

**Н.А. Мухин  
В.С. Моисеев**

# **ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

---

**УЧЕБНИК**

**2-е издание,  
дополненное и переработанное**

Рекомендовано Учебно-методическим объединением  
по медицинскому и фармацевтическому  
образованию вузов России в качестве учебника  
для студентов медицинских вузов



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
**2017**

# Глава 1

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Оценить по возможности все детали возникшего или развивающегося заболевания, а не только констатировать его наличие, важно прежде всего для того, чтобы облегчить страдания больного, продлить жизнь или вылечить его. Сегодня излечение больного, в том числе и от очень тяжёлых страданий, всё чаще становится реальностью, хотя, как и раньше, в любом случае врач должен уметь утешить больного.

Понимание характера патологического процесса (например, инфекционно-воспалительный, аутоиммунный, опухолевый и т.п.), причины болезни (если это возможно), морфологических изменений в органах, степени снижения их функций — всё это входит в понятие «распознавание болезни» и тесно связано с тщательно проводимым обследованием больного.

Само понятие «болезнь» достаточно многогранно. Болезнью (лат. *morbus*) называют нарушение нормальной жизнедеятельности организма, препятствующее или изменяющее нормальное функционирование. Нередко клинические проявления конкретного заболевания определяют признаки поражения отдельных органов или систем, иногда только одного органа, но во всех случаях болезнь — вовлечение в патологический процесс всего организма, поэтому оценка состояния организма в целом всегда имеет очень большое значение.

Болезнь представляет собой ответную реакцию на воздействие факторов внешней среды (например, нарушения питания, загрязнение окружающей среды, неблагоприятные климатические условия), специфические инфекционные агенты (бактерии, вирусы, гельминты, грибы), врождённые нарушения (различные генные аномалии) или на комбинацию этих факторов. Выдающийся отечественный клиницист Е.М. Тареев писал: «Болезнь — это реакция

организма на изменившиеся условия среды, нарушение конкретных форм приспособляемости организма. Именно взаимодействие среды и организма с его меняющейся реактивностью и должно всегда учитываться при суждении о причине, происхождении любой болезни».

Овладение общими принципами диагностики, умение оценить данные анамнеза конкретного пациента (истории развития болезни, семейного анамнеза, анамнеза жизни), результаты полного клинического, в том числе и дополнительного лабораторно-инструментального, исследования абсолютно обязательны для врача любой специальности. Необходимо подчеркнуть, что чем больше будет предлагаться новых диагностических методов, тем важнее будут становиться традиционные методы обследования, потому что именно они не только формируют клиническое мышление, врачебное искусство и врачевание в целом, но и постоянно подкрепляют и развивают их, оставаясь краеугольным камнем диагностики, а также обучения студентов внутренней медицины. Физическое обследование представляет собой не только один из основных диагностических методов, но и основу формирования взаимоотношений врача и больного. Появляющиеся новые методы позволяют уточнить и дополнить (часто очень важными деталями) данные, которые врач получает с помощью физического обследования.

## **ЗНАКОМСТВО С БОЛЬНЫМ**

Начинать знакомство с больным следует с выяснения фамилии, имени и отчества (последние нужно использовать в общении с больным), возраста, профессии и места работы. Естественно, определённые особенности имеет общение с пациентом-медиком или давно болеющим и интересующимся медицинской информацией пациентом; с ними разговор может идти в том числе и о различных подробностях обследования в прошлом с выяснением отношения больного к полученным данным, что позволяет оценить внутреннюю картину болезни (в частности, собственную оценку больным своего состояния и серьёзности ситуации). При этом должны быть уточнены не только конкретные препараты с их дозировкой, но и эффект терапии. Очень важны данные, полученные при предыдущем обследовании (стационары, поликлиника), поэтому всегда

необходимо обращаться к имеющимся выпискам из историй болезни. Следует иметь в виду, что специальную медицинскую литературу всё чаще читают люди, не имеющие медицинского образования, а в печати постоянно появляется популярная медицинская информация, что позволяет многим пациентам быть весьма ориентированными в этой области, хотя и не всегда правильно.

Прежде чем приступить к обследованию больного, врач должен создать оптимальные условия как для себя, так и для пациента (например, больной не должен находиться в неудобной позе, следует избегать его излишней и длительной обнажённости); кроме того, необходимо убедиться в том, что ничто не мешает беседе и обследованию.

## ПОРЯДОК И ПОЛНОТА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Существующие подходы к обследованию больного направлены на выработку у врача навыка полноты изучения больного в определённой последовательности. В основе их лежат принципы «от общего к частному» и «от более простого к более сложному».

- Принцип «от общего к частному». К общему относят осмотр больного, включающий определение состояния сознания, положения больного, телосложения (конституции), выражения лица, температуры тела, антропометрических данных (подробнее об этом см. главу 3, раздел «Клиническая антропометрия»). Частным считают обследование отдельных систем и органов.
- Принцип «от более простого к более сложному». При изучении каждой системы врач вначале использует более простые физические методы — расспрос, осмотр, а далее более сложные — ощупывание (пальпацию), выстукивание (перкуссию), выслушивание (аускультацию). Конечно, простота и сложность методов исследования весьма относительны. Тем не менее достаточно часто врач во время исследования системы дыхания задаёт дополнительные вопросы, например о носовых кровотечениях, а при исследовании системы пищеварения — о затруднениях при глотании или прохождении пищи по пищеводу (жидкой и твёрдой) и т.п.

