

Обзоры литературы

<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-2-70-73>

УДК 616.1/4-071.1-08:615.2

В.А. Добрых¹, Т.П. Мамровская^{1,2}, Т.К. Тен¹, И.В. Уварова¹, О.А. Дьяченко¹, А.М. Макаревич²

НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (ЛЕКЦИЯ)

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²301 Военный клинический госпиталь МО РФ,
680028, ул. Серышева, 1а, тел. 8-(4212)-39-76-30, г. Хабаровск

Резюме

В предлагаемой лекции на основании личного опыта авторов и данных литературы изложены некоторые общие принципы ведения пациентов с патологией внутренних органов, составляющие основу «клинического мышления».

Ключевые слова: непосредственное исследование пациента, общие принципы диагностики, правила фармакотерапии.

V.A. Dobrykh¹, T.P. Mamrovskaya^{1,2}, T.K. Ten², I.V. Uvarova¹, O.A. Dyachenko¹, A.M. Makarevich

SOME GENERAL ISSUES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DISEASES OF INTERNAL ORGANS (LECTURE)

¹Far Eastern State Medical University;
²301 Military Clinical Hospital, Khabarovsk

Abstract

In the presented lecture, based on the personal experience of the authors and literature data, some general principles of managing patients with pathology of internal organs, which form the basis of «clinical thinking», are outlined.

Key words: direct examination of the patient, general principles of diagnostics, rules of pharmacotherapy.

Наблюдаемое в последние годы стремительное внедрение в практическую медицину новых диагностических и лечебно-профилактических методов параллельно с организационной перестройкой системы здравоохранения несут с собой как очевидную пользу, так и ряд серьезных издержек. Все чаще врач интернист вынужден оперировать немедицинскими терминами «технологии», «оптимизации», «стандартизации», «экономической эффективности» и т.д. Традиционное для отечественной медицины понятие «клинического мышления», как фундамента практического врачевания, по существу, выведено из лексикона современных руководств и клинических рекомендаций по внутренней медицине. Персонифицированный подход к пациенту, как правило, лишь декларируется. Разрабатываемые «фенотипы» и «эндотипы» болезней основываются авторами на отдельных изолированных генетических признаках без рекомендаций конкрет-

ного учета индивидуальных психологических и социальных аспектов заболевания. Современное медицинское образование, как правило, проходит мимо случаев болезни, не вписывающихся в стандартные лечебно-диагностические парадигмы. «Штучный подход» к «трудному» пациенту практикуется лишь в редких случаях отдельными специалистами. Формализация, максимальное упрощение и низкое качество непосредственного исследования пациентов неизбежно приводит к большому числу диагностических ошибок. На основании собственного опыта мы с печалью констатируем, например, что перкуссия и аускультация органов грудной клетки в последние годы по существу негласно выведены рядом лечебных учреждений из числа обязательных диагностически значимых методов исследования. Эти базовые для интерниста методы выполняются большинством практикующих врачей некачественно с большим числом ошибок методики и



интерпретации полученных данных. Без результатов лучевой и функциональной диагностики большинство врачей не в состоянии диагностировать многие даже очевидные признаки патологических изменений респираторной и сердечнососудистой систем, хотя актуальность их раннего распознавания не требует доказательств.

В предлагаемой лекции на основании своего многолетнего опыта и данных литературы с использованием конкретных примеров мы хотим напомнить некоторые важные общие положения лечебно-диагностической тактики ведения пациентов с патологией внутренних органов.

Опрос и непосредственное исследование пациента способны дать максимальную диагностическую информацию только при наличии реальной заинтересованности врача в правильном диагнозе, внимательности и соблюдении последовательности квалифицированно выполняемых действий. Перфекционизм на этом этапе исследования должен быть максимальным.

При опросе пациента следует понять подлинную цель его обращения за медицинской помощью именно в данное время. В случаях затруднения в установлении диагноза на любом этапе обследования полезно вновь возвращаться к деталям жалоб и анамнеза.

У пациента средних лет, городского жителя, ведущего здоровый образ жизни, диагностированы возникшие без видимых причин двухсторонние очаговые и инфильтративные изменения в легких сопровождающиеся лихорадкой и кашлем. Только дополнительный целенаправленный опрос позволил установить, что пациент вместе с родственниками недавно построил в пригороде курятник нового образца и регулярно контактирует с этого времени с экскрементами кур. Рекомендованное полное прекращение этих контактов в связи с предполагаемым диагнозом гиперчувствительного пневмонита и проведение курса терапии глюкокортикоидами привело к полному выздоровлению.

