

ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ – ПРОВІДНЕ ЗАВДАННЯ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

В.М. Бобирьов, Ю.О. Капустник, О.В.Власова, Р.В. Луценко

Складові лікарського мистецтва – це обсяг знань, необхідних для розуміння причин і патофізіологічних механізмів захворювання, клінічний досвід, інтуїція та набір якостей, які в сукупності становлять так зване клінічне мислення. Правильне клінічне мислення лікаря, по-перше, має бути визначеним, однозначним, і чітким; по-друге, послідовним, тобто позбавленим логічної суперечності, по-третє, доказовим/достатньо обґрунтованим. Отже, успішне лікування хворого залежить від точності діагнозу.

Незважаючи на те, що нині для діагностики хвороб застосовуються різні сучасні методи досліджень, зокрема магніторезонансна та радіоізотопна діагностика, комп'ютерна томографія, електронна мікроскопія, сучасні біохімічні методи дослідження, нерідкі випадки неправильної діагностики і неправильного лікування хворих.

Однак увесь можливий арсенал діагностичної апаратури використовують лише в наукових центрах і клініках, які мають сучасну медичну техніку та висококваліфікований персонал. У зв'язку з цим у звичайних лікувальних закладах у діагностиці вирішальними залишаються роль лікаря, його знання, досвід, інтуїція. Інтуїтивне мислення має велике значення у визначенні діагнозу. Людині властиві два основні види мислення: аналітикологічне й інтуїтивне. За інтуїтивного мислення висновки робляться відразу, без роздуму і зважування доводів "за" і "проти", з легкістю, за якою лежить тривала робота мозку, яка несвідомо була виконана в минулому, а в даний момент використовуються її результати.

Інтуїтивне рішення є тільки "вдалим вибором" відповідної точки і мусить "свідомо дороблятися". Інтуїтивна діагностика не заперечує звичайну об'єктивну клінічну діагностику. У більшості випадків вона доповнює уточнює її, глибше і всебічніше розкриває картину патології, сприяє ефективнішому і швидшому лікуванню. Але інтуїтивну діагностику необхідно перевірити об'єктивними методами. Покладатися тільки на інтуїцію небезпечно та невиправдано.

Звичайно, так звана інтуїція, або вміння в деяких випадках установлювати діагноз із першого погляду на хворого, є результатом загостреної спостережливості, уважності лікаря, накопиченого досвіду і здатності швидко аналізувати клінічні дані. Тому інтуїція не містить у собі нічого надприродного і містичного. Можна навести приклади, коли лише один огляд хворого дає можливість установити діагноз: визначення паркінсонізму за типовою позою хворого чи базедової хвороби за наявністю екзофтальму; поява "facies mitralis" у хворих зі стенозом морального клапана. Однак справжнє значення інтуїції у встановленні діагнозу не таке вже й велике. Інтуїція – це неусвідомлена, свого роду «інстинктивна» і тому нижча, тобто недостатньо розвинена, форма мислення лікаря. У зв'язку з цим С.П.

Боткін писав: "Успіх і потужний розвиток практичної медицини обумовлюються зменшенням значення в ній інстинкту і більшим підпорядкуванням науці та розуму".

Під час обґрунтування діагнозу та призначення лікування використовують 4 закони формальної логіки. Логічні закони властиві всім операціям мислення і є обов'язковими, що визначають норми правильного "лікарського мислення. Закон тотожності Характеризує визначеність мислення" Послідовність мислення характеризується законом непротиріччя й законом виключеного третього. Доказовість мислення характеризується законом достатнього обґрунтування. Сформулюємо кожний із законів формальної логіки.

I. Закон тотожності вимагає, щоби висновок про який-небудь об'єкт на кожному етапі певного розумового процесу розглядав цей об'єкт в одному і тому ж змісті його ознак. Закон тотожності потребує, щоби думка про кожний об'єкт була тотожною самій собі, тобто мала б одне значення.

Відповідно до закону тотожності, міркуючи про який-небудь предмет, ми повинні мати на увазі саме його, причому в одному і тому ж раз узятому певному відношенні. Тому в різних випадках лікар мусить думати саме про цей предмет та в тому самому змісті про його ознаки. Закон тотожності нерозривно взаємопов'язаний із законом непротиріччя. Однозначність понять і думок визначає їх несуперечність, яка в свою чергу залежить від строго логічної їх тотожності в даних конкретних умовах.

Слід зазначити, що в різних випадках ми можемо і повинні мислити саме цей самий предмет і в тому ж самому змісті його ознак. Щоразу він повинен мислитися тотожним самому собі так, щоби предмет нашої думки не підмінявся.

