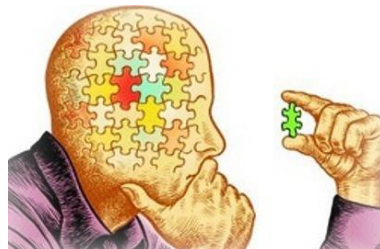
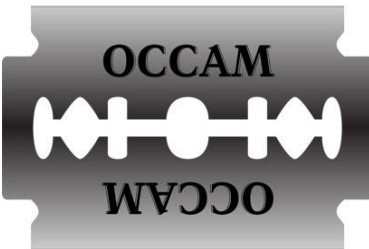


Sergiu Matcovschi

Despre cai, zebre, briciul lui Occam și raționamentul clinic

(Metodologia diagnosticului diferențial
pe înțelesul studentului)



Chișinău, 2022

Sergiu Matcovschi

**Despre cai, zebre, briciul lui Occam și
raționamentul clinic (Metodologia diagnosticului
diferențial pe înțelesul studentului)**

Chișinău, 2022

CZU 616-079.4

M 46

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Matcovschi, Sergiu.

Despre cai, zebre, briciul lui Occam și raționamentul clinic (Metodologia diagnosticului diferențial pe înțelesul studentului) / Sergiu Matcovschi. – Chișinău: S. n., 2022 (Tipogr. “Bons Offices”). – 23 p.: fot.

Bibliogr.: p. 23 (9 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-87-930-9.

Tipar: Bons Offices

© S. Matcovschi

Cuprins

Prefață	1
Ce este diagnosticul diferențial?.....	2
Cum se realizează diagnosticul diferențial?.....	6
Care este structura diagnosticului clinic?.....	17
Încheiere	22
Bibliografie selectivă.....	23

Prefață

Lucrarea care o aveți în față reprezintă o variantă a unui capitol din viitorul manual de diagnostic diferențial, care se află în curs de pregătire și va fi destinat studenților facultății de Medicină a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, anul 6 de studii la Disciplina „Medicină internă – Sinteze clinice. Instruire bazată pe caz clinic”.

Voi fi recunoscător pentru critici raționale, constructive, cu privire la conținutul și expunerea acestui material.

Autorul

Ce este diagnosticul diferențial?

Este bine știut, că stabilirea diagnosticului este sarcina principală a medicului. Diagnosticul reprezintă definirea stării patologice a unui pacient, bazată pe ansamblul de investigații clinice și paraclinice, o concluzie concisă despre esența bolii și starea bolnavului. Doar un diagnostic corect și oportun permite aplicarea tratamentului adecvat și eficient.

O maximă latină spune: „Qui bene diagnoscit, bene curat” (Cine pune un diagnostic bun, vindecă bine).

Deseori stabilirea diagnosticului corect este un proces destul de dificil, fapt demonstrat de erorile frecvent întâlnite.

Studentii medicinisti acumulează treptat cunoștințe despre anatomia patologică, fiziopatologia și clinica bolilor. Această metodă de însușire consecventă a maladiilor permite obținerea cunoștințelor multilaterale despre ele. La anii de învățământ precedenți, studiind entitățile nosologice, ați însușit metodele de stabilire a diagnosticului prezumtiv, a diagnosticului clinic, dar și elemente de diagnostic diferențial.

Dar, în practica cotidiană bolnavii se adresează la medic prezentând simptome, nu boli. Chiar și cel mai amănunțit examen clinic nu permite, de obicei, să se vadă nici pneumonia, nici tuberculoza, nici hepatita și nici alte boli. În cel mai bun caz, se identifică unul sau mai multe sindroame, care sunt adesea aproape identice în mai multe boli.

În cadrul disciplinei „Medicină internă – Sinteze clinice. Instruire bazată pe caz clinic” accentul va fi pus pe studierea diagnosticului diferențial, pornind de la simptom, semn sau sindrom. De exemplu: diagnosticul diferențial în sindromul de condensare pulmonară sau în sindromul edematos; diagnosticul diferențial în febra de etiologie necunoscută sau în durerea toracică etc.

