

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	5
Предисловие	6
Список сокращений и условных обозначений	8
Введение	9
Глава 1. Классификация методов исследования пациента и ее условность	12
Глава 2. История развития учения об анамнезе	15
2.1. Учение об анамнезе	15
2.2. Роль Г.А. Захарьина в научном обосновании анамнеза	16
Глава 3. Идеалистические и материалистические взгляды по вопросу анамнеза	18
Глава 4. Основные аргументы в пользу значимости анамнеза	20
4.1. Анамнез и диагноз	20
4.2. Клинические примеры	21
4.3. Значимость анамнеза	25
Глава 5. Значение паспортных сведений (анкетных данных)	28
Глава 6. Активный поиск и выявление симптомов. Стадии заболевания	32
6.1. Необходимость активного поиска и выявления симптомов	32
6.2. Стадии заболевания — компенсация и декомпенсация	35
Глава 7. Правила и план сбора анамнеза	38
7.1. Правила сбора анамнеза	38
7.1.1. План сбора анамнеза	40
7.2. Жалобы пациента	40
7.3. Вопросы	42
7.4. История настоящего заболевания	49
7.5. История жизни пациента	55
7.5.1. Семейный анамнез и наследственность	59
7.5.2. Вредные привычки	61
Глава 8. Анамнестическая «мозаика»	71
Глава 9. Этические аспекты расспроса пациента	83

Перечень клинических примеров	91
Комментарии	94
Тестовые задания	182
Эталоны ответов	186
Вопросы для самоконтроля	187
Справочная литература	188
Приложения	196
<i>Приложение 1.</i> Расспрос, или анамнез	196
<i>Приложение 2.</i> Психологический анамнез (с участием Э.Р. Ибрагимовой)	206
<i>Приложение 3.</i> Биологический возраст (с участием Я.Д. Гришиной)	207
<i>Приложение 4.</i> Анамнез пациента с долевой пневмонией (с данными физического, лабораторного и инструментального обследований)	217
<i>Приложение 5.</i> Анамнез пациентки С. (удлиненный интервал $Q-T$ и обмороки)	227
<i>Приложение 6.</i> Экзаменационная станция первичной аккредитации специалиста	234

Глава 4

ОСНОВНЫЕ АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ЗНАЧИМОСТИ АНАМНЕЗА

4.1. АНАМНЕЗ И ДИАГНОЗ

В книге «Дифференциальная диагностика внутренних болезней» известный немецкий ученый Р. Хегглин (Robert Hegglin) указывает: «Важность анамнеза никогда нельзя переоценить. В кабинете врача диагноз устанавливается по данным анамнеза более чем в 50% случаев».

Н.А. Мухин и В.С. Моисеев (2017) сообщают, что «специальные исследования (проведенные с целью выяснения значимости анамнеза на современном этапе врачевания) показали, что в терапевтических отделениях диагноз в 80% (!) случаях устанавливается уже на этапе расспроса, с которого обычно начинается обследование больного».

Лишь у 15–20% пациентов для постановки диагноза требуется углубленное лабораторное и инструментальное исследование.

Что же придает анамнезу такую значимость?

- ▶ Во-первых. Все данные, полученные при помощи анамнеза, так же достоверны, как и данные объективного метода исследования, а при расспросе врач изучает пациента наиболее полно и всесторонне.
- ▶ Во-вторых. Нередко пациент обращается к врачу в начальный период развития заболевания — в так называемой функциональной стадии, когда объективно диагностировать патологию не всегда удается.



Рис. 4.1. Приступ бронхиальной астмы

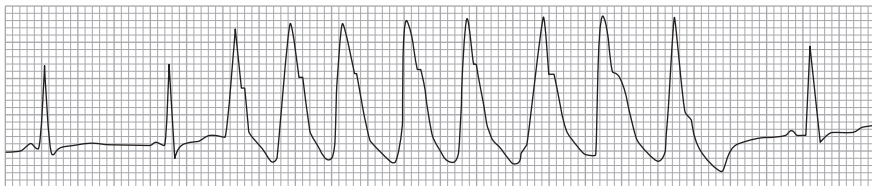


Рис. 4.2. Приступ пароксизмальной тахикардии (электрокардиограмма, одноканальная запись)

