Государственное бюджетное образовательное учреждениевысшего профессионального образования«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ

России

Кафедра Пропедевтики внутренних болезней и терапии

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЛЕКЦИЯ**

**по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика»**

**для специальности 060103 – Педиатрия (очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Современные принципы диагностики заболеваний и постановка диагноза»**

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Харьков Е.И.

Составитель

д.м.н.. профессор Харьков Е.И.

Красноярск

 2014

**Тема:«Современные принципы диагностики заболеваний и постановка диагноза »**

**Разновидность лекции:** академическая

**Методы обучения**: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный.

**Время**: 2 часа

**Значение темы лекции**:В каждой отдельной специальности, благодаря общности ее сущности и содержания, человеческая практика выработала определенные принципы и приемы как практической, так и теоретической деятельности, несмотря на значительное разнообразие предмета, различные формы изучаемых явлений и т. д. Так, особенности работы математика-программиста, художника, агронома и т. д. (занимаются ли они сугубо практической деятельностью или решают вопросы теории в своей специальности) налагают определенный специфический отпечаток на весь процесс их деятельности и требуют определенного склада ума и характера. Не представляет какого-либо исключения из этого общего правила и повседневная практика врача.

**Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать

*общекультурными компетенциями*:

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);

- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);

*профессиональными компетенциями:*

-способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);

- способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);

- способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);

- способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);

- способностью и готовностью осуществлять взрослому населению и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний, в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения, проводить госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке, проводить лечебно-эвакуационные мероприятия в условиях чрезвычайной ситуации (ПК-21);

- способностью и готовностью к обучению взрослого населения, подростков и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, к формированию навыков здорового образа жизни, способствующих поддержанию на должном уровне их двигательной активности, устранению вредных привычек (ПК-26);

**- учебная**:

*студент должен знать***:**

 - заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;

 - основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;

 - этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний;

 - клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме;

 - методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.

 *студент должен уметь:*

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение артериального пульса);

 - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;

 - провести первичное обследование систем и органов: нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, костно-мышечной;

 - оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;

 - поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;

 - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для уточнения диагноза и получения достоверного результата;

 - разработать план терапевтических действий;

 - оказывать первую помощь при неотложных состояниях;

 - заполнять историю болезни.

*студент должен владеть:*

 - правильным ведением медицинской документации;

 - методами общеклинического обследования;

 - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;

 - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;

 - основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

**Место проведения лекции**: главный корпус КрасГМУ аудитория №1

**Оснащение лекции:** экран, мультимедийный проектор, ноутбук, лазерная

указка, микрофон.

**Хронокарта лекции**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Этапы лекции** | **Продолжительность (мин)** | **Содержание этапа** |
| 1. | Организационные моменты | 3 | Оценка посещаемости и внешнего вида обучающихся |
| 2. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание лектором темы и актуальности лекции, ее целей |
| 3. | Представление плана лекции | 2 | 5-6 пунктов плана |
| 4. | Раскрытие учебных вопросов по теме лекции | 60 | Изложение основных положений лекции |
| 5. | Краткие выводы | 5 | Краткие выводы по теме лекции |
| 6. | Ответы на вопросы | 3 | Даются ответы на вопросы обучающихся |
| 7. | Контроль знаний по итогам лекции | 5 | Проведение экспресс-анкетирования обучающихся |
| 8. | Рекомендуемая литература | 2 | Предлагается список литературы для самостоятельной работы студентов по теме лекции |
| Всего: | 90 |  |

Предметом как практической, так и теоретической деятельности врача является здоровый или больной человек. В первом случае врач решает вопросы профилактики и прогноза здоровья, во втором - его задачей становится выбор наиболее рациональной тактики лечения и реабилитации больного.

В течение многих столетий врачи решали, по существу, одну и ту же задачу, поставленную перед ними человеческим обществом: предупреждение заболеваний и их лечение. По Гиппократу, "вот что правильно: узнавать болезни, что они собой представляют, откуда они происходят; какие из них длительны, коротки, смертельны, несмертельны; какие подвержены переменам и какие увеличиваются или уменьшаются; какие большие, какие малые; знать, какие болезни возможно вылечить и какие нельзя и почему нельзя вылечить; и как таким больным, находящимся на излечении, принести возможную пользу".

В зависимости от философских и общественно-этических концепций, уровня медицинских и биологических знаний врачи решали эту задачу разными способами и с различным успехом. В то же время, несмотря на эти различия, в практике врача всегда был и остается один момент, общий для всех времен истории медицины: встреча с больным, его осмотр, обследование и врачебное предписание. "Нужно бывает определить, какая болезнь (исследование и распознавание), как она пойдет и чем кончится (предсказание), назначить план лечения и приводить его в исполнение, сообразуясь с течением болезни (наблюдение)" Г.А.Захарьин.

Таким образом, весь план лечения, особенности лечебных приемов в каждом отдельном случае решаются исходя из врачебного заключения (определение, диагноз болезни и прогноз).

Процесс мышления врача от момента встречи с больным или получения о нем первых предварительных сведений до выздоровления или смерти пациента, результатом которого является формулирование клинического диагноза, плана лечения и его практического осуществления, принято называть клиническим мышлением.

А.С. Попов, В.Г. Кондратьев дают следующее определение: "Под клиническим мышлением понимается специфическая умственная деятельность практического врача, обеспечивающая наиболее эффективное использование данных теории и личного опыта для решения диагностических и терапевтических задач относительно конкретного больного.

