

# **МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

## **Для ординаторов по специальности - Терапия**

Тема: КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Разработчик: д.м.н. Чурин Б.В.

### **1. Клинический диагноз в ведении терапевтического больного.**

Перед постановкой окончательного диагноза должны быть критически оценены все имеющиеся у пациента симптомы и синдромы, а также те, которые обнаружить не удалось, но они характерны для данного заболевания. Необходимо обратить внимание на сочетание симптомов и синдромов у пациента. Всегда нужно оценивать клинический фон, на котором развивается болезнь (старость, истощение, депрессия, стресс, снижение иммунитета и др.). Диагностическая ценность симптомов и синдромов по ходу течения заболевания меняется, и поэтому нужно оценивать время их появления и угасания, а также выраженность. Например, в первые часы развития долевой пневмонии обнаруживаются слабые физикальные признаки заболевания и лишь через 1–2 суток они становятся отчетливо выраженными. При работе над диагнозом врач не должен терять объективности и под давлением фактов вовремя отказываться от «блестящих» гипотез.

Диагноз должен быть логически обоснованным, структурно оформленным и развернутым, а также соответствовать требованиям МКБ-10, с учетом отечественных классификаций.

Врач перед постановкой диагноза обязан ответить себе на следующие вопросы:

- Какова вероятность того, что имеет место подозреваемое заболевание?
- Каковы будут последствия, если предполагаемый диагноз окажется неверным и пациент будет получать лечение по поводу заболевания, которого у него нет?
- Какова вероятность того, что результаты дальнейшего обследования потребуют пересмотра диагноза?

Если для нозологического диагноза характерны наиболее общие признаки заболевания, представляющие абстрактную болезнь, то в клиническом диагнозе дается индивидуальная оценка (клиническая форма, характер течения, стадия, степень активности, фоновые и сопутствующие заболевания).

Диагноз никогда не может быть абсолютно полным, он всегда имеет известную долю неопределенности. Клинический диагноз — это лишь предположение, и, как заметил С. П. Боткин, он требует постоянной проверки.

После того как выставлен клинический диагноз, следует провести анализ причинно-следственных отношений. Клинический диагноз должен характеризоваться однозначностью своих составляющих (каждое обозначение должно иметь только одно толкование).

Клинический диагноз следует выставлять не позднее чем через трое суток с момента поступления пациента в стационар. Однако для острых заболеваний, требующих неотложной помощи, этот срок сокращается до нескольких часов. Разрешено представлять клинический диагноз на шестой день в тех случаях, когда требуются сложные специальные исследования. На 10-й день допускается выставлять онкологический диагноз.

Сочетание заболеваний (мультиморбидность) в возрасте до 19 лет встречается в 10 %, а у людей старше 80 лет — в 80 %. Можно выделить несколько вариантов мультиморбидности:

- 1) случайная (т. е. заболевания не связаны между собой);
- 2) имеется общая причина, вызывающая несколько болезней, то есть коморбидность;
- 3) осложненная — одно заболевание вызывает другое;
- 4) заболевания связаны между собой, но механизм этой связи не ясен, то есть возможна коморбидность.

В диагнозе выделяется основное заболевание, его осложнения и сопутствующие болезни. ВОЗ в патологоанатомическую практику ввела понятие комбинированного заболевания.

По возможности следует избегать формулировок основного диагноза с указанием более двух нозологических форм.

Основным заболеванием является то, проявление которого в данный момент наиболее значимо, которое представляет угрозу жизни, является причиной смерти, в том числе и через осложнения, тяжелого состояния, утраты трудоспособности и госпитализации. Основным заболеванием по МКБ-10 является то, по поводу которого проводилось обследование пациента.

При ятрогенном основном заболевании в качестве фонового указывается та нозология, по поводу которой проводилось лечение. Ятрогенные заболевания, не играющие роль в танатогенезе (танатогенез — динамика симптомов в процессе умирания), должны указываться в рубрике «сопутствующие заболевания».

В случае бикаузального диагноза, т. е. при комбинированном основном заболевании, следует различать три варианта: два заболевания конкурирующих; два — сочетанных; основное и фоновое.

При комбинированном заболевании нозологические формы развиваясь и взаимодействуя между собой вызывают новое патологическое состояние или приводят к смерти.

Увеличение коморбидности с возрастом в значительной степени связано с поражением сосудов.

При полипатиях основной диагноз начинается со слова «полипатия», затем перечисляются нозологические формы под номерами (1, 2, 3 и т. д.). Из трех и более заболеваний на первое место ставят болезнь, в большей степени определяющую тяжесть состояния.

Конкурирующими заболеваниями считаются в том случае, если каждое из них в отдельности могло привести к тяжелому состоянию организма или смерти. Например, рак IV стадии и крупноочаговый инфаркт миокарда.

Фоновое заболевание этиологически не связано с основным, но включается в общий с ним патогенез, является одной из причин прогрессирования патологического процесса и способствует развитию смертельных осложнений. Например, гипертоническая болезнь и атеросклероз. Фоновых заболеваний может быть несколько. Чаше фоновое заболевание предшествует основному.

Сочетанными считаются такие заболевания, которые имеют различный патогенез, но взаимно отягощают друг друга. При чем каждое из них по отдельности не может вызвать летального исхода, а вместе они утяжеляют состояние пациента и могут привести к смерти.