Să recapitulăm principalele tipuri de diagnostic. Ele sunt: diagnosticul prezumptiv, diagnosticul diferențial și diagnosticul definitiv sau de certitudine.

Diagnosticul prezumptiv este prima etapă a oricărui diagnostic și reprezintă suspiciunea existenței unei anumite afecțiuni. Se stabilește în baza tabloului clinic, a simptomelor subiective, a istoricului bolii, antecedentelor personale și heredo-colaterale, adică a anamnezei, precum și a examenului obiectiv. Acest diagnostic poate fi confirmat sau infirmat prin investigații paraclinice suplimentare.

Diagnosticul diferențial este etapa de diagnostic, în care diagnosticul prezumptiv este comparat cu tablourile clinice și paraclinice a altor afecțiuni cu simptomatologie asemănătoare. Diagnosticul diferențial este o etapă care precede stabilirea diagnosticului pozitiv.

Efectuarea diagnosticului diferențial în unele cazuri poate fi dificilă chiar și pentru doctorii experimentați. Principala dificultate a diagnosticului constă în faptul că multe boli nu au simptome și semne constante. Deseori, aceeași boală, poate să se manifeste prin simptome și semne diferite. De exemplu, tuberculoza pulmonară poate evalua sub diferite „măști”, precum infecție respiratorie virală acută, bronșită, pneumonie etc. Pe lângă

aceasta, cum să te descurci în multiplele simptome și semne ale bolii, sau ale bolilor în prezența comorbidităților, și să indici doar acele metode de examinare paraclinică care vor contribui la o diagnosticare corectă? Cum să eviți investigațiile inutile care nu sunt informative pentru cazul concret și doar obosesc bolnavul? Pentru a răspunde la aceste întrebări trebuie să cunoaștem bine importanța fiecărei metode de investigație, cu ce scop o aplicăm, ce informație ea ne va sugera și cu ce ne va ajuta în procesul de diagnosticare.

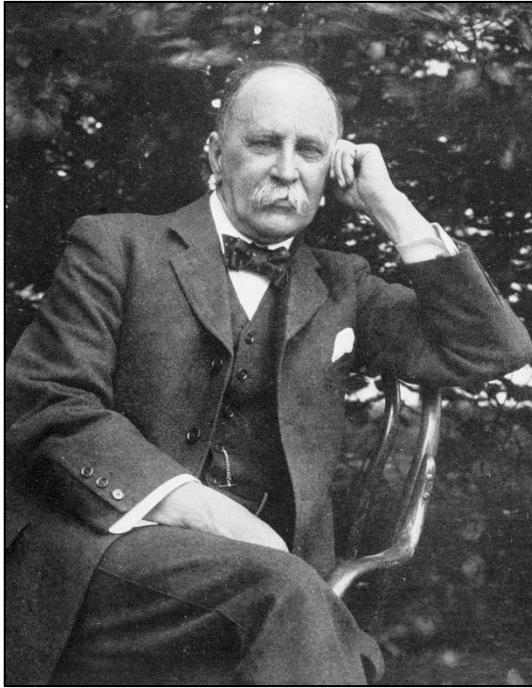
La acestea și multe alte întrebări urmează să găsiți răspunsul la disciplina „Medicină internă – Sinteze clinice. Instruire bazată pe caz clinic”.

Diagnosticul pozitiv (definitiv, de certitudine) este etapa finală a unui diagnostic. Reprezintă definirea clară a afecțiunii de care suferă pacientul.

De reținut, că diagnosticul definitiv necesită o confirmare bazată pe metode obiective, precise și informative de examinare. Aceasta este important, deoarece determină nu numai strategia tratamentului, dar și soarta pacientului.

Să revenim la diagnosticul diferențial – obiectivul actualei lucrări.

Se consideră, că disciplina de diagnostic diferențial a fost introdusă în școlile medicale de către William Osler cu peste o sută de ani în urmă.



Sir William Osler (1849-1919).
Este considerat părintele medicinei moderne.

Diagnosticul diferențial este distingerea unei anumite boli sau stări de altele, care prezintă caracteristici clinice similare. Procedurile de diagnostic diferențial sunt folosite pentru a diagnostica boala specifică la un pacient.

