

Мысли о теории врачевания

«Человек – тайна. Тайна, которую необходимо разрешить, и если ты проведешь всю жизнь в попытке её разрешения, не говори, что ты потерял время; я изучаю эту тайну, потому что я хочу быть человеком».
Федор Достоевский

Введение

Для меня, как врача стоит задача поиска наиболее эффективных методов лечения заболеваний человека, восстанавливающих его здоровье. Однако решить эту задачу невозможно без четкого представления о сущности человека, его структуре и видах взаимодействия биологических систем. Знание о человеке помогает выработать основные принципы в лечении болезней человека, а также определить направления поиска и познания жизни. Человека изучают многие науки: биология, психология, философия и т.д., но медицина должна являть собой анализ всех данных о человеке, включая и религию. Ведь врач - это орудие Божьего милосердия, а Бог – источник жизни, творец всего видимого и не видимого.

Немного об основных терминах в теории.

Биологическая система (БС) – это органическая, генетически определенная, информационно-энергетическая (ОИЭ) структура, существующая в определенной для неё среде обитания, обладающая способностью обмена веществ, энергии и информации со средой обитания, а также защитой и копированием своей генетической информации. Среда обитания обеспечивает взаимодействие биологической системы с определенным спектром жизненно-необходимых факторов, для выполнения ее функций и поддержания жизни.

Жизненно-необходимый фактор (ЖНФ) – это фактор среды обитания (медиатор первого уровня), который не может быть синтезирован в нужном качестве и количестве внутри биологической системы, и является незаменимым для её жизнедеятельности. Изменение норм циркуляции (вход, преобразование, распределение, выход) ЖНФ вызывает включение механизмов адаптации, и в случае превышения их порога, приводит к заболеванию или гибели.

Закон:

Синтез необходимого количества и качества медиатора второго уровня невозможен без необходимого количества и качества (спектра) медиаторов первого уровня.

Классификация ЖНФ

По физико-химическим свойствам

По уровню общей массы и эффекторной массы в БС

По показателям циркуляции (суточной норме поступления, периоду выведения, местам распределения и депонирования и т.д.)

Общий список ЖНФ человека

1. Газы (кислород, азот, углекислый газ)
2. Вода
3. Неорганические в-ва
 - макроэлементы (калий, натрий, кальций, магний, фосфор, хлор)
 - микроэлементы (цинк, селен, йод, железо и т.д.)
4. Органические в-ва

- Витамины
- Белки
- Жиры
- Др.
- 5. Физические
 - Излучения
 - Температура
 - Атмосферное давление
- 6. Информационно-социальные
 - Разные виды общения внутри вида и между разными видами БС, существующими вместе в однообразной среде обитания.

Базисная терапия (БТ) – это восстановление спектра и норм циркуляции ЖН факторов, в соответствии с требованиями БС при данном патологическом состоянии или заболевании.

Какой спектр и какое количество ЖНФ необходимо для базисной терапии данного заболевания у конкретного больного?

Предположение:

1. Учитывая вход, преобразование, распределение и выход ЖН фактора, а также антропометрические данные, пол, возраст и возможно др. мы должны определить эффекторную и суммарную массу ЖН фактора и соотношение масс спектра ЖНФ в данной биологической системе.
2. Далее сравнить с расчетными нормативами и требуемым спектром ЖНФ для данной биологической системы и данной патологии.
3. Составить рецептуру и определить методику восстановления суммарной и эффекторной масс, спектра и циркуляции ЖНФ.

Лечение – это процесс восстановления целостности системы и её функций.

Цель лечения: восстановить состояние физиологического покоя и структуру клетки.

Если часть структуры восстановить не возможно, то её можно попытаться смоделировать и соединить с остатком структуры

Поэтому для лечения необходимо получить информацию:

1. о состоянии окружающей среды, то есть качестве и количестве факторов среды, их отклонении от нормы, появлении новых факторов среды и их влиянии на структуру, функции БС.
2. о состоянии структур БС, качестве и количестве изменений, о глубине изменений.
3. о методах воздействия на ту или иную функцию, структуру фактора среды или БС приводящих к изменению их качества и количества в нужном для лечения направлении.

Рецептор - (от лат. recipere — получать) любая информационно-энергетическая материальная система или структура (ИЭМ система, структура) воспринимающая информацию и изменяющая свое состояние или структуру определенным образом в результате действия медиатора.

Медиатор – (посредник, передатчик) любая ИЭМ система или структура, **предназначенная** для **передачи** определенной информации для рецептора.

Мы знаем о разных уровнях организации ИЭ систем и структур это - атом, молекула, сложная молекула, вещество, вирус, клетка, ткань, орган, организм, коллектив, народ, государство, планета земля, солнечная система, галактика, вселенная.

На разных уровнях организации ИЭ систем или структур свои механизмы рецепторно-медиаторного взаимодействия. Это относится и к межуровневому взаимодействию.

Изучение этих механизмов, а также поиск медиаторов для рецепторов и описание ответов (изменения состояния или структуры) ИЭ систем или структур относится к задачам ученых.