Сопутствующее заболевание этиологически и патогенетически не связано с основным заболеванием. Оно существенно уступает основному заболеванию по степени влияния на здоровье и трудоспособность. Обычно сопутствующие заболевания протекают стабильно и не прогрессируют. У них могут быть осложнения, но только не смертельные.

Осложнения основного заболевания — это вторичные структурно-функциональные повреждения, патогенетически связанные с основным заболеванием. Осложнение основного заболевания — это нозологическая единица, которая может иметь самостоятельное значение и способствовать смертельному исходу. Проявления основного заболевания стереотипны, а осложнения индивидуальны.

При смертельном исходе заболевания следует указывать первоначальную причину смерти (острый инфаркт миокарда, инфаркт головного мозга). В заключительном диагнозе первоначальная причина смерти помещается на первое место в рубрике основное заболевание, а непосредственная причина смерти — в рубрике осложнения. Например, острый крупноочаговый инфаркт миокарда и трепетание желудочков сердца.

После указания нозологической единицы должно следовать уточнение и ее формы (особенности клинической картины, патогенеза и морфогенеза). При необходимости эти проявления дополняются данными лабораторного и инструментального исследования.

Клинический диагноз отражается во всей медицинской документации, обеспечивающей преемственность в лечении пациента или при проведении профилактических мероприятий. Чем точнее и подробнее оформлен клинический диагноз, тем более качественную информацию получает другой врач. В связи с изложенным понятна важная роль классификации болезней человека в преемственности дальнейшего ведения пациента.

Классификация – это разделение множества на отдельные группы по конкретным признакам. Классификации систематизируют наши знания и позволяют свободнее ориентироваться в проблеме, особенно в условиях нарастающего потока информации. Различают естественные и искусственные классификации. В первых из них деление основано на существенных признаках, а во-вторых – на второстепенных. Большую значимость приобретают классификации, основанные на нескольких важнейших принципах. Нередко приходится использовать одновременно несколько классификаций при изучении той или иной проблемы, включая диагностику заболевания. Часто невозможно создать классификацию одновременно учитывающую множество важных аспектов. Классификация должна быть удобной в практическом применении. По мере накопления знаний классификации претерпевают изменения. По существу, современная классификация должна отражать уровень знаний и быть удобной к использованию.

МКБ-10 была принята на 43-й Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве в 1989 г. В России она применяется с 1999 г. Не все понятия и коды МКБ-10 следует использовать в формулировке клинического диагноза. В МКБ-10 включены не только нозологические формы, но и симптомы, патологические состояния, травмы, а также условия повреждения и травм. Многие из них предназначены для кодирования причин обращения к врачу, для статистического анализа патологических состояний, причин госпитализаций и т. д.

Правильно оформленный диагноз должен быть не только в истории болезни и амбулаторной карте, но и в выписках, медицинских справках, свидетельствах о смерти. В заключительном клиническом диагнозе в качестве основного заболевания не должны фигурировать болезни, по поводу которых не предпринимались диагностические и лечебные мероприятия.

Современные классификации отдельных нозологических форм подводят итог их изучения и поэтому часто претерпевают изменения. Нередко классификации односторонне

отражают суть и варианты болезней. Преимущество в применении должно быть за классификациями, принятыми на международных форумах специалистов или разработанными крупными врачебными сообществами. Из-за специфики организации здравоохранения в стране нередко приходится вводить определенные коррективы в международные классификации.

В диагностике любого заболевания особо важное значение придается общему состоянию пациента, в том числе и его душевному состоянию, что позволяет более точно оценивать прогноз. Врач должен приучать себя не только слушать словесные жалобы пациента, но и воспринимать все, что он сообщает дополнительно своим видом, поведением, взглядом, интонацией, умолчанием и т. д.

Интегральная оценка состояния здоровья пациента невозможна без его полного обследования от головы до стоп. Это обследование следует проводить в определенном порядке, чтобы не упустить информацию. Интегральная оценка состояния пациента также должна найти отражение в диагнозе. При оценке общего состояния пациента обращается внимание на функцию ЦНС, общее самочувствие, функцию внутренних органов и данные лабораторного и инструментального обследования. В практической медицине с давних пор проводится интегральная оценка состояния здоровья.

В современной медицине продолжается процесс разделения специальностей. Даже из узких специальностей выделяются еще более узкие (врач-диабетолог, аритмолог и т. д.).

Вместо терапевтических отделений в стационарах функционируют отделения кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии. Возникает дефицит опытных терапевтов, способных оценить состояние пациента в целом.

В диагностическом процессе сегодня участвуют одновременно врачи различных специальностей. Специализация врачей при всей ее прогрессивности сопровождается утратой целостного представления о больном у большинства врачей. Врач-специалист далеко не всегда учитывает фон заболевания. Однако врачебная специализация — процесс необратимый, она таит в себе опасность лечить не больного, а болезнь. В современной медицине нужны как узкие специалисты, так и врачи общей практики. Врач-терапевт должен знать сильные и слабые стороны современных методов обследования, диагностическую значимость клинических, инструментальных и лабораторных показателей заболевания.

Общее состояние пациента в клинике, кроме указанных выше физикальных данных, оценивается с помощью физиологических нагрузочных, психологических, биоритмологических и биохимических тестов, показателей сна, а также определения биологического возраста и др.