La general, diagnosticul diferențial este o metodă de diagnostic, folosită pentru identificarea prezenței unei entități nosologice din multiplele alternative posibile.

Diagnosticul diferențial este metodologia fundamentală a medicinei clinice moderne. El reprezintă ansamblul ideilor parcurse de către doctor pentru a recunoaște boala pe seama acuzelor, simptomelor, semnelor, sindroamelor și examenelor paraclinice.

Diagnostic diferențial constă în compararea simptomelor și semnelor de boală prezentate de bolnav cu simptomele și semnele asemănătoare ale altor boli, în vederea înlăturării diverselor diagnostice apropiate. De exemplu, durerea toracică poate fi cauzată de un număr mare de boli, care trebuie excluse pentru a ajunge la diagnosticul corect. Diagnosticul diferențial este o etapă care precede stabilirea diagnosticului pozitiv.

Cum se realizează diagnosticul diferențial?

Experiența practică acumulată de sute de ani arată, că arta diagnosticului și diagnosticului diferențial poate fi însușită doar la patul pacientului. După cum nu poți învăța să cânti la pian doar studiind notele muzicale, nu poți deveni un diagnostician bun doar studiind manualele și neaplicând cunoștințele în practică.

Însușind arta de diagnosticare este important de a dezvolta abilitatea de a evalua nu numai simptomele și semnele bolii, ci și pacientul în ansamblu ca persoană. Renumitul chirurg și neurolog american Harvey Williams Cushing, unul dintre fondatorii neurochirurgiei moderne, spunea: „Un medic este obligat să ia în considerare mai mult decât un organ bolnav, mai mult chiar decât omul ca întreg – el trebuie să vadă omul în lumea lui.“



Harvey Williams Cushing (1869-1939)

În procesul de examinare a bolnavului, este deosebit de utilă o conversație detaliată cu el nu numai despre simptome, ci și despre profesia, modul de viață, obiceiurile lui, preferințele alimentare, obiceiurile dăunătoare sănătății etc. Convorbirea sinceră cu pacientul în procesul de diagnosticare este foarte importantă. Ea este o artă ce se bazează pe o inimă receptivă, cunoștințe profesionale și cultură generală înaltă, care nu sunt date a priori, ci acumulate de un medic pe tot parcursul vieții.

Procesul de diagnosticare începe în timpul conversației cu pacientul și examenului propriu zis.

Procesul de diagnostic diferențial începe cu o evaluare critică a simptomelor și semnelor bolii revelate în timpul examinării pacientului. Aceasta este etapa cea mai importantă a activității

analitice a medicului. Semnele identificate necesită să fie grupate în funcție de importanța lor și legătură între ele. Diagnosticarea se simplifică considerabil dacă simptomele identificate pot fi combinate în unul sau două sindroame. Se face destul de ușor dacă printre semnele identificate este un semn patognomonic pentru boală. De exemplu, bacilul Koch depistat în spută vorbește despre prezența tuberculozei pulmonare. Din păcate, astfel de cazuri în clinică sunt foarte rare. În cele mai multe cazuri, semnele și simptomele găsite în timpul examinării unui pacient sunt caracteristice nu pentru una, ci pentru mai multe boli.

Următoarea etapă a analizei diagnostice este de a identifica sindromul sau sindroamele dominante în evoluția bolii. Pentru aceasta este necesar de a cunoaște care sunt manifestările bolii. Aceste cunoștințe pot fi dobândite la patul bolnavului, în discuțiile cu profesorii, medicii, colegii și studierea manualelor și altei literaturi de specialitate.

De menționat, că deseori la unii pacienți pot fi depistate mai multe boli. Acest lucru este deosebit de important de reținut în acele cazuri, în care examenul pacientului rezultă cu depistarea simultană a două sau mai multe sindroame care nu au nicio legătură între ele.

În astfel de cazuri, fiecare dintre sindroamele depistate ar trebui să fie punct de pornire pentru o analiză diagnostică separată.

Realizarea diagnosticului diferențial este în esență un proces de eliminare ale informațiilor ce caracterizează stările patologice mai puțin probabile la pacientul examinat, prin recurgerea la diverse probe, precum sunt: acuzele, istoricul bolii, examenul fizic și paraclinic etc.