Наиболее важной чертой клинического мышления является способность к умственному воспроизведению синтетической и динамической внутренней картины болезни".

А.Ф. Билибин, Г.И. Царегородцев подчеркивают, что "в клиническом мышлении врача всегда имеются элементы специфически личностного, сугубо индивидуального характера, причем проявление, реализация личного начала выступает сугубо качественным показателем мышления".

Что же прежде всего обусловливает специфичность клинического мышления? Во-первых, характер объекта познания, которым является больной или здоровый человек в очень сложном переплетении биологических и социальных особенностей. Поэтому не случайно такой "субъективный" метод обследования больного, как анамнез, очень часто дает больше информации для диагноза, чем все остальные "объективные" методы. Более того, во многих случаях мышление больного служит "инструментом" не только диагностики, но и лечения (психотерапия, внушение и т. д.).

Напротив, отсутствие взаимного уважения, контакта с больным, "технизация" обследования очень часто приводят к диагностическим затруднениям и даже ошибкам. Типичный пример подобной ошибки приводят В.М. Яковлев, А.Л. Иванов.

Больная 37 лет доставлена на станцию скорой помощи с жалобами на сильную головную боль. Врач, не выслушав до конца, сделал ей выговор, что она по таким пустякам вызывает машину скорой помощи. Больная обиделась и замкнулась в себе. Врач отправил ее домой с порошками от головной боли. Сутки спустя, пациентка была в тяжелом состоянии доставлена в больницу и погибла через несколько часов. В анамнезе имелась травма головы типа сотрясения мозга, после которой начались головокружения и усиливающаяся головная боль. Все, о чем больная рассказала в больнице, мог бы узнать и врач скорой помощи. Выслушай он повнимательнее пациентку - диагноз был бы поставлен своевременно.

Во-вторых, специфичность клинического мышления зависит от условий решения задач, стоящих перед врачом. Сюда можно отнести фактор времени, в течение которого должна быть решена диагностическая задача. Как правило, врач даже в условиях стационара работает в дефиците времени, не говоря уж об условиях поликлиники или скорой помощи. Подобный дефицит времени, связанный либо с угрозой жизни больному, либо с желанием как можно раньше начать плановую терапию, накладывает определенный отпечаток на умственную деятельность врача, формирует стереотипы диагноза.

Следующее обстоятельство - необходимость работать в любых условиях, т. е- ставить диагноз и на улице (несчастный случай), в быту, при отсутствии определенных исследований (например, компьютерная томография), которые могли бы помочь в постановке диагноза. Отсюда вытекает следующее очень важное положение: врач почти всегда сталкивается с фактором неполноты получаемой информации. Причем, это касается не только недостаточности методических приемов работы - фактора времени, условий и т.д., но и тех ситуаций, когда больной обследован своевременно и на современном уровне. К сожалению, почти вся информация, получаемая с помощью клинических, инструментальных и лабораторных средств, является относительной или вероятной. Именно фактор относительности или вероятности медико-биологической информации о человеке обусловливает поиск и создание логических структур клинического диагноза, повышающих его достоверность.

В-третьих, огромна роль клинического опыта. По мнению И.А. Кассирского, "необходимое для врача суждение строится на знании и опыте". По нашему мнению, опыт служит тем необходимым компонентом практической деятельности врача, который повышает достоверность получаемой информации путем логического и диалектического анализа единичного (больного) и всеобщего (знаний и опыта). Ненадежность отдельно взятых симптомов, потребность синтетического восприятия болезни в ее динамике, патоморфоз болезней, ятрогенные наслоения и т. д. делают незаменимой эту "внутреннюю энциклопедию". Не случайно М.Я. Мудров, покидая в 1812 г. Москву, оставил неприятелю всю библиотеку, но архив историй болезни взял с собой.

Подводя итог вышесказанному, можно заключить, что появление клинического мышления обусловлено спецификой задач и условий работы врача. Овладение им требует от врача не только обширных теоретических знаний, хороших практических навыков в методике обследования больного, знаний формальной и диалектической логики, но и умения применять их на практике. Выработать навыки быстрого и правильного анализа наблюдаемых явлений у постели больного, умение выделить главное, ведущее в патологическом процессе, расставить по своим местам второстепенное, сформулировать диагностическую гипотезу, определить степень ее вероятности, наметить план лечения -все это возможно лишь после глубокого освоения основ клинического мышления. Без этих навыков и знаний врач по образованию всегда будет оставаться на уровне практической деятельности фельдшера, "угадывающего" болезнь. Любой клинический вариант заболевания, отличающийся по своим признакам от описания в руководствах и учебниках, поставит такого врача перед неразрешимой задачей, не говоря уже о том, что он не избежит грубых диагностических ошибок и в самых "обычных" клинических случаях болезни. В то же время врач, в совершенстве владеющий диалектикой клинического мышления, способен правильно решать диагностические задачи в самых сложных случаях и условиях медицинской практики уже с начала своей врачебной карьеры, компенсируя этим на первых порах и недостаток опыта.

Основоположником клинического мышления можно по праву считать выдающегося отечественного ученого-клинициста СП. Боткина, заложившего основы методологии патогенетического диагноза. "Раз убедившись в том, что учащегося нельзя познакомить в течение клинического преподавания со всеми разнообразными индивидуальными проявлениями жизни больного организма, клиницист-преподаватель ставит себе первой задачей передать учащимся тот метод, руководствуясь которым молодой практик был бы в состоянии впоследствии самостоятельно применять свои теоретически врачебные сведения к больным индивидуумам, которые ему встретятся на его практическом поприще" (С.П.Боткин).