Принципы взаимодействия рецептора и медиатора

1. Определенный медиатор действует на определенный рецептор биологической системы, что ведет к определенному ответу.
2. Определенный медиатор действует на определенный рецептор, что ведет к разным ответам биологической системы (свойственно для сложных биологических систем и как исключение из правила).
3. Определенный спектр медиаторов действует на определенный спектр рецепторов, что ведет к определенному ответу или разным ответам биологической системы.

Результатом взаимодействия медиатора и рецептора является изменение состояния или структуры системы.

Состояние физиологического покоя – это состояние, при котором биологическая система находится в своей среде обитания и выполняет свои задачи, не выходя за рамки среднестатистических данных ее функциональной активности.

Основные механизмы регуляции состояния биологической системы

1. Изменение количества медиатора или рецептора (увеличение, уменьшение)
2. Изменение качества медиатора или рецептора путем изменения их структуры (усиление, ослабление) и как следствие изменение их связи и передачи информации.

В биологической системе любая ИЭМ структура может быть, как рецептором для одних ИЭМ структур, так и медиатором для других. Контроля над регуляцией определенного состояния системы можно добиться тогда, когда мы знаем способы воздействия, изменяющие количество и качество медиатора и рецептора, отвечающих за это состояние.

Структура биологической системы «клетка»:

1. **Информационный блок** – информационный код, записанный в виде молекул ДНК, РНК. Этот код определяет структуру биологической системы, спектр, преобразование, распределение и выведение жизненно-необходимых факторов (ЖНФ) и в зависимости от этого среду обитания.

Авторство информационного кода принадлежит Творцу, Источнику жизни, Создателю всего видимого и не видимого – Богу.

Молекула ДНК человека на 20-40% определяет внешний вид и функциональную активность биологической системы, а остальные 60-80% за счет внешней среды. Это говорит о возможностях адаптации человека к окружающей среде за счет изменения входа, преобразования, распределения и выхода ЖНФ и возможных вариантов колебания их спектра, обеспечивающих сохранение биологической системы и ее функции. Но если нарушение спектра медиаторов первого уровня превосходит возможности адаптации, то биологическая система заболевает или погибает.

2. **Энергетический блок** – запрограммированные возможности получения, преобразования и расхода энергии (циркуляции энергии). Энергия - сила необходимая для поддержания жизнедеятельности структурных элементов системы и активации их функций. Или, энергия – это количественная мера взаимодействия всех видов материи и информации, вызывающее изменение их состояния или структуры.
3. **МПТ блок** (материя, плоть, тело) – внешнее проявление информационного кода. Его функции – защита, сохранение, обмен информации. Является **матрицей хранения и копирования информации**. К нему относятся: структура ДНК, мембраны, ферменты, рецепторы мембран, транспортные каналы мембран, биологически активные вещества (БАВ), органы и т.д..

Основные задачи биологической системы «клетка»: сохранение, обмен, копирование информации заключенной в ней.

Для выполнения своих задач, в первую очередь **копирования**, система должна **попасть и находиться в определенной среде** обеспечивающей ей адекватное потребностям поступление веществ и энергии.

Структуры клетки, изменяющиеся в результате изменений окружающей среды.

1. Молекулы ДНК, РНК (источник информации о клетке и копирования).
2. Мембраны клетки и органел (защита клетки и внутренней среды).
3. Ферменты (регуляторы скорости обмена веществ, энергии, информации в клетке).
4. Рецепторы мембран (воспринимают информацию для клетки).
5. Транспортные каналы мембран (ворота входа и выхода веществ, энергии и информации).
6. Биологически активные вещества (медиаторы - продукты клетки, предназначенные для передачи информации внешней и внутренней среде).

Изменение качества и количества любой из этих структур в нужном направлении происходит за счет определенного изменения спектра ЖНФ (поступления жидкости, газа, органических или неорганических химических элементов, изменения температуры, физических полей, излучений, давления и т.д.)

Биологическая система «человек».

Что такое человек? Этот вопрос задают многие науки, и каждая дает свое определение.

Человек – это сложная биологическая система, наделённая возможностями с помощью слова

1. Кодировать, быть источником и хранителем информации об окружающей среде и себе.
2. изменять окружающую среду и самого себя.

Имеющая внешнюю ИЭМ структуру (тело) для материализации слова, которое может быть мужского или женского типа, что подразумевает необходимость создания семейного союза для выполнения основных задач: размножения, сохранения, обмена информации о себе и окружающей среде.

Семейный союз - это добровольное принятие служения друг другу перед Богом и Богу.

- 1 уровень – человек и Бог
- 2 уровень – мужчина + женщина и Бог
- 3 уровень – дети + родители (воспитатели) и Бог
- 4 уровень – человек + коллектив и Бог

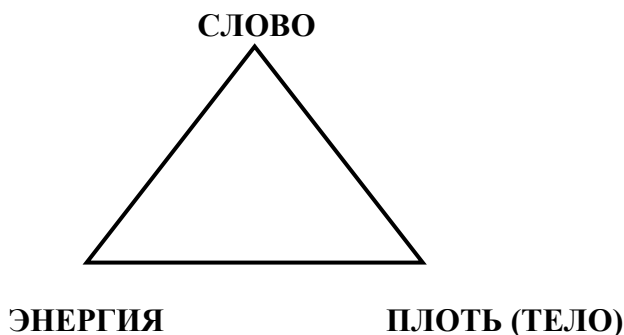
5 уровень – человек + народ и Бог

6 уровень – человек + государство и Бог

7 уровень – человек + союз государств и Бог

От качества служения друг другу перед Богом и Богу зависит благоденствие семейного союза.

