

НОВЫЕ ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ (ЛИНГВИСТИКА НА СЛУЖБЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДИДАКТИКИ И ПРАКТИКИ)

© 2009 В.А. Кельцев, Е.В. Бекишева, К.А. Угнич

Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 17.11.2009

В статье рассматривается система представления основного концепта медицины «клинический диагноз» с точки зрения междисциплинарного подхода (медицинского и философско-лингвистического). Данный подход позволяет обеспечить преемственность в обучении теоретическим и клиническим дисциплинам и выявить когнитивные и логические основы клинического мышления, отражённые в языковой формулировке диагнозов.

Ключевые слова: обучение, клиническая диагностика, лингвистика

Концептуальные основы образования в XXI в. предполагают осознание приоритетности и гуманистической успешности образования, развитие новых педагогических технологий, усиление инновационных подходов. Акцент в обучении делается на системность образовательного процесса, что обеспечивается тесной интеграцией кафедр в формировании теоретической базы и практических навыков студентов. Гуманизация и гуманитаризация высшего медицинского образования придаёт большую значимость интеграции гуманитарных и клинических дисциплин. В частности, работа студента по составлению клинической истории болезни – многогранный и творческий процесс. Он включает в себя должное обращение с больным и окружающими, умение собирать, обобщать и анализировать многообразные факты, составлять логически обоснованные суждения, терминологически правильно сформулировать в диагнозе результаты своего клинического мышления. Успешное решение этой сложной задачи во многом зависит от совместной и скоординированной деятельности преподавателей не только кафедр естественнонаучного и клинического профиля, но и биоэтики, философии и логики, иностранных языков, курса латинского языка и профессиональной культуры речи.

Поскольку повышение качества знаний становится первоначальной задачей, в данной статье предлагается система представления одного из самых важных понятий медицины – «клинический диагноз» с точки зрения

междисциплинарного подхода (научного медицинского и философско-лингвистического).

Диагноз – это краткое заключение о болезни, ее сущности, осложнениях и исходах, сформулированное врачом на основании его наблюдений, жалоб пациента, результатов объективных методов исследования и выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней [1]. Современные клинические классификации представляют собой мощный фактор научного прогресса в области тех явлений и закономерностей, которые они синтезируют. С 1 января 1999 г. осуществлен переход МКБ 10 [5]. Она позволяет преобразовать словесную формулировку диагноза болезни или проблемы, связанной со здоровьем, в буквенный код, что обеспечивает удобство хранения, извлечения и анализа данных и является удобной формой для основных эпидемиологических целей. Знание клинических классификаций МКБ 10 должны быть обязательными для преподавателей клинических дисциплин и для студентов старших курсов высших медицинских учебных заведений, клинических интернов и ординаторов, а также врачей всех звеньев медицинской помощи.

Клинический диагноз должен базироваться на трех принципах:

- приемственность, т.е. узнаваемость для врачей, исходя из предшествующих вариантов классификаций;
- терминологическое соответствие МКБ 10;
- современность, т.е. отражение реальных достижений науки и состояния проблемы к моменту введения диагноза в практику.

Учение о принципах построения медицинского диагноза является одним из разделов

Кельцев Владимир Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской педиатрии. E-mail: keltsev@mail.ru

Бекишева Елена Владимировна, доктор филологических наук, профессор, заведующая кафедрой иностранных и латинского языков. E-mail: zond@mail.ru

Угнич Ксения Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии

общей патологии, а выработка умений по формулированию его терминологической части входит в программу курса латинского языка и медицинской терминологии уже на первом курсе медицинских вузов. Однако анализ медицинской документации (медицинских и амбулаторных карт, историй развития детей) свидетельствует о том, что выставаемый диагноз не всегда сформулирован правильно, полно, последовательно, в соответствии с современными классификациями. Такая нечеткость по отношению к структуре и содержанию диагноза негативно отражается на качестве лечебной помощи, её финансовом обеспечении и статистической отчетности лечебных учреждений. В настоящее время сформулированы следующие требования к клиническому диагнозу: правильность, своевременность, обоснованность, полнота, логичность построения, соответствие принятым классификационным подходам. Правильность диагноза определяется, прежде всего, точностью отражения сути заболевания. Так, при установлении у подростка факта артериальной гипертензии, вначале следует идентифицировать ее форму (первичная или вторичная) и только потом определять степень повышения артериального давления, группу риска, в противном случае диагноз будет подчеркивать неопределенность генеза данного патологического состояния.