Изучение больного начинают с кожных покровов и слизистых оболочек, затем исследуют подкожную жировую клетчатку, лимфатические узлы, опорно-двигательный аппарат (суставы, кости,

мышцы). После этого исследуют системы дыхания, кровообращения, пищеварения, гепатобилиарную, мочевыделительную, эндокринную, нервную, органы чувств. При этом каждый орган или систему изучают в определённой очерёдности.

- Лимфатические узлы исследуют, начиная с затылочных, затем — поднижнечелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, локтевые и, наконец, паховые.
- Обследование системы дыхания начинают с носовых ходов, придаточных пазух носа, гортани, последовательно переходя к оценке нижних дыхательных путей и собственно лёгких.
- Систему пищеварения исследуют начиная от полости рта (включая язык, зубы, миндалины), затем — пищевод, желудок, тонкую и толстую кишку.

Чаще всего у больных, страдающих хроническими заболеваниями, болезнь удаётся представить уже при расспросе и изучении выписок из предыдущих историй болезни. Однако нередко решающее значение приобретает обследование больного с помощью физических, а также лабораторных и/или инструментальных методов исследования.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС**

Врач в процессе практической деятельности выстраивает определённую собственную систему, наиболее удобную для него самого, поэтому говорить об универсальности основных подходов диагностической стратегии и тактики довольно сложно, однако существуют некоторые общие моменты, широко используемые клиницистами. Безусловный принцип: в диагностике заболеваний человека по-прежнему важнейшее место принадлежит клиническому обследованию, основанному прежде всего на классических методах. Тем не менее с помощью ряда дополнительных и специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых, морфологических и пр.) можно уточнить особенности изменений в том или другом органе, более точно определить их локализацию (место стеноза коронарной артерии с помощью коронарографии и пр.) и даже установить морфогенетические изменения (различные методы исследования ткани, полученной при биопсии органа). Окончательный диагноз — результат тщательно сопоставления всех полученных результатов.

## Понятие о расспросе и физическом обследовании

С первого момента — момента знакомства с больным и его расспроса — врач начинает обдумывать поступающую информацию, формулируя для себя возникающие проблемы или диагностические предположения и намечая пути их решения.

В некоторых случаях диагностическое предположение появляется уже при первом взгляде на больного.

- Например, при тяжёлой деформации позвоночника в результате анкилозирующего спондилоартрита (болезни Бехтерева) для больных характерна «поза просителя» (рис. 1-1).
- Врач может сразу же обнаружить желтушность, цианоз, отёки, вынужденность позы, асимметрию лица, невнятность или другие особенности речи, оценить степень активности пациента, что сразу направляет диагностический поиск по определённому руслу.
- Аккуратность или неряшливость в одежде, манера поведения (беспокойство, апатия) позволяют составить представление о личности больного и часто — об её изменении под влиянием болезни.
- Выражение лица может отражать неприятные или тягостные ощущения (боль, тревога), например, отсутствие мимики (безразличное лицо) возможно при глубокой депрессии или коматозном состоянии.



**Рис. 1-1.** «Поза просителя» при болезни Бехтерева.

Туловище фиксировано в положении сгибания, голова опущена — характерные проявления анкилозирующего спондилоартрита.

В других случаях предположение о конкретном клиническом симптоме, синдроме или даже заболевании в целом иногда возни-

кает при изучении анамнеза с момента выяснения жалоб. Например, первая же жалоба на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, должна вызвать мысль о сердечной недостаточности (и, соответственно, болезни сердца) или хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ). В оценке этого симптома могут сразу помочь сопутствующие жалобы. Так, длительный кашель с повторными обострениями приближает врача к мысли о болезни лёгких. В то же время длительно существующие боли в области сердца, особенно за грудиной, сведения о перенесённых инфарктах миокарда, о чём практически все больные хорошо осведомлены, позволяют думать о болезни сердца и с наибольшей вероятностью — об ИБС, осложнившейся сердечной недостаточностью. Тем не менее возможна ситуация, когда одышка возникает у нетренированного человека, обеспокоенного своим здоровьем без достаточных на то оснований, т.е. при отсутствии серьёзной болезни лёгких и сердца, что иногда удаётся доказать лишь при специальном целенаправленном обследовании.

Такая общая оценка больного очень важна, однако в большинстве случаев обнаружить определённые симптомы и существенно приблизиться к правильному диагнозу удаётся лишь при специальном, часто повторном осмотре в связи с возникшим предположением о каком-либо заболевании (или при проведении дополнительных методов обследования). В этом отношении особое значение имеют симптомы, которые становятся доступными для выявления по мере их постепенного нарастания только на определённом этапе динамического наблюдения за больным. Примеры — отсроченное появление желтухи при остром гепатите, увеличение селезёнки и возникновение диастолического шума в точке выслушивания клапана аорты при подостром инфекционном эндокардите. Конечно же, такой симптом, как пальцы в виде барабанных палочек (пальцы Гиппократ), может сформироваться при наблюдении за больным в течение длительного периода, и время обнаружения этого признака зависит не столько от способности врача визуально оценивать вид пальцев, сколько от того, обращает ли он вообще внимание на вид пальцев, т.е. ищет ли он этот конкретный симптом. Как писал известный терапевт-кардиолог современности Пол Уайт: «...нельзя быть уверенным в отсутствии симптомов и признаков, если их специально не выяснять и не искать».

