

3 приводу помилок під час розпізнавання злоякісних пухлин внутрішніх органів

М. Д. Стражеско

Київський медичний інститут

Статтю опубліковано в «Журналі медичного циклу Всеукраїнської академії наук», 1931; № 1–2: 639–640, продовження в № 41: 123–131.

Ім'я Миколи Дмитровича Стражеска — це не просто сторінка в історії української медицини. Це школа клінічного мислення. Видатний український лікар, терапевт, академік, один із засновників вітчизняної кардіології, М. Д. Стражеско належав до тих клініцистів, для яких діагноз був не «удачею» і не набором тестів, а результатом ретельного інтелектуального аналізу.

Його стаття, написана майже століття тому, дивує точністю. Ми звикли думати, що діагностичні помилки пов'язані з похибками інструментальних та лабораторних досліджень. Однак академік М. Д. Стражеско доводить протилежне: технології можуть зменшувати невизначеність, але не замінюють мислення. Більше того, навіть на термінальних стадіях раку, коли симптомів, здавалося б, «достатньо», лікарі помиляються частіше. І це відбувається не внаслідок браку знань, а через пастки інтерпретації.

Ми представляємо сучасному лікарю майстер-клас з того, що зараз називають когнітивними помилками, які призводять до хибного діагнозу. У кожному клінічному випадку академік М. Д. Стражеско демонструє, як легко потрапити в пастку шаблонного мислення: надати одному симптому або навіть результату інструментального обстеження абсолютного значення, забути про динаміку процесу, почати пояснювати всі факти одним зручним сценарієм — і втратити істину.

Ця стаття дає лікарю рідкісну можливість поглянути на себе збоку. Не в ідеальних умовах протоколів, а в реальній клініці — там, де симптоми можуть маскуватися, хвороби поєднуватися, а дані «конфліктувати» між собою.

Коли заходить мова про помилки в діагностиці злоякісних новоутворень внутрішніх органів, зазвичай мають на увазі раннє розпізнавання пухлини, тобто той період її росту, коли вона ще невелика, у зв'язку із чим за сучасної методики клінічного дослідження її важко виявити, і коли вона ще не дала функціональних порушень в ураженому органі, не відобразилася на всьому організмі і не призвела до кахексії, своєрідних змін у кровотворенні та обмінних речовин. По суті кажучи, для діагностування раку

в цей період росту запропоновано різні проби та біологічні реакції, наприклад Абдергальдена, Фройнда і Камінер, Кана, Ботело та ін., оскільки вважають, що в цей час розпізнати рак важко і що однієї лише клінічної семіотики для цього недостатньо.

Я ж хочу поговорити про труднощі діагностування новоутворень у внутрішніх органах навіть у той період росту, коли пухлина вже достатньо велика, коли вона вже виявлена і навіть наявні численні місцеві та загальні ознаки, яких, здавалося б, більш ніж достатньо для того, щоб клініцист правильно оцінив патологічний процес. А між тим навіть за цих умов діагностичні помилки трапляються незрівнянно частіше, ніж в інших галузях клінічної медицини, оскільки симптоматика захворювання нерідко є настільки своєрідною, що думка клініциста йде хибним шляхом, незважаючи на його досвід, знання та вміння мислити діалектично.

Про те, наскільки часто припускаються помилок у діагностиці злоякісних новоутворень саме в термінальний період, може свідчити статистика видатних хірургів, а ще більше — секційний матеріал. Ось, наприклад, хірург Фаульгабер вважає, що рак шлунка залишається нерозпізнаним або неправильно розпізнаним у 20–30% усіх випадків, а Гартман, один з найвидатніших хірургів-клініцистів Парижа, з 957 випадків раку шлунка помилився в діагнозі у 19%. Відомий німецький патологоанатом Любарш наводить ще разючішу статистику: у 32% усіх випадків рак внутрішніх органів був у Німеччині не розпізнаний. Що ж стосується, наприклад, раку легень, то помилки в діагнозі спостерігаються ще частіше. Так, Юнгханс для періоду 1928–1929 рр. вказує, що в Дрездені помилковий діагноз при раку легень був допущений у 52% випадків, а за даними Берблінгера, що стосуються міста Єни, — у 37%. Ці цифри, слід мати на увазі, належать до того часу, коли клініка з діагностичною метою вже широко користувалася рентгеноапаратурою, всілякими біологічними та біохімічними пробами і коли у зв'язку з тим, що ракові новоутворення трапляються дуже часто (наприклад, за німецькою статистикою 1930 р., у Тюрингії смертельні випадки від раку становлять у середньому 10% усіх смертей), у клініцистів мали

виробитися вміння та досвід розпізнавати рак. А що ж було ще раніше? Відповідь зрозуміла: помилки у деяких клініцистів при розпізнаванні раку легень досягали 100%.

