РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ПОСТАНОВКОЙ КЛЮЧЕВЫХ (ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫХ) ВОПРОСОВ

Блинова Е.Р., к.п.н.

Асулмарданова Л.И. зав. УМО

Актуальность

1. Насыщенность диагностическими средствами, «лимит» оказания медицинской помощи пациентам требуют от фельдшера развитого клинического мышления.

2. Известна формула клинического мышления – максимально сжатое и четко выраженное суждение о природе и сущности болезни.

3. Существует алгоритм клинического обследования пациента, который используется и в учебных занятиях.

1. Клиническое мышление – развивается с клиническим опытом, к сожалению путем проб и ошибок. Из-за это многие покидают профессию.

2. Неизвестен механизм клинического мышления

3. Учебные ситуации с описанием клинической картины, **с готовыми** данными **и вопросами** не способствуют развитию клинического мышления

Формирование у студентов умения ставить ключевые (целенаправленные) вопросы при клиническом обследовании пациента как способ развития клинического мышления.

Особенности клинического мышления

1. Клиническое мышление по новизне знаний и умений может быть: репродуктивным (в постановке диагноза используются готовые знания о болезни и четкие алгоритмы обследования) и продуктивным (получение нового личного опыта в диагностике болезни), творческим (открытие природы и сущности неизвестной болезни).

2. Клиническое мышление по характеру мыслительных процессов на этапах диагностического поиска может быть аналитическим, интегрирующим, логическим, критическим, конструктивным, прогностическим.

3. Этапы клинического мышления:

1. Получение исходной информации
2. Осознание недостаточности исходной информации
3. **Постановка вопроса***
4. Получение новой информации
5. Обобщение фактов, умозаключение *(гипотеза, диагноз)*

Вопрос* - это логическая форма осознания отсутствия или недостаточности исходной информации с целью получения новой информации в виде ответа. Специфика вопросов определяется этапами диагностического поиска, и в соответствии с этим направлены на получение **начальной исходной информации (ключевой), новых данных, отбор ненужной, подтверждения важной, структурирование выбранной, обоснование** предварительного и окончательного диагноза.

По специфике и характеру вопроса можно судить на каком уровне познания находится диагност.

Схема методики развития клинического мышления

Этапы, содержание, результаты диагностического поиска

Приемы

Окончательный диагноз

«КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ»
Нозология с классификацией

«Доказательные аргументы диагноза»

Дифференциальная Диагностика
«Так ли это?»

Верификация диагноза
(сопоставление клинических и параклинических признаков)

«За» и «Против»
«Работа с возражениями»

Предварительный топический диагноз (диагностическая гипотеза)
«Что может быть?»

«Скорее всего»
«Вероятный»

«Может быть»
«Сомнительный»

«Диагностическая гипотеза»

Приоритетный

Специфичный

Второстепенный

«Причинно-следственные связи»

СИНДРОМЫ
«Какие и почему?»

Достоверный основной

Достоверный основной

Достоверный основной

Достоверный второстепенный

Сомнительный

Сомнительный

«Важные симптомы»

Анализ симптомов
«Что выбрать?»

«Визуальный осмотр»

«Пальпация»

«Перкуссия»

«Аускультация»

«Вижу, слышу, ощущаю»

Объективное обследование
«Что и где искать?»

1) причина, факторы риска

2) предвестники

3) явные признаки

4) повод вызова

«Ключевые факты развития болезни»

Выяснение анамнеза болезни
«Когда, какие, от чего ….?»

Связь с болезнью

«Характер» жалоб

Локализация

«Сигналы о болезни»

Выяснение жалоб
«Что, как, где беспокоит?»

Требования к освоению навыков клинического мышления

1. Обучение на специальности «Лечебное дело»:
- после освоения фундаментальных дисциплин (анатомия, физиология, патология), пропедевтики внутренних и детских болезней;
- на практических занятиях, после усвоения теоретического материала по теме. Цель – формирование навыков клинического мышления (клинический разбор болезни, выполнение симуляционного задания);
- на учебной практике освоения профессионального модуля. Цель – закрепление навыков клинического мышления (решение клинического сценария).

2. Систематический и системный характер деятельности по формированию и развитию клинического мышления.

3. Отведение приоритетной позиции в обучении симулированным условиям, методике «Стандартизированный пациент», симуляционным тренингам.

Описание методики.

Проводится после теоретического разбора практических действий.

1 этап. Создание конкретной клинической ситуации.

Преподаватель:

- создает клиническую ситуацию, озвучивает повод обращения пациента к фельдшеру и даёт задание: *«Поставьте клинический диагноз».*
- распределяет роли: в роли пациента выступает студент, в роли фельдшера – другой студент, остальные студенты – в роли старших фельдшеров.
- проводит инструктаж для «пациента», «фельдшера», остальных студентов по выполнению задания.
- выделяет время на подготовку.

