

лактике инфекционных и паразитарных болезней человека и животных.

Дополнительные мероприятия должны осуществляться совместными усилиями врачей-гигиенистов и врачей лечебного профиля среди

всего обслуживающего лечебно-профилактическими учреждениями населения в соответствии с разработанными нами методическими рекомендациями.



Рис. 2. Схема первичной профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Беляев И.И. К вопросу об изучении причинно-следственных связей в этиологии уролитиаза. // Беляев И.И., Сусликов В.Л. Гигиен. и сан. 1976. № 4. С.81.
- Кучеренко В.З. Проблема профилактики в условиях реформирования здравоохранения. // Кучеренко В.З., Сырцова Л.Ф. Проблемы соц. гигиены и истории медицины.- 1996.№ 1. С. 42-47.
- Мамедов М.Н. Новый подход к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. М. 2008. Пособие для врачей. 46 с.
- Соловьев З.П. Профилактические задачи лечебной помощи./ Вопросы социальной гигиены и здравоохранения. Избранные произведения. М. 1970. С. 76.

ЗНАЧЕНИЕ ТЕОРИИ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ НАУЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Калинина О.В.
Сибирский государственный медицинский
университет
Томск, Россия

В любой деятельности человека можно выделить два аспекта: метод и методологию. Метод означает конкретный порядок выполнения

действий и отвечает на вопрос как, каким образом они выполняются. Понятие методология отвечает на вопрос почему так и не иначе выполняется действие. Теория является синонимом методологии, хотя объем понятий теория и методология может варьировать в широких пределах и не совпадать.

Методика и теория находятся в различном соотношении. Выполняя свою повседневную работу, человек меньше всего задумывается о теоретических аспектах своей деятельности и это вполне понятно и не предосудительно. Ремесленник, например, может всю жизнь производить какой-то свой определенный продукт без развития, совершенствования результатов труда. Творчески мыслящий ремесленник создает более совершенный продукт и при этом, как правило, тоже не анализирует теорию производства и изменения, которые он в ней вносит. Над теорией задумываются люди, предрасположенные к такого рода мыслительной деятельности.

В клинической медицине сравнительно высокий процент диагностических ситуаций решается без особых затруднений. При этом создается впечатление, что в таких случаях теория не нужна как тому ремесленнику и оно довольно часто транспонируется на медицину в целом не только в немедицинской среде, но даже среди врачей. Это порождает пренебрежительное отношение к теории.

Однако в клинической медицине нельзя обойтись без теоретической грамотности, которая абсолютно необходима не только в сложных клинических ситуациях, но также при сравнительно простых диагностических случаях в связи с тем, что клиническая медицина богата неожиданными, скрытыми, замаскированными проявлениями патологического процесса.

Значение теории диагностики в клинической медицине можно описать в виде 3-х положений, в своей сущности справедливых и для других областей науки.

1. Чем больше массив знаний, тем большая потребность в методологии, которая включает анализ, обобщение, классификацию явлений. Объем информации в клинической медицине нарастает необычайно быстро.

2. Научная медицина не одна из практикующих других самостоятельных медицинских школ: древняя китайская, индийская, тибетская медицина, суфистская школа и др. Теоретическое обоснование диагностической и лечебной практики в разных школах значительно отличаются. В связи с этим интеграционные процессы нельзя вести путем механического сложения способов диагностики и лечения из разных школ.

3. Теория освещает путь познания. В нормальных условиях изучения теории должно предшествовать изучению специальных вопросов клинической медицины. Это положение поясняет почему изучать теорию диагностики нужно в курсе общей диагностики по программе пропедевтики внутренних болезней.

Теория диагностики – это наука о методике построения клинического диагноза. Это наука о способах ускорения формирования клинического мышления, это наука о природе врачебных ошибок и о том как избежать врачебных ошибок или по крайней мере свести их к минимуму и максимально снизить вредные последствия врачебных ошибок.