Тим часом ми чудово знаємо, що в інших галузях сучасної клінічної медицини відсоток помилкових діагнозів зведений мало не до нуля. Візьмемо, наприклад, серцеві хвороби, захворювання нирок, навіть складні для діагностування деякі форми захворювання кровотворних органів. У цих галузях помилки трапляються рідко, а в деяких клініках, мабуть, їх зовсім не буває. У чому ж справа? Чому під час розпізнавання новоутворень внутрішніх органів не тільки в початковий період їх розвитку, але навіть на термінальній стадії, коли пухлина вже виявлена, помилки спостерігаються так часто? Перш ніж проаналізувати причини цих помилок, я дозволю собі навести коротко кілька випадків зі своєї клінічної практики. Почну з новоутворень шлунково-кишкового тракту.

Випадок 1. Лікар Б-х, 54 років, який страждає на артеріосклероз та аорталгію, рік тому захворів на ацидоз із болем у ділянці живота. Біль з'являвся незабаром після вживання їжі, а часто й натще, віддавав у спину, під праву лопатку. Незважаючи на дотримання противиражкової дієти та відповідне лікування, біль не припинявся. Під час дослідження вмісту шлунка було виявлено гіперсекрецію (загальна кислотність 68–70), а також домішки крові. В останні півтора місяця біль став нестерпним: хворий увесь час отримував атропін і морфій, які приносили лише тимчасове полегшення. Повторне дослідження вмісту шлунка знову показало гіперсекрецію; у фекальних масах сліди крові, реакція Вебера позитивна. Розвинулася сітіофобія¹ — хворий почав худнути. Одночасно почала підвищуватися температура тіла, вечорами — до 38 °С.

Дослідження органів черевної порожнини: злегка збільшена печінка, воротар болючий, при промацуванні дещо нерівний.

Хворого знобило, температура тіла щодня стала підвищуватися до 39,4–40 °С і трималася на цьому рівні по кілька годин, потім знижувалася, і пацієнт пітнів. Нейтрофільний лейкоцитоз поступово наростав і досяг 41 000. Повторні аналізи крові на малярію незмінно давали негативний результат.

Поступово почала збільшуватися в розмірі печінка, причому верхня межа тупості печінки в ділянці соскової лінії була деформована, випиналася догори у формі дуги між пригрудинною та передньоключичною лініями. У нижніх відділах правої легені явища ателектазу. Консилиуми з найкращих київських терапевтів і хірургів зупинилися на припущенні, що хворий страждає на кальозну виразку шлунка, яка дала перфорацію з подальшим піддіафрагмальним абсцесом.

Рентгеноскопія: ізольоване куполоподібне випинання діафрагми між пригрудинною та передньоключичною лініями, діафрагма в цьому місці піднята, її рухливість обмежена. Рентгенівський діагноз: піддіафрагмальний абсцес.

Операція: кальозна виразка шлунка з канкروزним переродженням її країв, кілька залоз на малій кривизні. Ізольований величиною з кулак канкрозний вузол із некрозом і розпадом у куполі печінки, серозний обмежений діафрагмальний перитоніт. Решта тканин печінки без змін. Раковий вузол у тілі підшлункової залози.

Наведений випадок, який цілком обґрунтовано спочатку розцінювали як виразку шлунка з можливим раковим переродженням її країв та заднім перигастритом, почали неправильно трактувати тоді, коли хворого почало щодня знобити, з'явилися септична температура, наростаючий лейкоцитоз і були виявлені деформація верхньої межі печінки та ізольоване випинання діафрагми з обмеженням її рухливості, тобто той комплекс симптомів, який характеризує піддіафрагмальний налив. Особливо підкріпило цю думку рентгенівське дослідження, яке виявило місцеве випинання купола діафрагми та її паретичний стан, а це вважається абсолютною ознакою піддіафрагмального нариву при загальних септичних явищах і лейкоцитозі.

Надавши абсолютного значення цьому симптомокомплексу і зіставивши його з попереднім діагнозом виразки шлунка, за якої після перфорації досить часто спостерігаються піддіафрагмальні нариви, лікарі забули про те, що під час розпаду пухлини також може спостерігатися висока інтермітуюча температура з лейкоцитозом, а метастази можуть бути в куполі печінки, що може зумовити випинання догори; забули рентгенівську картину і не взяли до уваги розвиток усієї хвороби, постійний жорстокий біль у спині, що вказує на ураження підшлункової залози. Загалом перестали діалектично аналізувати всі явища і трафаретно попрямували хибним шляхом.