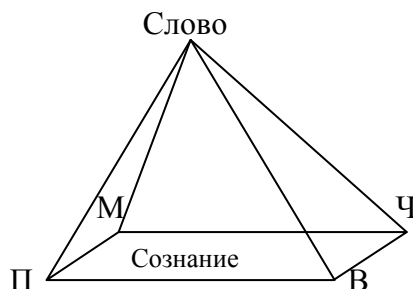
Структура биологической системы «человек»



1. Информационный блок: Слово - это источник информации о ком или о чём-либо.

Его функция: познание, управление и совершенствование (освящение) жизни, связь с Богом.

Структура слова в человеке.



П – память

М – мышление

В – воля

Ч – чувства

Память – запоминание и хранение информации

Мышление – процесс обработки информации

Воля – свобода выбора информации. Направление выбора в сторону исполнения заповедей, делает человека истинно свободным и другом Богу, приводит к состоянию любви и благому изменению окружающей среды и жизни. Направление выбора в сторону греха, ослабляет волю и делает человека рабом греха и разрушает окружающую среду и жизнь. Через степень ограничения воли, как и через качество семейного союза, происходит воспитание человека. Степень ограничения воли определяется ответами на вопросы: могу или не могу, можно или нельзя, плохо или хорошо?

«Все мне позволительно, но не все полезно» 1Кор.10 23

Чувства - состояния организма, которые возникают в результате обработки информации поступающей из вне или памяти.

1 уровень

Высшие чувства – состояния веры, надежды, любви.

2 уровень

Другие чувства – такие состояния как радость, печаль, покой, суета, смирение, гордость, зависть, гнев, лень, усердие, вождление, жадность, милосердие, страх, мужество и т.д..

3 уровень

Низшие чувства – это **ощущения** от органов чувств: сытость, голод, боль, тепло, холод, темнота, свет, сладкое, соленое, горькое, кислое, тишина, шум, мокрое, сухое и т.д..

Ощущения, если они не на уровне рефлекса, осознаются Словом с помощью памяти и мышления, а далее посредством воли и мышления принимается решение о выборе направления материализации или не материализации Слова, что ведет к возникновению определенного чувства (состояния).

Сознание – способность ориентироваться в себе, времени, окружающей среде. Оценка сознания осуществляется правильными ответами на вопросы: Кто? Что? /Где? /Когда?/ Как?/ Сколько? /Откуда? Куда?/ Кем? Чем?

Матрицей для существования Слова является ЦНС.

Качество и количество поступающего в ЦНС Слова формирует состояние нервных клеток, а состояния нервных клеток обуславливают память, волю, чувства, мышление.

ЦНС – это биологический компьютер, решающая роль в программировании которого принадлежит Слову, как единице информации.

С возрастом происходит увеличение объема информации ЦНС, и она должна строиться на определенной основе (религии - определяющей развитие человека как личности живущей для блага других) и умении правильно программировать свои поступки на этой основе для достижения поставленных целей.

Основные качества Слова

Сила

Чистота

Твердость

Истинность

Сдержанность

Сила Слова зависит от источника Слова – Кто говорит, что говорит, как говорит. Сила Слова оценивается по **проницаемости и исполняемости**.

Чистота Слова – это благословение, оно зависит от любви, мира, покоя информационного потока от источника Слова

Твердость – неизменность, несомненность, неколебимость информации от источника Слова

Истинность – соответствие потока информации о предмете состоянию предмета и Божьей воле и замыслу о нем.

Сдержанность – постепенность (скорость), порционность (частями) потока информации от источника Слова и сохранение Слова.

2. Энергетический блок: Энергия – это количественная мера взаимодействия всех видов материи и информации, вызывающее изменение их состояния или структуры.

Человек как сложная биологическая система (ИЭМ система уровня «организм») обладает способностью взаимодействия с разными уровнями организации ИЭМ систем. Взаимодействуя Человек, выступает в роли антенны или поглотителя энергии, конденсатора или накопителя энергии, трансформатора или преобразователя энергии, излучателя или источника энергии. При нахождении в состоянии Веры он может управлять энергией тела и окружающей среды с помощью слова и знать место нахождения интересующей его ИЭМ системы и многое другое.

3. МПТ блок: Тело - внешнее проявление информационного кода ДНК человека. Функция: служение Слову в качестве дома и материализации его воли.

Тело состоит из множества клеток с разными функциями и разной структуры, совокупность клеток с одинаковой функцией и структурой составляют ткань, ткани составляют органы, а органы объединяются в систему.