- ▶ В-третьих. Иногда только анамнез (или анамнез в большой степени) позволяет решить вопросы диагностики даже в случае развитого заболевания, но имеющего длительные ремиссии (например, межприступный период бронхиальной астмы (**рис. 4.1**), описание приступов феохромоцитомы, приступов пароксизмальной тахикардии (**рис. 4.2**), в том числе при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта, WPW (комментарий 1), а также при исходах заболеваний, общих для некоторых из них, например решение вопроса о природе кардиосклероза (ревматизм или атеросклероз?), а иногда неясных даже при вскрытии [сморщенная почка — гипертоническая болезнь (ГБ) или хронический гломерулонефрит?]).
- ▶ В-четвертых. Некоторые важные для диагностики симптомы выясняются только из собираемого анамнеза (Р. Хегглин):
 - жажда;
 - отсутствие аппетита;
 - слабость;
 - бессонница (лат. *insomnia*);
 - сонливость (лат. *somnolentia*);
 - зуд;
 - головные боли;
 - сердцебиение;
 - тошнота и др.;
 - наличие только субфебрильной температуры тела.

4.2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

По каждому важному для диагностики симптому и признаку представлены следующие клинические примеры.

Клинический пример № 1 (по ситуации «Приступы пароксизмальной тахикардии»)

В рабочей обстановке, в фотоателье, за медицинской помощью с просьбой проконсультировать ее, ко мне (проф. В.Н. Ослопову)¹ обратилась Ж., женщина 50 лет. Пациентка жаловалась на приступы сердцебиения (тахикардии). Приступы беспокоили ее несколько лет. Сердцебиение возникало 1 раз в 2–3 мес, начиналось и заканчивалось внезапно, иногда приступы провоцировались позой пациентки — наклонами вперед. Приступы длительностью несколько часов изматывали пациентку. Она вызывала скорую помощь во время приступа, но врачи приезжали, когда приступы уже проходили самостоятельно. При разговоре был предложен пациентке «ресторанный» способ (вагусная проба) купирования пароксизма — нажать пальцем на корень языка и вызвать рвотный рефлекс, что купирует пароксизм суправентрикулярной тахикардии. Пациентка впервые за несколько лет получила возможность быстро остановить пароксизм. Женщина была направлена в специальное аритмологическое отделение, но спровоцировать пароксизм не удалось. Стандартная электрокардиография (ЭКГ) была без особенностей. Пациентка начала (случайно?) принимать ингибитор If-каналов ивабрадин (Кораксан[®]) по 50 мг 2 раза в сутки, и пароксизмы прекратились. При уменьшении дозы до 50 мг 1 раз в сутки пароксизмы возобновлялись.

Таким образом, несмотря на то что пациентка Ж. много лет страдала пароксизмальной тахикардией, случилось так, что во время пароксизма ее ни разу не осматривал врач и ни разу не была зафиксирована при ЭКГ-исследовании пароксизмальная тахикардия. Попытка вызвать тахикардию в аритмологическом отделении не удалась, тахикардия не возникла.

Тем не менее пациентке поставили диагноз пароксизмальной тахикардии, и она стала принимать лекарственную терапию. Пациентка обучена оказанию самопомощи по купированию приступа тахикардии.

Важно подчеркнуть, что во всей этой истории главным и единственным фактором (симптомом) была жалоба пациентки на возникновение приступов сердцебиения (тахикардии).

Клинический пример № 2 (по ситуации «Приступы пароксизмальной тахикардии»)

Пациентка Г., 30 лет, многие годы страдала постоянно-возвратной формой наджелудочковой тахикардии, которая никогда не прекраща-

¹ В дальнейших клинических примерах, где повествование идет от первого лица, беседу проводил проф. В.Н. Ослопов.

лась. Она так и жила в бесконечном чередовании ритмов — синусового с частотой сердечных сокращений (ЧСС) ≈ 70 в минуту и тахикардического с ЧСС ≈ 150 в минуту и жаловалась на эту своеобразную тахикардию. Пациентка Г. обратилась ко мне в 1970-е годы. Аритмологическая служба в Республике Татарстан еще не была налажена, я направил ее в Прибалтику, и проф. Бредикис, применив абляцию, радикально устранил нарушение ритма, многие годы мучившее пациентку.

- ▶ Жажда.
- ▶ Отсутствие аппетита.
- ▶ Слабость

Клинический пример № 3 (по ситуации «Слабость»)

Пациент, 78 лет, пришел на прием в поликлинику в связи с плановой диспансеризацией. На приеме жалоб не было. При выполнении ЭКГ были обнаружены признаки переносимого субэндокардиального инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка. При расспросе пациента выяснилось, что около недели тому назад он немотивированно почувствовал общую слабость, которая длилась несколько дней. Пациент не придавал слабости особого значения, решив, что это возрастное, и за медицинской помощью не обращался. Таким образом, инфаркт миокарда у пациента 78 лет клинически проявился лишь общей слабостью (это наблюдают иногда у пожилых пациентов, у страдающих сахарным диабетом). В данном случае о слабости узнали ретроспективно, после получения данных ЭКГ; в других подобных случаях пациенты, переносящие инфаркт миокарда, могут прийти в поликлинику с одной жалобой на внезапно возникшую слабость.