Своевременным считается диагноз, который установлен в срок, необходимый для определения правильного выбора эффективного лечения. При этом на всех этапах исследования пациента врач постоянно проводит дифференциальную диагностику с одновременным использованием 2 принципов: принципа идентификации положительных признаков, когда путем выявления симптомов и синдромов, свойственных определенной болезни, формулируется клиническая картина наиболее вероятного из возможных заболеваний; принципа исключения (*per exclusionem*), – когда предлагаемые, похожие по ведущему синдрому, реже симптому, заболевания последовательно исключаются при сравнении с конкретным случаем, если обнаруживаются существенные различия, несовпадение характеристик самих признаков. Оба принципа основаны на методе аналогии и осуществляются одновременно. При первом по сходству признаков утверждается диагноз, при втором из-за отсутствия сходства отвергается предполагаемое заболевание. Это приводит к формированию предварительного диагноза.

После выполнения рационального, целенаправленного, исходя из предварительного диагноза, плана дополнительного обследования и оценки полученных результатов методами идентификации и исключения формулируется клинический диагноз. Согласно принятым правилам, клинический диагноз должен быть выставлен не позднее чем через 3 дня от момента поступления пациента в стационар. В сложных случаях диагностики допускается, что в течение 5-7-10 дней он является «рабочим». При невозможности постановки нозологического диагноза используют синдромный принцип.

Заключительный диагноз формулируют при получении всех необходимых и достаточно верифицирующих тестов и использованием методов идентификации и исключения. Структура данного диагноза включает: четко сформулированное основное заболевание (нозологическую единицу или форму) в соответствии с принятыми классификационными подходами, указанием осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, что позволяет достичь терминологического единообразия клинического диагноза и статистической классификации. Логическое построение диагноза предусматривает расположение всех его составляющих в приведенной выше последовательности, в основе которой лежит нозологический принцип, требуемый правилами ВОЗ.

В соответствии с рекомендациями МКБ 10 при оформлении диагноза следует использовать следующие базовые понятия, которые студенты должны усвоить в курсе пропедевтики: основное состояние (основное заболевание), конкурирующее заболевание, сочетанное заболевание, фоновое заболевание, сопутствующее заболевание, осложнение.

Основное состояние в клиническом диагнозе соответствует понятию основного заболевания и трактуется как состояние, по поводу которого проводилось лечение и обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью. При составлении заключительного клинического диагноза в качестве основного заболевания учитывают состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, пациента лечили или обследовали. Основное заболевание может быть не только монокаузальным, но и бикаузальным, т.е. включать две нозологические единицы или формы, находящиеся между собой в различных соотношениях. «Комбинированное основное заболевание» может включать 2 конкурирующих, 2

сочетанных заболеваний, а также комбинацию основного заболевания с фоновым. Конкурирующими заболеваниями считаются те, которыми пациент страдал одновременно и по своей значимости они не уступают друг другу. Сочетанными считаются болезни, случайно совпавшие по времени и взаимно отягчающие друг друга. Фоновое заболевание – нозологическая форма, которая имеет собственный патогенез и создает неблагоприятные условия для течения основного заболевания. Сопутствующие заболевания – одни или несколько нозологических форм, которые не связаны с основным заболеванием, но нуждаются в дополнительных затратах на лечение. Осложнениями основного заболевания считают нозологические формы, синдромы и патологические состояния, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием.

С точки зрения лингвистики диагностическая формулировка выступает как номинативная единица языка медицины. Клинический диагноз выполняет функцию репрезентации отдельных признаков болезни и их концептуализации врачом. Строгая синтаксическая структура клинического диагноза формирует научное понятие и свидетельствует о том, каким видится врачу патологический процесс или совокупность патологических процессов, протекающих в организме больного и какие именно компоненты опыта, знаний и оценок врач счёл наиболее существенными. Обращает на себя внимание тот факт, что среди языковых единиц, входящих в структуру диагноза явно различаются единицы 3 классов: номенклатурные единицы, т.е. номены, составляющие международную номенклатуру болезней, термины, зафиксированные в толковых и двуязычных медицинских словарях и общенаучная лексика (напр.: *фаза, стадия, форма*). Примечательно то, что все компоненты диагностической формулировки – это системные, готовые, воспроизводимые в актах профессиональной медицинской речи единицы. Диагностические формулировки представляют собой устойчивые комбинации уже имеющихся в ментальном лексиконе врача единиц. Вербализация полученных в процессе диагностики знаний ведёт к более строгой фиксации диагностической информации в сознании врача. «Неословленные знания разрознены и смутны. Только обретая языковую «упаковку» и ассоциируясь с особым телом знака, диффузные знания переходят в иную строго очерченную сферу. В качестве гештальтов ими легко оперировать в процессах мышления именно как концептами,

интегрированными в отдельные концептуальные структуры» [4].