2 этап. Постановка ключевых вопросов пациенту при выяснении жалоб и анамнеза заболевания

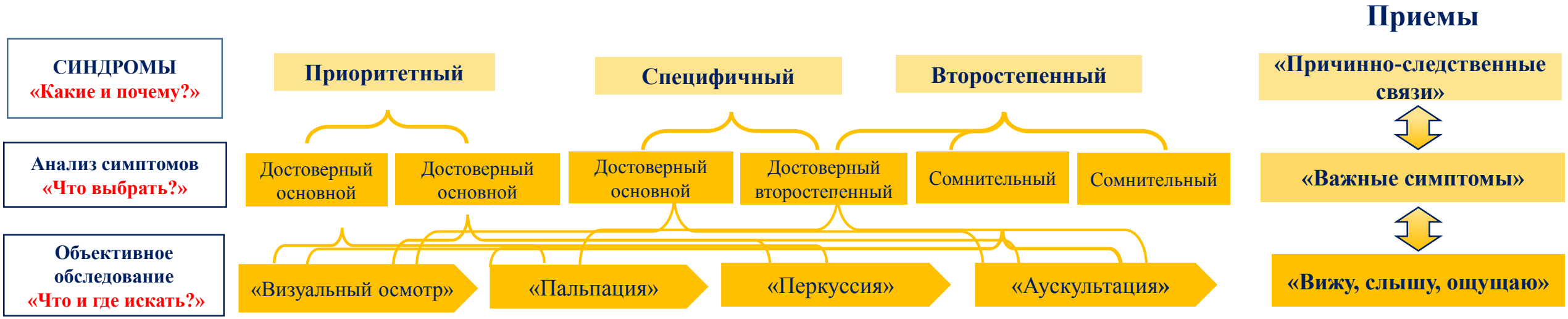
- Фельдшер проводит клиническое обследование пациента по алгоритму:

– выясняет жалобы и анамнез развития болезни у пациента. На сегодня известен алгоритм коммуникативного навыка по сбору жалоб и анамнеза болезни у пациента и включает ряд обязательных ключевых вопросов. С помощью алгоритма студенты хорошо ориентируются «С чего и как начать?», но затрудняются провести анализ данных и установить связь между ними, затрудняются задавать «нужные» вопросы в конкретной клинической ситуации.

Фельдшер при затруднении в выполнении задания обращается к старшим фельдшерам.

Преподаватель со слов фельдшера на доске записывает вопросы и ответы на них, как **«Сигналы болезни»** и **«Ключевые факты развития болезни».** Просит студентов установить связи между жалобами, между жалобами и этапами их возникновения. Преподаватель наводящими вопросами, например **«Играет ли роль в диагностике характер и локализация боли?», «Надо ли выяснить чем вызвана рвота и почему?» и т.д.** выводит студентов на анализ исходной информации, на осознание ее недостаточности, к необходимости в получении нужной информации и на постановку вопроса.

3 этап. Постановка вопросов самому себе при клиническом обследовании пациента



- Оценив жалобы и анамнез болезни, фельдшер рядом ключевых вопросов: «**Что и где «искать»?» «Есть ли угроза жизни пациента?», «Что отнести к ответной реакции организма на помощь, что к болезни?» и т.д. –** определяет и проводит необходимый объём и последовательность обследования. Преподаватель со слов фельдшера записывает симптомы под столбцами: «Вижу», «Слышу», «Ощущаю». Преподаватель обращает внимание на разницу в количестве полученных жалоб и симптомов при осмотре. Фельдшер постановкой вопросов: **что приоритетное, основное? что сопутствует? что является фоном? и т.д. –** проводит анализ полученных данных и перечисляет специфические, достоверные симптомы, значимые для постановки диагноза. Рассуждения о значимости других симптомов побуждают фельдшера находить между ними причинно-следственные *(патогномоничные)* связи и группировать их в синдромы.
- Фельдшер, отвечая на вопрос, **достаточно или недостаточно данных для постановки диагноза,** определяет дальнейший ход диагностического поиска.

4 этап. Постановка вопросов самому себе при постановке клинического диагноза

- Установленная причинно-следственная связь синдромов создает основу для постановки предварительного диагноза (диагностической гипотезы). При наличии нескольких вариантов гипотезы фельдшер решает вопрос о проведении дополнительных методов исследования, ставя самому себе ряд вопросов, например: «Острый обструктивный бронхит или Бронхиолит?», «Что мне даст Rg легких?» и т.д. Если фельдшер умеет видеть целесообразность исследования, то он освобождает пациента от избыточного исследования. Например: субфебрильная температура к вечеру в течении 3 месяцев у подростка 13 лет. Назначается консультация специалистов: ЛОР, стоматолог, фтизиатр, нефролог, эндокринолог, невролог и т.д. На вопрос матери: «На сколько см вырос ребенок за последние 3 месяца?», получен ответ: «На 9 см»? Заключение: Пубертатный период.
- Верификация диагноза также осуществляется методом постановки ключевых вопросов и поиском ответов на них. Фельдшер при трудностях в выполнении задания обращается за помощью к старшим фельдшерам.

5 этап. Заключительный. Анализ вопросов и ответов при постановке диагноза

Этапы диагностики	Ключевые (целенаправленные) вопросы	Исходная и ответная информация. Факты.