Основные системы структуры тела человека

1. Системы размножения, копирования и передачи ДНК, Слова, Энергии
2. Системы входа, переработки и выхода информации, энергии, веществ
3. Системы транспорта информации, энергии, веществ
4. Системы защиты (мембраны, покровные ткани, соединительные ткани, иммунитет)
5. Системы регуляции обмена веществ, энергии, информации

Данное разделение условно, так как организм это - единое целое.

Уровни систем регуляции состояний человека.

1. Клеточный
2. Гормональный
3. Нейрососудистый
4. ЖНФ питания
5. Информационно-энергетический

Первые три относятся к внутренним системам регуляции состояния организма, а другие два к внешним, т.е. через них осуществляется воздействие на внутренние системы.

Полнота лечебного воздействия

1. Молитва (больного, врача, Церкви)
2. Таинство Исповеди, Евхаристии, Елепомазания

1 этап лечения

Воздействие на повреждающий фактор с целью устранить его действие.

2 этап лечения

1. Восстановление или изменение циркуляции ЖНВ, энергии, информации в соответствии с нуждами организма.
2. Восстановление структуры
3. Восстановление функции

Основные виды заболеваний по первопричине.

1. Присутствие другой биологической системы вызывающей нарушение функций и повреждение структур (вирусы, бактерии, паразиты, злокачественные опухоли и их токсины).
2. Присутствие яда (отравляющего вещества)
3. Нарушение спектра ЖНФ среды обитания.
4. Травмы или нарушения структуры (тканей, клеток, органелл) вызванные физико-химическими факторами.
5. Многофакторное заболевание

Каждый врач при общении с пациентом ставит перед собой вопрос – что у него? А определив состояние – как помочь? Ответы на эти вопросы определяют результат лечения.

Количество заболеваний, симптомов и синдромов, а также методов лечения и воздействия слишком много для анализа на одного врача. Хороший врач владеет информацией в оперативной памяти о диагностике и лечении 20 заболеваний. Очень хорошие врачи о 50 заболеваний. Разработка компьютерной аналитической платформы и создание базы данных по диагностике и лечению заболеваний, а также распространение этой системы среди врачей позволит увеличить скорость и правильность диагностики, и появиться возможность создавать индивидуальные методики лечения заболеваний для каждого пациента, основанные на последних достижениях науки.

Осознание заболевания

Мы знаем, что осознание любого предмета или явления начинается и происходит с ответов на вопросы: Кто? Что? /Где? /Когда?/ Как?/ Сколько? /Откуда? Куда?/ Кем? Чем? И врач задает эти вопросы пациенту и самому себе по каждому симптому заболевания. Но какие вопросы являются важными, а какие второстепенными в плане оказания помощи? Поэтому осознание заболевания происходит поэтапно.

Я не буду описывать, как происходит осознание заболевания, так как любой врач знаком с пропедевтикой и имеет свой опыт и уровень знаний. Моя цель показать, что врач должен осознать на каждом этапе, а каким путем это достигается – отдельный разговор.

1 этап

1. Какие функции и какого органа, системы, ткани изменены?
2. Качественные и количественные характеристики измененных функций – уровень отклонения (где, какое звено в функции изменено), знак отклонения и степень (избыток или недостаток; в 2-3 раза или угроза для жизни).
3. Как изменены структуры, функции которых нарушены? (качественные и количественные характеристики поврежденных структур – объем повреждения или площадь, глубина повреждения).

2 этап

1. Что вызвало нарушение функции или повреждение структуры?
2. Свойства повреждающего фактора и механизм повреждения?
3. Индивидуальные особенности организма, влияющие на выбор лечения.

3 этап

1. К какому основному виду, классу и роду заболеваний можно отнести данный случай?
2. Какой наиболее эффективный метод восстановления функций и структуры?

Также ответы на эти вопросы используются для формирования диагноза.

Диагноз – краткое описание состояния или заболевания человека, определяющее принцип и методы лечебного воздействия. Если описываемая характеристика не влияет на выбор плана и методики лечения, указывать ее в диагнозе нет необходимости.

Диагноз – оценка состояния за определенный период времени.

Он включает в себя:

- Основной вид поражения системы (биологический, отравление, метаболический, травма или нарушение структуры)
- Название повреждающего фактора (если он известен и сохраняется его повреждающее действие)
- Локализация повреждения (название системы, ткани, органа, клетки, органел и т.д.)
- Качественные и количественные характеристики повреждения структур

- Нарушенные функции и их качественные и количественные характеристики

Степень- уровень функциональных изменений (% от нормы)

Стадия- распространенность, глубина и объем изменений

Фаза – этап течения (ОБОСТРЕНИЕ, ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ)

Четыре принципа лежащие в основе принятия клинического мышления

(Из статьи Х.Р. Вульф «История развития клинического мышления» <http://www.mediasphera.ru/mjmp/2005/1/12.pdf>)

Принципы определяющиеся научным фактором

1. Дедуктивный компонент: выводы из теоретического знания о механизмах развития заболевания
 - Донаучные теории
 - Научные теории
2. Эмпирический компонент: выводы из опыта ведения аналогичных пациентов
 - Неконтролируемые наблюдения
 - Контролируемые наблюдения

Гуманистическое мышление

3. Эмпатический компонент, вытекающий из понимания пациента как дружественного человеческого существа.
4. Этический компонент, вытекающий из этических норм.

