

няет память студента, но и развивает способность логически мыслить, анализировать. С выполнением своих функций машина справляется значительно быстрее, чем педагог. Вполне справедливо мнение, что опасаться следует «не самих машин, а тех плохих программ, которые могут быть в них заложены».

К ОЦЕНКЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О БОЛЬНОМ И ЕГО БОЛЕЗНИ

Проф. П. И. Шамарин

(Саратов)

Благодаря достижениям науки и техники, особенно химии и физики, лечебно-профилактические учреждения обогащаются новыми лабораторными методиками, новейшей диагностической аппаратурой. Врач имеет возможность получить такую информацию о больном и его болезни, о какой лет 40—50 назад он не смел и мечтать.

Организация и совершенствование диагностических кабинетов, с одной стороны, облегчают диагностику малосимптомных болезней, стертых и замаскированных форм, а также редких и сложных, трудных для распознавания болезней, с другой — способствуют отдалению врача от больного, особенно врача малоквалифицированного, надеющегося не на клиническое мышление, а на подсказку лабораторий и диагностических кабинетов. Наконец, в настоящее время, также благодаря успехам медицины, изменяется представление о многих патологических процессах и болезнях, повышаются требования к клинической и патологоанатомической диагностике, изменяется и структура заболеваемости в связи с успехами профилактической медицины и социальными сдвигами. А поток информации, получаемой при физическом обследовании больных и при лабораторном и инструментальном исследовании, настолько велик, что и высококвалифицированному врачу подчас трудно в нем разобраться и должным образом оценить.

Необходимым условием диагностики является полнота и достоверность информации. Эти качества информации зависят от объективных и субъективных причин.

Объективные факторы: а) возможности и прогрессности применяющихся для обследования методик, б) степень оборудования и оснащения лабораторий и диагностических кабинетов, в) условия обследования — обстановка, степень тяжести больного, продолжительность наблюдения.

Субъективные факторы: а) квалификация лиц, принимающих участие в обследовании больных (врачи, лаборанты, медицинские и технические работники диагностических кабинетов), б) отношение обследующих к своей работе (добросовестность и тщательность или небрежность, спешка, халатность и т. д.), в) степень методологической подготовки врача.

Информация может быть достоверной, но не иметь существенного диагностического значения. При описании клинической картины болезней в учебниках и руководствах часто не выделяются те симптомы, которые наиболее отражают сущность болезни и использование которых ведет к правильному заключению и истинному диагнозу. В лучшем случае упоминаются «ведущие» симптомы. При этом существует большой разбой в определениях. Нередко одни и те же симптомы при одном и том же заболевании разные авторы обозначают неодинаково.

Общепринятой классификации информации о больном и его болезни не существует. Отдельные предложения (например, в книге И. Н. Осипова и П. В. Копнина) мало кому из практических врачей известны и на страницах периодической печати не обсуждаются. Между тем, необходимость создания классификации вряд ли может вызвать сомнение. Классификация информации по диагностическому значению нужна студентам для лучшего усвоения программного материала, она непременно потребуется при составлении пособий по программированному обучению.

В основу классификации предлагается положить принцип специфичности информации. Понятие «специфический» имеет два значения. Применительно к диагностическому процессу эти два значения расшифровываются следующим образом: в одних случаях информация является специфической — патогномоничной, т. е. присущей определенной болезни и только ей и не встречающейся при других болезнях; в других случаях информация может считаться условно специфической, характерной, бросающейся в глаза, часто ярко отражающей сущность патологического процесса, но характеризующей не отдельное какое-либо заболевание, а группу болезней, сходных по проявлениям, хотя различных по происхождению и локализации процесса, по патоморфологии и патофизиологии.

Примерами патогномонической информации являются следующие: характерная поза ребенка при туберкулезном менингите, пятна Филатова — Коплика при кори,

туберкулезные микобактерии в мокроте при туберкулезе легких, симптом «ниши» при язвенной болезни и «дефект наполнения» при раке желудка (отличающийся от «дефекта наполнения» при полипе желудка), характерная кривая ЭКГ при инфаркте миокарда, аускультативная мелодия при митральном стенозе, картина крови при хроническом лейкозе (мелозе или лимфаденозе), гипергликемия и глюкозурия при сахарном диабете, тень конкрементов на рентгенограмме при мочекаменной или желчнокаменной болезнях и многие другие.

Примеры условно специфической информации: кровавая рвота, кровохарканье, желтуха, отеки, пиурия, мочевые симптомы, изменения перкуторного звука над легкими, влажные или сухие хрипы, желудочные диспепсические симптомы, боль при глотании, боль и припухание суставов, приступы одышки, асцит и многие другие.

Специфическая патогномоничная информация служит предпосылкой достоверного диагноза с использованием условно категорического или простого категорического силлогизмов. Условно специфическая информация, а также неполные специфические синдромы служат предпосылками для разделительного и условно категорических силлогизмов, следовательно, для дифференциальной диагностики и вероятного диагноза.

Третью группу составляет неспецифическая информация, не имеющая большого диагностического значения. Эта информация является следствием патологического процесса, лежащего в основе болезни, но отражает она общие, неспецифические реакции организма. Сюда относятся: слабость, быстрая утомляемость, повышение температуры, понижение аппетита, похудание, головная боль, лейкоцитоз, ускоренное оседание эритроцитов, плохой сон и т. д.

К четвертой группе отнесены случайные сведения, не имеющие отношения ни к основной болезни, ни к сопутствующим заболеваниям: ампутационная культя у больного хроническим бронхитом (но другое дело — при наличии эндартерита), рвота при введении морфина, переносимость лекарства, тахикардия при обходе профессора, обморок при виде крови, жидкий стул при употреблении молока и т. д.

Условный характер такого деления на четыре группы очевиден: один и тот же симптом или показатель лабораторного, инструментального исследования при одной болезни может быть условно специфическим, при другой — неспецифическим, при третьей — второстепенным и случайным; но он может входить в состав специфического синдрома. Наиболее показательный пример: тахикардия, возникающая при обходе у больной гипертонической болезнью или у студента перед кабинетом экзаменатора, — случайное явление; тахикардия при пневмонии — симптом неспецифический, как и при многих болезнях с высокой температурой; тахикардия в сопоставлении с числом дыханий (дыхательно-пульсовый коэффициент) является условно специфическим симптомом, например, для крупозной пневмонии; тахикардия вместе с зобом, экзофтальмом и повышенным основным обменом составляет патогномоничный синдром диффузного токсического зоба. Поэтому оценка диагностического значения информации (симптомов, синдромов, показателей) должна производиться применительно к каждой нозологической форме, при описании каждой болезни и даже отдельных фаз болезни.

Не претендуя на безоговорочное принятие, предлагаю для обсуждения следующий проект группировки информации о больном и его болезни.

А. Информация по достоверности: а) достоверная, б) достаточно вероятная, в) мало вероятная или сомнительная.

Б. Информация по диагностическому значению: а) патогномоничная, б) условно-специфическая, в) неспецифическая, г) случайная, не имеющая отношения к настоящему состоянию больного.

ГИГИЕНА ТРУДА И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯ

ОБ ОПЫТЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ГИГИЕНЫ ТРУДА

В. П. Камчатнов и Н. Н. Горхов

(Казань)

Гигиена труда — одна из важных дисциплин, изучаемых на санитарно-гигиеническом факультете. Молодой врач, окончивший санитарно-гигиенический факультет, приступая к работе по промышленно-санитарному надзору, в начале своей деятельности сталкивается со многими трудностями. Чтобы их было меньше, ему необходимо получить более солидные знания на кафедре, санэпидстанции и предприятии.