Диагностическая формулировка представляет собой сложное переплетение и взаимопроникновение категориальных признаков научного медицинского понятия, включающих как гносеологические, так и дисциплинарные категории, обобщающие и отражающие анамнестические данные. Как отмечают клиницисты, бытующее ещё представление о непрременной краткости клинического диагноза приводит к совершенно неоправданному лаконизму в его формулировке. Полная формулировка диагноза должна быть, к примеру, такой: «*Системная склеродермия, подострое течение с поражением кожи (в стадии атрофии), суставов (артралгии, псевдоартрит со сгибаемыми контрактурами), мышц (фиброзирующий интерстициальный миозит), легких (легочный васкулит), сердца (склеродермическая недостаточность митрального клапана I степени), активность I степени, II стадия*». Приведённая диагностическая формулировка является результатом взаимодействия 3 типов категорий: гносеологических, дисциплинарных и языковых (лексических, грамматических и морфологических). Для осуществления категоризации на уровне гносеологических категорий специалисту необходимы знания о мире, полученные в результате его жизненного и познавательного опыта. Так, в приведённой диагностической формулировке, отражены следующие гносеологические категории: состояние (*склеродермия, псевдоартрит, лёгочный васкулит, миозит, недостаточность клапана*), признак (*подострый, фиброзирующий, системный*), причина (*системная склеродермия*), время (*II стадия*), объект (*сердце, митральный клапан, кожа, суставы, лёгкие*), следствие (*артралгии, сгибаемые контрактуры, атрофия*), интенсивность (*подострое течение, активность I степени*).

Соотнося вслед за Л.С. Выготским процесс категоризации с разными типами мышления, мы выделяем дисциплинарные категории, имеющие большое классифицирующее, информационное и дидактическое значение в языке медицины. Дисциплинарные категории, усваиваются в процессе профессионального обучения. Так, в данном примере выявляются следующие дисциплинарные категории: поражённый анатомический объект (*сердце, митральный клапан, кожа, суставы, мышцы*), болезнь (*склеродермия, псевдоартрит, миозит, лёгочный васкулит*), степень выраженности заболевания (*подострое течение, активность I степени*), характер

поражения (*системный, множественный: поражение кожи, мышцы, суставов, сердца, лёгких*), симптоматика (*артральгии, сгибательные контрактуры*). Категория этиологии в данном примере выражается имплицитно терминологическим прилагательным «системный» и выводится на основе фоновых знаний, поскольку за термином «системный» стоит научный концепт «сдвиг в иммунной системе организма». Дисциплинарные категории: *болезнь, поражённый анатомический объект и этиология* – являются обязательными и находят языковое выражение в любом клиническом диагнозе. Категории, репрезентирующие клиническую картину заболевания, являются факультативными и могут варьироваться в зависимости от характера диагностической информации.

Для описания диагностических формулировок мы применяли предложенный Ч. Филлмором способ фреймовой семантики, дающий возможность описания типовых объектов на основе абстрактных схем. «Фрейм есть концептуальная модель приобретённого в результате прошлого опыта знания о некоторой стереотипной ситуации и о тексте, который описывает эту ситуацию» [3]. Формализованное описание клинического мышления врача, отражённого в диагностической формулировке, даёт возможность охарактеризовать принципы создания большого количества клинических диагнозов на основе небольшого числа категориальных механизмов. Диагностический фрейм является структурой долговременной памяти врача. В процессе диагностического мышления происходит поиск подходящей для умозаключения фреймовой структуры среди имеющихся типовых фреймов, её наполнение необходимой информацией с последующей терминологической репрезентацией в виде диагностической формулировки.

Не менее важный когнитивный механизм, задействованный в процессе формирования клинического диагноза – это концептуальная интеграция. Концептуальная интеграция – наиболее общая фундаментальная операция, результатом которой является создание сети, состоящей из ментальных пространств, в которых и разворачивается процесс создания нового значения. Ментальные пространства используют банк концептуальных областей, хранимых в долговременной памяти. Так, при построении интегрированного ментального пространства, являющегося когнитивным прототипом клинического диагноза, необходимы знания ментальных пространств, сформированных в результате изучения будущим врачом

анатомии, гистологии, соответствующих клинических дисциплин и современных методов диагностики. Определяемое в целом исходными совмещающимися пространствами интегрированное пространство не является полностью построенным на композиционности; оно приобретает собственную структуру, не свойственную ни одному из исходных совмещающихся пространств.