Виникає питання: чи можна було тут уникнути помилки? Звісно, можна було. Треба було тільки оцінити всі симптоми в динамічному розрізі й пам'ятати, що метастази ракового новоутворення в куполі печінки з подальшим їх розпадом можуть дати весь симптомокомплекс піддіафрагмального правобічного нариву. Одним словом, не треба було відхилятися від діалектичного діагнозу.

А ось інший приклад не зовсім правильної оцінки явищ, а звідси, можливо, і помилкового діагнозу.

Випадок 2. Хвора Ф-ко, 24 років, надійшла в клініку з приводу печії та жорстокого болю в черевній порожнині. Біль посилюється після вживання їжі і віддає в спину. Ці явища турбують хвору понад чотири місяці. Такого ж характеру біль відзначався три роки тому, тримався близько двох місяців і після курсу дієтичного харчування вщух.

Хворіла на висипний тиф, спадковість не обтяжена. Статева сфера нормальна.

Status praesens. Хвора бліда, схудла. Язик обкладений. Органи грудної порожнини в нормі.

Печінка злегка збільшена і під час промацування болюча. Нижня межа шлунка на 1 см вище пупка. У ділянці малої кривизни промацується болючий, величиною з куряче яйце, подовжений «тумор». В іншому норма. Сеча нормальна. Невелика анемія.

¹Сітіофобія — страх перед вживанням їжі (прим. ред.).

Вміст шлунка — гіпохлія, реакції Грегерсена і Вебера позитивні. Реакція Вебера при дослідженні калу позитивна. Дуоденальний вміст — у порції жовчі В багато холестерину і лейкоцитів, живі лямблії.

Рентгенівське дослідження (дворазове): шлунок болючий, евакуація вмісту сповільнена, звуження duodenum у ділянці нижньої горизонтальної частини. Реакції Девіса і Ботело двічі різко позитивні. Дизоксидативна карбонурія — 1,9.

Діагноз: рак шлунка зі звуженням дванадцятипалої кишки під тиском пухлини.

Операція: шлунок без змін, багато залоз за шлунком, одна з них величиною з дитячий кулак; залози стискають duodenum. Хірургічний діагноз: лімфосаркома або туберкульоз залоз.

У цьому випадку зіставлення реакцій, досить характерних для раку, з виявленою при рентгеноскопії затримкою евакуації вмісту шлунка і повторними вказівками на приховані кровотечі дало привід стверджувати наявність раку шлунка, якого хірург під час операції не знайшов. Тут, мені здається, не зроблено помилки в аналізі клінічних симптомів; мені й тепер незрозуміло, чи не помилився у своєму висновку хірург. Адже не знайти в шлунку під час операції невелику канкрозну виразку — явище звичайне, а залози за шлунком, прийняті хірургом за туберкульозні або лімфосаркоматозні, могли бути й метастатичними, канкрозними. Для точного діагнозу треба було мікроскопічно дослідити залозу.

Прикладом того, якою мірою можна уникнути помилки під час діагностування раку шлунка, якщо правильно аналізувати явища і бути обережнішим у висновках, може служити такий випадок.

Випадок 3. Хвора М., 28 років, скаржиться на жорстокий біль під грудьми, який посилюється після вживання їжі. Ці явища спостерігаються вже протягом чотирьох місяців. У хворої кілька разів було блювання кольору кавової гущі, двічі відзначався чорний кал.

Вміст шлунка — норма, проте реакція Вебера позитивна.

Провела строгий курс противиразкового лікування, але безрезультатно: біль залишився. Повторна реакція на кров у фекальних масах позитивна.

Терапевт, який лікував хвору, направив її до мене на консультацію. Досліджуючи хвору вдома, я промацав уздовж малої кривизни шлунка болючу пухлину величиною з куряче яйце. Порадив лягти в клініку.

Status praesens. Хвора середнього зросту, астеничної будови, дуже бліда і виснажена. Органи грудної порожнини в нормі. Живіт не болить. Шлунок на 2 см вище пупка; на малій кривизні промацується «тумор» величиною з куряче яйце, під час дихання рухливий. Печінка та інші органи черевної порожнини без відхилень від норми. Гінекологічні дослідження не виявляють патології.

Вміст шлунка — загальна кислотність 36, вільної соляної кислоти 16. Реакція на кров позитивна. Реакція калу на кров — також. Сеча нормальна. Кров: невелика анемія — еритроцитів 4 800 000, лейкоцитів 6200, гемоглобіну 87% за Салі; лейкоцитарна формула нормальна. Дизоксикарбонурія — 0,9.

Рентген: на малій кривизні випинання і дефект наповнення з гладкими контурами і нішею в центрі. Евакуація нормальна.