В повседневной практике общее состояние организма оценивают часто по клиническим данным на основе классификации Г. А. Захарьина:

1. Удовлетворительное состояние. Опасности для жизни нет и быть не может.
2. Средней тяжести. Случай серьезный, но для жизни не опасен. Пациент нуждается в госпитализации и неотложной помощи.
3. Тяжелое состояние. Для жизни опасное, но не безнадежное. Необходима экстренная госпитализация в реанимационное отделение или в отделение интенсивной терапии.
4. Крайне тяжелое состояние. Случай обычно безнадежный, так как затруднена транспортировка.
5. Терминальное (агональное) состояние. Длиться от нескольких минут до нескольких часов.
6. Клиническая смерть. Нет сердечной деятельности, дыхания и сознания. Длится 5-6 минут.
7. Биологическая смерть. Необратимое прекращение жизнедеятельности.

В первую очередь гибнет мозг. Сердце, вынутое из трупа через 12-20 часов после смерти, может возобновить свою деятельность.

Классификация нарушенного сознания:

1. Дезориентация.
2. Оглушенность. Имеет место повышение порога чувствительности и раздражительности. Пациент заторможен, сонлив, плохо понимает смысл слов, отвечает замедленно, неполно и неточно.
3. Помрачение сознания. Нарушено восприятие и правильное отношение к своему состоянию.
4. Сопор. Находится в состоянии спячки, из которого может быть выведен разговором, после чего вновь впадает в спячку.
5. Ступор. Спутанность сознания, плохо ориентируется в окружающей обстановке.
6. Кома.

Временная организация биологических процессов является фундаментальной закономерностью жизнедеятельности организма. Цикличность биологических функций на всех уровнях является одним из условий существования живых организмов и рассматривается как одно из неперенных условий существования живой материи. Различные ритмические процессы в организме под влиянием физических синхронизаторов (смена времен года, дня и ночи и др.) объединяются в одну сложную колебательную структуру.

Иногда бессмысленно добиваться точного диагноза, в частности, при самоизлечивающихся заболеваниях, природу которых мы не знаем. В этом случае необходимо определить целесообразность дальнейшего обследования, особенно в тех случаях, когда клинические проявления болезни значительно уменьшаются или исчезают.

Таким образом, для плодотворной практической работы врачу-терапевту необходимы не только фундаментальные знания по различным разделам медицины и психологии, но и определенная дисциплина мышления. Аналитический подход к принятию решений позволяет объединить доступную информацию. Он принуждает к строгому мышлению и обнаруживает наши сомнения и недостаток знаний. Необходим такой врач, который контролировал бы общую ситуацию со здоровьем пациента, для чего нужно анализировать всю полученную информацию и нести ответственность за основные решения в постановке диагноза и лечения.

## **2. Наиболее частые причины диагностических ошибок.**

Можно выделить несколько причин диагностических ошибок, совершаемых врачом. Одни из них зависят от врача, другие — от изменения характера течения заболевания, третьи – от особенностей организации медицинской службы, четвертые – от особенностей современного пациента.

К наиболее частым диагностическим ошибкам объективного характера, связанных непосредственно с врачом, следует отнести:

- 1) слабую теоретическую и практическую подготовку по специальности, а также ограниченность общего кругозора и знаний по смежным медицинским наукам;
- 2) некритическое отношение к клинической информации;
- 3) недостаточный жизненный и врачебный опыт;
- 4) недостаточную осведомленность в теории диагноза;
- 5) слабые знания психологии здорового и больного человека, неумение установить доверительные отношения с пациентом или, напротив, слишком близкие дружеские отношения врача и пациента.

И. В. Давыдовский считал, что изучение ошибок собственной практики – это прежде всего изучение ошибок своего мышления.

Наиболее частые субъективные причины диагностических ошибок в работе врача (на долю субъективного фактора приходится до 60–70 % всех диагностических ошибок):

- 1) несоответствие характерологических особенностей и врачебной специальности (в Израиле по результатам психологического тестирования отсеивается до 20 % абитуриентов);

2) ошибки в суждениях, отсутствие логики в построении диагностической мысли и неспособность выделить главное;

3) отсутствие системы в обследовании пациента;

4) стремление диагностировать редкие заболевания;

5) установка на безошибочность своего диагноза, неспособность отказаться от прежних взглядов.

6) неспособность распознать истинную цель обращения пациента к врачу;

7) нежелание вести четкую и подробную медицинскую документацию.

К объективным причинам, часто приводящим к диагностическим ошибкам и не зависящим непосредственно от врача, следует отнести:

1) несовершенство современных знаний и организации медицинской помощи, и в связи с этим отсутствие единства мнений среди клиницистов;

2) слабая организация диспансеризации населения;

3) недостаток методов лабораторного и инструментального обследования и недостаток квалифицированных специалистов в медицинских учреждениях;

4) недостаток времени на обследование пациента;

5) узкая специализация врачей, дефицит клиницистов «широкого профиля»;

6) большой поток новой медицинской информации, которая нередко бывает недостоверной;

7) высокая частота сочетанной патологии (инфекций, аллергий, алкоголизма, наркомании, ятрогенных заболеваний, депрессий, психосоматической патологии и др.);

8) изменение клинической картины и распространенности многих заболеваний (чаще стали встречаться гипертоническая болезнь, инфаркты миокарда, инсульты, сахарный диабет, язвенная болезнь, а реже — ревматизм, сифилис, эпидемический менингит и др.);

9) старение населения (с возрастом снижается реактивность организма, увеличивается сочетанная патология и ятрогенная);

10) навязывание мнений врачам и пациентам по диагностике и лечению болезней средствами массовой информации

Следует признать, что только часть диагнозов современного высококвалифицированного врача общей практики достаточно полно и объективно отражает заболевание. Многие современные диагностические термины несовершенны. Например, постхолецистэктомический синдром, функциональная диспепсия.