Максимально полный и внимательный **осмотр** кожи и слизистых оболочек пациента также может быть решающим фактором правильной диагностики.

У 64-летнего пенсионера, не имеющего вредных привычек, без видимых причин появились боли в грудной клетке и одышка. В плевральной полости было обнаружено небольшое скопление жидкости, имевшей геморрагический характер. Дополнительный внешний осмотр выявил на коже грудной клетки папулу диаметром 1-1,5 мм. Больной объяснил ее появление тем, что, будучи на даче, упал и поцарапался о колючую проволоку. Диагноз травматического гемоторакса был подтвержден дальнейшим наблюдением за пациентом.

В другом случае только в результате полного осмотра кожи больной нам удалось в качестве причины неясной лихорадки диагностировать субъективно бессимптомно (!) протекающий постинъекционный абсцесс ягодичной области.

Качественно выполненные **пальпация, перкуссия, аускультация** органов грудной и брюшной полостей и верная оценка полученных данных возможны только

при соответствующей мотивации и квалификации врача, наличии времени для обследования, тишины, комфортной температуры воздуха в помещении и т. д.

Важным условием успешности диагностической работы является постоянная заинтересованная учеба и легкий доступ к нужной информации. Не надо стесняться пользоваться «подсказками» в присутствии пациента.

Помимо специальной для общего развития полезно использовать научно-популярную литературу.

На научно-практических конференциях основные положения сообщений следует фиксировать. Наряду с лечебной работой – по возможности преподавать предмет своей специальности – это прекрасный способ повысить свою профессиональную квалификацию.

Установление правильного предварительного диагноза затрудняется нередко тем, что: 1) клиническая картина неполная или атипичная. В этой ситуации надо в большей мере ориентироваться на наличие хотя бы части характерных для определенного заболевания симптомов, чем на отсутствие других типичных симптомов; 2) подходящий диагноз не приходит в голову, так как обращая внимание на «яркие» признаки, мы склонны не замечать неброские, или неприятные явления (бытовое насилие, пьянство, наркоманию, гомосексуализм); 3) больной из страха или стыда скрывает либо отрицает симптомы – умалчивает о психологически неприятных для него признаках заболевания, фактах алкогольной, наркотической, игровой зависимости, венерических болезней.

Частым симптомом, трудным для интерпретации, является неясная лихорадка, в основе которой преимущественно лежат:

- 1) локализованная инфекция (например, туберкулез, в том числе, внелегочный, инфекции полости рта и ЛОР-органов);
- 2) лекарственная аллергия, косвенная диагностика которой возможна путем временной отмены всех принимаемых пациентом лекарств;
- 3) неочевидный иммунодефицит, скрываемая ВИЧ-инфекция;
- 4) не диагностированные или утаиваемые инфекционно-воспалительные заболевания половых органов.

Когда неясные симптомы отмечаются одновременно в нескольких системах организма – следует искать либо внешние причины (лекарства, токсические вещества), либо наличие редкого заболевания.

Полиорганность поражения внутренних органов чаще всего объясняется:

- лекарственной болезнью;
- хроническим отравлением при профессиональном или другом контакте с потенциально опасными химическими веществами (в том числе, и алкоголизмом);
- криптогенным системным заболеванием внутренних органов или соединительной ткани;
- редкой болезнью.

Знание и использование определенных общих принципов в диагностике заменяет знание некоторых фактов и имеет сугубо практическое значение (напри-

мер, принцип обязательности тщательного непосредственного исследования пациента).

Мы напоминаем о необходимости критичного отношения к мнению консультантов клиницистов (в том числе, титулованных, «авторитетных») и параклинических специалистов (по лучевой, функциональной, лабораторной диагностике, морфологии). Особенно не следует слепо доверять хирургам, которые не всегда являются хорошими диагностами, но часто категоричны. Так называемые гипнотические ошибки возникают, когда некритично воспринимается мнение специалистов из ведущих отечественных или иностранных медицинских центров.