Există două abordări ale actului de diagnostic diferențial.

Prima constă în faptul, că în baza acuzelor, anamnezei, examenului fizic va fi formulată ipoteza diagnostică (diagnosticul prezumptiv), iar apoi simptomele și semnele existente, precum și datele examenului paraclinic suplimentar, vor fi comparate cu manifestările altor maladii, ce evaluează cu simptomatologie similară. Aceasta va permite confirmarea diagnosticului prezumptiv sau, în caz contrar, va fi formulată altă ipoteză diagnostică.

O astfel de abordare este justificată în cazul diagnosticului diferențial dintre mai multe boli ce evaluează cu o simptomatologie asemănătoare. De exemplu bolile ce se manifestă prin durere toracică (angina pectorală, infarctul miocardic acut, pleurita uscată, nevralgia intercostală etc.) sau durere abdominală.

Rezolvarea problemei de diagnostic în așa mod este preferată și în cazurile necesității de a diferenția un număr mic de boli, ce evaluează cu simptomatologie asemănătoare, precum bronhopneumopatia obstructivă cronică și astmul bronșic.

Altă abordare este necesară pentru a diferenția bolile ce se manifestă printr-un singur sindrom, iar numărul maladiilor este mare. De exemplu: pneumonia, tuberculoza pulmonară, abcesul pulmonar, cancerul pulmonar și alte boli ce decurg cu sindrom de condensare pulmonară.

În aceste cazuri sunt necesare investigații suplimentare cu compararea ulterioară a rezultatelor obținute, ținând cont de criteriile de diagnostic a fiecărei maladii.

Diagnosticul diferențial poate fi considerat ca aplicarea unei metode ipotetico-deductive, în sensul că prezența potențială a maladiilor sau a stărilor patologice pot fi privite ca ipoteze pe care medicul le apreciază ca fiind adevărate sau false.

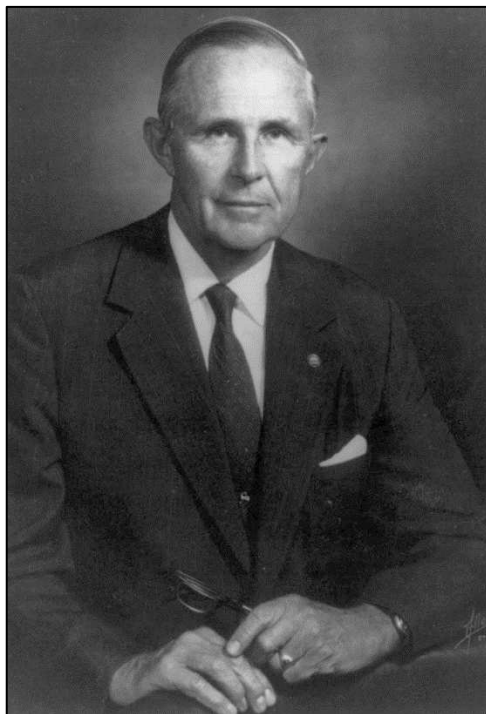
Medicul, examinând pacientul, va dezvolta ipoteze pentru suferința lui, va întocmi o listă de boli ce pot fi explicate prin acuzele prezentate de bolnav, evoluția simptomelor și semnelor sau sindromul depistat. Ipoteză sau diagnostic de lucru poate fi numită cea mai bună explicație pentru problema clinică a pacientului.

Apoi se va recurge la compararea simptomatologiei constatate la pacient cu tablourile clinice și paraclinice ale bolilor din această listă, eliminând din ea diagnosticurile necorespunzătoare.

La sfârșitul anilor 40 a secolului trecut Dr. Theodore Woodward, profesor la Școala de Medicină a Universității din Maryland, spunea studenților mediciști: „Când auzi tropăitul copitelor în spatele tău, te aștepti să vezi un cal, nu o zebra”. Explicația era că în Maryland (SUA) erau mulți cai, în timp ce zebrele erau o raritate pentru acest stat. Prin anul 1960, acest aforism a devenit foarte cunoscut în cercurile medicale și e folosit pentru a descrie un principiu foarte simplu, dar fundamental în medicină. Esența acestui principiu este că inițial ne gândim la o boală mai des întâlnită și în ultimul rând – la una rară, exotică.