Особенности современного пациента также нередко являются причиной диагностических трудностей и ошибок:



1) особенности личности пациента (психопатические, с прямолинейным супермнением, вечно сомневающиеся, неисправимые оптимисты и т.д.);

2) почти половина больных обращается за медицинской помощью по мотивам более глубоким, чем высказывается;

3) нередко пациенты скрывают заболевание или же, напротив, аггавируют и симулируют;

4) в связи с неконтролируемым потоком информации медицинского характера суждения пациента о болезни часто искажены;

5) пациент стал более информирован в вопросах здоровья и заболеваний, он вместе с врачом более активно участвует в диагностическом процессе (регистрация ЧСС, АД, глюкоза крови, креатинин и др.);

6) свободная продажа многих ЛС “позволяет” пациенту реже обращаться к врачу, лечиться самостоятельно и тем самым запускать течение патологического процесса.

Кроме того, работу врача затрудняют проблемы, возникающие при общении с пациентом:

1) отрицательный опыт лечения пациента в прошлом;

2) разница в возрасте, половой принадлежности, политических воззрениях, социальном положении и др.;

3) нечестность и непорядочность медицинского персонала;

4) близкие и родственные отношения между врачом и больным;

5) психические расстройства, нарушения памяти, речи, слуха, деменция и т. д.

### **3. Роль доказательной медицины в диагностическом процессе.**

Оптимизация диагностического процесса невозможна без широкого внедрения методов доказательной медицины (ДМ).

ДМ — это не новая наука, а оптимальный подход к созданию и применению медицинской информации. ДМ — это научно обоснованная медицинская практика. Она базируется на четко разработанной технологии сбора, анализа и синтеза научной медицинской информации. Научной основой ДМ является клинический эксперимент — рандомизированное, контролируемое исследование, которое служит материалом для систематизированного обзора, метанализа и разработки на их основе клинических руководств и рекомендаций.

ДМ — это использование математических оценок вероятности в определении пользы, риска и вреда, полученных при обобщении первичных исследований, в которых проведены рандомизированные контролируемые испытания. Одни люди или экспериментальные

животные попадают в экспериментальную группу, другие – в контрольную. В приведенных исследованиях выделяют следующие разделы: цели, задачи, материалы и методы.

Исследование и обобщение проводят в соответствии с точной прозрачной и воспроизводимой методологией.

Практикующий врач должен опираться не только на свой клинический опыт и результаты работы со специальной литературой, а также дискуссии с коллегами, но и руководствоваться результатами качественных клинических исследований, имеющихся в мире. ДМ – это набор правил, по которым врач может корректно использовать современные медицинские знания. Сегодня научными признаются лишь результаты клинических исследований на основе принципов клинической эпидемиологии, в которых к минимуму сводится систематическая ошибка. При эпидемиологическом исследовании выявляются не только заболевания, но и факторы, способствующие возникновению и развитию болезни. Не все массовые обследования являются эпидемиологическими, и не все эпидемиологические обследования — массовыми. Минимальными требованиями к эпидемиологическим исследованиям являются случайная и репрезентативная выборка и проведение анализа данных независимыми экспертами. ДМ не может научить врача диагностировать и лечить болезнь у конкретного пациента, она изучает абстрактную болезнь.

ДМ с помощью применения математических оценок вероятности пользы и риска вреда позволяет более уверенно принимать решения в диагностике и лечении пациентов. ДМ возникла не на пустом месте, идея контролируемых медицинских испытаний не нова. Еще в XVII в. врач Жан Батиста ван Хельмонт оспорил целесообразность широко применявшихся кровопусканий. Он на большом количестве пациентов, применив рандомизацию и статистический анализ, доказал неэффективность этой процедуры. В XIX столетии Пьер Шарль Александр Луи ввел принципы статистического анализа при оценке лечения.

В последние годы во врачебной практике широко используются стандарты, протоколы, ступенчатые схемы, алгоритмы. Внедрение стандартов диагностики и лечения способствует рациональной работе здравоохранения в масштабах страны.

Внедрение диагностических стандартов во врачебную практику уже позволило поднять общий уровень диагностики наиболее распространенных заболеваний. Однако стандарты связывают инициативу врача и его способность мыслить нестандартно.

Стандарт – нормативный документ, разработанный на основе консенсуса признанных специалистов, в нем устанавливаются правила и принципы, касающиеся различных видов деятельности. Стандарты максимально исключают возможность

субъективного подхода к проблеме. Они вырабатываются на основе клинических рекомендаций. Стандарты в нашей стране утверждаются приказами министерства здравоохранения и социального развития.