Таким образом, объективное исследование, как правило, модифицируется в связи с полученными данными и возникшими предположениями.

- Так, если у молодого человека обнаруживают стойкую артериальную гипертензию, то обязательно следует измерить АД не только на обеих руках, но и на ногах.
- Если при наличии кровохарканья и инфильтрата в лёгком возникает предположение о тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА), следует измерить окружности обеих голеней для исключения тромбоза глубоких вен нижних конечностей как одной из возможных причин тромбоэмболии.

По существу, о каком бы симптоме ни шла речь, о его причине и механизме возникновения всегда имеется несколько предположений. Систематическое исследование органов и систем, а также получение новых важных фактов позволяют конкретизировать диагностическую идею, однако при этом очень важно постоянно сохранять объективность, непредвзятость суждений, готовность воспринимать и оценивать новые факты и симптомы в сопоставлении с уже выявленными.

В заключение нужно добавить, что успех диагностического процесса зависит от того, насколько полно врачу удастся выявить признаки заболевания (или заболеваний) и понять, почему именно эти признаки имеются у конкретного пациента. Было бы ошибкой считать, что диагностическая концепция может быть составлена только на основании прочитанного в учебнике, монографии, руководстве или услышанного когда-то на лекции. Диагностическая концепция в конечном итоге формируется у постели больного, т.е. «от больного».

Индивидуальной особенностью врача является умение выявлять и формулировать симптомы болезни, делать логически правильные выводы и, как писал выдающийся акушер-гинеколог В. Снегирёв в предисловии к клиническим лекциям Г.А. Захарьина в 1909 г., «...из массы основных и преходящих симптомов создать картину прошедшего и настоящего состояния больного, как талантливый художник отдельными незаметными штрихами воссоздаёт вечную красоту природы или собирает разрозненные звуки в аккорды и гармонии».



## **Дополнительные методы обследования: лабораторные и инструментальные**

В настоящее время в клинической практике очень часто используют многочисленные и разнообразные методы обследования, традиционно называемые дополнительными — это лабораторные и инструментальные методы. Иногда дополнительные методы имеют очень большое значение не только для диагностики, но и постоянного наблюдения за больным. Так, более или менее длительное существование гипергликемии (повышенного содержания в крови глюкозы) при сахарном диабете может значительно ускорить прогрессирование поражения почек (диабетическая нефропатия). Поэтому для адекватной коррекции заболевания крайне важно регулярное (иногда до нескольких раз в день) определение содержания глюкозы в крови, что стало возможным также в домашних условиях, когда сам больной определяет этот показатель с помощью специального диагностикума (индивидуального глюкометра).

В процессе диагностики обычно составляют план дополнительного обследования больного с учётом данных обследования, проведённого ранее, хотя и не следует целиком опираться только на установленные ранее диагнозы. В то же время уважительное отношение к мнению коллег, курировавших пациента в прошлом или участвующих в его обследовании в данный момент, — неременное этическое правило. Во всех затруднительных или неясных случаях не следует пренебрегать возможностью получить от коллег дополнительную консультацию, совет, в том числе и в виде совместного обсуждения на консилиуме.

В настоящее время всё чаще обнаруживают серьёзные изменения здоровья у людей, не считающих себя больными или обратившихся к врачу по поводу других медицинских проблем, что также удаётся выявить при использовании дополнительных методов исследования. Так, при плановом рентгенологическом исследовании может быть обнаружен периферический инфильтрат (опухоль?) в лёгком, при лабораторном исследовании — протеинурия, микрогематурия (латентный гломерулонефрит?), в общем анализе крови — гиперлейкоцитоз с лимфоцитозом (лимфолейкоз?). В таких случаях необходимо неотложное лечение (включая оперативное), иногда позволяющее спасти жизнь больному. Поэтому и в стационаре, и в амбулаторных условиях, в том числе при диспансеризации, помимо использования физических методов обязательно при-

меняют комплекс дополнительных исследований (общие анализы крови и мочи, рентгенологическое исследование грудной клетки, ЭКГ и т.п.). В настоящее время этот комплекс для определённых категорий лиц дополняют рядом других исследований, включая, например, эндоскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ), важных именно для раннего выявления ряда заболеваний.

Иногда значимость получаемых сведений остаётся неясной, и диагноз может быть уточнён лишь при динамическом наблюдении (зачастую достаточно длительном), в том числе на фоне пробного лечения (*diagnosis ex juvantibus*\*).

В отношении методов дополнительного обследования, прежде всего инструментальных, очень важно понятие об инвазивности. Инвазивность метода исследования (лат. *invado, invasum* — нападать, вторгаться) — степень нарушения целостности барьера между окружающей средой и тканями организма во время проведения исследования. К неинвазивным методам исследования относят, например, УЗИ, ЭКГ, рентгенологическое исследование и условно — эндоскопию, так как целостность барьеров при её проведении не нарушается. К инвазивным методам исследования относят ангиографию, биопсию и пр. Учитывая определённый риск для больного при проведении этих исследований, необходимо получить его согласие (так называемое информированное согласие больного).

### **От симптома к диагнозу**

При расспросе и дополнительном обследовании пациента врач выявляет определённые симптомы, затем на их основании врач приходит к какому-либо заключению относительно диагноза. Тем не менее во многих случаях обилие симптомов существенно затрудняет диагностический процесс. Для облегчения постановки диагноза и систематизации симптомов было введено понятие «синдром».