С точки зрения общих принципов познания клиническое мышление представляет собой творческий акт исследователя, вооруженного определенным уровнем знаний в своей области. Этот исследователь прежде всего должен изучить данное явление и классифицировать его, отнеся в тот или иной род патологии или вариант заболевания, а затем назвать особенности этого заболевания у данного больного для разработки плана конкретных действий. В данном случае вполне применима диалектическая формула познания: от живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике.

Таким образом, общий план диалектической логики в клиническом мышлении ничего нового не представляет. Задача состоит в попытке выяснить, как этот общий диалектический принцип познания проявляется на определенных этапах клинического мышления в связи с его спецификой, какие законы диалектической логики преобладают на определенных стадиях мыслительного процесса. При делении процесса клинического мышления на отдельные этапы необходимо соблюсти принцип единства логического и исторического, выявить значение рабочих гипотез и их объем, показать, как мысль от конкретного поднимается до максимально абстрактного и вновь на высшем уровне возвращается к конкретному. Медицина всегда начинается с клинического наблюдения, но, как только явления констатированы, необходимо, чтобы сразу же явилась физиология и распутала хаос, разъяснив внутренние явления, скрытые под этой внешностью... Нет научной медицины без физиологии, нет физиологии без помощи самого эксперимента, без гистологии, физики и химии" (К. Бернар).

Таким образом, в клиническое мышление, диагностику и нозологические принципы классификации болезней наряду с патологоанатомическими представлениями вводится понятие о функциональном, или патофизиологическом, диагнозе.

В России развитие физиологии стало возможным благодаря открытию кафедр физиологии в университетах в середине XIX в. В.В. Пашутиным подготовлен фундаментальный труд по общей патологии «Лекции общей патологии (паталогической физиологии)», во многом определивший пути развития отечественной экспериментальной науки. А.И. Полунин с 1849 г. заведовал первой в России самостоятельной кафедрой патологической анатомии и патологической физиологии. Он выступал с резкой критикой эмпиризма в медицине и убеждал врачей в необходимости использования в клинике физических, химических и биологических методов исследования. Признавая примат патологической анатомии для понимания сущности болезни, он, тем не менее, выступал за единство материального субстрата болезни, организма и внешней среды, преодолевая тем самым лаконичность взглядов Р. Вирхова.

И, наконец, трудно переоценить вклад в отечественное клиническое мировоззрение великого русского физиолога Ивана Михайловича Сеченова. Не анализируя здесь, естественно, всего вклада И.М. Сеченова в естествознание, следует выделить основной постулат его научной деятельности - единство организма и окружающей среды, оказавший огромное влияние на дальнейшее развитие медицины в России. "Организм без внешней среды, поддерживающей его существование, невозможен, поэтому в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на него" (И.М. Сеченов). Заложенные И.М. Сеченовым идеи нервизма послужили той фундаментальной базой, на которой начало развиваться функциональное направление клинической мысли в нашей стране в середине прошлого века, прежде всего в трудах другого великого естествоиспытателя - Сергея Петровича Боткина.

Аналитический этап развития клинической медицины завершается формированием нозологического диагноза, основанного на патологоанатомических и патофизиологических представлениях о болезни и клинических сопоставлениях. Это был этап в развитии клинического мышления, когда мысль врача в результате анализа данных анамнеза и осмотра достигла максимальной абстракции, так как определение нозологических форм заболеваний знаменовало выделение лишь наиболее общих признаков для всех конкретных случаев данного заболевания.

Такой диагноз отражал общие, абстрактные черты болезни и отдалял тем самым врача от больного. Так родился органолокалистический принцип в постановке клинического диагноза, так возникла органолатмогия. Современный врач у постели больного в процессе клинического анализа заболевания также не может миновать этого этапа диагностики: выделив определенную систему или орган (например, сердце или сердечно-сосудистую систему), наиболее пораженные патологическим процессом, он обязан попытаться определить патологоанатомический и патофизиологический характер заболевания (например, воспалительный или дистрофический процесс в миокарде; опухоль перикарда) и, учитывая особенности данного случая, найти в современной классификации заболеваний данной анатомической системы ту ячейку, ту нозологическую форму (например, миокардит или миокардиодистрофия), которая более всего соответствует данному заболеванию.

Но этот этап клинического мышления не может считаться завершенным. Как эпоха, создавшая его в истории медицины, знаменовала собой развитие максимальной абстракции в диагностике, так и этот этап клинического мышления характеризуется максимальной абстракцией. С одной стороны, в формировании нозологического диагноза врач приближается к решению диагностической задачи, так как в нем наиболее полно от­ражены общие черты наблюдаемых явлений природы, с другой - он отдаляется от больного, утрачивая то живое, индивидуальное, что составляет особенности данного клинического случая.

Таким образом, формулирование клинического диагноза в рамках нозологических наименований методологически является также этапом на пути клинической диагностики. Такой диагноз в истории болезни или амбулаторной карте больного, как миокардит, ревматизм, туберкулез и т.д., естественно, не может в наши дни никого удовлетворить и явиться основой для практических действий, т. е. выдачи больничного листа, лечебных мероприятий, направления на курорт и т. д. В тоже время предварительный нозологический диагноз является ключевой позицией для развертывания дальнейшего процесса клинического мышления.