Un aforism tradițional spune că „Problemele cele mai frecvente apar cel mai frecvent”. O parafrazăre a lui ar suna în felul următor: „Bolile cele mai frecvente apar cel mai frecvent”. Când avem de-a face cu un pacient care prezintă durere retrosternală, în primul rând suspectăm angină pectorală și infarct miocardic mai degrabă decât pneumomediastin.

Cu toate acestea un diagnostician experimentat nu va trece cu vederea și maladiile rar întâlnite.



Theodore E. Woodward (1914–2005)

Alt principiu al diagnosticului diferențial este cel numit „Briciul lui Occam” sau „Lama lui Occam”, folosit pentru a justifica anumite afirmații științifice. Lui William de Occam (întâlnit scris și ca Ockham), unul dintre marii filozofi ai științei, i se atribuie principiul conform căruia cea mai simplă explicație pentru un fenomen este de preferat. Acest principiu deseori își găsește formularea în felul următor: „entitățile nu trebuie să fie multiplicare dincolo de necesar”.



William de Occam (1285-1347)

Cum folosim principiul „Briciului lui Occam” pentru a explica un eveniment? De exemplu: Ai un câine jucăuș. Când te întorci acasă și vezi coșul cu gunoi răsturnat, iar gunoiul împrăștiat, la ce te gândești? Explicațiile posibile sunt: A) În absența ta, câinele a răsturnat coșul și a împrăștiat gunoiul. B) Un străin a intrat în casa ta, a răsturnat coșul și a împrăștiat gunoiul. Cea mai probabilă explicație este varianta „A”.

Alt exemplu: Afară plouă. Prin perdeaua de la fereastră ai văzut un bliț strălucitor. Care pot fi explicațiile? A) Un fotograf s-a urcat la fereastra ta și face fotografii cu un bliț. B) E un fulger. Cea mai probabilă explicație este varianta „B”.

Dar, este important de a menționa, că principiul „Briciului lui Occam” nu este nicidecum o axiomă. El nu pune interdicții asupra versiunilor mai complexe ale explicațiilor, ci recomandă recurgera

la o ordine specială de luare în considerare a ipotezelor, care este cea mai optimă în majoritatea situațiilor.

Albert Einstein a formulat principiul „Briciului lui Occam” în felul următor: „Totul ar trebui simplificat cât mai mult posibil, dar nu mai mult”.

Numai dacă se exclude diagnosticul cel mai simplu și frecvent întâlnit trebuie să se ia în considerare diagnosticele mai rare, mai complexe sau exotice.

Dacă ar trebui să considerăm, că toate cauzele cunoscute sunt la fel de probabile și să le testăm pe toate simultan, atunci pacientul ar fi supus la multiple teste inutile.

Clinicianul cu experiență este selectiv, având în vedere mai întâi tulburările mai probabile („Te aștepți să vezi un cal, nu o zebură”) sau mai grave.

De exemplu, în sindromul de condensare pulmonară, în topul listei de boli (ipoteze) vor fi plasate: pneumonia, ca cea mai des întâlnită maladie ce se manifestă prin acest sindrom, cancerul bronhopulmonar și tuberculoza pulmonară – boli severe cu pronostic rezervat. Pneumonita eozinofilică simplă (sindromul Loffler), o boală cu evoluție benignă ce se întâlnește rar, va fi plasată la finele listei.

Ipotezele mai puțin probabile la momentul inițial al diagnosticării, trebuie totuși să rămână în vizorul medicului pentru a putea fi luate în considerare dacă diagnoza de lucru și alternativele ei sunt mai târziu respinse.

Un medic experimentat, după ce culege anamneza și examinează pacientul, în majoritatea cazurilor elaborează

diagnosticul prezumtiv și efectuează diagnosticul diferențial practic momentan, deoarece, având o practică bogată și experiență mare, acest proces este adus la el până la automatism.

Una din condițiile de bază pentru a fi un diagnostician bun este și pregătirea teoretică profundă, cunoașterea bolilor care pot cauza simptomele, semnele și sindroamele depistate la pacient.