Наведемо приклад такої підміни предмету думки в діагностичному мисленні лікаря. Хворий Л., 40 років, госпіталізований із діагнозом ІХС: стенокардія напруження, II функціональний клас, атеросклеротичний міокардіосклероз СН II-A ст. Хворий скаржиться на ниючі, колючі та стисні болі в ділянці серця з іррадіацією в ліву лопатку, іноді в ліву руку. Спочатку біль, виникав зрідка – 2-3 рази за тиждень, далі почастішав і відчувався вже щоденно. Тривалість болю була різною. Ниючий біль міг тривати багато годинна стисний та колючий був нетривалим – 10-15 хв. У разі зміни положення тіла інтенсивність болю була різною. Так, у положенні, на лівому боці біль просолоювався, а в положенні на спині слабшав. Біль не вщухав після вживання нітрогліцерину, але трохи слабшав після вживання 30 крапель валокордину. Крім того, хворий скаржиться на загальну слабкість. Іноді виникають запаморочення, головний біль. У день надходження в лікарню хворий уперше звернувся до лікаря. На терміновій ЕКГ знайдені зміни, що послужили підставою для діагностики стенокардії напруження й екстреної, госпіталізації хворого.

Об'єктивний статус: хворий дещо підвищеної вгодованості. Пульс 88 уд. за хв., ритмічний задовільного наповнення і напруження. АТ – 140/90 мм рт.ст. Межі відносної та абсолютної тупості серця не розширені.

Тони серця дещо приглушені, ритм правильний. У легенях везикулярне дихання. Живіт м'який, неболючий. Печінка і селезінка не збільшені. Визначається невелика пастозність підшкірної клітковини гомілок увечері.

ЕКГ: горизонтальне положення електричної осі серця. Зубець Т загострений у відведеннях V2-V6. У відведеннях I, II, aV2-V3 визначається елевація сегмента ST на 1мм. У зв'язку з наявністю скарг на загальну, слабкість та головний біль, велоергометрія в перші дні перебування хворого в стаціонарі не здійснювалася. Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі та рівень холестерину крові не мають відхилень від норми.

Лікар поліклінічного відділення, зважаючи на своєрідність болів у ділянці серця та зміни на ЕКГ, діагностував у хворого ІХС: стенокардія напруження II функціонального класу. У стаціонарі у хворого був установлений аналогічний діагноз. Хворому були призначені сусак-форте 6,4 мг 4 рази на день, 2% розчин пан ангін у по 10 мл в/в, амлодипін 5 мг 1 раз на добу. У перший день терапії сусак-форте був відмінений, оскільки препарат викликав головний біль. Незважаючи на лікування, болі в ділянці серця у хворого не послаблювалися. ЕКГ-картина не змінювалась впродовж 2-х тижнів.

Під час перебування в стаціонарі у хворого виникли болі в поперековій ділянці. Його оглянув лікар-невропатолог, який установив діагноз: розповсюджений остеохондроз хребта, вторинний корінцевий синдром; нейроциркуляторна дистонія кардіального типу (синдром Да Коста). За призначенням лікаря-невропатолога хворий уживав усередину німесулід по 100 мг 2 рази на день. На другий день терапії препаратом болі, як у ділянці серця, так і в попереку. Така терапія *ex ubvantibus* дозволила поставати під сумнів діагноз ІХС.

Однак лікар-терапевт, ураховуючи, що біль є не тільки колючого характеру, а й стисного, знову звернув увагу на те, що біль іррадіює в ліве плече, що притаманне стенокардії. Крім того, на його думку, елевація сегмента ST є ознакою коронарної недостатності. Після велоергометрії та діагностичних проб із пропранололом (обзиданом) і калієм хлоридом був зроблений висновок про відсутність коронарної недостатності.

У помилковому, висновку лікаря терапевтичного відділення, безумовно, є порушення логічного закону тотожності. Можна визначити 5 етапів процесу діагностики хвороби у цього хворого. На них спостерігається порушення вимог цього закону, змінюються об'єкт і зміст діагностичної думки.

Перший етап. Лікар поліклінічного відділення звернув увагу на зміни ЕКГ та не надав належного значення скаргам хворого (змінам інтенсивності болів у разі зміни положення тіла). Не надав він значення також тому, що біль у ділянці після застосування нітрогліцерину не послабився. Не відповідала клінічній картині хворого відсутність провокування болів у ділянці серця після фізичного навантаження. Лікар надав значення лише ЕКГ-картині – наявності загострених зубців Т та елевації сегмента ST. Аналогічних помилок припустився лікар терапевтичного відділення.

Другий етап. Лікар-невропатолог звернув увагу на те, що болі в ділянці серця мають нестенокардійний характер, на неспецифічність ЕКГ-змін, а також на наявність вторинного корінцевого синдрому. Зовсім невластивим стенокардії напруження була наявність довготривалого болю в ділянці серця впродовж кількох годин. Терапевт не взяв до уваги також те, що при синдромі Да Коста можлива, як і при стенокардії, іррадіація болю в ліву руку. У хворих із цим синдромом можлива поява стисного болю в ділянці серця. Усе це врахував лікар-невропатолог. У результаті був установлений правильний діагноз.