Предварительный нозологический диагноз является той основной гипотезой, которая будет иметь решающее значение в формировании клинического диагноза. Подробнее о значении этой гипотезы будет сказано ниже. Здесь же важно подчеркнуть решающее значение степени достоверности нозологической диагностической гипотезы для дальнейших диагностических построений. Существуют различные пути проверки степени вероятности научных гипотез. В процессе огромной врачебной практики клиническая медицина выработала свой оригинальный метод, который основан на принципе последовательного сравнения сходных по симптомам нозологических форм. Метод, при котором клиническая картина конкретного бального сравнивается с абстрактной картиной болезни, получил название вероятного, или дифференциального диагноза. Метод является дедуктивным и строится в форме силлогизмов, т. е. умозаключений, где из двух суждений выводится третье. В дифференциальном диагнозе используются условно-категорический и условно разделительный силлогизмы.

Дифференциальная диагностика отражает определенный, достаточно высокий уровень развития клинической медицины, когда врачи накопили достаточный опыт для обобщений и создания абстрактных клинических форм заболеваний в учебниках, руководствах, справочниках и т. д. В этот период врачи получают возможность отходить от умозаключений по аналогии, основанных на сравнении единичных случаев из собственной практики. Умозаключение по аналогии строится по следующей схеме :Предмет А обладает признаками а, в, с, d, е. Предмет А сходен с предметом В в признаках а, в, с. Следовательно, предмет В, обладает, вероятно, и признаками а, е. Умозаключение по аналогии не устанавливает полного сходства предметов, а лишь указывает на сходство некоторых их признаков. Отсюда, оно является неполным, частичным и носит вероятный характер. Мышление по аналогии - классический пример эмпирического мышления в медицине, основанного только на собственных наблюдениях и опыте. Поэтому данный способ мышления может работать в некоторых случаях, у очень опытных и грамотных врачей, но в большинстве случаев клинической практики он оказывается неприемлемым, поскольку ведет к выявлению не сущности болезни (диагноза), а ее вторичных проявлений (симптомов) и требует дополнительной проверки, т. е., опять-таки, дифференциальной диагностики.

Другой вид диагноза - обоснованный или достоверный диагноз -ставится на основании выявления специфических, присущих только определенной болезни симптомов или симптомокомплексов и строится в форме категорического силлогизма. Болезнь А характеризуется симптомами а, в, с, и. У больного найдены симптомы а, в, с, о. Следовательно, у больного болезнь А. Например, митральный стеноз характеризуется пресистолическим шумом в сердце, гипертрофией левого предсердия, выбуханием конуса легочной артерии, застоем в малом круге кровообращения. У больного найдены все эти симптомы, следовательно, у него имеется митральный стеноз.

Однако, использовать метод достоверного диагноза в широкой клинической практике мы не можем даже сейчас по ряду обстоятельств.

Во-первых, ввиду отсутствия для большинства болезней специфических симптомов или трудности их обнаружения, во-вторых, ввиду патоморфоза болезней, появления новых форм, вариантов и т. д., в-третьих, из-за крайне редкого наличия "чистых" форм болезни и, наоборот, очень частого сочетания нескольких болезней, осложнений, ятрогенных наслоений и т.д. и, наконец, в-четвертых, вследствие относительности самих специфических симптомов и, особенно, симптомокомплексов.

Таким образом, метод вероятного диагноза, основанный на дифференциальной диагностике, остается основным методом проверки нозологической гипотезы и повышения степени ее вероятности. Этот процесс осуществляется врачом путем последовательного сравнения клинической картины болезни со всеми известными ему вариантами заболеваний данной анатомической системы или определенного вида обмена веществ. Проведение дифференциального диагноза не исключается и в тех случаях, когда у больного удается выявить так называемые патогномоничные симптомы или синдромы, казалось бы, несомненно подтверждающие высказанную диагностическую гипотезу (например, нахождение опухолевых клеток в биопсированном участке ткани, наличие яиц описторхисов в дуоденальном содержимом и т. д.). Выше мы перечислили основные аргументы в пользу обязательности дифференциального диагноза даже при наличии специфических или патогномоничных симптомов. Следует добавить, что при проведении цитологического или лабораторного исследования возможны элементарные технические ошибки и погрешности, выводящие врача на ложный диагноз. Яркий пример такой ошибки приводит И.А. Кассирский: грязный мазок крови приняли за лейкознуюлейкограмму, причинив больному тяжелую психотравму. На этапе дифференциального диагноза максимальная диагностическая абстракция в виде нозологической и, реже, синдромальной гипотезы получает меру своей достоверности.

В практической жизни нередко оказывается, что после проведенногодифференциального диагноза остаются две и более диагностические гипотезы относительно равной степени вероятности данные статистики говорят, что даже при обследовании в поликлинике у больных старше 60 лет обнаруживается не менее трех болезней . В таких случаях врач, следуя принципу гуманности (а по существу - применяя один из вариантов решения задачи из области теории игр), отдает предпочтение той диагностической гипотезе, которая грозит в настоящее время или в последующем наиболее тяжелыми осложнениями, не отрицая возможности других предположений и продолжая дальнейшее обследование бального. План же лечения и терапевтическая тактика формулируются в соответствии с гипотезой, признанной наиболее вероятной. Это не мешает включению в план лечения ряда терапевтических мер, вытекающих из других вероятных диагностических гипотез.

На основе описанных принципов клинической диагностики в разное время были созданы различного рода руководства по дифференциальной диагностике диагностические таблицы, схемы, критерии диагноза (например, диагностические критерии АРА для ревматоидного артрита, критерии Джонса для ревматизма и т. д.). Однако каким бы прогрессивным ни был этот принцип постановки клинического диагноза, как бы подробно и последовательно не проводился дифференциальный диагноз, в силу чего нозологическая гипотеза приобретает степень максимальной вероятности, нозологический диагноз остается максимальной абстракцией и не может являться логическим завершением процесса клинического мышления.