Протоколы (инструкции), в отличие от клинических рекомендаций и руководств, оставляют меньшую свободу выбора для клинициста. Они в большей степени предназначены для конкретных предсказуемых клинических ситуаций и менее опытных врачей.

Целью клинических рекомендаций и руководств является помощь врачу в выборе наиболее подходящей стратегии проведения диагностики заболевания и отказ от необоснованных вмешательств. Клинические рекомендации помогают поднять уровень работы даже начинающего врача до современного. Они создаются по определенной методике и этим отличаются от учебников и руководств для студентов и врачей.

Клинические рекомендации разрабатываются на основе систематических обзоров и контролируемых рандомизированных исследований профессиональными клиническими ассоциациями и научно-исследовательскими учреждениями и проходят независимое рецензирование, следовательно, в них используются только в высшей степени доказательные результаты проведенных исследований. Клинические рекомендации обучают врачей лучшим на данный момент способам диагностики и лечения. Не всегда клинические рекомендации можно применить у конкретного больного. Рекомендации носят необязательный характер. Клинические рекомендации представляют обычно общие принципы и оставляют достаточно свободы врачу для принятия решений, т. е. они позволяют лечить не болезнь, а больного. Клинические рекомендации одних профессиональных обществ могут отличаться от других.

Все клинические рекомендации подразделяются на 4 класса по уровню доказательности. Наивысший класс означает, что рекомендации общепризнаны, в основе их грамотно проведенное исследование, они обсуждены в рабочей группе и прошли независимое рецензирование

Медицинские стандарты также являются рекомендациями.

Врач может использовать клинические рекомендации в качестве оправдания диагностических ошибок. Клинические рекомендации — основа для оценки профессионального уровня врача. Врач должен знать клинические рекомендации и обосновывать отклонения от них в своей работе. Клинические рекомендации позволяют практикующему врачу познакомиться с современными достижениями медицины, нередко подсказывают направление в диагностическом и лечебном процессе, организуют мышление. Кроме того, они повышают ответственность врача перед пациентом и защищают в различных

ситуациях от нередко необоснованных претензий со стороны пациента и близких к нему людей, а также в случае возбуждения уголовного дела. Тем не менее в США отказались принимать в качестве довода во время судебного разбирательства клинические рекомендации.

В рекомендациях приводятся наиболее надежные диагностические тесты. Чтобы определить надежность нового диагностического теста, его следует сравнить с эталоном («золотым стандартом»), тем самым доказав его эффективность. Необходимо знать принципы, на которых основан диагностический тест. Это позволит оценить его сильные и слабые стороны даже при высоких показателях чувствительности и специфичности.

Чувствительность = (истинно положительные результаты / истинно положительные результаты + ложноотрицательные результаты) x 100 %.

Специфичность = (истинно отрицательные результаты / ложноположительные результаты + истинно отрицательные результаты) x 100 %.

Следовательно, чувствительность диагностического теста определяет то, насколько он хорошо выявляет больных, при этом выявляется вероятность заболевания у больных.

Специфичность характеризуется вероятностью отсутствия ложноположительных результатов, т. е. как часто тест отрицателен у здоровых людей. При высокой специфичности тест отрицателен у подавляющего большинства здоровых.

В связи с технической революцией многие ранее значимые диагностические тесты утратили свою важную роль. Диагностический тест должен быть правильно истолкован, связан с сущностью и местом патологического процесса.

Следует помнить, что эталонные тесты не всегда безопасны, поэтому их нередко используют на поздних этапах диагностики. Назначая диагностический тест, нужно определить предполагаемую вероятность положительного результата.

Необходимо отметить и недостатки, имеющиеся у клинических рекомендаций:

- могут быть основаны лишь на мнении экспертов;
- могут способствовать среднему, а не лучшему уровню медицинской практики;
- могут сдерживать внедрение более действенных методов диагностики и лечения;
- их применение затрудняется при полиморбидности, у истощенных и старых пациентов, а также при оценке лечения растительными ЛС и применении физиотерапевтических процедур;
- они не всегда учитывают местные особенности (национальные, религиозные, климатические и др.);
- не всегда отражают различие в оказании первичной и квалифицированной помощи;

- могут не учитывать местные особенности, в частности, организацию медицинской помощи, оснащенность лечебного учреждения кадрами, диагностической аппаратурой, возможности лабораторий и др.;

- могут вызывать конфликты между врачами и учеными, а также между больными и врачами.

В метанализе также могут быть слабые стороны из-за пристрастия к публикациям с положительным результатом (не учитывают отрицательные результаты). Кроме того, возможна небрежность в изложении некоторых оригинальных исследований.

В настоящее время обширную научную информацию можно найти в интернете. Постоянно обновляемые компьютерные базы данных позволяют осуществить оперативный поиск необходимой информации. Следует убедиться, что выбранная база данных позволит найти достоверный и полный ответ на поставленные вопросы.

Электронные базы данных с материалами, отвечающими критериям качества, представлены ниже.

- 1) Evidence-Based Medicine Reviews Ovid Technologies — [www.ovid.com](http://www.ovid.com).
- 2) Cochrane Library ([www.update-software.com](http://www.update-software.com)) содержит систематические обзоры.
- 3) Оксфордский центр доказательной медицины <http://www.cebm.net>.
- 4) Центр медицины доказательств <http://www.cche.net>.

