

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

СЕНТЯБРЬ  
ОКТАБРЬ  
1989

5

ТОМ  
LXX

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ  
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР  
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616—07

## СТИЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Выполняя диагностические действия в повседневной жизни, врач не задумывается, почему он делает это так, а не иначе. Над стилем своего мышления исследователь вынужден задуматься, когда возникает необходимость его изменения, обусловленная объективными процессами развития клинической диагностики. Среди таковых можно отметить следующие: 1) интенсификацию обследования (диагноз становится все более морфологическим); 2) возрастание роли функционального компонента клинического диагноза, играющего решающую роль в диагностике предболезни и так называемых пограничных состояний; 3) формирование нового вида медицинского обследования — скрининга; 4) использование в диагностике ЭВМ.

Традиционный стиль клинического мышления характеризуется исторически сложившимся порядком исследования, который наиболее полно воплощен в форме истории болезни. Вначале проводят опрос больного, затем объективное исследование (осмотр, общую пальпацию, специальную пальпацию, перкуссию и аускультацию внутренних органов), затем дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования (параклинические методы) и только тогда можно остановиться на формировании диагноза [2]. Обоснование полного (синтетического) клинического диагноза ведется методом дифференциального диагноза, если невозможно доказать его объективность методом прямого диагноза. Обследование должно вестись по наиболее рациональному пути, исходящему из опыта врача, глубины его знаний. Назначение до-

полнительных исследований должно быть минимальным и хорошо аргументированным. Так называемое избыточное обследование может быть вредным для больного, экономически несостоятельным и по традиции расценивается как признак низкой культуры и недостаточности знаний. Определенные диагностические гипотезы, требующие проверок, возникают при клиническом обследовании. В сложных случаях путь к диагнозу бывает очень долгим, затягиваясь на недели, месяцы и даже годы. Таким образом, сущность традиционного стиля клинического мышления составляют строгая последовательность, этапность и экономность диагностического процесса.

Новые требования к диагностике диктуют необходимость сплошного, массового исследования здоровых людей. Такая форма обследования позволяет выявлять до  $1/3$  больных людей, которые не предъявляют жалоб и не обращаются к врачу [1], а также тех лиц, у которых имеются факторы риска развития заболеваний внутренних органов. Все обследуемые при этом могут быть подразделены на 3 группы: практически здоровые люди; лица, имеющие факторы риска; больные люди. Две последние категории лиц получают направление к врачу. Особенности новых условий работы врача заключаются в том, что ему необходимо научиться принимать уже обследованного по всем важнейшим направлениям пациента, в особенности тех, у кого нет жалоб или их субъективные ощущения не дифференцируются ими как отклонение от нормы. В этом и состоит изменение стиля мышления врача. Во-первых, инструментальное и

лабораторное обследование опережает беседу врача. Во-вторых, задача, стоящая перед врачом, весьма сложная и качественно отличается от традиционного стиля диагностики. Отклонения в показателях могут быть самыми разнообразными и по выраженности и по комбинациям. В таких условиях, предъявляющих высокие требования к интеллекту врача, ему уже не обойтись без помощи ЭВМ, причем искусство расспроса не страдает. Напротив, возрастают требования к врачебному искусству беседы с пациентом и его обследованию, когда нужно выявлять весьма тонкие детали ощущений больного, до сих пор не предъявлявшего жалоб, детали образа жизни, его психологии. В процессе общения врача и пациента должен чрезвычайно возрасти деонтологический аспект: это и необходимость сообщить пациенту о его заболевании или подозрении на какое-то заболевание, и необходимость убедить пациента в важности дополнительного обследования, направления в специализированное отделение, что нужно делать с учетом индивидуальности человека, его социально-психологического склада. ЭВМ подскажет алгоритм, согласно которому должен действовать врач.

Таким образом, наряду с интенсификацией диагностики изменяется стиль работы врача и соответственно клинического мышления; меняется и отношение врача к ЭВМ, он нуждается в ней. В условиях скрининга иным становится подход к проблеме избыточного обследования. Исследования просто необходимы, причем систематические, по 1—2 раза в год с целью раннего выявления возможных проявлений заболеваний внутренних органов. Резкое возрастание объема исследования требует решения проблемы его автоматизации и определения такого объема исследований, который был бы достаточно эффективным с позиции выявления основных форм патологии, одновременно кратким и экономичным.

Применение ЭВМ в диагностике развивается (и довольно успешно) в нескольких направлениях, в том числе создаются системы, основанные на логике врачебного мышления [3, 4]. На использование ЭВМ в медицине, с нашей точки зрения, в значительной степени оказывает влияние традиционный стиль клинического мышления, что выражается в чрезмерном увлечении анкетированием при скринингах, в стремлении заменить врача. Не отвергая категорически такое направление использования ЭВМ в медицине, все-таки нельзя его считать перспективным, поскольку методологически оно

основано на традиционном стиле мышления (сначала расспрос, затем объективный осмотр и далее лабораторное и инструментальное обследование).

В новых условиях взаимоотношение врача и ЭВМ представляется весьма конкретным. ЭВМ должна уметь давать все необходимые алгоритмы, соответствующие данному набору скрининговых лабораторных и инструментальных исследований, что является вполне реальной задачей. ЭВМ может стать хорошим помощником врачу, вовсе не заменяя его, а резко ускоряя процесс диагностики. Составление соответствующих алгоритмов не представляет принципиальных сложностей. Нужно лишь уложить максимум информации, учесть степень вероятности основных и прочих возможных решений, а также алгоритмы раскрытия любого из указанных диагностических путей. На этом решение первой задачи информационно-диагностического центра можно считать законченным. Вторая задача такого центра состоит в том, чтобы информация о пациенте хранилась в должном объеме и могла быть востребована в любой момент.

Конечно, возможности усложнения и совершенствования использования ЭВМ безграничны, однако на данном этапе нужно решать конкретные практические задачи. Наиболее важная из них — создание таких систем обследования пациента, которые, минуя врача или любого другого специалиста, поступали бы в память ЭВМ уже в обработанном виде. Например, обработка ЭКГ и показателей вентилиции легких не так уж сложна. Более трудной для врача представляется проблема автоматического чтения флюорограмм, биохимических и лабораторных показателей крови, однако ее также необходимо решить. Реализация программы диспансеризации всего населения невозможна без создания таких информационно-диагностических центров.

Проф. Ф. Ф. Тетенев (Томск)

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бокша В. Г., Брудная Э. Н., Попов А. А., Шульга В. А. // Автоматизированная система оценки функции дыхания. — Киев, Здоров'я, 1983.
2. Василенко В. Х. // Введение в клинику внутренних болезней. — М., Медицина, 1985.
3. Кобринский Б. А., Большакова Г. С. // Сов. мед. — 1986. — № 8. — С. 47—51.
4. Хвастунов Р. М., Новиков Ю. В. // Казанский мед. ж. — 1986. — № 2. — с. 127—131.

Поступила 12.07.88.