Операція: гладка величиною з невелике яблуко пухлина з глибокою кровоточивою виразкою. Пухлина виходить з малої кривизни шлунка в його порожнину. Резекція пухлини. При мікроскопічному дослідженні міома шлунка з глибокою некротичною виразкою (випадок описано М. Щупаком).

У цьому випадку всі дані — сильний і стійкий біль під грудьми, кровотечі, які не вдавалося зупинити, гіпохлія, кальозна виразка з нішею при рентгенівському дослідженні і пальпований тумор — мали схилити до припущення про рак шлунка, проте цей діагноз не було встановлено. Сталося це, по-перше, тому, що дизоксидативна карбонурія давала показник нижче 1,0; по-друге, хоча захворювання було тривалим і кровотечі не припинялися, не спостерігалось вторинної анемії та виснаження. Правильно оцінивши відсутність цих важливих симптомів, лікарська думка не зробила категоричного висновку про злоякісну пухлину, а операція показала, що це дійсно була міома.

Я дозволю собі навести один випадок розпізнавання раку підшлункової залози, перебіг якого відбувався без кардинальних симптомів. Хвора надійшла в клініку з діагнозом захворювання хребта.

Випадок 4. Хвора Ш., 50 років, хворіє три місяці. Скаржиться на жорстокий біль у животі, зниження апетиту і періодичне блювання. Біль віддає в спину і в ноги і буває настільки сильним, що хвора не в змозі спати. Дуже схудла. Субфебрильна температура, вечорами до 37,6 °С. Має шістьох здорових дітей.

Хвора була детально обстежена в житомирській лікарні, причому всі аналізи патологічних змін не виявили. Знімок хребта дав вказівку на спондиліт у ділянці X–XII Д.

Status praesens. Хвора різко схудла, бліда. Через біль не може піднятися і навіть повернутися. Органи грудної порожнини в нормі. Невеликий загальний ентероптоз. Напруження в ділянці шлунка. На задній стінці шлунка нечітко визначається якась «резистентність» при промацуванні. Печінка і селезінка без відхилень від норми. Під час дослідження периферичної нервової системи виявлено болючість у ділянці X і XI Д, особливо зліва.

Вміст шлунка — ахілія, крові немає. У дуоденальному вмісті трипсин, ліпаза в нормі, вміст амілази знижений. Сеча нормальна, цукру немає. Гіперамілазурія. Реакція Ботело негативна.

Клінічний діагноз: рак тіла підшлункової залози.

Операція: середня частина тіла підшлункової залози уражена пухлиною величиною з куряче яйце, що охопила сонячне сплетіння.

Правильно розпізнати захворювання, незважаючи на чіткі вказівки рентгенівського дослідження щодо спондиліту, в цьому випадку допомогла тільки всебічна оцінка всіх симптомів, що спостерігалися. Якби не було приділено достатньої уваги тому, що біль у спині видавався стійким, чого зазвичай не буває при спондиліті, якби схуднення хворої було

неправильно розцінено як результат тривалих і жорстоких страждань, то навряд чи при певних змінах у хребті виникла б думка шукати вказівки на захворювання підшлункової залози. Але вдумлива і правильна діалектична оцінка всіх даних анамнезу та зіставлення їх із результатами об'єктивного обстеження, незважаючи на вказівку рентгенодослідження, змусили подумати про те, що тіло підшлункової залози може бути уражене і що в раковий процес можуть бути втягнуті нервові вузли. Малозначуща на перший погляд вказівка аналізу сечі (амілазурія) підкріпила думку про це припущення.

Які бувають несподівані комбінації раку з іншими захворюваннями і наскільки далекою буває лікарська думка від правильного діагнозу при таких комбінаціях, може показати викладений нижче випадок раку висхідної кишки.

Випадок 5. Молодий музикант Г., 28 років, запрошує мене на консилиум за участю видатних хірургів з приводу різкого болю в ділянці кишечника, що віддає в спину і праву ногу. Біль іноді носить характер нападів з підвищенням температури тіла до 38 °С і здуттям живота.

Об'єктивне дослідження. Хворий добре вгодований, на вигляд здоровий. Промацується ущільнена, розтягнута, малорухлива соесит, болюча при промацуванні. Окремо в спайках від сліпої кишки промацується потовщений відросток. Дослідження сечі та спеціальне урологічне обстеження правої нирки жодних вказівок не дали. Одностайний діагноз: апендицит, перитифліт зі спайками в ділянці жовчного міхура.

Операція: перфоративний апендицит зі спайками та перитифліт. На 11 см від сліпого кінця соесит у стінці кишки вузол величиною з велику сливу. Резекція кишки. Мікроскопічне дослідження виявило cancer coll ascendens.

