ЛОГІКА ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ І СТАНДАРТИ ЛІКУВАННЯ: КРОК ВПЕРЕД І ДВА КРОКИ НАЗАД

І.П.Катеренчук, Л.А.Ткаченко

Клінічне мислення, яке раніше робило лікарів мислителями, філософами, письменниками, нині втрачає свою популярність, як процес, як ідеологія діагностичного пошуку та організації лікувального процесу.

Ймовірно, що однією з основних причин втрати популярності його є складність клінічного мислення, яке включає:

- навчання і досвід;
- індуктивне і дедуктивне мислення;
- інтерпретацію фактів, значимість і цінність яких непостійні;
- інтуїцію.

У кожного, окремо взятого пацієнта цінність кожної з складових і її значимість для прийняття рішення (постановки діагнозу) може бути різною.

Алгоритм клінічного мислення складається з 5 послідовних етапів:

1. Вивчення скарг пацієнта шляхом клінічного дослідження (вивчення анамнезу і фізикальне обстеження).

2. Призначення діагностичних тестів, кожен з яких володіє певною точністю та інформативністю.

3. Узагальнення виявлених клінічних ознак та результатів лабораторних досліджень для розробки можливих варіантів діагнозу.

4. Порівняльна оцінка ризику і переваги альтернативних варіантів подальших досліджень.

5. Складання плану лікування.

Клінічне дослідження розпочинається з вивчення основних скарг, для чого існують ключові питання, які включаютть історію розвитку захворювання. Ці запитання доповнюються даними анамнезу, огляду хворого, при якому найбільшу увагу приділяють імовірно ураженим органам.

На другому етапі лікар визначає перелік діагностичних тестів, кожен з яких у межах своєї точності та інформативності допомагає досліджувати можливі гіпотези, що виникають у процесі диференційної діагностики. Оскільки проведення кожного з тестів вимагає певних матеріальних затрат і супроводжується певним ризиком ускладнень, лікар повинен досить ретельно проаналізувати отриману ним інформацію при фізикальному обстеженні хворого.

Потім ці клінічні дані повинні бути співставлені з результатами лабораторних досліджень, щоби визначити ті патологічні стани, серед яких необхідно проводити диференційну діагностику.

На четвертому етапі, щоб розробити комплекс заходів для пацієнта, необхідно зважити відносний ризик і переваги подальших діагностичних і лікувальних заходів.

На п'ятому етапі знайомлять пацієнта з комплексом лікувально-профілактичних заходів і проводять необхідне лікування.

Обстеження хворого розпочинається з вивчення основних скарг, детального вивчення анамнезу хвороби, опитування, яке включає перелік запитань, що дозволяють отримати інформацію про стан всіх органів і систем, проведення фізикального дослідження. Однак, досить часто досвідчені лікарі розпочинають будувати гіпотезу, ґрунтуючись вже на перших скаргах і перших відповідях на запитання, ставлячи запитання у такому порядку, який дозволяє їм обмежити коло запитань. Доцільно з відповіді вибрати ключові симптоми, дати їм пояснення, систематизуючи так, щоби можна було визначити і підтвердити основний діагноз.

Вже на цьому першому етапі клінічного мислення у лікаря може виникнути низка проблем, які суттєво впливають на вірність процесу прийняття рішення. Пацієнт може змінювати свої відповіді на поставлені запитання, інколи різні лікарі по різному можуть інтерпретувати одну і ту ж відповідь пацієнта. При використанні ретельно розроблених спеціальних опитувальників інформативність відповідей значно зростає. Задаючи

зрозумілі і у міру конкретні запитання, можна суттєво підвищити інформативність відповіді, але уникнути похибки інколи буває досить важко.

Досить важливим є вдосконалення навиків фізикального дослідження, шляхом постійного тренування, шляхом пошуку інших корелюючих фізикальних ознак, кореляції фізикальних ознак з результатами лабораторних тестів. Наприклад, якщо лікар виявив у пацієнта спленомегалію, він повинен підтвердити виявити інші часто корелюючі клінічні ознаки – гепатомегалію, лімфоаденопатію. Одночасно доцільно розглядати можливість проведення таких діагностичних досліджень, як сканування печінки і селезінки, що дозволяє об'єктивувати клінічні знахідки.

Для призначення діагностичних досліджень повинні бути відповідні специфічні показання. Щоб відповідати цим показанням, дослідження повинні бути достатньо точними. Крім того, вони не повині бути дороговартісними і небезпечними для пацієнта. Немає абсолютно точних діагностичних методів і лікарям часто буває досить важко інтерпретувати отримані результати. Тому при оцінці результатів лабораторних та інструментальних досліджень важливо знати і враховувати розповсюдженість, чутливість, специфічність, позитивну і негативну цінність.

