

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ՈՐՊԵՍ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՆԱԶՈՂՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԵՎՈՐԱԳՈՒՅՆ ՈԼՈՐՏ (ՄԵԹՈԴԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ ՏՐԱՍՊԱՐԱԿԱՆ ԶԱՅԵՑԱԿԵՏԵՐԸ)

Գրաբսկի Մ.Ա.¹, Կճանյան Մ.Գ.²

ՀՀ կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկության ԳՀԻ ԵՊԲՀ, հասարակագիտական առարկաների ամբիոն

Ստացված է՝ 15.07.2020, գրախոսված է՝ 02.09.2020, ընդունված է՝ 12.04.2021

Բանալի բառեր՝ մեթոդաբանություն, տրամաբանություն, բժշկական ճանաչողություն, բժշկական ախտորոշում, հիվանդություն, փաստարկում, ապացուցում, կլինիկական մտածողություն, բժշկական կրթություն:

Բժշկական ճանաչողությունը՝ որպես բժշկական իրականության արտացոլման ու իմաստավորման գործընթաց, անխզելիորեն կապված է բժշկի իմացական այնպիսի կարևորագույն գործունեության հետ, ինչպիսին ախտորոշման գործընթացն է:

Մարդու գործունեության բազմաթիվ բնագավառներում իրականացվում է մասնագիտական գիտելիքներով և ունակություններով պայմանավորված ախտորոշման գործընթաց՝ որպես տվյալ մասնագիտական բնագավառի երևույթների ճանաչողական գործունեության կարևորագույն տեսակ: Նախ՝ սահմանենք բժշկական ախտորոշման գործընթացի օբյեկտը և առարկան:

Բժշկի ախտորոշիչ ճանաչողության գործընթացի օբյեկտն անհատն է՝ իր ֆիզիկաքիմիական, կենսահոգեսոցիալական քանակական և որակական չափանիշերը բնութագրող մեծություններով: Այն պահից, երբ տվյալ անհատը ներառվում է բժշկական տեսական և կլինիկական ճանաչողության դաշտ, նա հանդես է գալիս որպես բժշկական ճանաչողական գործունեության օբյեկտ:

Բժշկական ախտորոշումը ձևավորվում է կոնկրետ հիվանդի դեպքում արձանագրելով նրա առողջական վիճակը և այն, թե ինչ հիվանդությամբ կամ հիվանդություններին է տառապում տվյալ անհատը: Ըստ ախտորոշման գործընթացում ստացված տվյալների վերլուծության մեթոդաբանական սկզբունքների՝ բժիշկ

կլինիցիստը պետք է կարողանա ճիշտ բացահայտել տվյալ հիվանդի դեպքում առկա ընդհանուր, առանձնահատուկ և եզակի գործընթացների դիալեկտիկական, որը հնարավորություն կտա տիպաբանական ախտորոշման մակարդակից անցում կատարելու անհատականացված ախտորոշման մակարդակ:

Բժշկի մասնագիտական կրթական տարբեր փուլերում (դիպլոմային, հետդիպլոմային) ինչպես տեսական, այնպես էլ պրակտիկ կլինիկական գործունեության ընթացքում ձևավորվում են կոնկրետ հիվանդություններին վերաբերող այնպիսի համակարգային գիտելիքներ, որոնք հենք են դառնալու՝ ախտորոշման ժամանակ տվյալ հիվանդի հիվանդության ախտանիշերը համեմատելու բժշկի կլինիկական հիշողության մեջ ձևավորված չափօրինակների հետ:

Բժիշկը իմացաբանական գործընթացում հիմնականում առնչվում է եզակիին, որը ներառում է և՛ ընդհանուրը (տիպաբանականը), և՛ յուրահատուկը, և՛ առանձնահատուկը: Բժիշկ կլինիցիստը գործ ունի ոչ թե ընդհանրապես վերացական հիվանդության հետ, այլ կոնկրետ հիվանդի հիվանդության (սոցիոլոգիական տեսակ) հետ [1]:

Սոցիոլոգիական տեսակը սահմանվում է հիվանդության՝ որպես յուրահատուկ ինֆորմացիոն դաշտի կլինիկական հատկանիշների, ախտանիշների, համախտանիշների և լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների տվյալների համակարգված հավաքածու:

Հիվանդությունը մարդու՝ որպես տվյալ անհատի կենսահոգեսոցիալական ամբողջության խաթարման, սուբյեկտիվ զգացությունների, ֆիզիկական վիճակի, լաբորատոր-գործիքային և կլինիկական հետազոտությունների արդյունքում ստացված հատկանիշների այնպիսի համալիր է, որը բժշկի կողմից գնահատվում է որպես նորմայից շեղում: Ինչ խոսք, «նորմա» հասկացության բովանդակության սահմանումը ևս հարաբերական է: Այնպես, որ բժշկության մեջ ավանդական կերպով ընդունված

*** ՆԱՄԱԿԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵ**

Մ.Գ. Կճանյան
ԵՊԲՀ, հասարակագիտական առարկաների ամբիոն
Հասցե՝ ՀՀ, Երևան, 0025, Կոյունի 2
Էլ. փոստ՝ m.kjanyan@mail.ru
Հեռ.՝ (+374) 93 55 15 38

Նորման՝ որպես միջին վիճակագրական ֆենոմեն, որը շատ դեպքերում չի համապատասխանում կլինիկական հետազոտությունների տվյալներին: Վերջինս պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ չկա այն ամբողջական տեսությունը, որի շրջանակներում կմեկնաբանվեն օրգանիզմի նորմալ կենսագործունեության չափանիշերի հենքերը: Ցանկացած մարդ իր անհատականության շրջանակում յուրահատուկ ամբողջություն է, որը բնութագրվում է իրեն բնորոշ օնտոգենետիկական առանձնահատկություններով, որոնք մեկ այլ անհատի դեպքում կարող են բնութագրվել որպես ախտաբանական վիճակ արտացոլող ցուցանիշներ:

Ինչ խոսք, անհատն իր օնտոգենետիկական զարգացման քանակական-որակական մորֆոֆունկցիոնալ հատկանիշներով ունի համընդհանուր ցուցանիշներ, որոնք էլ հիմք են դառնում նորմայի միջին վիճակագրական մոդելի ստեղծման համար, սակայն ցանկացած կլինիցիստ վերջիններիս արժևորելիս կլինիկական պրակտիկայում պետք է խուսափի միօրինակ ձևանմուշային մոտեցումներից, քանի որ առաջին հայացքից օնտոգենետիկական համընդհանուր թվացող որակները կարող են անհատականացված դրսևորումներ ունենալ, որոնք հաշվի չառնելու դեպքում, անկասկած, ախտորոշման և բուժման գործընթացում հաճախ հանգեցնում են բժշկական սխալների:

Այսպիսով դժվարանում է նորմայից դեպի ախտաբանություն անցում կատարելու սահմանը ճիշտ որոշելը, եթե միայն ցուցանիշների միջին վիճակագրական գնահատման մեթոդաբանությամբ գործի կլինիկական մտածողությունը: Նորման միանշանակ որոշելու սահմաններն անհատականացված են և հետևաբար հարաբերական:

Նորման չի կարելի բնորոշել որպես հաստատուն մեծություն, քանի որ այն անկայուն է տարածության և ժամանակի մեջ, այսինքն՝ օնտոգենետիկ զարգացման տարբեր փուլերում այն յուրահատուկ է, ունի անհատականացված դինամիկ բնույթ, այն դինամիկ վիճակ է՝ համահունչ ներքին և արտաքին միջավայրում օրգանիզմի օպտիմալ հարմարվողականության տեսանկյունից: Կարող ենք նշել, որ մարդու համար նորմալ է այն վիճակը, որը պայմանավորում և նպաստում է օրգանիզմի ամբողջականության պահպանմանը և զարգացմանը:

Նորման օրգանիզմի ֆիզիկաքիմիական, կենսաբանական և հոգեֆիզիոլոգիական գործոնների սիներգիկ արդյունքով, համակարգված և առավելապես անհատական բնութագիր ունեցող վիճակ է: Նորման այն միջակայքն է, որն ապահովում է օրգանների, օրգան-համակարգերի, օրգանիզմի կառուցվածքային

և գործառնության ամբողջությունն ու նրա հարմարվողական կենսագործունեությունը: Նորման այն հենքն է, առանց որի չի կարող ձևավորվել, պահպանվել և ամրապնդվել մարդու առողջությունը՝ որպես ամբողջական կենսագեոսոցիալական ֆենոմեն:

Որոշակի հիվանդությունների մասին բժշկի գիտելիքները վերջին հաշվով ածանցյալ են ժամանակակից բժշկագիտության նվաճումներից այն չափով, ինչ չափով տվյալ բժիշկը տիրապետում և իմաստավորում է այն: Բժիշկը կարող է ախտորոշել առկա հիվանդությունը այն դեպքում, երբ տվյալ հիվանդությունն ունի իր սահմանումը, և այն վերագրվում է հիվանդությունների դասակարգման այս կամ այն դասին: Իհարկե, լինում են բացառիկ դեպքեր, երբ տվյալ բժիշկը բժշկագիտության մեջ առաջին անգամ նկարագրում է տվյալ հիվանդությունը՝ որպես նոզոլոգիական միավոր:

Բժշկական գրականության մեջ նկարագրվում են ախտորոշման գործընթացի տրամաբանական փուլերի հետևյալ տարբերակները:

Առաջին փուլ. պատասխան է տրվում այն հարցին, թե հիվանդ լինելու փաստը հիմնավորվում է արդյոք այս կամ այն հիվանդության նշանների, ախտանիշների կամ համախտանիշների առկայությամբ, և փաստարկվում է հիվանդի գանգատներով ու անամնեզի տվյալներով:

Երկրորդ փուլ. արձանագրելով կենսաբանական և բժշկական փաստերը՝ սահմանվում է հիվանդության փաստի հասցեագրումն ու օրգան-համակարգային տեղայնացումը: Վերջինս ամրագրվում է ֆիզիկական զննման, լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա:

Երրորդ փուլ. ամրագրելով հիվանդության բոլոր ախտանիշները՝ առանձնացվում է հիմնական համախտանիշը, որը պայմանավորում է տվյալ հիվանդի դեպքում հիվանդության կլինիկական պատկերի յուրահատկությունը:

Չորրորդ փուլ. պարզաբանվում է հիվանդության համախտանիշերի տարբերակիչ ախտորոշման դատողությունների արտածական իմաստավորումը տվյալ հիվանդի դեպքում՝ հիվանդության ամբողջական կլինիկական ախտորոշումը հաստատելու նպատակով:

Կլինիկական ախտորոշման գործընթացը կարելի է դասակարգել ըստ հետևյալ հիմնական մակարդակների.

1. Ախտանիշ - համախտանիշային ախտորոշում: Այն բժշկի կողմից անամնեզը հավաքելու, հիվանդի ֆիզիկական զննման, լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների արդյունքն է (օրինակ՝ գլխացավ):

2. Նոգոլոգիական ախտորոշում: Երբ հիվանդի դեպքում առկա հիվանդության համախտանիշների տարբերակիչ դատողությունների հիման վրա բժիշկը հաստատում է հիվանդության ախտորոշումը (օր.՝ շաքարային դիաբետ, լեղաքարային հիվանդություն, միզաքարային հիվանդություն՝ երիկամային խիթ և այլն):

3. Կլինիկական ախտորոշում: Ախտորոշման գործընթացի ավարտական փուլն է, երբ արձանագրվում և իմաստավորվում է որոշակի կլինիկական դեպքի ծավալուն ախտորոշումը՝ համաձայն հիվանդությունների միջազգային ժամանակակից դասակարգման:

Կլինիկական ախտորոշումը կարելի է մեկնաբանել որպես բժշկի՝ ամբողջական ախտորոշման գործունեության կազմակերպման գործընթաց, երբ համակարգված մեկնաբանվում և իմաստավորվում է համախտանիշների միջև առկա կապը:

Բժշկական մասնագիտական գործունեության համատեքստում տարբերակում են նաև ախտորոշման հետևյալ տեսակները՝

- ◆ ըստ ախտորոշման կառուցման՝ նախնական, կլինիկական, կլինիկական եզրափակիչ (հիմնական, բարդություններ, ուղեկցող հիվանդություններ),
- ◆ ըստ ախտահարման բնույթի և բովանդակության՝ անատոմիական, մորֆոլոգիական, ախտաբանաանատոմիական, ախտաբանաֆիզիոլոգիական կամ ֆունկցիոնալ, էթիոլոգիական, ախտաբանական, նոգոլոգիական,
- ◆ ըստ ախտորոշման կառուցման և հիմնավորման եղանակի՝ ուղղակի, տարբերակիչ,
- ◆ ըստ հավաստիության աստիճանի՝ կողմորոշիչ, նախնական, վերջնական ախտորոշումներ [2]:

Ներկայացվող հոդվածի շրջանակներում կարծում ենք, որ նպատակահարմար է քննարկման առարկա դարձնել կլինիկական պրակտիկայում առավելապես կիրառվող ախտորոշման հետևյալ մոդելների՝ ուղղակի և դիֆերենցիալ (տարբերակիչ, բաժանարար) ախտորոշումների բովանդակությունը:

Բժշկական գիտական գրականության մեջ ավանդական կերպով տարբերակվում է ախտորոշման կառուցման և հիմնավորման երկու տեսակ՝

- ա. ուղղակի կամ հիմնավորված,
- բ. անուղղակի կամ ապագոգիկ և տարբերակիչ:

Ախտորոշման ուղղակի հիմնավորման դեպքում առկա հավաստի փաստարկներից անմիջականորեն բխում է տվյալ հիվանդության վերաբերյալ դատողությունը, որի ճշմարիտ լինելը հաստատվում է ապացուցման գործընթացում:

Որպես ախտորոշման ուղղակի ապացուցման փաստարկ կարող են հանդես գալ հետևյալ բնույթի բժշկականսաբանական դատողությունները՝ ճշտված պատճառական գործոնի առկայությունը, հիվանդության զարգացման ընթացքի յուրահատկությունները: Սակայն ախտորոշման գործընթացում հաճախ փաստարկները բավարար չեն կիրառելու ուղղակի ապացուցման տարբերակը: Այդ դեպքում անցում է կատարվում անուղղակի ապացուցման տարբերակներին: Ապագոգիկ (հուն. *apagoge*-այլ ուղիով տանող) ապացուցման դեպքում հերքվում է ախտորոշմանը հակասող դատողությունը (հակաթեզիսը) և դրանով (երրորդի բացառման օրենքի հիման վրա) հաստատվում է ախտորոշման ճշտությունը: Տարբերակիչ ապացուցման դեպքում ախտորոշումը դիտվում է իբրև բաժանարար դատողության մի հանգամանք, և նրա ճշտությունը հաստատվում է մյուս հանգամանքները հերքելու միջոցով:

Համառոտակի մեկնաբանենք նշված ապացուցման տեսակների տրամաբանական բովանդակությունը. ապագոգիկ ապացուցման դեպքում, որպեսզի ապացուցվի X հիվանդության ճշմարիտ լինելը, կլինիկական մտածողությամբ ձևակերպվում է X հիվանդության ապացուցման թեզին հակասող հակաթեզը: Եթե հիմնավորվում է, որ հակաթեզը սխալ է, ապա այստեղից բխում է X հիվանդության ճշմարիտ լինելը: Այս տրամաբանական գործընթացի հիմքում առկա է երրորդի բացառման մտածողության տրամաբանական օրենքը, համաձայն որի՝ երկու հակասող դատողություններ չեն կարող միաժամանակ ճշմարիտ լինել և միաժամանակ կեղծ լինել, հետևաբար դրանցից մեկն անհրաժեշտաբար կլինի ճշմարիտ, մյուսը՝ սխալ, երրորդ տարբերակը բացառվում է (օր.՝ ուռուցքը լինում է կամ բարորակ, կամ չարորակ, կիսաբարորակ, կիսաչարորակ լինելու տարբերակ չկա): Ախտորոշման անուղղակի կամ տարբերակիչ (բաժանարար) ապացուցման դեպքում առկա հիվանդության վերաբերյալ առաջադրվում են մի շարք ենթադրություններ, որոնց շարքում ընդգրկված է նաև ապացուցվող հիվանդության տարբերակը:

Կլինիկական մտածողության տրամաբանությամբ քննարկվում են բոլոր հնարավոր տարբերակները, այսինքն՝ ենթադրվող հիվանդություններն առանձին-առանձին հերքվում են, և բացառվում են այլ տարբերակները, բացի այն տարբերակից, որն ապացուցված է՝ որպես այդ համատեքստում միակ հնարավոր ճիշտ ենթադրություն: Անհրաժեշտ է նշել, որ անուղղակի տարբերակիչ ապացուցման դեպքում անհրաժեշտ

պայման է ուսումնասիրել բոլոր հնարավոր ենթադրվող տարբերակները և հաստատել տարբերակներից մեկի ճշմարիտ լինելը մյուսները ժխտելու միջոցով: Տարբերակիչ ախտորոշման ամբողջական բովանդակությունը, փուլերը, կառուցման սկզբունքները հանգամանորեն մեկնաբանվում են Վ. Խ. Վասիլինկոյի աշխատության մեջ [3]:

Հիվանդության ախտորոշման գործընթացն ուղղված է բացահայտելու անհատի այն գոյաբանական ինֆորմացիան, որով պետք է մեկնաբանվի նրա դեպքում տվյալ հիվանդության կամ հիվանդությունների առկայությունը: Ախտորոշման գիտելիքի կառուցման մեթոդաբանությունն իրականացվում է հիմնականում ախտորոշման հետևյալ ճանաչողական փուլերի շրջանակներում:

Առաջնային փուլը՝ հարցումփորձ:

Հարցումփորձը բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերության համատեքստում մասնագիտական գործունեության առաջնաբայլի առանձնահատուկ և դժվարին գործընթաց է: Բժշկական ճանաչողության համատեքստում, մասնավորապես հիվանդության ախտորոշման գործընթացի կարևորագույն օղակներից է ախտորոշման գիտելիքի ձեռքբերման և հիմնավորման <<հարց ու պատասխան>> տարբերակը: Խոսքը վերաբերում է բժիշկ-հիվանդ զրույցի հարց ու պատասխանի տրամաբանությանը: Նշենք, որ հարցը ցանկացած բնագավառում, ինչպես նաև բժշկական պրակտիկայում հաղորդակցման այնպիսի գործընթաց է, որը ներառում է ելակետային տեղեկատվություն, որը միաժամանակ իմաստավորվում է որպես ոչ լիարժեք բովանդակություն ունեցող տեղեկություն: Նպատակ է պատասխանների միջոցով նպաստել նոր տեղեկատվություն ստանալուն:

Բժիշկն իր մասնագիտական պրակտիկայում հարցը ձևակերպելիս պետք է պահպանի հետևյալ կանոնները:

- ◆ Հարցը պետք է ձևակերպել նրբանկատորեն:
- ◆ Հարցը պետք է ձևակերպել սեղմ և հասկանալի:
- ◆ Հարցը պետք է լինի պարզ, եթե հարցը բարդ է, ապա այն պետք է բաժանել մի քանի պարզ հարցերի:
- ◆ Հարցում չպետք է գործածել բառեր երկակի կամ բազմակի իմաստային նշանակությամբ:
- ◆ Հարցի ձևակերպմամբ և վերջինիս բովանդակությամբ պետք է հաշվի առնել հարցվողի անձնական փորձը տվյալ բնագավառում:
- ◆ Նպատակահարմար չէ սկզբում առաջարկել դժվար և այցելուին անհանգստացնող հարցեր:

Պատասխանը դատողություն է, որը մատուցվում է հարցի համատեքստում: Պատասխանի հիմնական