Чи можна було в цьому випадку поставити правильний діагноз? Можливо, якби не захопилися виявленими спайками для пояснення незвично стійкого при перитифліті болю і зробили рентгеновське дослідження сліпої та висхідної кишок, то виявили б дефект наповнення (симптом Штірлінга), а це дало б вказівку на глибоку виразку, і тоді, можливо, диференційний діагноз коливався б між раковою і туберкульозною виразками. Однак, я думаю, що була б проявлена велика схильність до припущення про туберкульоз. Цей діагноз видався б природнішим: явища місцевого перитоніту, змінений при промацуванні відросток сліпої кишки і молодий вік хворого могли схилити лікарську думку в цей бік. Помилка, таким чином, усе ж сталася б. У цьому випадку помилковий діагноз був ніби неминучим і його слід віднести до так званих законних лікарських помилок.

Переходжу до аналізу помилок у розпізнаванні новоутворення органів грудної порожнини. Для ілюстрації діагностичних труднощів дозволю собі навести два випадки.

Випадок 6. Академік Д. Н. К., 64 років, звернувся до мене восени 1920 р. зі скаргами на біль у грудях, який посилювався під час ходьби, особливо

сходами. Біль віддавав у ліву лопатку і ліву руку. Не курить. Спадковість не обтяжена.

Пікнік, міцної статури. Ніс, щоки і губи ціанотичні. На шиї пульсація сонних артерій. У ділянці грудни і на боках розвинена мережа підшкірних вен. Вени шиї набряклі, потовщені, дещо розширені, але не пульсують.

Серце збільшене вліво на 1,5 см. Приглушені тони біля верхівки. Систолічний шум і різка акцентуація II тону на аорті. На руків'ї грудни притуплення, що виходить за її межі в сторони і вгору і досягає інцизури. Ритм серця регулярний. Артерії різко склерозовані. Пульс напружений, на лівій променевій артерії значно слабший, ніж на правій. Кров'яний тиск — 175/110 мм рт. ст. Легені — помірна емфізема. Дещо збільшена застійна печінка.

Кров — невелика поліглобулія. Сеча нормальна.

Рентгеновське дослідження: серце збільшене вліво. Різка тінь від аорти, яка розширена циліндрично і пульсує. Ширина тіні від аорти — 8 см. Рентгеновський діагноз — аневризма аорти.

Не будучи впевненим на підставі притуплення в ділянці грудни і розвитку вен у правильності рентгеновського діагнозу і припускаючи, що у хворого є пухлина середостіння, я поклав його в терапевтичну клініку Одеського університету, якою я тоді завідував. Хворий пролежав близько чотирьох місяців. Біль за грудиною поступово набув постійного характеру і заважав хворому лежати і спати. Іноді, особливо після ходьби, спостерігалися типові напади грудної жаби, що супроводжувалися ослабленням серцевої діяльності. Незабаром з'явилася задишка, яка ночами посилювалася. Через задишку доводилося вводити камфору й морфій.

У ході дослідження легень виявлено стенотичне дихання між лопатками і застійні явища внизу. Печінка збільшена. Діурез поступово зменшувався. Хворий уже не міг лежати і цілодобово сидів у кріслі. Поступово на ногах утворилися набряки, які піднімалися все вище і вище. Посилювався ціаноз. Серцева діяльність ослабла і підняти її вдавалося тільки на короткий час.

Повторні рентгеновські дослідження давали майже однакові результати. Можна було тільки помітити, що тінь від аорти стала густішою; все ж аорта пульсувала, хоча і слабо, в усі боки. Спеціаліст-рентгенолог дотримувався початкової думки про аневризму дуги аорти. За місяць перед смертю набрякла ліва рука, за два тижні з'явився невеликий лівобічний гідроторакс. При наростаючому ціанозі, задишці, набряках, схудненні та декомпенсації серця настала смерть.

Клінічний діагноз: tumor malignus mediastini, аневризма дуги аорти, коронарит, міокардит.

Секція. Циліндрична аневризма аорти, стінка якої різко і нерівномірно потовщена (в окремих місцях до 3 см). Атероматоз аорти. Коронарит. Інфаркт серцевого м'яза внаслідок закупорки передньої довгої гілки. Поширений склероз міокарда. Збільшені медіастинальні залози. При мікроскопічному дослідженні стінки аорти, крім склерозу і атероматозу, — саркома, що охоплює, немов футляр, усю дугу аорти з усіх боків.

Випадок 7. Хвора С. Ф-ман надійшла в клініку 5 червня 1931 р. Скаржилася на те, що їй складно ковтати, а також на біль за грудиною, у правій половині грудей і в спині. За останні два місяці сильно схудла. Венеричні захворювання заперечує. Спадковість чиста.