Преподаватель совместно со студентами проводит анализ исходной информации, обсуждает целенаправленность постановки вопросов для получения нужной информации.
Преподаватель не задает вопросы за студентов. Наводящими вопросами или изменением ситуации выводит студентов на анализ фактов и постановку нужного вопроса, например:
«Что известно, что неизвестно?»
«Что важно выяснить у пациента и почему?»
«Всегда ли жалоба является симптомом?» и т.д.
Пример изменения ситуации: «У пациента нарастает сыпь и первоначальные высыпания темнеют». Изменение характера сыпи обосновывает другой диагноз. Фельдшер задает самому себе для размышлений ряд вопросов, ответы на которые обосновывают один из предположительных диагнозов.
Таким образом, формируются умения у студентов задавать ключевые (целенаправленные) вопросы**, ответы на которые ведут к постановке диагноза.**

«Долог путь уговоров, короток путь примера!» Сенека

Клиническая ситуация. Вы фельдшер ФАП. В 8.00 утра поступил вызов на дом к мальчику, 1 год жизни. Повод вызова: сыпь на ногах и лице.

Этапы исследования	Ключевые (целенаправленные) вопросы	Исходная и новая информация, факты.
1.Выяснение жалоб	Когда появилась? С чем связывают появление сыпи? Какая сыпь?	Появилась утром. После приёма лекарств. Сыпь красная, на стопах.
2.Анамнез развития болезни	Какое лекарство и по какому поводу принимали? Когда поднялась температура и до каких цифр? Какая температура на момент осмотра? Что еще беспокоит? Через какое время от постановки свечки появился жидкий стул? До повышения температуры что беспокоило? Все ли дома здоровы? Когда посещали поликлинику?	Сироп Нурофена от температуры, свечку Цефикон, потому что возникла рвота от приема сиропа. В 24.00. до 38,5° С 37,2° С Стонет во сне, не просыпается, вялый, отказывается от груди, однократный жидкий стул. Через 30 минут. Заложенность носа в течение 2 дней. Дома все здоровы. В поликлинике были 3 недели назад.
3. Объём и последовательности осмотра	Какая кожа, где и какой характер сыпи? Нарушено ли сознание? Есть ли менингиальные симптомы? Какое АД, какой пульс? Какой шоковый индекс? Есть ли боли в животе? Какой характер стула? Как часто мочится и какой характер мочи? **Что исключить из жалоб и почему?**	Кожа бледная, холодная на ощупь, сыпь геморрагическая (мелкоточечная, красная, на лице, симметричная в области лодыжек, голеней). Угнетено, сонливый. Ригидность затылочных мышц, + с-м Кернига. АД – 60/40, пульс 120. ШИ=2. Живот мягкий, безболезненный. Стул со слизью. За ночь мочеиспусканий не было. Рвота и жидкий стул, реакция на приём препаратов.

Исходная информация	Ключевые (целенаправленные) вопросы	Исходная и новая информация, факты.
Симптомы: сонливость, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, температура субфебрильная, кожа бледная и холодная на ощупь, геморрагическая сыпь на коже, гипотония (АД – 60/40), тахикардия (пульс – 120 в минуту), тахипноэ (ЧД – 40 в минуту)	С чем связать сонливость? Какие симптомы специфичные, для чего характерно? Какие синдромы специфичные, как обосновать? Какой синдром приоритетный?	С развитием ИТШ. Ригидность затылочных мышц, + с-м Кернига. Характерно для воспаления мягкой мозговой оболочки. Лихорадка белая (кожа холодная, бледная, угнетение ЦНС). Менингиальный синдром. Синдром сыпи геморрагической. Синдром острой сосудистой недостаточности: гипотония, тахикардия, ШИ=2
Предположительные диагнозы. 1. Менингококковая инфекция. Менингококкцемия. Инфекционно-токсический шок III степени. 2. Геморрагический васкулит. Кожная форма.	 «Что свидетельствует «ЗА»? «Что свидетельствует «ПРОТИВ»?	**«За»:** острое, молниеносное начало после заложенности носа, белая лихорадка, геморрагическая сыпь, ИТШ, менингиальный синдром. **«Против»:** сыпь не типичная: симметричная в области голени и лодыжек. **«За»:** острое начало, лихорадка. Характер сыпи: симметричная, на нижних конечностях **«Против»:** острое начало, шоковое состояние, менингиальный синдром, отсутствие абдоминального, почечного синдрома.
Дополнительное обследование. Менингококковая инфекция. Геморрагический васкулит.	«Где требуется провести дополнительное исследование?» «В какой стационар госпитализировать и почему?	В стационаре. В инфекционную больницу, в бокс. Исключить угрожающее жизни заболевание.

Заключение

1. Вопрос — **это логическая форма** осознания отсутствия или недостаточности исходной информации с целью получения новой информации в виде ответа.

2. Управление мыслительной деятельностью у студентов через постановку ключевых (целенаправленных) вопросов способствует развитию клинического мышления.

3. Студенты с базовыми навыками клинического мышления увереннее оказывают медицинскую помощь пациентам, успешнее накапливают практический опыт на производственной практике и на начальном этапе практической деятельности.