У деяких ситуаціях неточне знання чутливості і специфічності тесту у вивчаємій групі пацієнтів може обмежити його клінічну цінність. Для кожного діагностичного тесту збільшення чутливості супроводжується зниженням специфічності. Буває важко віддиференціювати випадкову лабораторну помилку від хибнопозитивних або хибнонегативних результатів дослідження внаслідок одночасної наявності у пацієнта ще якого небудь процесу, який може вплинути на отримані у процесі обстеження дані.

Для того, щоб оптимізувати клінічну цінність діагностичних тестів, корисно накопити власний досвід роботи з ними. Часто отримані при цьому результати будуть значно відрізнятись від наявних у літературі. Повідомлення про ефективність будь-якого тесту повинні підкреслювати його точність порівняно з незалежним стандартом. Цей тест повинен бути використаний у

хворих з різною важкістю захворювання, а також у хворих, у яких є порушення, що є складовою частиною диференціального діагнозу. Варто знати можливості для відтворення тесту, а також нормальні межі отриманих при використані даного тесту значень.

Хоча, як було сказано вище, ні клінічні дані, ні результати лабораторних досліджень не можуть претендувати на абсолютну точність, їх об'єднання може скоріше привести до правильного діагнозу, ніж використання їх окремо. Знаючи до виконання дослідження наявність у пацієнта того чи іншого захворювання (апріорна імовірність) і знаючи чутливість і специфічність проводимого дослідження, можна розрахувати імовірність, яка буде отримана по завершенні обстеження. Значне число клінічних ситуацій можуть бути настільки складними, що визначення імовірності діагнозу або чутливості і специфічності кожного тесту, який може бути проведений окремо, або послідовно проведених тестів, недоцільно. Однак, у цьому випаку всі намагання встановити правильний діагноз будуть стимулювати клінічне мислення, виявляти протиріччя, сприяти виникненню нових напрямків оригінальних досліджень або ж вимагати перегляду минулого досвіду.

Оскільки діагностичні дослідження часто не дозволяють отримати необхідну інформацію, навіть якщо їх результати є достатньо достовірними, перед їх призначенням необхідно задати собі декілька важливих запитань:

- Яка імовірність того, що саме це захворювання є у даного пацієнта?

- Які будуть клінічні наслідки, якщо буде встановлено хибний діагноз і якщо хворий буде отримувати лікування з приводу захворювання, якого у нього немає?

- Яка імовірність того, що результати діагностичних досліджень вимагатимуть перегляду діагнозу і лікування?

Лікар повинен враховувати всі варіанти діагнозу, імовірність отримання нової інформації і затрати, які для цього будуть потрібні, а також несприятливі наслідки затримки проведення дослідження.

Досить часто використовується термін «Клінічне мислення», однак суть цього терміну, його значення залишаються нерозкритими. Кожний з викладачів вкладає у нього власне розуміння того, як відбувається процес постановки діагнозу, вибір і оцінка ефективності лікування, прогноз подальшого перебігу захворювання і його завершення.

Перед викладачами внутрішньої медицини, як і перед викладачами всіх клінічних кафедр, стоїть завдання навчити студента – майбутнього лікаря клінічному мисленню ще до одержання ним диплому. І це завдання кожен викладач розв'язує у міру своїх знань і здібностей.

Клінічне мислення – це вміння з сукупності факторів вибрати ті, які є найбільш значимими для даного діагнозу.

Якщо лікар діє строго по шаблону, то є всі підстави стверджувати, що у цього лікаря відсутнє клінічне мислення. Лікар без клінічного мислення за наявності клінічних ознак чітко визначеного захворювання встановить діагноз, призначить ліки, визначені стандартами. Добре, якщо призначена терапія буде достатньо ефективною і забезпечить належний результат, однак за таких умов частіше може бути все навпаки.

Лікар з клінічним мисленням, діючи не по шаблону, постійно буде вивчати залежність клінічних проявів захворювання від маси інших факторів – віку, супутніх захворювань і межових станів, врахує конституційні особливості хворого, його родовід, особливості місцевості, на якій він проживає і багато інших факторів. Він буде враховувати, що одні і ті ж ліки по різному діють при одному і тому ж захворюванні, що потрібно навчитись відрізняти симптоми власне захворювання від побічної дії ліків і розвитку ускладнень і, знову ж таки, великої кількості різноманітних чинників. Все це можна назвати досвідом, професійним досвідом, який набувається лише у процесі повсякденної лікарської діяльності.