Синдром — совокупность симптомов, объединённых общим патогенезом. На основании конкретных симптомов и признаков, полученных с помощью основных и дополнительных методов обследования, можно выделить ряд синдромов, характерных для заболеваний той или иной системы органов. Выделение синдромов — важный этап на пути к правильному диагнозу.

\* *Diagnosis ex juvantibus* (лат. *juvo* — помогать, облегчать, быть полезным) — диагноз, основанный на оценке результатов проведённого лечения.

Для различных заболеваний характерно сочетанное присутствие определённых совокупностей симптомов. Таким образом, процесс постановки диагноза состоит из трёх этапов:

- выявление симптомов;
- объединение симптомов в синдромы (единый механизм патогенеза);
- собственно постановка диагноза на основании характерного сочетания синдромов (при необходимости также проведение дифференциальной диагностики заболеваний, проявляющихся одним и тем же синдромом).

### Специфичность, чувствительность и информативность методов исследования и клинических признаков

При дополнительном обследовании больного необходимо учитывать чувствительность, специфичность и информативность используемых методов. Для оценки специфичности и чувствительности метода исследования в процентах разработаны специальные методы (рис. 1-2).

|         |   | Заболевание  |  |   |
|---------|---|--|--|---|
|         |   | Выявлено   | Не выявлено  |   |
| Симптом | + | <b>95</b><br>Истинно положительные результаты<br>a | <b>10</b><br>Ложно-положительные результаты<br>б   | <b>105</b><br>Всего положительных результатов |
|         | - | <b>5</b><br>Ложно-отрицательные результаты<br>в    | <b>90</b><br>Истинно отрицательные результаты<br>г | <b>95</b><br>Всего отрицательных результатов  |
|         |   | <b>100</b><br>Всего больных с данным заболеванием  | <b>100</b><br>Всего здоровых лиц                   | <b>200</b><br>Всего обследовано человек       |

$$\text{Показатель чувствительности} = \frac{a}{a+v} = \frac{\text{Число истинно положительных результатов (95)}}{\text{Число больных с данным заболеванием (95+5)}} \times 100 = 95\%$$

$$\text{Показатель специфичности} = \frac{g}{b+g} = \frac{\text{Число истинно отрицательных результатов (90)}}{\text{Всего здоровых лиц (90+10)}} \times 100 = 90\%$$

**Рис. 1-2.** Определение чувствительности и специфичности. Объяснения в тексте.

- Чувствительность метода для выявления конкретного признака — соотношение количества больных с наличием признака по данным применяемого метода исследования и количества обследованных больных с действительным наличием этого признака (выражают в процентах). Если метод или тест обладает высокой чувствительностью, то он выявляет патологию у большинства больных с данным заболеванием (истинно положительные результаты) и лишь у незначительного количества больных даёт ложноотрицательные результаты. Например, чувствительность показателей ЭКГ до и после велоэргометрии для выявления ишемии, по данным разных авторов, составляет от 50 до 80%, что означает: из 100 больных с действительно возникающей при физической нагрузке ишемией миокарда метод позволяет выявить её ЭКГ-признаки у 50–80 человек, тогда как у остальных получают ложноотрицательные результаты. Чувствительность признака или симптома при конкретном заболевании — показатель, отражающий частоту встречаемости признака при данной болезни.
- Специфичность метода для выявления конкретного признака (её высчитывают на основании обследования здоровых лиц) — соотношение количества обследованных здоровых пациентов, у которых признак отсутствует (истинно отрицательные результаты) и общего количества здоровых пациентов (выражают в процентах). Иными словами, специфичность отражает частоту «ошибок» метода исследования у здоровых лиц. Например, специфичность велоэргометрии составляет от 80 до 95%, что означает: из 100 больных без действительно существующей ишемии миокарда у 80–95 человек при велоэргометрии не будет выявлено характерных признаков, тогда как у остальных 5–20 человек будет получен ложноположительный результат. Специфичность признака или симптома при данном заболевании — показатель, отражающий, насколько часто признак бывает у людей, не имеющих этого заболевания.
- Информативность исследования — неколичественная характеристика метода, отражающая объём полезной информации, получаемой от применения данного метода при конкретной патологии и, следовательно, позволяющей судить, насколько данный метод необходим в каждом конкретном случае. Например, обзорная рентгенография грудной клетки неинформативна для диагностики стенокардии напряжения.

Положения относительно чувствительности, специфичности и информативности касаются всех методов исследования — как клинических, так и дополнительных, поскольку абсолютное большинство выявляемых патологических признаков может быть обнаружено при различных заболеваниях (специфичность не абсолютна!), а многие очень характерные для некоторых заболеваний признаки могут возникать лишь на поздней стадии заболевания или вообще не возникать у части больных.

Симптомы, строго патогномичные для определённой болезни, очень редки. Более специфичными для конкретной патологии могут быть некоторые сочетания симптомов. Предпринимаются попытки разработать для ряда болезней так называемые диагностические критерии, позволяющие, по мнению ряда клиницистов, по совокупности признаков говорить о конкретном диагнозе с большей уверенностью. Подобные диагностические критерии имеют строго определённую чувствительность и специфичность; они включают как общеклинические признаки, так и получаемые с помощью дополнительного исследования и, что очень важно подчеркнуть, часто пересматриваются. Например, пересмотренные критерии Американской ревматологической ассоциации для диагностики СКВ имеют чувствительность и специфичность 96%. Тем не менее «критериальный диагноз» нельзя считать абсолютным, тем более что нередко у конкретного пациента названный подход нивелируют индивидуальные особенности проявлений болезни.