De exemplu, dacă medicul nu știe că hipertensiunea arterială poate fi cauzată de o patologie a vaselor renale, de feocromocitom sau de afecțiunile tiroidiene, atunci el nu va fi în stare să elaboreze un diagnostic corect și să trateze eficient pacientul.

În procesul realizării diagnosticului diferențial este important de a evita efectuarea unui examen clinic superficial și a-l compensa prin prescrierea unui număr mare de investigații de laborator și instrumentale în speranța de a găsi vreun element util diagnosticului. O astfel de abordare este o atitudine nemedicală și neștiințifică.

Investigațiile paraclinice trebuie bine gândite și alese în funcție de diagnosticul la care se orientează medicul.

Lărgirea numărului de explorări paraclinice poate fi făcut doar la diferite etape succesive și doar strict la necesitate. Se va ține cont și de faptul, că numărul mare de examinări inutile pentru un diagnostic corect obosește bolnavul, suprasolicită personalul medical și duce la cheltuieli financiare sporite, nejustificate.

Nu e de neglijat și faptul, că unele proceduri diagnostice pot fi eventual nocive (de exemplu radiografiile sau tomografiile computerizate des repetate, nejustificate, în deosebi la gravide sau în cazul aplicării substanțelor de contrast) și neplăcute pentru

pacient (fibrogastroduodenoscopia, fibrobronhoscopia, bronhoscopia cu bronhoscop rigid etc.).

În cazul când au fost eliminate din listă toate diagnosticele, sau medicul nu este încrezut în diagnostic, iar toate metodele de investigație cunoscute au fost epuizate, se va recurge la consultarea colegilor sau altor specialiști. Medicul poate să consulte colegii chiar și în cazurile când știe diagnosticul, dar dorește să se asigure suplimentar de lipsa unei erori.

Recapitulând cele expuse putem afirma, că diagnosticul diferențial este determinarea naturii unei boli, comparând simptomele cu cele prezente în afecțiuni asemănătoare și prin deducție eliminatorie.

Celebrul romancier britanic Sir Arthur Conan Doyle, prin intermediul personajului literar Sherlock Holmes, detectiv particular cunoscut pentru raționamentul logic și abilitățile sale de a rezolva cazurile grele, spunea: „Dacă excluzi imposibilul, ce rămâne, oricât ar fi de improbabil, trebuie să fie adevărul!”.

Acest principiu poate fi folosit și în diagnosticul diferențial.

După ce medicul va exclude din setul tuturor ipotezelor diagnosticele improbabile, va rămâne ipoteza (diagnosticul) cu cea mai mare probabilitate.



Sir Arthur Conan Doyle (1859-1930)

Dar, pentru a stabili diagnosticul pozitiv, de certitudine, este necesar de a se recurge și la metode de confirmare al diagnosticului (biopsie pentru confirmare histologică a carcinomului, examenul sputei pentru aprecierea prezenței bacilul Koch, cu scopul de a confirma tuberculoza pulmonară etc.).

Pe scurt, etapele diagnosticului sunt următoarele:

- Se efectuează un examen clinic primar al pacientului (acuzele, istoricul bolii, istoricul vieții, datele obiective etc.).
- În tabloul clinic al bolii se identifică simptomele și semnele mai importante, legate între ele, care pot fi combinate în unul (de cele mai dese ori) sau mai multe sindroame.
- Se întocmește lista bolilor în care poate apărea acest sindrom (sau sindroame).
- Se efectuează un diagnostic diferențial preliminar, confirmând maladia (sau maladiile) și eliminând numărul maxim posibil de boli, utilizând doar datele obținute în timpul examenului clinic al pacientului.
- Se întocmește un plan de examene paraclinice, care ne permit să confirmăm diagnosticul și să excludem bolile rămase în listă după diagnosticul diferențial preliminar, deci să efectuăm un diagnostic diferențial final.
- Se formulează diagnosticul final.

Care este structura diagnosticului clinic?

