышения логической культуры врачей. Вот некоторые широко известные свидетельства на этот счет. «В медицине особо потребно знание правильного мышления... думается, не далеко то время, когда врачи будут конфузиться, вспоминая свое скептическое отношение к логике» (Л. П. Боголепов); «ошибка есть результат того, что в диагностике клинициста... не было внутренней логики мышления» (А. С. Воронов); «врачу нужно воспитывать в себе логическое мышление, ибо такой врач принесет гораздо больше пользы...» (С. П. Федоров); «задача клинициста состоит в овладении «приемами умозаключения в такой степени, чтобы быть самостоятельным деятелем» (С. П. Боткин); «мысли врача должны быть логичными... они должны быть правильными, т. е. поддаваться проверке, быть доступными рациональному способу доказательства» (Г. Глязер).

Когда говорят о логичности рассуждений врача, решающего диагностическую задачу, прежде всего имеют в виду формально-логическую связанность его мыслей. Принципы, законы и правила такой «связанности» исследует формальная логика³⁶. Специальный анализ показы-

³⁵ В этом плане мы вполне разделяем точку зрения Г. Клауса, видного философа и логика из ГДР, согласно которой «неверно утверждать, будто для каждой отдельной науки существует своя особая логика». Г. Клаус. Введение в формальную логику. М., 1960, стр. 39.

³⁶ Иногда формальную логику как науку характеризуют в качестве элементарной. Трудно понять, что подразумевают в этих случаях под термином «элементарность».

ваает, что для диагностического аспекта врачебного мышления в равной мере характерны формально-логические схемы как достоверного, так и правдоподобного вывода. Важнейшая функция таких схем заключается в определении на их основе степени обоснованности диагностических гипотез. Врачу необходимо знать, в какой степени его диагностическое заключение детерминировано имеющимися в его распоряжении клиническими фактами и априорной основой диагноза, т. е. можно ли считать построенный им диагноз достоверным, или же он является лишь правдоподобным. В последнем случае ему важно знать, какова «мера» или степень этого правдоподобия, какая информация о больном и его страдании могла бы повысить эту степень, или, наоборот, свести ее к нулю и тем самым отвергнуть предполагаемый диагноз. Реконструируя ход своих рассуждений, врач с помощью названных схем вывода может найти ответы на эти и другие весьма серьезные вопросы. Широко могут быть использованы дедуктивные логические средства в анализе простых (однозвенных) рассуждений врача. Здесь наиболее характерны выводы по схемам условно-категорического и разделительно-категорического умозаключений. В определенности, последовательности и непротиворечивости рассуждений врача немалую роль могут сыграть законы формальной логики: тождества, исключенного третьего и непротиворечия. Вот уже несколько поколений наших врачей не изучают курса формальной логики, и сегодня многие клиницисты имеют довольно смутное представление о логической правильности диагностических рассуждений, о логических операциях с понятиями. Между тем самые «простые» законы и правила формальной логики нарушаются чаще, чем это принято считать. Об этом говорит немалое число логических ошибок в диагностике. Решению этой проблемы могло бы способствовать, на наш взгляд, создание учебного пособия для преподавателей клинического профиля, в котором бы излагалась логическая теория врачебной диагностики, ориентированная на уровень современной (символической) логики, аппарат которой уже давно используется специалистами «компьютерной» диагностики³⁷.

Логический «механизм» мышления врача было бы неоправданно ограничивать лишь установлением формально-логических связей между мыслями (понятиями и суждениями). Диагностический процесс прежде всего есть процесс мысленного воспроизведения содержания распознаваемого заболевания, взятого в динамике, в развитии. Логическими формами такого воспроизведения служат категории, принципы и законы материалистической диалектики. Так, с помощью категорий явления и сущности, внешнего и внутреннего (наблюдаемого и ненаблюдаемого) врач воспроизводит в своем мышлении противоречивое единство симптоматики заболевания и его основного звена («очага»); диалектика нозологического и индивидуального в патологическом процессе осмысливается врачом посредством категорий общего и особенного (единичного), абстрактного и конкретного; логика взаимосвязи части и целого позволяет очертить соотношение общего и местного в диагностируемой патологии; категориальные средства учения о диалектическом противоречии образуют логический каркас осмысления взаимосвязи реакций пола и защиты в больном организме, механизма развития (патогенеза) заболевания и т. д. Уже из этих примеров хорошо видно, что категории

Точнее было бы назвать ее фундаментальной, и именно в том смысле, что ее изучение помогает осознать минимум условий правильного (связанного, последовательного, непротиворечивого) мышления в любой сфере его «применения». Что же касается утверждений о ее элементарности в смысле простоты усвоения изучения (такое понимание наиболее распространено), то они весьма далеки от истины.

³⁷ Хорошее изложение некоторых аспектов логической теории диагностики содержится в работе I. Dorożewski. *Z badań nad logiczną strukturą diagnozy lekarskiej*. «Polskie archiwum medycyny wewnetznej», 1973, 50, nr. 8.

материалистической диалектики выполняют в мышлении врача роль своеобразных общих посылок, логических форм специально-дисциплинарного (клинико-диагностического) осмысления распознаваемой патологии, ее содержания и развития. Однако было бы ошибочно рассматривать их в качестве мыслительных алгоритмов, однозначно определяющих каждое последующее звено в решении диагностической задачи. Их назначение состоит в определении «стратегических» ориентиров, широкого спектра «ходов» мышления клинициста, направлений его поиска, уровней анализа получаемой о большом информации. Именно поэтому с помощью категориальных средств материалистической диалектики, взятых вне контекста клинических категорий и знаний, невозможно решение диагностической задачи. Вместе с тем нет ничего более аморфного, беспомощного, чем «беспредпосылочное» клиническое мышление, позитивистски нацеленное на «чистую» фактуальность, на стерильность мышления в смысле полного отсутствия в нем категориального содержания. Категории материалистической диалектики являются «формами живого, реального содержания, связанными неразрывно с содержанием»³⁸ и, следовательно, необходимым условием познания этого содержания.

В настоящей статье мы не ставили перед собой задачи детального анализа «работы» формально-логических и диалектико-категориальных средств в сфере диагностического мышления. Эта задача — предмет специального исследования. Отметим лишь, что категории, принципы и законы материалистической диалектики, взятые в их логической функции, столь же общезначимы и универсальны, как и законы, правила и принципы формальной логики. Причем никакой субординации между этими двумя классами логических средств в клиническом мышлении не существует. И это естественно, поскольку каждый из них выполняет не альтернативные, а взаимодополнительные функции. Законы и правила формальной логики относятся к структурным связям и отношениям между мыслями, в то время как принципы, законы и категории материалистической диалектики характеризуют основные уровни и аспекты мысленного воспроизведения исследуемого объекта, общие закономерности его изменения, развития. В первом случае речь идет о нормативах «переработки» уже имеющихся знаний, во втором — о регулятивах их расширения и углубления. Поэтому ничто не может (и не должно) помешать врачу осмыслить диалектику причины и следствия, сущности и явления, части и целого, структуры и функции, общего и специфического в диагностируемой патологии в формально-корректном рассуждении. Формально-логическая строгость такого рода рассуждений как раз и позволяет клиницисту применять гибкость понятий не субъективно, а объективно, т. е. диалектически³⁹.

³⁸ В. И. Ленин Полн. собр. соч., т. 29, стр. 84.

³⁹ См. там же. стр. 99.