В диагностике заболеваний иногда используют понятие так называемого золотого стандарта, например, «золотой стандарт» диагностики первичного склерозирующего холангита — ретроградная панкреатохолангиография. В диагностике различных заболеваний очень важное значение имеет применение высокочувствительных методов исследования (например, выявление ревматоидного фактора, концентрации С-реактивного белка).

Характерные признаки болезни могут быть выявлены в том числе с помощью дополнительных методов исследования (включая инвазивные). Наиболее часто врачу удаётся выявить почти все важные проявления заболевания, позволяющие приблизиться к правильному диагнозу, однако иногда бывает необходим «последний штрих», придающий всей картине завершённость и ясность. Таким «ключевым» признаком может быть пол, возраст, национальность больного и пр.

- Например, периодические приступы болей в животе, сопровождающиеся лихорадкой, у пациента армянской или арабской этнической принадлежности позволяют с уверенностью говорить о так называемой периодической болезни, или средиземноморской лихорадке.
- Симптоматика лёгочной гипертензии у молодой женщины может быть связана с приёмом некоторых препаратов, подавляющих аппетит (аноректинов), назначенных для лечения ожирения.

### **Формулирование диагноза**

Анализ совокупности всех полученных данных позволяет сформулировать диагноз. Прежде всего называют основную нозологическую форму, т.е. заболевание, имеющее характерную клиническую картину и морфологические изменения и связанное с определёнными этиологическими факторами, которые, однако, можно обнаружить не всегда. Поскольку большинство заболеваний протекает с обострениями и ремиссиями, указывают соответствующую фазу болезни. Формулируют функциональный диагноз. Выделяют входящие в данную нозологическую форму синдромы и осложнения (например, кровотечение при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки).

В любом случае диагноз формулируют в соответствии с принятыми классификациями. Это необходимо для стандартизации работы врача, а также для получения однородных статистических данных, как внутри страны, так и на международном уровне. Для получения статистических данных о различных заболеваниях по всему миру специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработана Международная классификация болезней (МКБ), где каждой нозологической единице присвоен буквенно-цифровой код. В настоящее время, в том числе и в России, применяют МКБ 10-го пересмотра (МКБ-10).

Таким образом, сформулированный диагноз — итог многоэтапного поиска и, главное, попытки понять механизмы возникновения обнаруженных клинических признаков и их связь с факторами внутренней и окружающей больной среды, представить всю сложную систему изменений в ответ на действие этих факторов.

Следует иметь в виду возможность случайного сочетания симптомов, поэтому необходимо проводить и посиндромное обследо-

вание, и дифференциальную диагностику; в каждом случае следует приводить факты, как подтверждающие, так и противоречащие возникшему предположению. В процессе осмысления клинических данных необходимо решать, какие симптомы являются ключевыми и какие — сомнительными.

## **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Оформление разнообразной медицинской документации — одна из важных обязанностей врача. Она необходима в первую очередь для систематизации сведений о больном, а также для преемственности информации, так как больного крайне редко лечит только один врач. Основным документом, объединяющим все эти данные, является история болезни (как говорили раньше — «скорбный лист»).

### **История болезни**

История болезни — документ, составляемый на каждого больного в стационаре и предназначенный для регистрации сведений о диагнозе, течении и исходе болезни, а также лечебно-профилактических мероприятиях, проведённых за время пребывания больного в стационаре.

История болезни имеет несколько разделов.

- Титульный лист.
- Данные осмотра врача приёмного отделения.
- Первичный осмотр врача отделения, куда поступил больной.
- Записи дневников.
- Результаты дополнительных методов обследования и консультаций специалистов.
- Эпикриз (этапный и выписной).

Кроме того, в историю болезни может войти графическое изображение течения заболевания.

### ***Графическое изображение течения заболевания***

Записи о первичном осмотре пациента содержат очень важные данные анамнеза болезни, анамнеза жизни и т.п.

Выбор ключевых проявлений может найти своё выражение в графическом оформлении анамнеза — истории болезни. На графике следует представлять данные, уже осмысленные врачом (а не только отдельные симптомы и синдромы) и имеющие существен-

ное значение для оценки характера и течения болезни. При этом следует стремиться отразить динамику проявлений, т.е. их эволюцию, в том числе и под влиянием лечения. Важно также учитывать масштаб времени, имея в виду течение болезни не только по годам, но если нужно, то и по месяцам и даже дням с учётом последней госпитализации. На графике также отражают наиболее важные результаты однократного обследования больного: например, данные ангиографии, УЗИ, эндоскопии. Пример графического изображения болезни при правосторонней нижнедолевой пневмонии приведён в главе 5 (см. рис. 5-3).

### **Дневник**

В дневниках прежде всего следует отражать динамику жалоб и изменений в органах, используя для этого такие слова, как «улучшилось», «уменьшилось», «усилилось», «появилось», «исчезло», «нарастают», по возможности избегая выражений «состояние прежнее», «жалобы те же» и т.п. В дневнике могут быть приведены дополнения к анамнезу, впечатления врача о внутренней картине болезни, вероятные факторы, влияющие на течение болезни и её изменения, переносимость лечения, заключение об эффективности и побочном действии ЛС.