Diagnosticul elaborat nu trebuie să se limiteze doar la aspectul clinic, sugerat de simptomele, semnele și sindroamele constatate. Medicul trebuie să se preocupe de evidențierea substratului anatomopatologic, a dereglărilor fiziopatologice, de precizarea etiologiei, aprecierea activității și stadiului de evoluție a maladii, dereglărilor funcționale etc. Deci, diagnosticul clinic trebuie să fie complex, integral și să cuprindă mai multe componente.

Importanța formulării corecte a diagnosticului clinic poate fi demonstrată pornind de la descrierea a 2 cazuri clinice.

Cazul clinic nr. 1. O femeie în vârstă de 29 ani, bolnavă de 2 zile, s-a adresat la medicul de familie pentru tuse seacă, chinuitoare, dureri retrosternale ce se accentuează la tuse, răgușeală, febră până la 38,5⁰ C, frisoane, mialgii, transpirații, indispoziție. Boala a debutat acut cu alterarea stării generale, oboseală accentuată, simptomele și semnele prezentate. Medicul a constatat diagnosticul de „Traheobronșită acută”.

Cazul clinic nr. 2. Un bărbat în vârstă de 34 ani, bolnav de 5 zile, s-a adresat la medicul de familie pentru tuse cu expectorație muco-purulentă, dispnee la efort fizic moderat, dureri retrosternale ce se accentuează la tuse, răgușeală, febră până la 37,5⁰ C, indispoziție. Medicul a stabilit diagnosticul de „Traheobronșită acută”.

Deci, sunt prezentate 2 cazuri clinice a 2 pacienți cu aceeași boală (formă nosologică) de „Traheobronșită acută”. Despre ce ne vorbește diagnosticul „Traheobronșită acută”? Care va fi tratamentul corect în ambele cazuri? E greu de răspuns la aceste întrebări, deoarece diagnosticul nu este integral și complet, După el nu putem judeca despre particularitățile de evoluție a bolii (Care este etiologia, virală sau microbiană? Bronșita este obstructivă sau neobstructivă, decurge cu insuficiență respiratorie sau fără ea? Sunt și alte particularități sau nu, etc?).

Aceste componente ale diagnosticului sunt importante, deoarece tratamentul poate varia în dependență de forma clinică.

În traheobronșita acută, catarală, neobstructivă, cu tuse uscată, neproductivă, chinuitoare, ce istovește bolnavul, poate fi

justificată administrarea pentru 2-3 zile a unui medicament pentru suprimarea tusei (de exemplu: Codeină sau Dextrometorfan).

Preparatele ce suprimă tusea sunt contraindicate în bronșita acută cu tuse și expectorație.

În caz de bronșită acută obstructivă vor fi indicate bronhodilatatoare.

În bronșita acută purulentă se vor administra preparate cu acțiune antibacteriană.

În bronșita acută de etiologie virală antibioticele sunt ineficiente.

Și cum ar trebui să fie corect formulat un diagnostic clinic? Un diagnostic bine întocmit ne permite să cunoaștem ce organ sau sistem este afectat, care este cauza afecțiunii, cum evoluează boala, gravitatea ei, starea funcțională a sistemului afectat etc.

Părțile componente ale diagnosticului clinic sunt:

- Diagnosticul *anatomoclinic* (indică organul afectat și caracterul afecțiunii. De exemplu: termenul „Bronșită” demonstrează că bronhiile sunt afectate de un proces inflamator).
- Diagnosticul *etiologic* (indică cauza bolii; va fi inclus în diagnosticul clinic în cazurile când etiologia este cunoscută).
- Diagnosticul *de activitate* (indică stadiul de evoluție a bolii cronice: acutizare, exacerbare, remisiune; după caz – gradul de activitate a procesului inflamator; gradul de severitate a evoluției bolii).

- Diagnosticul *individual* (după caz, se vor indica particularități individuale ale evoluției maladei, de exemplu pe fundal unei anomalii ereditare a organului etc.).
- Diagnosticul *funcțional* (indică gradul de dereglare a funcției organului afectat).