У подальшому у лікаря настає момент, коли з'являється інтуїція. Однак інтуїції без досвіду не буває. Випускник вузу з відмінною теоретичною підготовкою інтуїцією володіти не буде. Якщо інтуїція це „безпосереднє

сприйняття дійсності, яке супроводжується внутрішнім відчуттям очевидності, що базується на досвіді і знаннях", то очевидним є той факт, що лише один досвід без знань і одні знання без досвіду не дозволяють точно і швидко встановити діагноз, правильно визначити лікування і своєчасно оцінити його ефективність (або неефективність), бути впевненим у виліковуванні захворювання.

У діагностиці – лікарю діагноз стає очевидним ще до завершеного наміченого плану діагностичних досліджень, тому що лише великий і усвідомлений накопичений досвід і різнобічні нові, сучасні, знання, дозволяють лікарю знаходити, помічати ті малочисельні і неманіфестні ознаки захворювання, які ведуть до вірного діагнозу.

Проводячи лікування лікар повинен пам'ятати, що виздоровлення може настати внаслідок природнього перебігу захворювання, а не дії ліків, що ефективність ліків визначається особливостями метаболізму, станом органів виділення і природньої детоксикації (печінка, нирки, кишечник), що безконтрольне (без відстежування симптомів, лабораторних показників та ін.) лікування може привести до залежності, побічних впливів аж до розвитку медикаментозної хвороби, яку теж потрібно своєчасно розпізнати.

У визначенні можливого перебігу і завершення – потрібно враховувати всі особливості пролікованих хворих, перебіг хвороби у яких лікарем був усвідомлений і зрозумілий. Тоді, враховуючи час, що пройшов від початку захворювання до встановлення правильного діагнозу, характер лікування, «відповідь» хворого на це лікування, чітко орієнтуючись на природу патологічного процесу, лікар зможе вірно відповісти собі, хворому, його родичам, яким буде завершення захворювання.

Виходячи з вищевикладених даних, можна впевнено стверджувати, що клінічне мислення – це не шаблонне, не трафаретне мислення. **Клінічне мислення – це професійне, творче мислення, спрямоване на своєчасну якісну діагностику і терапію, визначення прогнозу у конкретного хворого на основі знання, досвіду і лікарської інтуїції.**

Виходячи з цього можна вважати, що:

1. *Навчити людину клінічному мисленню, яка не хоче сама навчитись – неможливо.*

2. *Ставити перед окремо взятою кафедрою, чи навіть перед навчальним закладом завдання навчити студента клінічному мисленню на додипломному етапі – задача нереальна, оскільки завдання вузу – дати студенту знання.*

3. *Формування клінічного мислення є найбільш ефективним, можливим і найбільш своєчасним на післядипломному етапі навчання, коли лікар може пов'язувати знання і накопичений досвід, вміти на основі цього розпізнати не лише типовий але і атиповий перебіг захворювання, вміти діагностувати захворювання, що рідко зустрічаються, вміти орієнтуватись у клінічній ситуації, з якою раніше не зустрічався.*

Про що треба дбати на додипломному етапі навчання? Думка, що сучасні досягнення у лабораторній і інструментальній діагностиці створюють загрозу клінічному мисленню, існує давно, причому з кожним десятиріччям ця думка все більше укорінюється у свідомості лікарів, і навіть хворих. Навіщо збирати анамнез, проводити пальпацію і перкусію, аускультацію та інші методи дослідження хворого, коли достатньо поглянути на рентгенівський знімок або зробити гастроскопію, комп'ютерну томографію і діагноз готовий.

Справді, студенти, перебуваючи у клініці бачать, як лікар, навіть не оглянувши хворого, по одному лише рентенівському знімку встановлює діагноз. Звісно, це студентів вражає і у них виникає непереборне бажання оволодіти аналогічним методом і якнайшвидше стати таким же спеціалістом. На жаль, така методика стає все більш розповсюдженою. Створюється враження про архаїчність і недоцільність класичних методів обстеження хворого.

Закономірно виникає питання – чи є сучасні методи дослідження альтернативою клінічному мисленню і створюють вони йому загорозу?