### **Эпикриз**

**Этапный эпикриз.** Динамику состояния больного периодически (1 раз в 7–10 дней) оценивают в так называемом этапном эпикризе, где также намечают предстоящие исследования и изменения в лечении.

**Выписной эпикриз.** По итогам пребывания больного в стационаре оформляют выписной эпикриз, в котором отражают диагноз, краткие данные анамнеза, осмотра и обследования больного (главным образом, патологические проявления или важные для дифференциальной диагностики данные), описывают лечение, динамику состояния больного, рекомендации по лечебно-профилактическим мероприятиям и трудоспособности.

Особое значение придают краткому обоснованию диагноза и указаниям, касающимся трудностей диагностики и особенностей клинического наблюдения. В качестве примера ниже приведён вариант такого обоснования, касающегося больного ИБС.

«Диагностика представляла некоторые затруднения. Боли в области сердца имели не совсем типичный для стенокардии харак-



тер и более походили на кардиалгию. Однако наличие факторов риска атеросклероза (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, избыточная масса тела), положительная велоэргометрическая проба, хороший эффект лечения нитратами позволяют думать об ИБС. Признаков недостаточности кровообращения нет. Пациент нуждается в динамическом наблюдении с контролем ЭКГ на фоне повторных проб с физической нагрузкой; также необходим контроль уровня АД и содержания липидов в крови. Рекомендован амбулаторный длительный приём назначенных в стационаре антигипертензивных средств. Пациент может работать по своей специальности конструктора».

При выдаче выписного эпикриза на руки врач должен подробно разъяснить больному свои рекомендации.

### **Температурный лист**

Очень важно чётко оформлять температурный лист, что необходимо делать одновременно с записями в дневнике. На температурном листе помимо температурной кривой, фиксирующей обычно утреннюю и вечернюю температуру тела, отмечают красным цветом пульс, при необходимости — частоту дыхания, записывают показатели АД, суточного диуреза и количество принятой за сутки жидкости (суточный баланс жидкости), частоту стула, массу тела. Помимо этого, выносят наиболее характерные и динамичные симптомы болезни (наличие отёков, кровотечений, кожных высыпаний и т.п.) и основные назначения. Особенно важно показать влияние основного лечения на проявления болезни.

### **Лист назначений**

В данном разделе врач указывает все лекарственные и другие назначения.

## **ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО**

### **Деонтология**

Изучению проблем взаимоотношений врача и больного посвящена медицинская деонтология (от греч. *deon*, *deonsos* — должное, надлежащее; *logos* — учение) — совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении

своих профессиональных обязанностей. Необходимость деонтологии в деятельности врача обусловлена прежде всего возможностью врача своими действиями или словами нанести больному вред, т.е. вызвать негативные ятрогенные реакции.

В связи с тем, что общение врача с больным может стать источником страха, раздражения, психоневроза, следует избегать в присутствии пациента употребления терминов и выражений, которые могут быть неправильно истолкованы или способны испугать больного. Важна правильная, адекватная оценка психологии больного, его интеллекта, степени информированности. Целесообразно уточнять внутреннюю картину болезни, т.е. собственную оценку больным своего состояния, серьёзности ситуации и тех или иных проявлений болезни. В случае переоценки их тяжести или искажённых представлений необходимы беседы врача с больным и даже психотерапия.

В некоторых странах врачи считают целесообразным предоставлять больному полную информацию о серьёзности заболевания, в том числе и о печальном прогнозе, мотивируя это необходимостью для больного сделать ряд приготовлений, в частности распорядиться своим имуществом и т.п. Всё же, как правило, подобная информация может оказать отрицательный психологический эффект, вызвать ощущение обречённости, подавленность, депрессию. Поэтому сообщать сведения, способные вызвать такие ощущения, скорее негуманно. В любом случае, даже если больной каким-либо образом узнал или догадался о грозящей ему опасности, врач должен максимально акцентировать его внимание на фактах, способствующих оптимистичному взгляду на создавшуюся ситуацию, появлению надежды, поднятию настроения. В таких случаях на врача ложится большая психологическая нагрузка: он должен, поняв состояние больного, успокоить его, отвлечь его внимание от тревог, страха и т.п. Особенно затруднительно положение врача при безнадежном состоянии пациента. И именно у постели умирающего современный врач, как и тысячи лет назад, должен поддерживать надежду, ибо «...лучший тот врач, который умеет внушить больному надежду: во многих случаях это является наиболее действенным лекарством» (С.П. Боткин).

В целом психологический контакт врача с больным очень важен для эффективного ведения лечебного процесса. Тон беседы не должен быть откровенно поучительным, менторским. Желатель-

но обращение к больному по имени и отчеству. Следует выяснить обстоятельства, травмирующие психику и, наоборот, имеющие благоприятное психологическое влияние на больного. Всегда важно найти тему для беседы, позволяющую установить с пациентом должный контакт. Не следует вступать в спор, ведущий к возникновению антагонизма и выводящий из равновесия обоих собеседников.

Изучение каждого пациента — безусловно, клиническое исследование, и в нём одинаково активно участвуют и врач, и больной.

На всех этапах обследования пациента весьма определённо проявляется большой спектр этических проблем, хотя многие из них решаются легче (особенно на ранних этапах общения с больным), если культура общения, внешний облик врача, его манера обследования не вызывают у больного негативного отношения.