Status praesens. Статура середня. Обличчя бліде з ціанотичним відтінком. Шия потовщена. Пульсація сонних артерій однакова з обох сторін. Невелика мережа вен на шиї, що переходить на груди і поширюється в ділянці I та II проміжків на праву половину грудей. Лімфатичні залози на шиї справа і в обох пахвових ділянках збільшені до розмірів великої вишні. Нерізка випинання грудей справа в ділянці I, II та III проміжків між грудинною і сосковою лініями. Тут же при пальпації нечітка пульсація.

Серце збільшене вліво. Поштовх на 1,5 см лівіше соскової лінії, резистентний. При аускультатії різкий систолічний шум на грудині, що поширюється на шийні судини. На всій передсерцевій ділянці можна прослухати тони систолічні та протодіастолічні. Артерії склерозовані. Пульс правильний, ритмічний, зліва на променевій артерії менший, ніж справа. Артеріальний тиск 150/80 мм рт. ст. У правій надключичній та підключичній ділянках, у I, II та III проміжках абсолютно тупий звук, ослаблений fremitus pectoralis і немає дихання. Ззаду і справа в надостній ділянці тупий звук, близько хребта і під лопаткою приглушено тимпанічний. Тут же ослаблене везикулярне дихання з бронхіальним відтінком. У ділянці притуплення спереду і ззаду добре чути серцеві тони. Інші відділи легень у нормі. Черевна порожнина без відхилень від норми. Температура субфебрильна. Сеча нормальна. Кров — нерізка гіпохромна анемія. Реакції Ботело і Девіса негативні.

Рентгенівське дослідження: різке затемнення верхньої частини правої легені, відділене від великих серцевих судин півтінью. Серце зміщене вліво, великі судини відтіснені назад. Тінь у ділянці верхньої частини легені не пульсує. Повторне дослідження дало аналогічні результати. Рентгенологічний діагноз — злоякісна пухлина правої легені.

21.06. несподівана шлункова кровотеча, блювання, 24 — знову блювання кров'ю, у калі кров.

Клінічний діагноз: аневризма дуги аорти з проривом у стравохід. Стиснення верхівки правої легені до повного ателектазу.

Секція — *aneurysma arcus aortae cum perforatione in oesophago*.

Правильна діагностика в останньому випадку видавалася складною у зв'язку з тим, що перший час було мало проявів тиску на прилеглі органи, пухлина за весь час не давала метастазів і проростання в легені і, головне, комбінувалася із захворюванням аорти та вінцевих артерій, внаслідок чого спостерігалися напади стенокардії, обросла немов футляром розширену аорту, яка через це слабо пульсувала. У цьому випадку була проведена диференційна діагностика між дифузною аневризмою аорти і злоякісною пухлиною середостіння. Як відомо, цей діагноз іноді буває дуже складним і навіть неможливим, незважаючи на ретельне рентгенівське дослідження,

особливо коли немає метастазів, оскільки симптоми тиску на прилеглі органи характерні для цього захворювання, а диференційної ознаки для новоутворення — відсутності пульсації в усі боки — часто не буває, коли аневризму переповнюють організовані згустки.

У зв'язку з тим, що в тіні від аневризми спостерігалася зона у формі світлої смуги, яка дозволила рентгенологу стверджувати, що тінь від пухлини можна відокремити від тіні великих судин, і було допущено помилковий рентгенівський діагноз. Тим часом аналіз усіх клінічних явищ у цілому та вивчення обох останніх випадків у динамічному розрізі дали клініцисту можливість, незважаючи на величезні труднощі, особливо у випадку 6, поставити правильний діагноз.

Якщо можна визнати, що щодо розпізнавання всіх пухлин всебічне дослідження і вивчення хворого, вмілий аналіз симптомів і зіставлення різних ознак, іноді ніби таких, що спростовують одна одну, вивчення перебігу хвороби і нашарування симптомів забезпечують у більшості випадків правильний діагноз, то діагноз раку легені і пухлин середостіння без вивчення динамічної сторони процесу поставити ніяк не можна. Я вважаю, що таке вивчення є єдиним способом для зменшення такої сумної статистики помилок у розпізнаванні раку легені, яка може просто довести до відчаю.

На закінчення я дозволю собі навести ще один випадок раку щитоподібної залози, коли, мені здається, навіть вивчення динамічної сторони захворювання мало б допомогло в сенсі правильного розпізнавання.

Випадок 8. Хвора Г-ер, 36 років, надійшла в клініку у зв'язку з частими нудотою і блюванням незалежно від вживання їжі. Хвора скаржилася також на прискорене серцебиття. Захворіла п'ять тижнів тому. Початок захворювання пов'язує з неприємними переживаннями, після яких з'явився жорстокий біль у правому підребер'ї і внизу живота справа. Через тиждень біль дещо вшух, але у хворой з'явилося блювання, випорожнення затримувалися. Відзначалося невелике підвищення температури тіла — до 37,5 °C. З'явилися прискорене серцебиття, тривожний стан, безсоння. Втратила 16 кг. Два роки тому був напад апендициту. У хворой троє дітей, було два аборти. Менструації правильні.