Создание интегрированного пространства определяется осуществлением 3 процессов: составления (*composition*), достраивания (*completion*) и развития (*elaboration*). Составление – процесс сопоставления информации разных исходных совмещающихся пространств. В результате этого процесса создаётся структура интегрированного пространства, что происходит за счёт выборочного использования содержания исходных пространств. Достраивание имеет место в том случае, если часть когнитивной модели, представленная в интегрированном пространстве, активируется и приводит к активации остальных частей фрейма. Это происходит тогда, когда структура, проецируемая из исходных, совмещающихся пространств на интегрированное пространство, подходит под информацию, хранящуюся в долговременной памяти. Процесс достраивания часто является источником создания содержания, присущего только интегрированному пространству. Достраивание, наряду с составлением, часто соединяет концептуальные структуры, обычно хранящиеся и использующиеся отдельно. Развитие – процесс, который влечёт за собой ментальное воспроизведение события в интегрированном пространстве по принципам и логике, свойственным этому пространству. Процесс развития базируется на способности человека к умозаключению. Так, в результате процесса развития происходит дальнейшая ментальная активация фрейма «клинический диагноз», которая получает логическое завершение в адекватном подборе методов лечения данного заболевания.

Интегрированные пространства универсальны, поскольку процесс человеческого мышления базируется на использовании интегрированных пространств. Теория концептуальной интеграции позволяет объяснить широкий круг языковых и концептуальных явлений. Следует отметить, что сочетаемость терминов в структуре диагноза не идиоматична, но и не свободна, она обусловлена, прежде всего, экстралингвистическими причинами: онтологической областью знания и строением организма человека. Константными категориями, обуславливающими семантику и

стабильную структуру диагноза, являются этиологический, патогенетический и функциональный компоненты. Клинические термины, выступающие в качестве репрезентантов перечисленных категориальных признаков, являются контекстуальными единицами, извлекаемыми из когнитивного банка данных для формулировки конкретного диагноза. Стабильная структура и категориальная семантика диагноза обеспечивается также за счёт применения профессиональных клише, которые нередко являются единицей антонимических пар или рядов, напр., *в фазе обострения – в фазе компенсации; тяжёлая форма – лёгкая форма, острое течение – хроническое течение* и т.п. Относительная устойчивость диагностической формулировки предполагает тесную спаянность частей макроструктуры, основанную на отражении интегрированного концептуального пространства. Устойчивость также обусловлена объектом диагностики, где все протекающие патологические процессы взаимосвязаны и взаимозависимы [2].

«Свободными» терминологические сочетания можно назвать только условно, так как сочетаемость терминов зависит от тех закономерных научных смыслов, которые в них заключены, от взаимопроникновения сем, от реализации валентностей термина. Однако в структуре медицинского диагноза можно наблюдать взаимозаменяемость и различного рода трансформации, происходящие в соответствии с диагностической интенцией автора,

но не противоречащие категориальным и семантическим характеристикам терминов и их валентности.

Выводы: клинический диагноз является важнейшим медицинским, научным и юридическим документом, отражающим сущность и особенности болезни в свете её этиологии, патогенеза, симптоматологии и лечения конкретного больного. Правильное отражение этих данных в истории болезни предполагает постоянное совершенствование не только специальных медицинских знаний, но и знание философских законов диалектики и логики, а также принципов общего и медицинского терминоведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Саркисов, Д.С. Общая патология человека / Д.С. Саркисов, М.А. Пальцев, Н.К. Хитров. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
2. Бекешева, Е.В. Категориальные основы номинации болезней и проблем, связанных со здоровьем: монография. – Самара: ООО «ИПК» «Содружество»; ГОУ ВПО «СамГМУ», 2007. – 250 с.
3. Жаботинская, С.А. Концептуальный анализ: типы фреймов // Сб. науч. тр. На стыке парадигм лингвистического знания в начале XXI века: грамматика, семантика, словообразование. – Калининград: КГУ, 2003. – С. 141-159.
4. Кубрякова, Е.С. Язык и знание. – М.: Языки славянской культуры, 2004. – 620 с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: Десятый пересмотр (МКБ-10). в 3-х томах. – Женева: (ВОЗ, 1995-1998).

NEW INTEGRATED APPROACHES TO THE TEACHING OF CLINICAL DIAGNOSTICS (LINGUISTICS AS A SERVICE OF MEDICAL PRACTICE)

© 2009 V.A. Keltsev, E.V. Bekisheva, K.A. Ugnich

Samara State Medical University

A system of presentation of the main concept of medicine “clinical diagnosis” on the basis of interdisciplinary approach (medical, philosophical and linguistic) is shown in the paper. The approach helps to provide continuity in the teaching theoretical and clinical subjects and to reveal cognitive and logical bases of clinical thinking reflected in the wording of diagnoses.

Key words: *education, clinical diagnostics, linguistics*

Vladimir Keltsev, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Faculty Pediatrics Department. E-mail: keltsev@mail.ru

Elena Bekisheva, Doctor of Philology, Professor, Head of the Department of Latin and Foreign Languages. E-mail:

zond@mail.ru

Kseniya Ugnich, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Faculty Pediatrics Department