Г.И. Царегородцев и В.Г. Ерохин (1986) подметили общую недоразвитость теоретического мышления в клинической медицине несмотря на то что научная клиническая медицина ведет свое начало от Гиппократа и вопросом общей и частной патологии посвящено значительное количество работ.

В качестве причин теоретической недоразвитости клинической медицины, с нашей точки зрения можно отметить следующие:

1. До сих пор в медицинской науке нет всеобщей теории патологии. Важнейшую роль в этом отношении должна сыграть генетика, однако эта наука несмотря на бурное ее развитие находится в стадии накопления материала о значении генетического аспекта в генезе мультифакториальных заболеваний. В представлении об этиологии заболеваний всё больше проявляется тенденция изменения вектора в сторону монокаузализма, точнее о роли инфекционных агентов.

К кризисному состоянию близко представление о сущности патологического механизма обусловленного оксидативным стрессом.

2. Природа основных физиологических функций организма во многом остается в ранге неизвестного. Это касается, прежде всего, механических функций в процессе дыхания, кровообращения и пищеварения. Например, остается неизвестной природа активной диастолы сердца, природа собственной механической активности легких, механизм перистальтической деятельности в системе пищеварения.

3. Субъективный фактор, заключающийся в традиционном, пренебрежении клиницистов теорией диагностики. Высокий клинический опыт врачи часто склонны относить к искусству особого рода.

Между тем, формирование клинического мышления происходит преимущественно стихийно и успехи этого слабоуправляемого процесса весьма скромные. Длится оно много лет, чаще десятилетиями. Для изучения роли теории диагностики в формировании научного клинического мышления потребовалось разграничить понятия знания и размышлений врача.

Знания врача – это объем информации в памяти врача относительно: 1 – количества различных нозологических форм патологии, симптомов и синдромов; 2 – этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний; 3 – медикаментозных и немедикаментозных средств лечения и механизма их лечебного действия; 4 – умения поиска сведений по всем перечисленным разделам в справочной литературе и руководствах.

Размышления врача – это способность представлять (или воображать) предполагаемый объем информации, превышающий его конкретные знания по данному разделу клинической медицины на основе знаний: 1 – общей и частной семиологии болезней; 2 – свойств симптомов, синдромов и диагноза; 3 – основных законов логики, философии, общей биологии и патологии. Например, знания семиотики симптома и синдрома является источником поиска нового знания. В перечислении механизмов любого симптома или синдрома всегда имеется неизвестный, что является стимулом поиска нового знания. Знание семиологии основного синдрома позволяет построить план дифференциального диагноза. Знание свойства симптома и синдрома, заключающегося в том, что симптомы и синдромы неспецифичны, ориентирует врача на осторожность при оценке их диагностической ценности. Уровень профессионализма врача весьма ярко отражается на его способности и умении излагать профессиональный комментарий клинической картины. Этому нужно учиться, опираясь на теорию диагностики уже с первых шагов изучения клинической медицины, что будет способство-

вать ускорению формирования научного клинического мышления.

МЕНИНГИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Хрулёв С.Е.

ФГУ «ННИИТО Росмедтехнологий»
Нижний Новгород, Россия

Описание гнойного менингита у обожжённых относится к наиболее ранним работам по ожоговой травме, но они сводятся к описанию клинических случаев. Систематизации сведений по частоте, диагностике, летальности, возможным путям профилактики и лечения этого осложнения ожоговой травмы, в литературе нет.

Для анализа встречаемости гнойного менингита среди больных, получивших ожоговую травму, изучены материалы 6215 пациентов, лечившихся в Российском ожоговом центре ФГУ «ННИИТО Росмедтехнологий», отобранных методом сплошной выборки за 1985-2005гг. Для оценки доли менингита в структуре летальности исследованы за тот же период 717 случаев ожоговой травмы, закончившихся летальным исходом.