Status praesens. Хвора середнього зросту, повна, але жирова клітковина дещо атрофована, шкіра суха. Помітна пучоокість, симптом Мебіуса — Грефе. Щитоподібна залоза дифузно збільшена до розмірів дитячого кулака.

Легені в нормі. Серце дещо збільшене. Пульс 118–136. Артеріальний тиск 120/70.

Живіт збільшений внаслідок великого накопичення підшкірного жиру. При пальпації біль у ділянці жовчного міхура. В іншому норма.

Нервова система — підвищення всіх рефлексів. Збуджена психіка. Симптом Марі. Жіноча статевая сфера без відхилень.

Сеча нормальна. Вміст шлунка — ахілія. Рентгеноскопія шлунка — норма. Кров: еритроцитів —

5 490 000, лейкоцитів — 21 200, Hb — 32%; глюкози — 0,15%, резервна лужність за Ван-Слайком — 42, білка — 9,99%, альбумінів — 58%, глобулінів — 42%. Проба Мак-Клюра — Олдрича прискорена — до 2 хв.

Діагноз: morbus Basedowi.

Після застосування антитиреоїдину, інсуліну під шкіру та бромідів стан тимчасово покращився, нудота і блювання припинилися, хвора стала краще їсти. Але потім колишні симптоми знову з'явилися. Хвора стала прогресивно худнути. Gl. thyreoidea поступово атрофувалася, але стан продовжував погіршуватися, настала повна прострація. Кусмаулівське дихання, амавроз (visus 1/200). Менструацій не було. Резервна лужність не перевищувала 40–42, рівень глюкози в крові знизився до 0,07%. Хвора поступово почала втрачати свідомість, пульс став рідшим (60–70), кров'яний тиск упав до 90/60. У коматозному стані хвора загинула.

Секція. Атрофія всіх органів і всіх залоз внутрішньої секреції, надниркових залоз, підшлункової залози, яєчників. Щитоподібна залоза злегка збільшена. Мікроскопічне дослідження виявило cancer gl. thyreoideae.

Хвора надійшла в клініку з діагнозом раку шлунка. Тим часом при першому ж огляді довелося від цього діагнозу відмовитися, оскільки яскраво виражений симптом базедової хвороби із зобом, різке психічне збудження і ненормальний розподіл жиру на стегнах (lipomatosis partialis), а також аменорея спонукали віднести всі диспептичні явища, включаючи стійке блювання і схуднення, до проявів плевригландулярного розладу з переважною гіпертиреозією. Подальше клінічне спостереження показало, що вся симптоматологія була оцінена правильно. Атрофію щитоподібної залози, яка настала після того, як залоза різко збільшилася в розмірі, можна пояснити тим, що її наповнення кров'ю скоротилося, а колоїдальна речовина всмокталася. Секція в цій частині підтвердила діагноз. Але несподіваним був висновок патологоанатома після мікроскопічного дослідження щитоподібної залози про наявність раку. Проти раку ніби говорила атрофія зобної залози, що настала за життя, оскільки у разі ракового переродження, як відомо, орган, уражений новоутворенням, з плином часу зазвичай збільшується. Як пояснити спостережуваний незвичайний перебіг з атрофією ураженого органу? Очевидно, фіброзний раковий вузол, який, як відомо, у щитоподібній

залозі росте дуже повільно, викликав гіпертрофію і гіперфункцію елементів залози, що залишилися неуразженими, таким чином зумовлюючи розвиток зоба з гіперфункцією і подальшим розвитком базедової хвороби. У результаті спостерігалася комбінація двох процесів, що рідко поєднуються в органі, ураженому новоутворенням, причому згодом гіпертрофовані елементи атрофувалися. Таке поєднання можна пояснити особливостями структури і функції щитоподібної залози.

Чи можна було в цьому випадку правильно оцінити всі сторони захворювання і поставити правильний діагноз? Мені здається, що зробити це було дуже складно.

Наведені спостереження можуть бути доказом того, наскільки складно буває клініцисту під час діагностування новоутворень внутрішніх органів навіть у той період їх росту, коли пухлина вже велика і виявлена. Ще складнішим є завдання клініциста в початковий період розвитку пухлини, коли, власне кажучи, з практичної точки зору і має значення рання і точна діагностика. Діагноз, як ми бачимо, є складним нерідко через винятково складну комбінацію симптомів і поєднання раку з іншими захворюваннями, що маскують своєю симптоматологією ракове новоутворення, а також через плутані показники рентгенівського дослідження. Це іноді створює такі рідкісні і незвичайні синдроми, що правильне розпізнавання може бути забезпечене, і то лише певною мірою, тільки діалектичним методом.