- ▶ Бессонница

Клинический пример № 4 (по ситуации «Бессонница»)

Мужчина, 60 лет, директор сельской школы, учитель математики, обратился с единственной жалобой на бессонницу, которая была у пациента в течение полугода. В анамнезе — частое употребление алкоголя, однако лабораторных признаков поражения печени не было. Пациент даже был госпитализирован в психиатрическую больницу, в терапевтическое отделение. При обследовании обнаружили опухоль толстой кишки. После удаления опухоли бессонница исчезла. Таким образом, бессонница долгое время была единственным клиническим проявлением онкологического заболевания — опухоли толстой кишки.

- ▶ Сонливость.
- ▶ Зуд

Клинический пример № 5 (по ситуации «Зуд»)

Некоторые пациенты с лимфогранулематозом (болезнью Ходжкина) испытывают сильный зуд кожи. Ощущение такое сильное, что для его подавления пациенты бросаются в холодные воды океана.

- ▶ Головные боли

Клинический пример № 6 (по ситуации «Головные боли»)

На протяжении многих лет обучения в медицинском институте студентка жаловалась на головные боли и нередко пропускала занятия. В связи с тем, что она была дочерью высокопоставленного чиновника, ее товарищи считали, что она просто пренебрегает занятиями, и ей все сходит с рук. Она не обследовалась. Вскоре после окончания медицинского института, уже работая врачом-кардиологом в поликлинике, она внезапно умерла, осматривая пациента на приеме. На вскрытии была обнаружена разорвавшаяся аневризма одного из сосудов мозга.

- ▶ Сердцебиение.
- ▶ Тошнота

Клинический пример № 7 (по ситуации «Сердцебиение»)

На амбулаторном приеме обратился пациент В., 45 лет, с жалобой на сердцебиение — на то, что он стал ощущать биение своего сердца после того, как неделю назад упал с невысокой лестницы, ударившись о пол левой половиной тела. Сердцебиение беспокоило и, по его словам, было результатом падения, проявлением изменений со стороны сердца, признаком «повреждения» сердца. При объективном исследовании патологии не было выявлено. Геморрагий на теле не было. Тоны сердца ясные, число сердечных сокращений — 70 в минуту, артериальное давление (АД) — 120/80 мм рт.ст., ЭКГ и эхокардиография (ЭхоКГ) без патологии.

Приведем мнение А.В. Шпектора и Е.Ю. Васильевой (2008) по поводу жалобы на сердцебиение: «Сердцебиение — одна из самых частых жалоб, с которыми приходят к кардиологу. Однако прежде всего необходимо выяснить, что больной понимает под этим словом. Оказывается, что чаще всего сердцебиением пациенты называют просто ощущение

ние необычно сильных ударов сердца без их существенного учащения. В подавляющем большинстве случаев подобная жалоба является чисто невротической. Значительно большее диагностическое значение имеет учащенное сердцебиение, которое свидетельствуют либо о синусовой, либо об эктопической тахикардии. Чтобы отличить эти состояния друг от друга, необходимо расспросить больного о том, как приступ начинался и заканчивался. Плавное, постепенное начало и окончание приступа характерно для синусовой тахикардии, тогда как резкое, “ударом” — для эктопической».

У пациента В. было просто ощущение сильных ударов сердца без учащения ударов. Это проявление кардионевроза как результат испуга пациента после травмы.

▶ Субфебрильная температура тела

Клинический пример № 8 (по ситуации «Субфебрильная температура тела»)

К врачу обратился студент с жалобой на субфебрильную температуру тела. Температуру тела в пределах 37,2–37,4 °С он чувствовал в течение нескольких лет, что, однако, не мешало ему успешно учиться. При обследовании никакой соматической патологии выявлено не было, был поставлен диагноз вегетососудистой дистонии и диэнцефальный синдром.

4.3. ЗНАЧИМОСТЬ АНАМНЕЗА

Анамнез имеет значение не только для диагностики как таковой, но и для профилактики заболевания, ибо при обследовании пациента только через анамнез удастся изучить **личность** пациента, установить **социальные факторы**, определить экзогенные **вредности** и тем самым реально решать профилактические задачи.

Следует помнить, что для того, чтобы анамнез действительно имел то значение для диагностики, лечения и профилактики заболевания, которое ему придавали основоположники медицины, он должен быть собран **методически правильно**, проведен **тщательно**, с акцентом внимания на те моменты в каждом из его разделов, которые имеют определяющее **значение при данном заболевании у данного пациента**.