În formularea diagnosticului clinic este rațional de inclus și alte caracteristici ale bolii, prevăzute de clasificarea ei. De exemplu, în cazul pneumoniei, actualmente clasificarea include și mediul în care a fost contractată boala (pneumonie comunitară; pneumonie nosocomială), particularitățile de infectare a plămânilor (pneumonie prin aspirație) și de reactivitatea imunologică a bolnavului (pneumonie la persoanele cu imunitatea compromisă). Aceste precizări sunt importante deoarece permit, cu o probabilitate înaltă, de a presupune etiologia pneumoniei și de a aplica un tratament optim.

Iată câteva exemple ale structurii diagnosticului clinic:

- Pneumonie comunitară cauzată de *Streptococcus pneumoniae*, localizată în lobul inferior al plămânului drept, evoluție severă. Insuficiență respiratorie de gradul III.
- Pneumonie comunitară de etiologie neidentificată, localizată în segmentul 8 al plămânului stâng, evoluție ușoară. Insuficiență respiratorie de gradul 0.
- Hipertensiune arterială de gradul II, risc adițional foarte înalt. Cardiomiopatie hipertensivă (cord hipertensiv decompensat). Insuficiență cardiacă de gradul III (NYHA).

Notă. NYHA – New York Heart Association.

Părțile componente ale diagnosticului clinic în caz de asociere a mai multe boli sunt următoarele:

- Diagnosticul de bază.
- Diagnosticul complicațiilor.
- Diagnosticul asociațiilor morbide.

Formularea diagnosticului în situații diverse:

- Pe parcursul tratamentului în spital starea pacientului poate varia. Diagnosticul final va fi formulat în conformitate cu starea cea mai gravă.
- Când bolnavul suferă de mai mult de o boală, pe prim plan va fi indicată maladia ce determină starea lui actuală.
- De regulă pe prim plan va fi plasată afecțiunea acută, apoi cea cronică.
- Dacă pacientul a fost consultat ambulatoriu o singură dată, atunci diagnosticul va reflecta starea lui la momentul examenului.
- Dacă bolnavul a fost examinat ambulatoriu de mai multe ori, atunci diagnosticul va reflecta starea lui cea mai gravă.

Încheiere

Drumul parcurs de medic pentru a ajunge la un diagnostic corect ar putea fi asemănat cu un labirint cu multe bifurcații. Alegerea direcției la fiecare bifurcație depinde de cunoașterea metodologiei diagnosticului și diagnosticului diferențial. Iar obiectivul major al disciplinei „Medicină internă – Sinteze clinice. Instruire bazată pe caz clinic” este dezvoltarea raționamentului clinic.

Bibliografie selectivă

1. Ambros F., Matcovschi S. Examenul clinic și argumentarea diagnosticului: Ghid pentru studenți și rezidenți. Chișinău: CEP Medicina, 2013. – 144 p.
2. Basis F. Making a Differential Diagnosis in the Emergency Department: Is it just Knowledge and Protocols, or beyond that? *SF J Emer Med* 2019; 3: 1-6.
3. Decision Making in Medicine. An Algorithmic Approach / Stuart B. Mushlin, Harry L. Greene II. Third Edition, 2010, Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc., 726 pages.
4. Jason Maude. Differential diagnosis: the key to reducing diagnosis error, measuring diagnosis and a mechanism to reduce healthcare costs. *Diagnosis* 2014; 1(1): 107–109.
5. Medical decision making / Harold C. Sox, Michael C. Higgins, Douglas K. Owens. -- 2nd ed., 2013, A John Wiley & Sons, Ltd., Publication, 364 pages.
6. Taylor – Manual de diagnostic diferențial: Semne și simptome în diagnosticul contra cronometru. Ediția a III-a. / Dr. Paul M. Paulman, Audrey A. Paulman, Jeffrey D. Harrison, Laeth S. Nasir, Kimberly J. Jarzynka. Traducere: Florina Nicoleta Grigore. - București, Editura ALL, 2016. - 512 p. ISBN: 978-606-587-304-9.
7. Wardrop D. Ockham's Razor: sharpen or re-sheathe? *J R Soc Med* 2008; 101(2): 50–51.
8. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей – 3 изд., перераб. и доп.. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 606 с.
9. Мадьяр И. Дифференциальная диагностика заболеваний внутренних органов. Том 1. Будапешт: Изд. АН Венгрии, 1987. — 773 с.