Теперь о доверии к информации

«Ибо мы отчасти знаем, и от части пророчествуем, когда же настанет совершенное, тогда то, что отчасти, прекратится.» 1 Кор гл.13 ст 9-10

Совершенство достигаем через любовь.

Бог дал нам знание, чтобы мы познали Его и уверовали в Него через совершенствование в делах любви к ближнему и устройстве мира. Если мы не участвовали в исследовании и не видели, и не имели опыта нам остается верить или не верить той информации, которую мы получаем. Если мы верим и поступаем по вере, то получаем положительный или отрицательный опыт и вера наша переходит в знание.

Чтобы распространить веру, во что-либо нужно свидетельство не одного человека, а нескольких. И чем больше свидетелей тем больше доверие информации, до тех пор пока мы сами не получили знание и опыт, а получив их становимся свидетелями ее истинности или ложности. Многие могут ошибаться и свидетельствовать что это истина. В таких случаях опровергнуть их мнение могут только дела подтверждения, и точное исполнение сказанного слова в совокупности составляющие факты.

Запомни

С сайта - <http://www.soros.karelia.ru/projects/1998/diagnostika/main.htm>

По мнению профессора Л.Б.Наумова есть три пути, следуя которыми врач может обеспечить высокое качество своей работы.

Первый - владение методами, техникой врачебного исследования.

Второй - знание признаков болезни и их диагностической ценности.

Третий путь - упорядочение и совершенствование мыслительных операций с уже выявленными признаками болезни, т.е. клиническое диагностическое мышление.

Долговременная память - главное хранилище знаний человека. Информация, поступающая в ДП, кодируется в виде символов, между которыми образуются ассоциативные связи. Емкость ДП

практически неограниченна, она вмещает в себе огромное количество символов. Но к этой огромной информации нет непосредственного доступа, ее нужно считывать, извлекать в кратковременную память, чтобы затем там использовать для принятия решений. По данным психологических исследований это считывание, извлечение информации будет тем быстрее и эффективнее, чем более организована, систематизирована информация в ДП.

Кратковременная или **оперативная память** является главной системой, где происходит переработка информации и, следовательно, принятие решений. В отличие от ДП емкость КП резко ограничена, в ней может находиться не более 5 - 9 (7 ± 2) единиц информации, правда емкость этих единиц может быть различная - семь букв, но семь предложений, семь симптомов болезни, но семь синдромов и т.д. Важнейшее значение КП в том, что информация в ней непосредственно доступна человеку. Информация в КП поступает из ДП, окружающей среды, а также из внешней памяти - ВП.

Внешняя память является совокупностью информации, которая находится во внешнем окружении человека - книги, таблицы, преподаватели, компьютеры. Эта информация может использоваться для принятия решения. Благодаря возможности использования внешней памяти темпы человеческой умственной деятельности многократно возрастают.

Диагностика заболевания

Различают два принципа диагностического мышления – нозологический и синдромный

Нозологический принцип предусматривает постановку диагноза путем сопоставления симптомов заболевания, выявленных у данного больного, с симптомами конкретных болезней (нозологических единиц), хранящихся в памяти врача.

Синдромный принцип – это распознавание и разграничение болезней, когда мыслительные операции проводятся только с теми группами патологических состояний или болезней, которые проявляются единым ведущим синдромом. В современной литературе более рациональным и надежным признается второй принцип, поскольку синдромы значительно отличаются друг от друга, количество их относительно невелико. Это облегчает диагностику синдромов и суживает круг диагностического поиска конкретных нозологических форм.

К методам диагностики относят метод обоснования диагноза и метод дифференциального диагноза.

Метод обоснования диагноза (диагноз по аналогии, иногда по интуиции с учетом субклинических признаков) – это последовательное сопоставление симптомов у данного больного с признаками известных врачу заболеваний. Если отмечается совпадение двух-трех симптомов, диагноз становится вероятным; если совпадает большинство симптомов – диагноз становится достоверным, обоснованным.

Метод дифференциального диагноза – это распознавание болезней посредством исключения тех процессов и болезней, для которых не характерны признаки, обнаруженные у данного больного. По мере последовательного исключения круг вероятных болезней уменьшается, пока не остается одно заболевание – наиболее вероятное.

Для достоверной диагностики необходимо использование обоих методов, но наиболее рациональна такая методика, когда распознавание болезни начинается и до последних этапов продолжается преимущественно на основе дифференциальной диагностики, и лишь когда остается разграничить 2-3 нозологических единицы, следует применить метод обоснования диагноза.