Нередко отсутствие правила требовать от самого себя тут же, не отходя от пациента, ясных ответов на все вопросы (вплоть до диагноза) приводит к общей расхлябанности: врач, осмотрев пациента первый раз кое-как, для общего представления, отойдет от него без ясной гипотезы

и без диагноза. Затем у врача может не хватить времени, или он будет думать, что пациент уже осмотрен, а за это время с пациентом могут произойти какие-либо изменения.

Совершенно недопустимо, чтобы врач не знал совершенно точно и подробно анамнеза или всех данных объективного исследования после первого же осмотра пациента.

Это одна из причин, которая может привести к ошибке.

В большинстве случаев уже анамнез определенно указывает на то направление, в котором должно вестись дальнейшее клиническое исследование, в некоторых же случаях анамнез приобретает решающее значение и сам по себе. «Чем опытнее врач, тем больше он выносит из анамнеза» считает Р. Хегглин.

Важно, что анамнез позволяет охватить жизнь пациента во всей полноте (приложение 1).

Часто респрос прямо дает указания на **этиологический** или **патогенетический** момент, вызвавший определенное заболевание.

Справедливость этого тезиса доказывается и всем многовековым опытом практической медицины — ведь врачи тысячами сопоставляли жалобы пациентов, их ощущения с теми морфологическими находками, физическими изменениями в организме, которые возникали при различных заболеваниях.

Этот опыт постоянно накапливался, и впоследствии врачи выявляли четко очерченные симптомы, синдромы, свойственные тем или иным заболеваниям, а затем смогли описать **типичные**, часто встречающиеся, и **атипичные**, редко встречающиеся, клинические картины заболеваний.

Немаловажную роль в практике описания клинической картины заболеваний играли героические опыты на самих себе прославленных русских и зарубежных врачей-исследователей, фиксировавших свои ощущения при известных или изучаемых патологических состояниях, иногда даже вплоть до самой смерти!

Так, известны подвиги медиков, производивших опыты на себе: И.В. Мамонтова, А.Л. Берлина, И.А. Деминского и др. — в борьбе с чумой, Т.Н. Минх — в борьбе с тифом, японец Ногучи (Noguchi) и американец Лэзир (Lazear) — в борьбе с желтой лихорадкой и т.д.¹

¹ В то же время большой авторитет и высокая репутация ученого, сделавшего ошибочное исследование, могли на какое-то время затормозить развитие науки. Так произошло с одним из самых выдающихся ученых и хирургов XVIII в. шотландцем Джоном Хантером (John Hunter, 1728–1793).

Следует подчеркнуть, что разработка такого метода исследования, как метод расспроса пациента, получила свое наивысшее развитие благодаря работам представителей отечественной медицины.

Это произошло потому, что отечественная медицина всегда стояла на материалистических позициях, позициях нервизма, использовала проверенную жизнью диалектику теории познания.

Проф. М.В. Черноруцкий в 50-х годах XX в. в учебнике «Диагностика внутренних болезней» (1954) по этому поводу писал: «В настоящее время в свете учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности метод расспроса приобретает строго научное обоснование, и перед ним открываются новые возможности. Уясняется и углубляется значение слова как средства взаимного общения врача и больного человека, как средства воздействия врача на больного, как реального и могущественного условного раздражителя, как возможно болезнетворного и мощного лечебного фактора. Осознание же неразрывного диалектического единства языка и мышления обязывает врача и помогает ему подходить к больному человеку как к целостной личности, во всех его многосложных взаимоотношениях и взаимодействиях с окружающей средой и обществом».

Таким образом, многовековой опыт практической медицины, фундаментальные труды физиологов, разработки философов составили ту основу, которая позволяет считать анамнез объективным по сути и научным по глубине познания методом исследования.

Хантер считал, что сифилис и гонорея вызываются одним и тем же возбудителем. Он, следуя традициям врачей своего времени, даже провел опыт на себе, сделав себе прививку гонореи иглой, которая уже была заражена сифилисом, о чем он не знал. Когда Хантер заболел обоими заболеваниями, он посчитал свою ошибочную теорию верной, а из-за его высокой репутации развитие истинных знаний об этих заболеваниях затормозилось.

В клинике внутренних заболеваний имя Хантера (Гунтера) ассоциируется с изменением языка при V_{12} -фолиеводефицитной анемии (так называемый гунтеровский глоссит, или кардинальский язык). Язык ярко-красный, лакированный, со сглаженными сосочками.