Важливо з перших днів перебування студента у клініці переконати його, що любий діагностичний процес, навіть самого складного і рідкісного захворювання, починається з опитування і огляду хворого. Клінічно мислячий лікар за даними опитування і огляду визначить оптимальний шлях і спосіб встановлення вірного діагнозу. І цей шлях буде тим коротшим і ефективнішим, чим більше лікар знає про сучасні діагностичні методи. Більше того, лікар повинен знати, чи зможе пацієнт перенести проведення дослідження, чи не приведе воно до погіршення стану. Варто чітко усвідомлювати, що нові діагностичні технології, особливо візуальні, це лише спосіб отримання більш детальної діагностичної інформації, яка у свою чергу повинна бути правильно оцінена і інтерпретована. Яким би сучасним і технічно досконалим не був метод візуального дослідження, оцінку побаченого дає людина, вузькопрофільний спеціаліст. Ця оцінка залежить від кваліфікації, досвіду, школи, яку пройшов спеціаліст, тобто що і як його навчили інтерпретувати. Виходячи з цього, цей спеціаліст сам повинен мати навики клінічного мислення в рамках вибраного ним методу апаратної діагностики.

Тобто, можна переконливо стверджувати, що новітні технічні методики одержання діагностичної інформації не відміняють клінічне мислення, не створюють загрози існування цьому високому професійному рівню, а роблять його складним і досконалим. Причому це відноситься не лише до діагностичного процесу. Розуміння візуальних змін хвороби у процесі її лікування, виникнення ускладнень вимагає від лікаря нових знань, накопичення досвіду, розвитку інтуїції.

Чи існують зараз загрози клінічному мисленню?

1. Ця високопрофесійна лікарська навичка є найбільш складною для засвоєння і тому у молодого лікаря існує спокуса піти по більш легкому шляху. Простіше прочитати висновок рентгенолога чи іншого спеціаліста, ніж проводити дні і ночі біля ліжка хворого.

2. Досить часто висновок вузького спеціаліста розглядається як істина в

Останній інстанції. Відбувається своєрідна фетешизація інформації, а коли клінічні результати не співпадають з результатами складних методів дослідження, перевагу віддають останнім. Не вірити їм не можна, бо це вважається несучасним. Однак, інформація, яка добувається сучасними високотехнологічними методами дослідження – це така ж інформація, як і та, що отримується за допомогою анамнезу, пальпацією і аускультацією. Разом всі ці інформації складають складний інтелектуальний процес, який і є клінічним мисленням.

3. Нові діагностичні технології не лише збагатили, але і збіднюють клінічну медицину. З появою вузьких спеціалістів з'явились вузькі хвороби. Вузькі хвороби вимагають вузького лікування. Однак кожна хвороба має свою причину і механізм розвитку. Нозологічний принцип зараз витісняється синдромним, а лікування досить часто стає симптоматичним.

4. Лавиноподібна реклама ліків, безрецептурний відпуск їх населенню, самолікування хворих і вимушена згода на все це лікаря не сприяє формуванню у нього клінічного мислення. Досить часто хворий, приймаючи ліки, які забезпечили зникнення симптомів, звертається тоді, коли хворобу вилікувати буває досить складно з-за запізнілої діагностики і суттєвих органних змін.

5. Найбільш реальною загрозою клінічному мисленню є розірваність діагностичного і лікувального процесу, який повинен бути єдиним – від початку до кінця. Він повинен здійснюватись одним лікарем, можливо з допомогою консультантів, вузькопрофільних спеціалістів, але одним – лікуючим лікарем, який несе відповідальність за стан здоров'я пацієнта. Зараз же, навпаки, з впровадженням сучасних діагностичних і лікувальних технологій, єдиний лікувальний процес розривається на декілька етапів, на яких хворий кожен раз попадає до іншого лікаря. Оце і є найбільшою загрозою

класичному методу ведення хворого, лише в умовах якого є можливим клінічне мислення.

6. Впровадження тестового ліцензійного іспиту «Крок-2» привело до того, що значна частина часу відводиться для розв’язування ситуаційних задач, які є спрощеними і студент по кожній задачі відповідає на одне конкретне питання, причому визначаючи одну правильну відповідь з п’яти запропонованих йому варіантів. Він логічно не мислить і , як правило, щоб успішно скласти іспит, намагається запам’ятати правильну відповідь, не розуміючи суті. Та і не можливо історію захворювання вмістити у п’ять рядків задачі.

7. Впровадження клінічних протоколів приводить до механічного запам’ятовування стандартів лікування. Маючи значне позитивне значення, клінічні протоколи діагностики і лікування обмежують дії лікаря особливо на початкових етапах його роботи, коли відсутні і досвід і клінічне мислення. Вони не сприяють розвитку клінічного мислення, творчої діяльності, яка може забезпечити надійний успіх.

Саме тому впровадження тестового ліцензійного іспиту і стандартів діагностики і лікування в аспекті логіки формування клінічного мислення на додипломному етапі навчання можна визначити як „крок вперед і два кроки назад”.