Метафизический рубеж в развитии клинического мышления был преодолен отечественными клиницистами, которые, будучи стихийными диалектиками, в своем творчестве провозгласили принцип лечения не болезни, а больного. "Лечебники учат лечить каждую болезнь по ее только имени..., а врачебное искусство, практика или клиника, учит лечить собственно самого больного" М.Я. Мудров). "Кто усвоил метод и навык индивидуализировать, тот найдется и во всяком новом для него случае - случае, представляющем невиданные прежде особенности" (Г.А. Захарьин). Такой подход к лечению знаменовал начало нового этапа в развитии клинической мысли: сочетания аналитического мышления с синтетическим, основанным на целостном восприятии больного, который возвращал мысль врача от абстрактного диагноза вновь к реальной конкретности - больному человеку. Это возвращение не было шагом назад.

Оно положило начало новому прогрессивному направлению в медицине - развитию материалистических идей нервизма. В трудах выдающихся отечественных клиницистов И.Г. Сокольского, СП. Боткина, А.А. Остроумова, В.П. Образцова и др. синтетический принцип в диагностике получил свое яркое развитие.

В клиническом мышлении этих ученых абстрактный нозологический диагноз воплощался в живое конкретное отражение не отвлеченных признаков болезни, а данного, обследуемого больного. Клинические эпикризы в лекциях СП. Боткина являются блестящим отражением диалектического подхода к формулированию клинического диагноза. Достаточно сказать, что резюмирующая часть по больному, разбираемому на лекциях (общий вывод, предсказание, лечение и т. д.), составляет свыше 30 страниц!

Превращение абстрактного нозологического диагноза в живой, конкретный, развернутый диагноз у постели больного стало возможным по тому, что болезнь рассматривалась в свете ее патогенетического развития, с учетом характера нарушений механизмов регуляции физиологических функций и процессов обмена веществ у данного больного.

Так клиническое мышление приблизилось к своему логическому завершению, возвращению кконкретной реальности после периода абстрактного познания - на новом, высшем уровне.

Этот период развития клинического мышления может быть назван периодом патогенетического диагноза. Мы уже говорили, что отцом научного клинического мышления и родившегося на его основе патогенетического диагноза является Сергей Петрович Боткин, поставивший клиническую медицину в ряд естественно-научных дисциплин.

"Успех и прочное развитие практической медицины будут обусловливаться уменьшением значения в ней инстинкта и большого подчинения науке или разуму. Чем более сознательны будут заключения при постели больного, тем более они будут научны. Понятно, что для сознательного заключения необходимо большое количество верных фактов, которые и должны быть основанием той внутренней логической работы сознательной мысли, которая выражается в том или ином окончательном заключении. Отсюда понятно, какое важное значение для заключения имеет запас истинного знания и способ собирания фактов или, другими словами, метюд исследования больного" (СП.Боткин).

СП. Боткин всегда рассматривал свой диагноз как рабочую гипотезу, которая должна проверяться повседневной практикой наблюдения, обследования и лечения больного. "Установив такой диагноз больного, мы составляем более или менее вероятную гипотезу, которая оправдывается или опровергается дальнейшим течением болезни". Выходит, процесс клинического мышления не обрывался и не заканчивался формулированием патогенетического диагноза, а продолжался весь период наблюдения данного больного врачом. Такой подход лишал диагностическое мышление врача догматизма и шаблона, требовал от него постоянного живого, творческого отношения к больному, как бы длительно ни продолжался процесс его наблюдения и лечения. С другой стороны, такой принцип делал этот диагноз не самоцелью, а реальным основанием для выбора наилучшей терапевтической тактики с учетом всех индивидуальных особенностей наблюдаемого больного.

Таким образом, в основу патогенетического диагноза методологически СП. Боткин ставил гипотезу, которую "необходимо постоянно проверять". Патогенетический диагноз всегда основывался на принципах детерминизма и включал в себя выявление причинных моментов в возникновении и поддержании патологического процесса. Обнаруживалась причинно-следственная цепь развития болезненного процесса, и врач получал возможность направить -лечебные воздействия как на причину болезни, так и на ее патогенетические механизмы. Патогенетический подход к оценке заболевания требовал от врача глубокого изучения естественных физиологических механизмов, с помощью которых организм больного побеждает болезнь, т. е. не только требовал учета механизмов патогенеза, но и обусловливал важность механизмов саногенеза" выздоровления больного человека. "При постановке предсказания врач берет во внимание основную болезнь данного случая, организм самого больного, его возраст, пол, общественное положение, его наследственные особенности, существующие в нем изменения под влиянием прежде бывших болезней, его приспособляющую способность, психологические и физические условия, под влиянием которых находился и находится больной" (С.П. Боткин ).

Итак, творческий процесс врача у постели больного превратился, наконец, в законченный логический цикл исследования и вобрал в себя все исторические этапы его развития. В этом развитии нашел отражение диалектический закон отрицания. Каждый предыдущий этап в клинической диагностике отрицался последующим, чтобы, вобрав все лучшие черты предыдущего, перейти на высший уровень в будущем.