Рассказ знакомого врача: *«Утро, зарядка. Жена: «Что это у тебя?» На правом плече нащупываю уплотнение, в зеркале – темное пятно диаметром больше сантиметра. Меланома??!! Смотрит жена: «На корочку похоже. Может, ободрался где, вон в пятнищу пьяный пришел». – «Да какой пьяный?». «Такой! ... иди, обследуйся». Бегом на кафедру дерматологии. Подвел профессор ближе к свету, потрогал: «Можно жидким азотом, а лучше оперативно удалить, гистологию сделать». Специальная лупа, онколог с тридцатилетним стажем: «Опухоль похоже доброкачественная ... шов будет сантиметра 4... приходите в понедельник... новокаин переносите?...». Через день под душем цап рукой – нет болячки! Смотрю: исчезло пятно... чистая кожа. Ссадина, значит, была, корочка отпала. Пора с выпивом завязывать!».*

При оценке результатов лабораторных и инструментальных исследований следует учитывать относительность существующих границ нормы (статистически в 5 % случаев не истинных), проблему неожиданного результата, резко выходящего за пределы предполагаемых значений. Следует знать пороги критических уровней лабораторных показателей, при которых требуются немедленные лечебные действия (например, снижение уровня глюкозы крови менее 4 ммоль/л). Необходимо иметь представления о чувствительности и специфичности применяемых диагностических тестов (например, о тактике действий терапевта и кардиолога при смещении ST на ЭКГ относительно изолинии на 1 и 2 мм). В подобных ситуациях врачу надо ориентироваться на диагностические алгоритмы, изложенные в современных клинических рекомендациях.

Общие правила нозологической диагностики

Чаще встречаются частые болезни. «Когда слышен стук копыт – это скорее лошадь, а не зебра». Обязательно следует учитывать эпидемическую ситуацию (грипп, коронавирус). Чаще встречается атипичное течение обычных болезней, чем редкие заболевания.

Правило Оккама в диагностике – ограничиваться минимальным количеством возможных причин заболевания, в идеале – одной причиной, объясняющей имеющуюся клинику. Это правило не универсально.

У длительно курящего 75-летнего пациента после перенесенного обширного инфаркта миокарда прогрессирует одышка и кашель. Лечение предполагаемой с позиции одного заболевания левожелудочковой сердечной недостаточности не дает эффекта. Эндоско-

пически выявлено второе заболевание – распространенный бронхогенный рак.

Туберкулез, рак, СПИД, болезнь Лайма, тромбоэмболия легочной артерии – наиболее частые причины заболеваний с неясной клиникой.

Время само по себе часто является мощным фактором правильной диагностики. Полезно использовать правило выжидания в течение двух недель, к которому можно прибегнуть, если у пациента нет явной угрозы развития опасного течения заболевания. Большинство часто встречающихся неясных симптомов (боли, диспепсия, кашель, парестезия, невысокая лихорадка и др.) в течение этого времени либо исчезают, либо (реже) трансформируются в клинически более очерченные заболевания с уже понятным диагнозом.

Пробное лечение является в некоторых случаях оптимальным диагностическим приемом. Эффект глюкокортикоидов при непонятном кашле позволяет, например, распознать бронхиальную астму, спастический характер болей в животе проявляется после положительного влияния спазмолитиков, эффект антибиотиков указывает на бактериальную природу заболевания и т. д.

Лечение

Во всех случаях обязательна рациональная психотерапия и проявление по отношению к пациенту поддержки, понимания, уважения и сочувствия.

Необходимо противодействовать возможному психологическому давлению больного или его родственников, попыткам манипулирования (Вы – моя последняя надежда...), навязывания чувства вины (Я Вам это уже говорила..., Вы что, не помните, что Вы мне обещали? и т. д.). Иногда пациенты пытаются использовать лечащего врача в своих отношениях с родственниками или с целью получения какой-либо выгоды.

Никогда нельзя забывать о необходимости хранения тайны больного, не осуждать, быть снисходительным, прощать, не мстить. «Врачебная деятельность может быть очень симпатичной, буде сам доктор не собакой». – А.П. Чехов.

Общей особенностью реакции на лечение является то, что в период обострения любая (!) терапия, как и ее отсутствие, может повлечь за собой улучшение состояния пациента.

Существуют 2 ошибочные тактики назначения лечения: авторитарная (вопреки мнению пациента ему навязывается жесткая схема приема препаратов и проведения процедур) и отстраненная, когда выбор препарата, продолжительность лечения, дозировка и т. д. как бы частично отдаются на откуп пациенту: «Ну, попейте что-нибудь из спазмолитиков». Иногда ответственные лечебно-тактические решения ошибочные (если не преступно) перекладываются на больного и его родственников: «Ну, Вы сами решайте, нужна ли Вам эта операция, это же Ваше здоровье».