Очень часто этические проблемы возникают при необходимости использования инструментальных, в частности инвазивных, методов исследования, а также при выборе того или другого способа лечения. Это связано с тем, что даже применение неинвазивных, например рентгеноконтрастных, методов исследования может сопровождаться осложнениями. А при использовании более сложных методов (бронхография, катетеризация, различные эндоскопические исследования) тяжесть (например, разрыв и перфорация стенки органа, кровотечения, эмболия, остановка сердца) и/или частота осложнений увеличиваются, хотя и не превышают 0,2–0,3%.

Особенно трудна ситуация, когда врачу необходимо решить вопрос о применении диагностических процедур, сопровождающихся травмой органа, например плевростомия, биопсии. Например, при биопсии печени весьма реален риск таких осложнений, как кровотечение, подкапсульная гематома, пневмоторакс, перитонит, плевральный шок, повреждение жёлчного протока. И лечебные учреждения, в которых используют эти методы исследования, чаще оказываются в менее выгодном положении по сравнению с учреждениями, не проводящими их и, следовательно, не рискующими. Безусловно, надо подчеркнуть, что тенденция проведения «биопсии всего, что только можно пробиопсировать» не должна быть основополагающей. Однако многолетний опыт использования этих методов в медицине, правильно установленные с их по-

мощью диагностики у тысяч больных и, наконец, связанная с этим возможность рационального лечения больных убеждают в целесообразности и необходимости их проведения.

Другой большой круг этических проблем в деятельности современного врача связан с его лечебной деятельностью, в первую очередь с проведением лекарственной терапии. Осложнения лекарственной терапии достаточно известны, при этом иногда ЛС могут даже индуцировать клиническую картину, сходную с такими яркими заболеваниями, как СКВ (например, при использовании новокаинамида), фиброзирующий альвеолит (нитрофураны), узелковый периартериит (сульфаниламиды).

В течение многих лет врачи следовали девизу выдающегося врача сэра Уильяма Ослера: «*Aequanimitas et imperturbabilitas*» («Равновесие духа и невозмутимость»).

- Невозмутимость (*imperturbabilitas*) У. Ослер выделял особо, сопоставляя это качество с хладнокровием и самообладанием, необходимыми врачу в любых обстоятельствах, помогающими сохранить ясность суждений в моменты наибольшего напряжения и в целом обрести доверие больного. Развитию этого качества, по мнению Ослера, способствуют накопление опыта и хорошее знание различных аспектов патологии.
- Равновесие духа (*aequanimitas*) отождествляется с жизненной философией, вырабатываемой мыслящим врачом. Его трудно достичь, но оно необходимо как во времена успехов, так и неудач. Больше терпимости — и это позволит стать выше жизненных испытаний.

Призыв «*Aequanimitas et imperturbabilitas*» в своё время получил широкое признание врачей всего мира, о нём надо помнить и сегодня. «Надо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, — писал С.П. Боткин, — чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни». И далее: «Нравственное развитие врача-практика поможет ему сохранить то душевное равновесие, которое даст ему возможность исполнить священный долг перед ближними и перед Родиной, что и будет обуславливать истинное счастье его жизни».

В заключение необходимо сказать, что как бы ни была ярка клиническая картина болезни, за её симптомами нельзя терять пациента как личность. Проницательный врач всегда рассматривает разнообразные проявления болезни как признаки, относящиеся к

патологии конкретного пациента в данный момент болезни. Стали афоризмом слова крупного отечественного патолога И.В. Давыдовского: «На больничной койке лежит не абстрактная болезнь, а конкретный больной, т.е. всегда какое-то индивидуальное преломление болезни». Перефразируя, можно сказать, что рисунок (канва) болезни намечается самой болезнью, её этиологией, закономерностями развития (патогенеза), но полностью образ болезни по этому рисунку создаёт пациент с его индивидуальными соматическими и психическими особенностями.

«Относитесь с большим вниманием к конкретному больному, нежели к специфическим чертам заболевания», — писал сэр Уильям Ослер. Таков же смысл и высказывания Е.М. Тареева: «Диагноз должен быть основанием для лечения и профилактики индивидуального больного». Вот почему изучение симптоматики заболеваний только по учебнику (чем студенты нередко злоупотребляют) — большая ошибка. «Смотри, а потом рассуждай, сравнивай, делай выводы. Но сначала смотри» (У. Ослер). Эти слова созвучны с тем, что говорили выдающиеся отечественные клиницисты Матвей Яковлевич Мудров, Григорий Антонович Захарьин, Сергей Петрович Боткин.

### **Новейшая медицинская информация**

Для проведения рационального диагностического поиска и адекватного лечения врач должен обладать достаточно обширными знаниями, почерпнутыми из литературных источников и практического опыта, которые следует к тому же постоянно пополнять. Известно, что в США врач в среднем регулярно получает до 5 наименований медицинских журналов ежегодно, содержащих часто совершенно новую информацию, касающуюся новых методов исследования (например, значительно улучшающих визуализацию различных органов) или лечения. В частности, в журналах приводятся новые сведения о возможности применения у больных препаратов, достоверно увеличивающих продолжительность жизни и улучшающих её качество.