Если с точки зрения логического анализа цикл клинического мышления можно считать законченным, то с позиций теории познания он, естественно, далек от своего завершения и как познавательный процесс никогда не закончится. В наши дни в связи с бурным ростом биологических и медицинских знаний, развитием новых представлений в вопросах этиологии и патогенеза многих заболеваний наиболее острые творческие дискуссии и противоречия возникают именно на этом, последнем этапе клинического мышления. По существу, развернутый патогенетический диагноз с отражением всех индивидуальных особенностей больного и является клиническим диагнозом. Под этим названием он получил сейчас повсеместное распространение. Итак, мы попытались показать, что процесс клинического мышления в наши дни является итогом длительного исторического развития естественно-научных дисциплин и воплощает в себе тысячелетний опыт медицинской практики, т. е. в процессе клинического мышления находит свое проявление и биогенетический закон. Действительно, врач в своем мыслительном процессе у постели больного за короткий отрезок времени нередко подсознательно (интуитивно) повторяет основные исторические этапы возникновения и развития клинической диагностики. В целом, учитывая исторические принципы возникновения и развития клинического мышления, всю логическую структуру клинического диагноза врача после непосредственного (эмпирического) восприятия больного как конкретного тождества можно разделить на пять этапов.

Первый этап (первая степень абстракции): выяснение анатомического субстратаболезни, т. е. ее локализации в организме.

Второй этап (вторая степень абстракции):

Выяснение патологоанатомической и патолого-физиологической природыпатологического процесса.

Третий этап (высшая степень абстракции); формирование рабочей, диагностической (нозологической, реже синдромной) гипотезы.

Четвертый этап: выяснение степени вероятности диагностической гипотезы путем дифференциальной диагностики.

Пятый этап (синтетический, возвращение от абстрактного диагноза к конкретному): выяснение этиологии и патогенеза, формулирование клинического диагноза с учетом всех особенностей данного заболевания, составление плана лечения, определение прогноза болезни, последующая проверка диагностической гипотезы в процессе обследования, наблюдения и лечения больного.

Диалектика клинического мышления в значительной мере отражает диалектику развития патологического процесса. Плаче говоря, мыслительный процесс формулирования клинического диагноза у постели больного в основных звеньях отражает динамику развития самой болезни. В этом находят свое проявление диалектические законы единства и противоположности, конкретного и абстрактного. При подведении итогов сказанному необходимо отметить, что выделение этапов логической структуры клинического диагноза является обоснованным и базируется на принципах единства логического и исторического (как отражение исторического развития этапов клинического мышления) и единства конкретного и абстрактного (воспроизведение динамики патологического процесса- в клиническом мышлении врача). В следующей главе мы переходим к обсуждению основных диалектических закономерностей, наблюдаемых на каждом из описанных выше пяти этапов логической структуры клинического мышления.

Итак, одной из причин врачебных ошибок является недооценка врачом клинических методов исследования больного, в ее основе лежит непонимание диалектических особенностей развития медицинской науки и практики. Любые новейшие методы лабораторного и инструментального исследования лишь обогащают клинику и требуют не забвения клинического осмотра и изучения анамнеза, а их развития и совершенствования.

В неотложное терапевтическое отделение поступил больной Б-в, 47 лет, с лихорадкой неясного генеза. Температура свыше 38 - 39"Споявилась за несколько дней до поступления, до этого был практически здоров. Заподозрено септическое состояние, назначены большие дозы антибиотиков, которые давали лишь временный эффект. Улучшение не наступало. Эхолокация внутренних органов, рентгенография легких, исследование мочеполовой системы картины не прояснили. Опытный врач на дежурстве решил еще раз тщательно собрать анамнез и выяснил, что за несколько дней до начала лихорадки больной ел рыбу и поперхнулся рыбьей костью. Значения этому не придал и никому не говорил. На следующий день рекомендовано сделать дополнительное исследование в виде томографии легких. В средостении найдена тень, подозрительная на абсцесс. Сделана операция и вскрыт абсцесс средостения с 50 мл гноя. Больной выздоровел.

Вторая группа врачебных ошибок, как указывалось выше, возникает из-за недостаточно последовательного и глубокого осмысления данных обследования больного, клинической картины его заболевания. Для того чтобы сделать правильные выводы и сформулировать диагностическую гипотезу, недостаточно иметь теоретические знания и хорошие практические навыки в обследовании больного. Врач, владеющий в достаточной мере тем и другим, еще не может быть признан специалистом своего дела, если он не овладел принципами клинического мышления. В медицинском образовании эта часть обучения представляет для студентов наибольшие трудности. Как это ни странно, мы видели врачей, имеющих 20 - 30-летний стаж практической работы, но так и не научившихся правильному клиническому мышлению.

Клиническое мышление воспитывается у врача на базе теоретических специальных знаний, широкого кругозора, усвоенных этическо-нравственных норм нашего общества и законов формальной логики и диалектики. Без этого врач в лучшем случае может рассчитывать на длительный путь врачебных ошибок, которые при их критической оценке выведут его, наконец, на путь стихийного диалектика. Но это рискованный, длительный и не оправдывающий себя путь становления врача.

Вот почему необходимо всеми силами стремиться к тому, чтобы принципы клинического мышления врач осваивал еще на студенческой скамье. Между тем эта сторона педагогического процесса не всегда получает желаемое развитие.