Куди легшим було б становище клініциста, якби біологи і хіміки знайшли будь-яку біологічну або біохімічну пробу, характерну для обміну речовин у раковому організмі, яка абсолютно точно вказувала б на те, що в організмі є новоутворення. Тоді клініцист, озброєний сучасною методикою вивчення хворого і користуючись діалектичною методологією, не тільки знайшов би пухлину, а й визначив би орган, у якому вона знаходиться, зробивши це ще в той період її росту, коли сучасні методи боротьби з новоутвореннями (хірургічне втручання, радіо-рентгенотерапія) забезпечили б одужання навіть від раку внутрішніх органів. У напрямку вишукування абсолютних біологічних реакцій і потрібно, на мою думку, вести роботу з розпізнавання раку, оскільки клінічна семіотика ракових новоутворень у внутрішніх органах уже достатньо розроблена, а діалектичний метод усе ширше входить у практичну діяльність клініциста.

Ім'я Миколи Дмитровича Стражеска — це не просто сторінка в історії української медицини. Це школа клінічного мислення. Видатний український лікар, терапевт, академік, один із засновників вітчизняної кардіології, М. Д. Стражеско належав до тих клініцистів, для яких діагноз був не «удачею» й не набором тестів, а результатом ретельного інтелектуального аналізу. Його стаття, написана майже століття тому, дивує точністю. Ми звикли думати, що діагностичні помилки пов'язані з похибками інструментальних та лабораторних досліджень. Однак академік М. Д. Стражеско доводить протилежне: технології можуть зменшувати невизначе-

УДК 616.1/.4-006-035.7

doi: 10.33149/vkp.2026.03.08

UA 3 приводу помилок під час розпізнавання злоякісних пухлин внутрішніх органів

М. Д. Стражеско

Київський медичний інститут

Статтю опубліковано в «Журналі медичного циклу Всеукраїнської академії наук», 1931; № 1–2: 639–640, продовження в № 41: 123–131.

ність, але не замінюють мислення. Більше того, навіть за термінальних стадій раку, коли симптомів ніби «достатньо», лікарі помиляються частіше. І це відбувається не внаслідок браку знань, а через пастки інтерпретації. Ми представляємо сучасному лікарю майстер-клас з того, що зараз називають когнітивними помилками, які призводять до хибного діагнозу. У кожному клінічному випадку академік М. Д. Стражеско демонструє, як легко потрапити в пастку шаблонного мислення: надати одному симптому або навіть результату інструментального обстеження абсолютного значення, забути про динаміку процесу, почати пояснювати всі факти одним зручним сценарієм — і втратити істину. Ця стаття дає лікарю рідкісну змогу поглянути на себе збоку. Не в ідеальних умовах протоколів, а в реальній клініці — там, де симптоми можуть маскуватися, хвороби поєднуватися, а дані «конфліктувати» між собою.

EN On errors in the recognition of malignant tumors of internal organs

M. D. Strazhesko

Kyiv Medical Institute

The article was published in the «Journal of the Medical Section of the All-Ukrainian Academy of Sciences», 1931; № 1–2; 639–640, continuation in № 41: 123–131.

The name of Mykola Dmytrovych Strazhesko is not just a page in the history of Ukrainian medicine. It is a school

of clinical thinking. A prominent Ukrainian physician, internist, academician, and one of the founders of domestic cardiology, M. D. Strazhesko belonged to those clinicians for whom a diagnosis was not a matter of "luck" or a set of tests, but the result of thorough intellectual analysis.

His article, written almost a century ago, is striking in its precision. We are accustomed to thinking that diagnostic errors are related to inaccuracies in instrumental and laboratory studies. However, Academician M. D. Strazhesko proves the opposite: technologies can reduce uncertainty, but they do not replace thinking. Moreover, even in the terminal stages of cancer, when symptoms seem "sufficient," doctors make mistakes more often. And this happens not because of a lack of knowledge, but because of traps in interpretation.

We present to the modern physician a master class on what are now called "cognitive errors" that lead to a false diagnosis. In every clinical case, Academician M. D. Strazhesko demonstrates how easy it is to fall into "template thinking": to assign absolute value to a single symptom or even an instrumental examination result, to forget about the dynamics of the process, to begin explaining all facts using one convenient scenario — and to lose sight of the truth.

This article gives the physician a rare opportunity to look at themselves from the outside. Not in the ideal conditions of protocols, but in a real clinic — where symptoms can be masked, diseases can coexist, and data can "conflict" with each other.