գործառնություն այն է, որ նվազեցվի բովանդակության անորոշությունը:

Կարելի է ձևակերպել պատասխանի կառուցման հետևյալ կանոնները:

- ◆ Պատասխանը պետք է լինի պարզ, միանշանակ և սեղմ: Վերջինս հիմնականում պայմանավորված է այն հանգամանքով, թե ինչպես է պատասխանողը ընկալել հարցը և արդյոք ուզում է այդ հարցին պատասխանել:
- ◆ Պատասխանը պետք է նվազեցնի հարցի անորոշությունը, հազեցած լինի տեղեկատվությամբ հարցի տեղեկատվության համեմատ: Այսպիսով, բժիշկ-հիվանդ համակարգում հարց ու պատասխան հաղորդակցման գործընթացը կարևոր դեր ունի ախտորոշման իմացաբանական խնդիրների լուծման համար: Հետևաբար բժիշկը պետք է տիրապետի հարցի և պատասխանի տրամաբանական կանոններին, հարցի ձևակերպման և կառուցման կանոններին, որն ախտորոշման անհրաժեշտ տեղեկատվություն ստանալու համար կարևոր պայման է:

Ոչ միշտ է բժշկին հաջողվում անամեզ հավաքելու միջոցով ստանալ օբյեկտիվ տեղեկություններ: Այն պայմանավորված է մի շարք հանգամանքներով: Այդ համատեքստում անհրաժեշտ է նշել, որ ոչ միշտ է բժիշկը մեթոդաբանորեն և տրամաբանորեն համակարգված ճիշտ ձևակերպում հարցերը՝ ուղղված հիվանդին, երբեմն մոռանում է հարցնել երևույթների կապերի մասին կամ չունենալով անհրաժեշտ մասնագիտական գիտելիքներ և փորձ՝ չգիտի՝ ինչպես հարցնել: Որպեսզի բժիշկը կարողանա հայտնաբերել ինչ-որ բան, ինչը իրականում գոյություն ունի հիվանդը, չափազանց կարևոր է իմանալ որտե՞ղ, է՞րբ և ինչպե՞ս փնտրել: Բժիշկ-հիվանդ հարց ու պատասխանի համատեքստում հարցի ձևակերպումը շատ դեպքերում պարունակում է պատասխանի բովանդակությունը:

Անհրաժեշտ է նշել, որ բժշկական բուհերը «բժիշկ և հիվանդ» «հարց ու պատասխան» հիմնահարցի տրամաբանական, մեթոդաբանական կանոնների, եղանակների վերաբերյալ անհրաժեշտ ամբողջական գիտելիքներ չեն տալիս: Ընդհանրապես, ախտորոշման և բուժական գործընթացներում թույլ տրված սխալների որոշակի մասը պայմանավորված է նրանով, որ «Տրամաբանություն» առարկան չի դասավանդվում Հայաստանի Հանրապետության բժշկական բուհերում, որը, կարծում ենք, մեծ բացթողում է բժշկի կլինիկական մտածողության տրամաբանական և մեթոդաբանական հենքերի ձևավորման և զարգացման գործընթացում:

Ախտորոշիչ գործընթացի հաջորդ փուլը հի-

վանդի ֆիզիկական զննումն է: Այն իրականացվում է ինչպես ավանդական, այնպես էլ ժամանակակից եղանակներով՝ ինչպես կլինիկական, այնպես էլ տեխնիկական ու տեղեկատվական մեթոդներով: Կարելի է համաձայնվել պրոֆեսոր Բ. Մովչովիչի այն մտքին, որ կլինիկական ֆիզիկական «հին» մեթոդներ՝ որպես հավերժ արժեքներ, ախտորոշման գործընթացի արժեքների դաշտում իրենց ուրույն տեղն ունեն [4]: Վերջիններս երիտասարդ կլինիցիստների կողմից հաճախ չեն կիրառվում: Ըստ մեզ՝ դրա պատճառներից մեկն այն է, որ բուհական և հետբուհական կլինիկական պրակտիկայում հաճախ թերազնահատվում են այդ ունակություններն ու հմտությունները:

Իմացաբանական տեսանկյունից բժշկի ախտորոշիչ ճանաչողությունը պետք է ուղղված լինի այն բանին, որ նա ճանաչի և իմաստավորի նոզոլոգիական միավորը, որն արդեն հայտնի է բժշկագիտության զարգացման տեսական և կլինիկական արդի փուլում: Անհրաժեշտ է նշել, որ բժշկի ախտորոշիչ ճանաչողության գործընթացը մեխանիկական տիպորինակով ճանաչողության գործընթաց չէ, քանի որ բժշկական գիտական և ուսումնական գրականության մեջ առկա գիտելիքները նրան նպատակաուղղում են ախտորոշման ընթացակարգային գործընթացին, որն իր հերթին ուղղորդում է բացահայտելու որոշակի հիվանդությունների ախտածնությունն ու բուժանդակությունը՝ անվանելով դրանք:

Չաճախ են այն դեպքերը, երբ այդ գործընթացն իրականացվում է բազմաթիվ հիվանդություններ ունեցող հիվանդների (մուլտիմորբիդ) ախտորոշիչ բարդ ճանաչողության համատեքստում: Ժամանակակից գիտական գրականության մեջ «մուլտիմորբիդ» տերմինը սահմանվում է որպես տվյալ հիվանդի միաժամանակ երկու կամ ավելի քրոնիկական հիվանդությունների առկայություն, որոնք ախտածնային բարդ փոխազդեցության մեջ են և հիմնականում զարգանում են՝ ծանրացնելով ինչպես «մեկը մյուսի», այնպես էլ ուղեկցող այլ հիվանդությունների ընթացքը:

Այստեղից հետևում է, որ կլինիկական պրակտիկայում այսօր ավելի նպատակահարմար է գործածել «մուլտիմորբիդ» եզրույթը կլինիկական ախտորոշման համատեքստում, քանի որ մուլտիմորբիդ ախտորոշումը ներառում է ոչ միայն տվյալ կլինիկական ախտորոշումը, այլև փոխազդեցության մեջ առկա առանձին կլինիկական ախտորոշումների փոխադարձ փոխկապվածությունը: Չետևաբար առաջանում է բժշկի ախտորոշման մտածողության և հետազայում բուժական գործընթացի ճիշտ ընտրության բարդ հիմնահարցը, որն անհրաժեշտորեն պայմա-

նավորում է հիվանդի մուլտիմորբիդ վիճակը մշակելու այն ընթացակարգը (ալգորիթմը), որը կնպաստի նրա ամբողջական, համակարգային բուժման գործընթացի բարենպաստությանը:

Ընթացակարգը գիտական գրականության մեջ հիմնականում սահմանվում է հետևյալ բովանդակությամբ. այն կանոնների համակարգ է, որով սահմանվում են գործողությունների բովանդակությունը և հաջորդականությունը, որն էլ ապահովում է որոշակի գործընթացի խնդիրների լուծումը: Ախտորոշման ընթացակարգը բժշկի հաջորդական քայլերի շարքն է, որն ուղղված է լուծելու ախտորոշման խնդիրներ, առաջադրելու հարցադրումները մեկնաբանելու, որոշումներ ընդունելու, ախտորոշիչ կանխավարկած ընտրելու տարբերակները: Ախտորոշման ընթացակարգի կառուցվածքի սկզբնական բաղադրիչը հիվանդի կամ հիվանդի ներկայացուցչի գանգատն է: Իմացաբանական տեսանկյունից գանգատների բովանդակությունը ոչ միշտ է օբյեկտիվ, քանի որ այն պարունակում է այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են գանգատվողի կրթական մակարդակը, սոցիալ-հոգեբանական վիճակը, ավանդույթները և կրոնական դիրքորոշումները և այլն:

Ախտորոշման ընթացակարգի հաջորդ տեղեկատվական գործոնն անամնեզում հավաքած տվյալներն են, որոնք բժշկին հնարավորություն են տալիս հստակեցնելու հիվանդների գանգատների բնույթը, ժամանակատարածական չափանիշերը, այսինքն՝ էրբ, ինչ հաճախականությամբ, ինչ սրությամբ են ընթանում հիվանդագին պրոցեսները:

Անկասկած, կարելի է նշել, որ անհատականացված ախտորոշում դնելու գործընթացը դժվարին և կարևոր է, քանի որ այն անհրաժեշտաբար հենք է՝ կառուցելու անհատականացված բուժման մարտավարությունը և հիվանդության զարգացումը կանխատեսելու ռազմավարությունը: Տեխնիկական, գործիքային, տեղեկատվական, տեխնոլոգիական միջոցներով ստացված իրական, արժեքավոր և չափազանց կարևոր ախտորոշիչ գիտելիքներին անհրաժեշտ է հետազայում հանադրել ճիշտ կառուցելու կլինիկական ախտորոշման գիտելիքը, որն անհրաժեշտաբար պետք է ներառի բժշկական հոգեբանության, սոցիալական, բարոյագիտության, բիրտբժշկական էթիկայի և բժշկական իրավունքի գիտելիքը:

Վերոնշյալ հանգամանքներով պայմանավորված՝ վճռական պահանջի հրամայականով ոչ մի դեպքում չպետք է նույնացնել տեխնիկական մտածողության բովանդակությունը բժշկի կլինիկական մտածողության բովանդակությանը: Ոչ մի ինֆորմացիոն-տեխնոլոգիա-

կան ընթացակարգ ունակ չէ լիարժեք փոխարինելու բժշկի եզրակացությանը, նրա ստեղծագործական

մոտեցմանը, բարոյական և իրավական սկզբունքներին:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Գրաբսկի Մ.Ա., Կճանյան Մ.Գ., Կլինիկական մտածողության ձևավորման և զարգացման մեթոդաբանական հիմնահարցերը // Բժշկություն, գիտություն և կրթություն. Գիտատեղեկատվական հանդես, Թ. 27 մայիս, 2019:
2. Попов А.С., Кондратьев В.Т. Очерки методологии клинического мышления. Л. : Медицина, Лен. отд., 1972. –стр. 70-73.
3. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. М. : Медицина, 1985.
4. Мовшович Б.Л. Клинический диагноз и лечение: возможности и пределы индивидуализации. // Клиническая медицина, N 6. 2009, стр. 70.

РЕЗЮМЕ

МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА КАК ВАЖНЕЙШИЙ РАЗДЕЛ МЕДИЦИНСКОГО ПОЗНАНИЯ (МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Գրաբսկի Մ.Ա.¹, Կճանյան Մ.Գ.^{2*}

¹НИИ курортологии и физической медицины МЗ РА

²ЕГМУ, Кафедра общественных дисциплин

Ключевые слова: методология, логика, медицинское познание, медицинская диагностика, болезнь, клиническое мышление, аргументация, доказательство, медицинское образование.

В статье обсуждаются медицинские и логические требования к процессу построения медицинского диагноза. Под-

робно описываются виды медицинской диагностики и логические этапы решения диагностических задач. Авторы уделяют особое внимание раскрытию содержания понятий “прямая диагностика”, “дифференциальная диагностика”, а также особенностям понятия “мультиморбидная диагностика”.

SUMMARY

DISEASE DIAGNOSIS AS AN IMPORTANT DISCIPLINE OF MEDICAL COGNITION (METHODOLOGICAL AND LOGICAL ASPECTS)

Grabski M.A.¹, Kjanayan M.G.²

¹Scientific Research Institute of SPA Treatment and Physical Medicine

²YSMU, Department of Public Subjects

Keywords: methodology, logics, clinical thinking, clinical diagnostics, pathology, medical knowledge, multi-morbid diagnostics, argumentation, medical education.

The article discusses the methodological and logical requirements for medical diagnosis. It also describes the options of

logical phases during diagnostics and types of diagnostics. The article pays specific attention to the content of direct and differential diagnosis frequently used in clinical practice. It highlights the peculiarities of multi-morbid diagnostics.