Электронная база данных, в которую включаются материалы, не использующие критерии методологического качества, — MEDLINE. Это самая большая база данных фундаментальных и методологических исследований, организованная национальной медицинской библиотекой США.

Существует традиционная иерархия уровней доказательств, исходя из которой, в зависимости от научных достоинств, распределяются исследования:

- 1) систематические обзоры и крупные метанализы;
- 2) проспективные, рандомизированные, контролируемые исследования с клинически значимыми результатами;
- 3) рандомизированные, контролируемые исследования с предполагаемым клинически значимым эффектом;
- 4) когортные исследования;
- 5) перекрестное исследование;
- 6) описание отдельных клинических наблюдений.

Обычные научные обзоры, публикуемые в медицинских журналах, в отличие от систематических, страдают субъективизмом, так как подбираются источники, подтверждающие или опровергающие определенную точку зрения.

В систематическом обзоре проводится обобщение первичных работ по определенной проблеме. Совсем не обязательно, чтобы обзор был подготовлен профессионалом высокого уровня, так как главным требованием является его написание по определенным строгим правилам. В частности, необходимо придерживаться критериям, позволяющим включить статью в обзор, в которой будут указаны цель исследования, материалы и методы, рандомизация и контроль. Лучшие систематические обзоры, особенно создаваемые в рамках Кокрановского сотрудничества, регулярно пересматриваются и обновляются.

Метанализ – статистический метод, используемый для комбинации результатов и «придания силы» итоговой оценке эффекта.

В связи с отсутствием в России структур, которые проводят экспертизу методологического качества научных исследований и аналитических обобщений выверенной информации, для создания отечественных рекомендаций по диагностике и лечению больных используют систематические обзоры, метанализы, клинические рекомендации, подготовленные специалистами других стран. Однако клинические рекомендации, разработанные в других странах, часто не могут быть полностью перенесены в Россию по различным причинам (социального, экономического и психологического характера). Иногда клинические рекомендации представляют собой согласительный документ.

В России уровень большинства научно-исследовательских работ не соответствует высоким критериям доказательной медицины. Большинство научных обзоров в Российских журналах по медицине нельзя относить к систематическим, так как при их написании не выполнялись требования ДМ. По этой причине молодым врачам на первых этапах их профессиональной деятельности следует избегать чтения статей научно-практических журналов.

Руководства для врачей и клинические рекомендации должны явиться основой непрерывного медицинского образования. Практикующий врач не может искать, оценивать и обобщать информацию, находящуюся более чем в 2 млн статей, ежегодно публикуемых в 40 тыс. биомедицинских журналах. Эту функцию берет на себя доказательная медицина.

При изучении конкретных клинических вопросов целесообразно обращаться к систематическим обзорам.

Учитывая постоянный дефицит времени врача и то обстоятельство, что рано правильно поставленный диагноз часто гарантирует эффективное лечение, путь к диагнозу должен быть надежным, коротким и экономичным. С этой целью следует использовать

алгоритмы, в которых заложены Рекомендации национальных и международных врачебных ассоциаций. Алгоритмы особенно востребованы в неотложной медицине.

Наблюдение, если его использовать оптимальным образом, может превратиться в диагностический тест. Комплексная балльная оценка тестов, рекомендованная национальными и международными медицинскими профессиональными ассоциациями, позволяет более надежно и быстро выйти на диагноз и установить стадию болезни.

Диагностическая ошибка может возникнуть из-за неправильного сбора информации и последующей оценки признаков в баллах.

Непременным условием успешной работы врача является непрерывная учеба. Необходимо иметь твердые знания эталонных описаний болезни, которые приведены в учебниках и руководствах для врачей. Однако недостатком клинических руководств может явиться то, что некоторые утверждения могут основываться на мнении квалифицированных и авторитетных экспертов, а не на доказательствах, и тем самым сдерживать внедрение новых методов диагностики и лечения. Кроме того, в руководствах часть информации довольно быстро устаревают.

Кроме руководств и клинических рекомендаций, в самостоятельной работе со специальной литературой следует также использовать журналы и электронные базы с высоким уровнем цитируемости. По этой причине необходимо знание иностранных языков, по крайней мере английского.

Не следует забывать, что некоторые публикации преследуют коммерческие цели.

Справочная информация на различных носителях должна быть на рабочем столе врача, в том числе справочники по смежным медицинским специальностям. Не следует забывать, что знания в медицине быстро устаревают и нередко обесцениваются в связи с научно-техническим прогрессом.

Врач получает новые знания не только при изучении специальной медицинской литературы и от коллег учреждения, где он работает, но и во время обучения на специальных курсах повышения квалификации, а также во время работы в других клиниках.

Консультации со старшими коллегами и врачами других специальностей необходимо готовить. Следует четко формулировать цель консультации. Информацию, предназначенную консультанту, лучше записать, это обеспечит ее четкость и полноту.

Не меньшее значение в повышении профессионального уровня имеет работа начинающего врача с пациентом, у которого диагноз твердо установлен в специализированной клинике. Врач должен принимать клинические решения по диагнозу и лечению с некоторой долей неопределенности, некоторым сомнением, он обязан быть

готовым к неожиданному диагностическому и лечебному результату. Формулирование клинического диагноза не означает того, что диагностический процесс закончен. Дальнейшее наблюдение за пациентом (появлением новых и исчезновение старых симптомов, эффективностью проводимой терапии) могут коренным образом изменить представление о диагнозе.