- Например, стало аксиомой то, что практически все больные, перенёсшие инфаркт миокарда или страдающие стенокардией, должны постоянно принимать ацетилсалициловую кислоту в небольшой дозе в качестве средства, уменьшающего агрегацию тромбоцитов и предотвращающего внутрисосудистое образование тромба.

- Другой пример — общепризнанная необходимость всем больным, страдающим сердечной недостаточностью, постоянно принимать подобранную дозу ингибитора АПФ. Необходимость приёма данного средства продиктована результатами многих исследований (на десятках тысяч больных), доказавших увеличение продолжительности жизни при сердечной недостаточности на фоне приёма препарата из этой группы.
- Все врачи и пациенты должны знать о важности для больных артериальной гипертензией пожизненного приёма соответствующего антигипертензивного ЛС или комбинаций ЛС. Поэтому в настоящее время следует считать ошибочной рекомендацию врача лечить артериальную гипертензию курсами только в период повышения АД, так как без поддерживающей терапии АД обычно быстро повышается, что часто неощутимо для больного, а сохраняющаяся артериальная гипертензия резко увеличивает риск сердечно-сосудистых катастроф (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, внезапная сердечная смерть).

Результаты завершившихся в последнее десятилетие крупных контролируемых исследований свидетельствуют о необходимости активной антигиперлипидемической терапии с использованием ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов) у подавляющего большинства больных с нарушениями обмена липопротеидов, особенно при наличии других факторов риска (курение, ожирение, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия). Назначение статинов с профилактической целью нередко бывает обоснованным в качестве меры первичной профилактики, то есть тогда, когда клинические признаки сердечно-сосудистых заболеваний ещё отсутствуют.

К сожалению, возможны ошибки, связанные не только с недостаточной информированностью и образованностью врача (для чего необходимы журналы, книги, посещение заседаний научных медицинских обществ), но и с обычной невнимательностью, беспечностью, безответственностью, что может привести даже к судебному разбирательству. В связи с этим особенно важно, чтобы все записи в истории болезни были максимально корректны.

### **Роль врача в просвещении больного — «сотрудничество» врача и больного (*compliance*)**

Особое значение приобретает роль врача в предоставлении больному современной информации по его заболеванию, т.е. то, что в западной литературе принято обозначать термином «*education*»

(англ. — образование, просвещение, обучение). Широко распространены, особенно за рубежом (Европа, США, Канада, Австралия и пр.), так называемые образовательные программы, цели которых можно обозначить следующим образом.

- Повышение уровня информированности пациента о его заболевании.
- Достижение и поддержание мотивации пациента к лечению и наблюдению у врача (другими словами — стойкого желания больного лечиться), так как большая часть заболеваний, изучаемых курсом внутренних болезней, требует от больного усилий по длительному ежедневному приёму препаратов, контролю своего состояния и своевременному обращению к врачу (плановому или при изменении состояния).

Очень показательным примером может служить сахарный диабет, при котором больной должен:

- 1) научиться строго соблюдать диету (задача врача — предоставить необходимую для этого информацию);
- 2) научиться регулировать физическую нагрузку и вести правильный образ жизни (здесь врач также должен рассказать больному, каким образом это нужно делать);
- 3) ежедневно принимать пероральные сахароснижающие средства или использовать инсулин в предписанных врачом дозах (задача врача — подбор препаратов и их доз);
- 4) часто контролировать содержание глюкозы в крови — при наличии домашнего глюкометра самостоятельно и зачастую ежедневно или же, при отсутствии такового, посещать поликлинику по меньшей мере ежемесячно или при появлении изменений в самочувствии;
- 5) регулярно посещать врача;
- 6) знать о проявлениях и способах коррекции возникающих эпизодов гипер- и гипогликемии.

Таким образом, очевидно, что для получения и поддержания такого объёма дополнительных знаний, необходимых больному сахарным диабетом, вполне оправдана организация мини-образовательного процесса (Школ пациента).

Помимо сахарного диабета, подобные знания необходимы практически по всем хроническим заболеваниям курса внутренних болезней: бронхиальная астма, ИБС, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность, ревматизм, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и многие другие, для чего и органи-

зуются соответствующие школы для больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью и т.п.

Тем не менее, даже при наличии образовательных программ и специальной литературы для пациентов роль врача в просвещении больных первостепенна и очень высока. К сожалению, в настоящее время врачи зачастую пренебрегают этой стороной врачебной деятельности, что может свести на нет достигнутые, например в стационаре, позитивные сдвиги в состоянии больного, тем более, что после выписки из стационара пациенты часто по различным соображениям прекращают подобранное лечение (прежде всего медикаментозное), что делает течение болезни опасным для больного. Причины, приводящие к подобному пренебрежению к врачебным рекомендациям, различны: финансово-экономические проблемы больного (препараты необходимо приобретать регулярно, и далеко не всегда их стоимость кажется больным разумной), нежелание лечиться вне стен стационара, а также многие другие, среди которых особенно важно выделить невнимательное отношение врача к процессу выдачи больному рекомендаций. Всё это приводит к нарушению «сотрудничества» (*compliance*) больного и врача.

Таким образом, именно внимание врача к больному в процессе лечения, уважительное отношение к нему прежде всего как к личности со своими сомнениями и вопросами могут способствовать выработке и поддержанию мотивации пациента к лечению. Причём в этом отношении особенно важно подчеркнуть, что врач обязан независимо от уровня образования больного найти слова, понятные для него и способные вызвать в нём *стойкое желание лечиться*.