Среди возможных причин врачебных ошибок в процессе клинического мышления основной является недостаточное умение, во-первых, пользоваться рабочей гипотезой и проводить дифференцирование и, во-вторых, формулировать клинический диагноз. Прежде всего, не следует торопиться с формулированием нозологической гипотезы. Нужно тщательно и взвешенно систематизировать факты по этапам логической структуры диагноза. Нельзя подменять факты гипотезой, что, к сожалению, нередко встречается в практике врачей. Так, врач поликлиники направила в инфекционную больницу больную с диагнозом: инфекционная желтуха. При расспросе оказалось, что больная с диетической целью пила очень много морковного сока, что проявилось каротиновойпсевдожелтухой. Для уточнения диагноза, врачу больницы понадобилось всего пять (!) минут сбора фактов в виде анамнеза.

Методологически обе группы ошибок характеризуются метафизической ограниченностью процесса мышления врача. Ошибки первой группы характерны преимущественно для первого, второго этапов в логической структуре диагностики, второй же группы - для заключительного, пятого этапа. В первом случае ошибки характеризуются неумением воспользоваться до конца методом анализа, во втором -методом синтеза. У больного инфарктом миокарда, 64 лет, в стадию рубцевания появились сильнейшие боли в грудной клетке наркотического характера, отдающие в спину. Состояние было расценено как рецидив инфаркта миокарда. Назначенное лечение эффекта не дало, и больной умер. На вскрытии наряду с рубцующимся инфарктом миокарда обнаружена расслаивающая аневризма аорты. Ошибка врача в данном случае заключается в том, что он воспринимал все это время лишь одно проявление атеросклероза - в виде тромбоза коронарных сосудов и инфаркта миокарда. Он не включил в клинический диагноз возможности другой локализации атеросклероза, не учел системности этого процесса, т.е. не воспринял болезнь и больного в целом, а остался в плену нозологического диагноза.

Прежде чем перейти к анализу возможных ошибок на каждом этапе развития диагностической мысли, остановимся на ошибках, обусловленных пренебрежением к логической последовательности в процессе клинического мышления. Наиболее частой ошибкой этого рода является преждевременное выдвижение нозологической гипотезы, о чем мы упоминали выше. Разберем ее подробнее, с методологических позиций.

Естественно, что соблазнительно уже с первых шагов знакомства с больным и его обследования выдвинуть предположение о заболевании в виде нозологической, достаточно хорошо очерченной формы. Например, видя перед собой характерный вид лихорадящего больного с высокой температурой, одышкой, сухим кашлем, болями в грудной клетке, высказать сразу же предположение о возможности крупозной пневмонии.

Казалось бы, в этом нет ничего предосудительного. Однако внимательный анализ такого преждевременного логического шага показывает, что он нередко таит в себе весьма вероятную диагностическую ошибку. При таком принципе мышления врач начинает диагностическую мысль скачком от непосредственного, чувственного восприятия больного как конкретного тождества сразу к максимальной абстракции.

Такой скачок допустим лишь в отдельных случаях, да и то в практике опытного врача, в сознании которого предварительные этапы клинического мышления, по существу, не пропускаются, а проходят в редуцированном, сокращенном виде, создавая иллюзию "интуитивного" диагноза. Чем же грозит переход диагностической мысли от первого этапа сразу к третьему?

Дело в том, что сами задачи, которые решает врач на первом, втором, третьем этапах клинического мышления и вопросы, возникающие перед врачом, требуют от него глубокого, всестороннего анализа клинической картины больного и, тем самым. Ставят его в рамки необходимости тщательного обследования больного и анализа полученных данных в двух очень важных направлениях. Во-первых, с точки зрения возможной локализации патологического процесса, во-вторых - с позиций определения иатолого-анатомической и патофизиологической его природы. Решение первой задачи требует учета функционального состояния всех физиологических систем организма, основных видов обмена и анатомических изменений в органах и тканях больного организма. Такой последовательный анализ открывает перед врачом широкие возможности определения локализации, распространенности патологического процесса и вовлечения в него других систем организма. В этом случае мысль, наполненная богатым конкретным содержанием, начинает последовательное восхождение от конкретного к абстрактному (абстракция первой степени) и завершается наиболее правильным решением первой задачи. При таком процессе клинического мышления врач в значительной степени гарантирован от возможной ошибки.

Если же врач сразу, на основании первых впечатлений выдвигает нозологическую диагностическую гипотезу, он автоматически стремится ее доказать и, тем самым, отвлекается от последовательного и подробного анализа другой вероятности локализации патологического процесса. То же происходит, если опускается второй этап клинического мышления. Задача, которая стоит перед врачом на этом этапе, требует от него анализа клинической картины уже в новых, патолого-анатомическом и патофизиологическом аспектах и, следовательно, тщательного обследования и учета всех необходимых для этого данных. Например, решая вопрос о возможности опухолевой природы болезни, врач последовательно производит внимательное исследование всех доступных для пальпации лимфатических узлов. Если же он отвлечен преждевременно другой диагностической гипотезой (крупозная пневмония), то этот осмотр может производиться теперь наспех и повлечет за собой просмотр мелких плотных лимфатических узелков на шее, что нередко может являться одним из симптомов скрыто протекающего ракового процесса в легком. В то же время пери фокальный воспалительный процесс в легких, действительно, может протекать под маской крупозной пневмонии.

Таким образом, нарушение логической последовательности в процессе клинического мышления таит в себе возможность грубых диагностических ошибок. Такой вывод, казалось бы, противоречит высказанному ранее утверждению о том, что в процессе дифференциального диагноза возможная ошибка в диагностической нозологической гипотезе автоматически исправляется. Однако это не так, и противоречия тут нет.