Третій етап. Лікар-терапевт, незважаючи на правильний висновок невропатолога допустив грубу логічну помилку, підмінивши предмет своєї думки. Новий уявний образ (хворий із високими зубцями Т та елевацією сегмента ST на ЕКГ) абсолютно не тотожний правильному образу. Елевація сегмента ST лише на 1 мм ще свідчить про патологію. Патологією можна вважати підвищення сегмента ST на 2 мм. Від об'єкта думки лікар-терапевт штучно відсік цінні ознаки, на які звернув увагу лікар невропатолог. Більше того, навмисно не включаються нові дані – наявність позитивного ефекту після застосування нестероїдного протизапального засобу. Саме все це і забороняє формально-логічний закон тотожності. У цьому випадку лікар терапевтичного відділення створив неправильний образ захворювання у хворого. Тут доречно навести слова видатного клініциста М.П. Кончаловського: «Помилки можуть бути внаслідок великих аналогій головним чином на банальних захворюваннях, що часто зустрічаються».

Четвертий етап. Уявний образ хвороби, що складається в свідомості лікаря-невропатолога, знову ж таки не тотожний тому, який створив лікуючий лікар. Остаточно діагноз визначив лікар-функціоналіст. Результати велоергометрії та діагностичних проб із пропранолом і калієм хлоридом свідчили про відсутність коронарної недостатності.

Тести з β -адреноблокаторами, зокрема пропранолом, та калієм хлоридом є неспецифічними. Однак вони досить широко використовуються в диференціальній діагностиці коронаро- і некоронарогенних змін кінцевої частини шлуночкового комплексу QRS на ЕКГ. Крім того, функціоналіст звернув увагу на те, що у хворих із синдромом Да Коста можлива реєстрація на ЕКГ загостреного зубця Т. У результаті знову повернулися правильного діагнозу.

П'ятий етап. Підтверджує правильний, діагноз, тривале спостереження за хворим. Стан хворого покращується внаслідок тривалої терапії нестероїдними протизапальними засобом німесулідом. Ця нова ознака (ефективність тривалої терапії німесулідом) не тільки не порушує тотожності нового уявного образу хвороби. а й поглиблює, закріплює, вдосконалює цю тотожність.

II. Закон непротиріччя вимагає послідовності висновків та усунення суперечливих висновків. Неможливо одночасно що-небудь стверджувати і заперечувати.

III. Закон виключеного третього впливає із закону непротиріччя і свідчить: одна з двох суперечливих думок із необхідністю має бути або істинною, або помилковою, «третього не дано» (*tertium non datur*).

Так, із двох висловів: «у хворого є гострий трансмуральний інфаркт міокарда» і у «хворого немає трансмурального інфаркту міокарда» один істинний, інший неминуче помилковий, і ніякої третьої думки з цього приводу бути не може. Однак далеко не завжди жди закон виключення третього можна застосувати. Так, може бути ситуація, коли лікарю доводиться висувати одночасно дві Діагностичні або більше гіпотез про суть захворювання. Дві чи більше гіпотез про походження захворювання, можуть мати однаковий ступінь вірогідності. По-перше, потрібно мати на увазі, що гіпотези про етіологію захворювання не завжди можуть бути суперечливими, оскільки у хворого може бути кілька хвороб одночасно. Тому не можна в цьому випадку мислити тільки за принципом "або-або". Проте принципи формальної логіки і, зокрема, закон виключеного третього не може виявитися неправомірним, якщо його правильно застосовувати.

IV. Закон достатньої підстави свідчить: усякий вислів, щоби бути істинним, мусить мати достатню підставу. Мало стверджувати істинність якого-небудь положення, необхідно наводити його доказ, указувати підставу істинності. Проте не всяка підстава, що наводиться, може бути достатня. Тому слід урахувати сукупність обставин, суттєвих фактів або початкових істинних положень, повністю вичерпних і з необхідністю обумовлюючих висновок або те чи інше твердження про предмет. Обґрунтування може бути в кожному окремому випадку особистим, але кожна думка має бути доказовою. Для будь якого істинного затвердження слід знайти достатню підставу, через яку воно є істинним.

Нині обґрунтовувати діагноз слід відповідно до принципів доказової медицини. Сучасна доказова медицина – це стратегічний напрямок медичної науки та клінічної практики. Він ґрунтується на безпосередній науковій інформації та зорієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, суттєве покращання діагностики, профілактики і лікування хворих.

В основу вивчення доказової медицини у вищих навчальних закладах слід покласти принципи системного підходу та безперервності освіти впродовж професійного життя лікаря. Знанням у доказовій медицині є не тільки сукупність конкретної медичної інформації, а й наявність навичок самостійного прийняття обґрунтованих рішень у конкретних клінічних та організаційних ситуаціях. У практичній роботі слід дотримуватися принципу міжнародної та національної стандартизації медичних втручань лише найбільш ефективних, безпечних і економічно виправданих методів лікування. Втілення в практику принципів доказової медицини ставить перед вищою медичною школою нові завдання у визначенні шляхів підготовки лікарів нового покоління. Отже, діяльність сучасного лікаря має будуватися на засадах доказової медицини і застосуванні на практиці законів логіки.