Стратегии принятия решений – метод проб и ошибок, алгоритм, эвристики

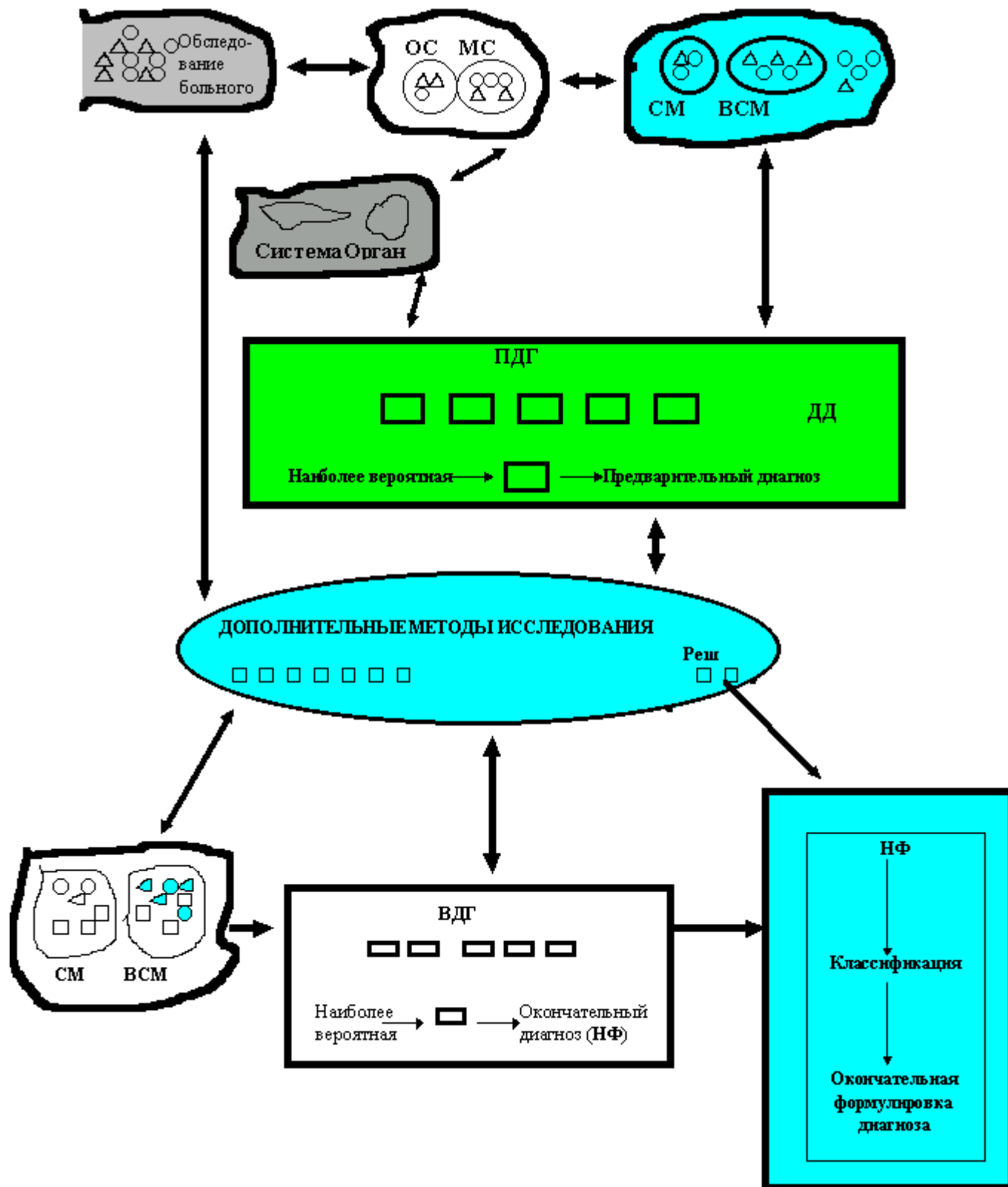
Врач в диагностическом и лечебном поиске для решения задач использует определенную систему правил мышления – программу или стратегию. Психологи выделяют три основных вида таких стратегий – случайный перебор или метод проб и ошибок, диагностический алгоритм и следование определенным эвристикам.

При методе проб и ошибок, формирующемся у врача стихийно, случайным образом формулируется гипотеза или осуществляется выбор, а затем оценивается их правомерность, в случае отрицательной оценки выдвигается новое предположение, и так продолжается до тех пор, пока не будет найдено решение. Поиск при такой стратегии диагностический поиск ведется несистематично и может приводить к ошибкам.

Диагностический алгоритм – это предписание и поэтапное выполнение в определенной последовательности умственных операций для установления диагноза. Следование алгоритму гарантирует решение задач определенного класса, чаще всего типовых, обеспечивает обязательную результативность поиска.

Эвристическая стратегия строится на определенных правилах и инструкциях, менее определенных и жестких, чем шаги алгоритма. Следование этим правилам не дает полной гарантии решения задачи, но рационально уменьшает ее трудность и тем самым облегчает ее решение. Количество эвристик – решающих правил – обычно невелико, меньше, чем в этапах алгоритма, что также облегчает их запоминание.