#### **4. Прогноз как раздел диагностической оценки состояния больного.**

Прогноз – дело неблагодарное, но необходимое, он свидетельствует о перспективе развития процесса. Будущее – это самое важное, что интересует человека. После того как диагноз установлен, необходимо дать прогноз развитию заболевания. Клинический прогноз – это предвидение дальнейшего течения и исхода заболевания, основанное на результатах диагностики, знаний закономерности развития патологического процесса, оценке возможностей организма и лечения, а также условий жизни пациента.

Прогноз заболевания лежит в основе планирования лечения. Прогностические критерии должны разрабатываться на представительных группах пациентов с использованием доступных воспроизводимых тестов. Ни клинические данные, ни результаты лабораторных тестов в отдельности не могут претендовать на абсолютную точность. Их объединение значительно повышают точность диагноза и прогноз.

Прогноз – это главное, что интересует пациента и врача. Клинический прогноз – это одна из трудных врачебных задач.

Выделяют различные составляющие прогноза: по продолжительности жизни и ее качеству, по длительности течения болезни и выздоровлению, по возникновению осложнений, по восстановлению трудоспособности, по восстановлению функции органа и др. Прогнозируют эффективность того или иного метода лечения.

Прогноз всегда относителен. С. П. Боткин указывал, что если диагностика представляет собой более или менее вероятную гипотезу, то предсказание, вытекающее из этой гипотезы, будет еще менее вероятным. Прогноз изучается в выборке пациентов. Если исследование повторить сто раз в различных группах пациентов, но с одними и теми же клиническими показателями, получатся несколько отличные оценки прогноза.

Прогноз у конкретного пациента основывают на некоторых клинических признаках (эмпирический метод) и более надежно – на индексах, основанных на доказательствах (репрезентативная выборка – пациенты с одинаковой стадией заболевания, длительное наблюдение, «ослепление» исследователей, проверка на независимость тестовой группы).

Для всех живых систем характерны три общих свойства:

1) открытость, т. е. они находятся в постоянном обмене веществом, энергией и информацией с окружающей средой;



- 2) диссипативность, т. е. рассеивание энергии;
- 3) нелинейность.

Для очень сложной биологической системы, которой является человеческий организм, характерно сочетание случайности и упорядоченности.

Биологические системы обладают самоорганизацией. Даже при воздействии совершенно одинаковых факторов сложная система может откликаться различно (в зависимости от множества внешних и внутренних факторов). Совокупность переменных, которыми характеризуется система (по отношению к человеку это пол, возраст, масса тела, рост, пульс, АД и т. д.), в определенный момент времени называется ее состоянием. Состояние меняется во времени, а такая система называется динамической. При рассмотрении развития болезни с этих позиций становится понятным особенности ее течения у различных людей.

Прогноз подразумевает вероятность события, он не всегда очевиден. Например, среди пациентов с ИБС наименьшая смертность отмечается у больных с избыточной массой тела, по сравнению с нормальной. Другой пример – резкое ограничение каллоража пищи на относительно длительный период времени замедляет основной обмен веществ, который в дальнейшем не всегда восстанавливается, что может неблагоприятно отразиться на течении многих заболеваний.

По этой причине при прогнозировании требуется учитывать только твердо установленные по правилам ДМ критерии. Учет рисков в прогнозе позволяет более значимо оценивать состояние пациента в настоящем и будущем.

Можно привести и другие примеры. Гипертрофия левого желудочка сердца увеличивает вероятность инсульта в 6–12 раз. После появления расширения вен пищевода пациенты с циррозом печени живут обычно от 3 до 5 лет, хотя некоторые из них могут прожить 10 и более лет. При тромбозе воротной вены при отсутствии цирроза печени 10-летняя выживаемость составляет около 80 %. Прогноз в отношении конкретного пациента — понятие менее определенное. Обычно худший прогноз отмечается при сопутствующих затяжном стрессе, депрессии, фобиях, ипохондрии и истероидных реакциях.

В ряде случаев следует информировать пациента о возможных наиболее часто встречающихся осложнениях при его заболевании, их клинических признаках и тактике поведения при этом.

Диагностика, выбор лечения и прогноз не могут быть четко определены и поэтому должны выражаться через вероятность. Существенно облегчить прогнозирование появления заболеваний уже в ближайшем будущем позволит скрининг ДНК, который уточнит риски с учетом семейного анамнеза у каждого человека. Результаты этих анализов будут играть

важную роль наряду с профилактическими осмотрами в профилактике хронических заболеваний.

### **5. Особенности диагностической работы терапевтов в поликлинике.**

Работа терапевта в поликлинике имеет свои особенности. Именно в поликлинике лечится основная масса пациентов, имеющих наиболее распространенные заболевания.

Поликлиника — это первичное врачебное звено. Поэтому нередко к терапевту обращаются пациенты не по профилю его специальности.

Одна из основных задач терапевта – это сортировка пациентов. К терапевту приходят первичные пациенты не только с патологией внутренних органов, но и с заболеваниями нервной и эндокринной системы, хирургическими, инфекционными, кожными и психическими. Терапевт обязан знать основы смежных дисциплин, иначе он не сможет вовремя направить пациента к нужному специалисту и тем самым ускорить адекватное лечение и часто сохранить или продлить ему жизнь.