Дело в том, что весь процесс дифференциального диагноза осуществляется методом последовательного сравнения абстрактной картины допускаемых к дифференцированию заболеваний с конкретной клинической картиной у данного больного. Конкретная же клиническая картина, которая играет ключевую роль в дифференциальной диагностике, оказывается в сознании врача, в случае допущенной им подобной логической ошибки, субъективной и недостаточно полной. При этом в процессе дифференциальной диагностики допущенная ранее диагностическая ошибка не только не исправляется, но еще более усугубляется. Описанная форма логической ошибки в процессе клинического мышления встречается весьма часто в практической деятельности, причем сами врачи подчас об этом и не подозревают. Если вы спросите молодого врача, который только что начал знакомство с больным: "О чем Вы думаете?", вы, как правило, получите ответ: "Думаю, что здесь, вероятно, такое-то (или такие-то) заболевание". Т. е. врач, по

существу, еще не начиная осмотра больного, пытается сразу формулировать нозологическую диагностическую гипотезу.

Итак, изложенное показывает, что пренебрежение к логической последовательности в процессе клинического мышления таит всебе возможность грубых диагностических ошибок. Логические ошибки могут возникать на всех этапах его логической структуры. Кратко остановимся на каждом этапе в отдельности.

На первом этапе - первоначального чувственного восприятия больного - может возникнуть ошибка в результате переоценки элементов чувственного и утверждения диагностической гипотезы по первому впечатление), т. е. умозаключением по аналогии. О диагнозе по впечатлению достаточно было сказано выше, хотелось бы добавить несколько слов, но поводу врачебной интуиции. К сожалению, мнение о возможности такого диагностирования еще встречается в среде врачей. На этом же основываются разговоры о медицинской деятельности как об искусстве.

Истинное искусство всегда требует от мастера широкой художественной фантазии, которая базируется на глубоком знании своего дела. В искусстве значительно большую роль играют личные качества и дарования исполнителя. Медицина же - прежде всего наука, в какой бы области мы ни рассматривали ее, в теоретической или прикладной, практически. Это не значит, что в медицине нет элементов искусства. Общение с пациентом, психологически сложный процесс врачевания является высоко творческим актом, требующим любви к своему труду, высокой общей культуры и способности к сопереживанию. Проникновение в сущность болезни нередко проходит через психологический этап проникновения в сущность больного, познания его как личности. По мнению А.Ф. Билибова, врачевание - это, прежде всего, общение с личностью.

Из сказанного понятно, что и в медицине талант и способности врача, базирующиеся на гуманистических началах, играют важнейшую роль и значительно облегчают процесс понимания сущности болезни. Но способности и талант дают возможность врачу глубже и быстрее развивать научное познание клиники, а не особую врачебную интуицию. Чем лучше врач владеет научными методами, тем точнее он будет формулировать диагностическую гипотезу и, следовательно, лечить. В этом смысле врачевание - точный научный анализ наблюдаемых явлений природы, научное предвидение и применение законов природы для блага здоровья человека.

Первый и второй этапы логической структуры клинического мышления, по сути дела, аналогичны, хотя второй характеризуется большей степенью абстракции, чем первый. Выше указывалось, что к диагностической ошибке может привести игнорирование этих этапов, когда логическая последовательность диагностической мысли врача нарушается.

Дальнейшее развитие специализированных клиник не противоречит изложенному. Процесс дифференцировки, как и во всех сферах культуры, жизнеобеспечения, науки закономерен. Однако ему должен соответствовать не менее сложный и эффективный процесс интеграции. В специализированных подразделениях целесообразно иметь штат консультантов-терапевтов - общих патологов. Пути и методы экологических подходов к диагностике и, в конечном счете, к терапии не противоречат терапевтической практике специализированных подразделений и клиник. Наоборот, общепатологический подход поможет избежать многих осложнений и отрицательных последствий при специализированном, высокодифференцированном подходе к диагнозу.

**Литература**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование  | Издательство  | Год выпуска |
| **Обязательная**  |
| 11. | Пропедевтика внутренних болезней: учебник/Мухин Н.А., Моисеев В.С. | М.:ГЭОТАР-Медиа, | 2009 |
| 22. | Лучевая диагностика: Учебник/ под ред. Г.Е. Труфанова. | М.:ГЭОТАР-Медицина | 2007 |
| **Дополнительная**  |
| 45. | Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты: учебное пособие/под ред. Ж. Кабалава. | М.:ГЭОТАР- МЕДИА | 2008 |
| 67. | Пропедевтика внутренних болезней: учеб.пособие к аудитор. работе для студентов 3 курса по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия» (часть 1)/сост. Л.С. Поликарпов и др. | Красноярск: типография КрасГМУ | 2009 |
| 78. | Пропедевтика внутренних болезней: учеб.пособие к аудитор. работе для студентов 3 курса по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия» (часть 2)/сост. Л.С. Поликарпов и др. | Красноярск: типография КрасГМУ | 2009 |
| 89. | Дополнительные методы обследования в терапевтической практике (в 2-х частях): учеб. пособие для студентов мед.вузов/Л.С. Поликарпов и др. | Красноярск, КрасГМУ | 2011 |
|  10. | О самовоспитании врача (в помощь студенту –  медику/под ред. S.A. Вагнер,  А.А. Росновского, Д.П. Якупова.  |  |  |
|  |  Жизнь. Научное творчество.  Врачевание./И.А. Кассирский  | Русский путь | 2011 |
| **Электронные ресурсы** |
| 112. | ИБС КрасГМУ |  |  |
| 213. | БД Меd Art |  |  |
| 314. | БД Медицина |  |  |