Эвристическая схема диагностического поиска



Δ- объективный симптом, ◐- субъективный симптом, ◻- лабораторные и инструментальные симптомы. ОС- общие симптомы, МС – местные симптомы, СМ – синдром, ВСМ – ведущий синдром, ПДГ – первичные диагностические гипотезы, ДД – дифференциальный диагноз, ВДГ – вторичные диагностические гипотезы, Реш – решающие методы исследования, НФ – нозологическая форма

1 Этап – Выявление симптомов

Расспрос больного и объективное исследование рекомендуется проводить по жесткому алгоритму: **жалобы, их детализация, расспрос по системам, история развития заболевания, история жизни больного, общий осмотр, объективное исследование по системам. Состояние каждой из систем оценивается также на основании местного осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.**

Чем меньше практический опыт врача, чем более «непонятен» или «загадочен» больной, тем скрупулезнее надо проводить обследование больного. Вместе с опытом приходит все большее понимание важности обследования больного, но в то же время появляется тенденция к феномену «свертывания» некоторых этапов обследования, что ведет к опасности «пропустить» какие-то симптомы или недооценить их.

2 Этап – Выделение общих и местных симптомов

3 Этап – Группировка симптомов в синдромы и выделение ведущего синдрома

4 Этап – Выдвижение ПДГ (первичных диагностических гипотез) и их ДД (дифференциальный диагноз), установление предварительного диагноза.

На основании выделенного ведущего синдрома выдвигаются первичные диагностические гипотезы для принятия решения о предварительном диагнозе. Как уже указывалось этот процесс протекает в оперативной кратковременной памяти, поэтому количество ПДГ ограничено, обычно их 5-6, но если прибегнуть к помощи внешней памяти, то количество ПДГ может быть большим. ПДГ могут выдвигаться в виде предположений о конкретных нозологических формах либо о группах заболеваний или синдромов. Существуют три принципа дифференцирования:

- Первый – принцип существенного различия. Он гласит, что наблюдаемый случай болезни не принадлежит к сравниваемому виду заболеваний, так как в нем отсутствует тот симптом, который является постоянным признаком этого вида.
- Второй принцип – исключение через противоположность: наблюдаемый случай не есть заболевание, с которым мы сравниваем, поскольку при сравниваемой болезни встречается симптом, прямо противоположный.
- Третий принцип – несовпадение признаков. Предполагаемое заболевание исключается, поскольку имеется несовпадение качества, интенсивности и особенностей наблюдаемого симптома с симптомом того же порядка в сравниваемом заболевании

5 Этап – Определение плана лабораторного и инструментального обследования больного, выявление симптомов с помощью этих методов

В зависимости от способов выполнения обследования делятся на **лабораторные и инструментальные.**

В зависимости от цели выделяют методы

функциональные, оценивающие ту или иную функцию органа или системы;

индикаторные, указывающие на наличие какого-либо патологического процесса или состояния (воспаление, цитолиз, иммунные нарушения и т.д.);

визуализирующие методы, позволяющие оценить макроструктуру органа;

морфологические – прижизненно оценивающие микроструктуру органа.

Выделяют также **инвазивные и неинвазивные методы**, первые более исследованы в плане развития осложнений. Наконец, есть **решающие** методы, «положительный результат» которых позволяет сразу ставить точный диагноз. Количество дополнительных методов огромно и при выборе их также полезно пользоваться некоторыми правилами

Общие правила выбора методов исследования:

1. Назначение наиболее информативного метода на данном этапе диагностического поиска.
2. Назначение по возможности неинвазивной методики.
3. Назначение необременительного для больного метода.
4. Назначение по возможности решающего метода исследования.
5. Назначение минимально необходимого для данной ситуации числа методов исследования

Если выполнен решающий метод и поставлен диагноз нозологической формы (см. общую схему), то диагностический поиск заканчивается.

6 Этап – Группировка ранее выявленных и вновь обнаруженных симптомов в синдромы и выделение ведущего синдрома

7 Этап – Выдвижение ВДГ (вторичных диагностических гипотез) , их ДД – установление окончательного диагноза НФ (нозологической формы)

8 Этап – Формулировка развернутого клинического диагноза для данной нозологической формы

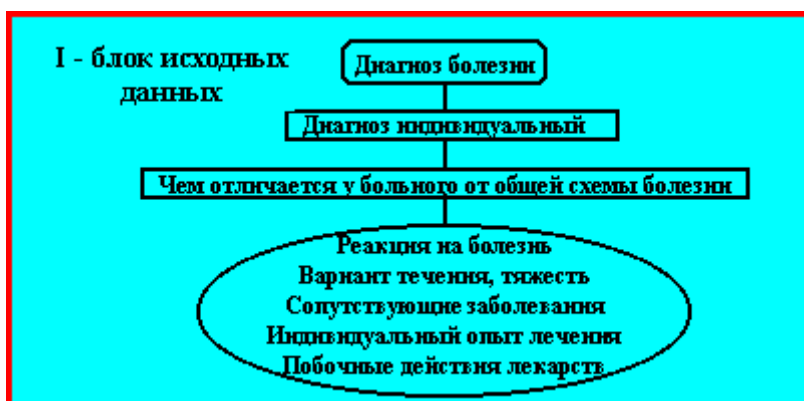
Выбор метода терапии

При методе проб и ошибок, формирующемся у врача стихийно, случайным или недостаточно обоснованным способом осуществляется выбор лечебных средств, а затем оценивается их эффективность, в случае отрицательной оценки выдвигается назначается новый лечебный комплекс, и так продолжается до тех пор, пока не будет найдено (или не найдено) оптимальное решение. При такой стратегии лечебный поиск ведется несистематично и может приводить к ошибкам.