В поликлинике, по сравнению с крупной клиникой, работает меньше высококвалифицированных специалистов как узких, так и широкого профиля. Поликлиника в меньшей степени оснащена диагностическим и лабораторным оборудованием.

В поликлинике возникают гораздо большие сложности, чем в стационаре при оказании неотложной помощи. Терапевт всегда должен быть готов к этой работе.

У терапевта поликлиники имеется еще больший дефицит времени, чем у терапевта стационара. Врачу на пациента отводится всего 12 мин. Много из этого времени приходится тратить на оформление разнообразной документации. Еще меньше времени на пациента остается при вспышках инфекционных заболеваний.

Длительный контакт врача и пациента способствует потере настороженности у первого особенно при появлении осложнений заболевания.

Пациент в поликлинике чаще не выполняет врачебных назначений, чем пациент в стационаре. Однако в работе поликлинического терапевта имеются и преимущества по сравнению с его коллегой из стационара. Терапевт поликлиники более длительное время наблюдает пациентов, лучше знает их характер, бытовые условия и внутреннюю картину болезни. В поликлинике имеются лучшие условия для донозологической диагностики наиболее распространенных заболеваний (злокачественные опухоли, сосудистая патология сердца и мозга, сахарный диабет, туберкулез легких, болезни щитовидной и предстательной желез, ХПН, аллергии и др.). В поликлинике легче обучить пациента навыкам самоконтроля за заболеванием. Подавляющее число пациентов проходило обследование в клиниках, и по

этой причине диагноз у них часто не вызывает особых сомнений. Однако следует помнить, что это не является гарантией точного диагноза.

Отечественные организаторы здравоохранения всегда уделяли должное внимание поликлинической службе. Еще в 1846 г. в Московском университете была организована кафедра поликлиники внутренних болезней. Правильное диагностическое направление мысли поликлинического врача при первичном обращении пациента является залогом точного диагноза и своевременного лечения в дальнейшем. В поликлинике, являющейся первичным звеном в оказании медицинской помощи, особенно высока потребность в широко эрудированных врачах.

## **6. Заключение.**

Для решения лечебно-диагностических задач при дефиците профессиональных знаний и клинического опыта в условиях множественной неопределенности начинающему врачу терапевту требуется обладать структурированным мышлением и использовать надежные источники информации, которые к тому же следует верно интерпретировать.

Одним из важнейших принципов в диагностической работе является системность и последовательность. Этапность в работе должна соблюдаться как в сборе информации о пациенте, так и в процессе абстрактного мышления. Этапность в этом творческом процессе состоит из поиска симптомов во всех физиологических системах организма, их группировки в синдромы, поиска связей между синдромами, формулировки предварительного диагноза, проведении дифференциального диагноза с дальнейшей постановкой клинического диагноза и определении прогноза заболевания.

Для успешной работы начинающему врачу требуется соблюдать ряд условий:

- рационально организовать свое рабочее место, что позволит иметь быстрый доступ к необходимой информации по диагностике и лечению болезни, в том числе по смежным клиническим специальностям, а также по основам теоретических наук (биологии, биохимии, физиологии и др.);
- дефицит теоретических знаний по специальности и практического опыта требует постоянной учебы; приоритетом является систематическое самообразование с использованием отечественных и зарубежных учебников и руководств, а также специализации и совершенствования в ведущих клиниках страны, активное участие в клинических конференциях и др.;
- при выделении основных патологических синдромов необходимо иметь в виду, что они могут находиться в тени клинической картины болезни (например, паранеопластический синдром при злокачественных заболеваниях, внепеченочная симптоматика при хронических

вирусных гепатитах В и С, внекишечные проявления БК и ЯК, паратуберкулезные реакции и др.);

- в процессе проведения дифференциального диагноза в первую очередь исключать наиболее распространенные и опасные для жизни болезни, а также эндемичные патологии;
- исключить возможность развития ятрогенных заболеваний;
- уже в начале обследования следует предположить существо патологического процесса, имеющегося у пациента (воспаление инфекционное и неинфекционное, химическая интоксикация, гипоксия, метаболические нарушения, стресс, злокачественные опухоли и др.);
- в повседневной врачебной работе использовать диагностические алгоритмы, разработанные ведущими специалистами России и мира и по мере появления новой достоверной информации проводить их коррекцию; особенно работа по алгоритмам необходима в экстренных ситуациях или дефиците времени на обдумывание диагностической проблемы;
- при затруднениях в диагностической и лечебной работе непременно следует консультироваться с более опытными коллегами.

Следует заметить, что для правильной постановки диагноза требуется весьма ограниченное количество признаков, но они должны быть точно установлены и интерпретированы и иметь достаточно высокий диагностический вес. В диагностическом процессе врач должен использовать критерии, надежность которых подтверждена в клинических рекомендациях. Однако при этом не следует забывать, что в них речь идет об эталонных заболеваниях. Учесть индивидуальность — задача врача.

Врач, знающий основы методологии диагноза и законы мыслительного процесса, активнее и целенаправленнее совершенствует свою работу, а следовательно, меньше допускает диагностических ошибок.

Клинический диагноз оформляется по определенным правилам, основанным на принципах медицинской информатики и требованиях международных статистических классификаций болезней.