Анализ показал развитие острого гнойного менингита у 9 из 6215 ожоговых больных, что в 20 раз превышает среднепопуляционную частоту. Выявлено, что площадь ожоговой поверхности у погибших с развившимся менингитом составляла 26,7±11%, без него – 46,5±16,8% ($p=0,012835$); индекс Франка в группе менингита 62,2±28,5 единиц, в группе без него 115,7±33,6 единиц ($p=0,005145$). Следовательно, пациенты с развивающимся менингитом погибли при достоверно меньшей тяжести ожоговой травмы. Для выявления факторов риска развития гнойного менингита у обожжённых сформирована основная группа (9 человек). Сравнение проводилось с 4 группами, составленными из больных с ожогами: 1 – с метастатическим гноино-некротическим поражением при имеющемся у больного сепсисе (9 человек); 2 – с геморрагическим инсультом (16 человек); 3 – с ишемическим инсультом (13 человек); 4 – без патологии головного мозга (15 человек). Эти группы были сформированы для выявления факторов риска именно менингита, а не патологии головного мозга в целом или гноино-воспалительных его изменений, возникающих, например, и при сепсисе.

На основании данных литературы и собственных наблюдений на первом этапе, были отобраны 36 признаков, которые могли бы стать факторами риска развития гнойных изменений головного мозга. Среди них, отражающие общие данные (пол, возраст, день смерти), имевшиеся заболевания в анамнезе (нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, алкоголизм, черепно-мозговая травма), сопутствующая патология (эпилепсия, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, мерцательная аритмия, ишемическая

склонность сердца); характер и тяжесть травмы (площадь ожогового поражения, индекс Франка, поражающий фактор, наличие ожоговой болезни, период ожоговой болезни, наличие ожога головы и термоингаляционной травмы, наличие сепсиса, причина смерти); клинику поражения головного мозга (наличие психомоторного возбуждения, нарушения критики, продуктивной симптоматики, заторможенности, комы); факторы, отражающие медицинскую помощь (количество дней до поступления в специализированный стационар, количество дней, проведённых в стационаре); лабораторные показатели крови (уровень гематокрита, гемаглобина, лейкоцитов, СОЭ, глюкозы, мочевины, креатинина, миоглобина). Статистическая обработка проводилась с помощью метода корреляции Кендалла.

В результате анализа получена достоверная разница лишь по трем показателям: наличие в клинической картине нарушения критики больного к своему состоянию ($p=0,04$), уровни СОЭ, глюкозы крови.

На втором этапе исследования, для определения критических показателей выявленных факторов, имеющих числовое выражение (уровни СОЭ и глюкозы) был проведён анализ с использованием точного критерия Фишера. Установлено, что уровень СОЭ выше 50 мм/час на протяжении 3 дней и более достоверно увеличивал возможность развития менингита ($p=0,0002$). Критическое значение уровня глюкозы крови, достоверно влияющее на развитие менингита, оказалось равным 8 ммоль/л., в течение 3 дней и более ($p=0,008$).

Таким образом, нами выявлены три фактора, достоверно влияющие на возникновение гнойного менингита у обожжённых:

1. Наличие в клинической картине нарушения критики больного к своему состоянию ($p=0,04$)

2. Уровень СОЭ в крови более 50 мм/час в течение 3 дней и более ($p=0,0002$)

3. Уровень глюкозы в крови более 8 ммоль/л в течение 3 дней и более (при отсутствии у больного сахарного диабета в анамнезе) ($p=0,008$)

Каждый выявленный у больного фактор риска оценивали в один балл. Таким образом, максимальное количество баллов, которое может быть у пациента, равно 3, минимальное – 0.

Сочетание двух и более факторов говорит о возможном развитии гнойного менингита и требует проведения диагностических мер: КТ головного мозга, люмбальной пункции (при технической возможности) с последующим эндолюмбальным введением соответствующих антибиотиков. При невозможности проведения пункции (ожоговые раны поясничной области) начало антисептической терапии с учётом способности антибиотиков проникать через гематоэнцефалический барьер.