Лечебный алгоритм - это предписание и поэтапное выполнение в определенной последовательности лечебных действий, естественно, научно обоснованных и апробированных. Следование алгоритму гарантирует решение задач определенного класса, чаще всего типовых, обеспечивает чаще всего результативность лечения

Эвристическая стратегия строится на определенных правилах и инструкциях, менее определенных и жестких, чем шаги алгоритма. Следование этим правилам не дает полной гарантии решения задачи по лечению, но рационально уменьшает ее трудность и тем самым облегчает ее решение. Количество эвристик - решающих правил - обычно невелико, меньше, чем в этапах алгоритма, что также облегчает их запоминание. Эвристический подход в лечении позволяет осуществлять лечение с учетом индивидуальных особенностей больного.

Блок исходных данных

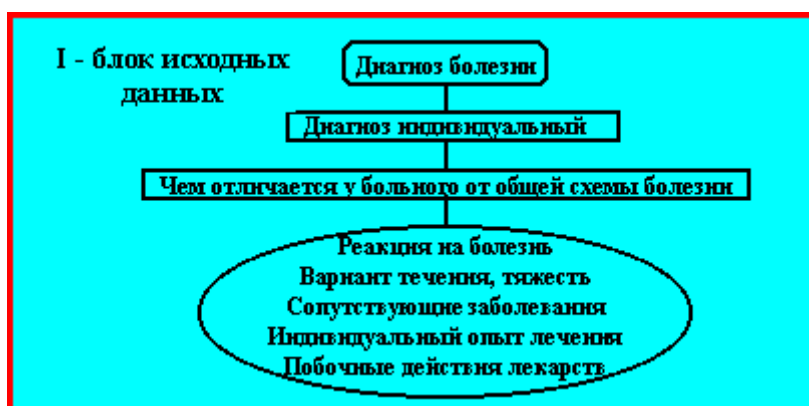


Главным элементом блока исходных данных является правильно и по возможности полно сформулированный диагноз, желательно чтобы он соответствовал современным классификациям болезни, отражал этиологию заболевания, морфологический субстрат болезни, фазу патологического процесса (обострение или ремиссия) в случае хронического заболевания, функциональное состояние пораженных органа или системы.

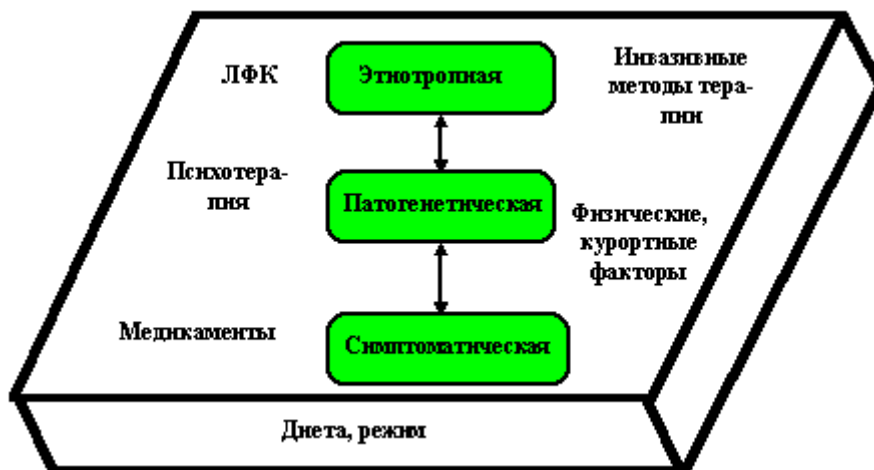
Следующим этапом является установление индивидуального диагноза. Это трудная задача. Один из методических подходов - попытаться ответить на вопрос, чем отличается заболевание у данного конкретного больного от общей схемы болезни, так или иначе сформированно в знаниях врача.

Это психологическая реакция больного на болезнь, вариант течения, тяжесть состояния больного, сопутствующие заболевания, наличие осложнений, побочное действие лекарств в прошлом и, наконец, собственный опыт больного в отношении проводившегося ранее лечения болезни, если это имело место.

Блок исходных данных



Блок лечебных средств



Блок принятия решений

Ш - Блок принятия решений.



1. Необходимо точно знать механизм действия назначаемых средств.
2. Надо назначать «активные», научно-обоснованные средства.
3. Необходимо по возможности точно рассчитывать дозировки лекарственных препаратов.
4. Необходимо соотносить интенсивность лечения с тяжестью состояния и серьезностью прогноза.
5. Non nocere (не вреди)
6. Необходимо избегать полипрагмазии.
7. Необходимо разъяснить больному смысл лечебных действий.
8. Необходимо определить и использовать адекватные методы контроля проводимого лечения.