Из вышесказанного следует, что все детали лечения должны быть согласованы с пациентом и одобрены им. Неудачи лечения чаще всего связаны с невыполнением рекомендаций из-за отсутствия между участниками лечебного процесса партнерских отношений. Необходимо помнить, что в амбула-



торных условиях пациент длительно реально может максимально принимать одновременно не более 4-5 медикаментов (процедур).

Безусловно, пациенту следует постоянно рекомендовать здоровый образ жизни, в том числе и собственным примером, проявлять настойчивость в борьбе с вредными привычками, физической пассивностью, неправильным питанием.

Эффективность физиотерапии при многих заболеваниях внутренних органов сомнительна и является следствием плацебо эффекта.

Физиотерапия в принципе противопоказана при острых воспалительных и онкологических заболеваниях. В то же время курортное лечение часто клинически эффективно за счет комплекса действующих факторов (в том числе и психологических).

Общие правила фармакотерапии

1. Лечить эффективно (!) главную болезнь или симптом (например, боль).

2. Лечить, а не обозначать лечение (*пациентке в стационаре длительное время не могут снизить артериальное давление, объясняя без конкретизации это тем, что ей уже назначено максимальное число гипотензивных препаратов (?)*).

3. Обеспечить пациенту максимальное удобство в приеме лекарств (использование пролонгированных

таблеток или средств местного действия с минимально возможной частотой применения).

4. Знать и при необходимости применять дешевые аналоги дорогих лекарств (например, белладонна и гидрокарбонат натрия при обострении язвенной болезни).

5. Поощрять разумное самолечение.

6. Лекарственная терапия при удовлетворительном состоянии должна быть осторожной, а при тяжелом, кризисном – активной с разумным варьированием доз. Следовать правилу «осторожной решительности».

7. При аллергии нужна терапия, соразмерная ее тяжести (*16-летнему подростку с аллергическим отеком нижней губы при удовлетворительном общем состоянии необоснованно внутривенно введен адреналин, спровоцировавший тяжелый симпто-адреналовый криз*).

Как правило, в лечении надо ориентироваться на универсальные рекомендации Леба:

1. Если то, что Вы делаете срабатывает – продолжайте делать.

2. Если то, что Вы делаете не срабатывает – перестаньте это делать.

3. Если Вы не знаете, что делать, не делайте ничего!

Литература

1. Блох А. Законы Мерфи для медиков (пер. с англ.). – 2003. – 240 с.

2. Дуков Л.Г. Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. – М.: Медицина, 1988. – 264 с.

3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1995. – 304 с.

4. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. – М.: Медицина, 1989. – 207 с.

5. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. – М.: Медицина, 2003. – 512 с.

6. Руководство по внутренним болезням. – М.: Медицина, 1998. – Т. 10. – 584 с.

7. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология (пер с англ.). – М.: Медиа Сфера, 1998. – 347 с.

8. Хунданов Л.Л. Раздумья врача. – М.: Сов. Россия, 1983. – 160 с.

Literature

1. Blokh A. Murphy's laws for physicians (transl. from English). – 2003. – 240 p.

2. Dukov L.G., Borokhov A.I. Diagnostic and therapeutic-tactical errors in pulmonology. – M.: Medicine, 1988. – 264 p.

3. Karvasarsky B.D. Psychotherapy. – M.: Medicine, 1995. – 304 p.

4. Leshchinsky L.A. Deontology in the practice of a therapist. – M.: Medicine, 1989. – 207 p.

5. Medik V.A. Morbidity of the population: history, current state and methodology of study. – M.: Medicine, 2003. – 512 p.

6. Manual on internal diseases. – M.: Medicine, 1998. – Vol. 10. – 584 p.

7. Fletcher R., Fletcher S., Wagner E. Clinical epidemiology (transl. from English). – M.: Media Sphere, 1998. – 347 p.

8. Khundanov L.L. Reflections of a physician. – M.: Sov. Russia, 1983. – 160 p.

Координаты для связи с авторами: Добрых Вячеслав Анатольевич – зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ДВГМУ, тел. +7-914-203-36-90, e-mail: sdobrykh@yandex.ru; Мамровская Татьяна Петровна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ДВГМУ, тел. +7-924-203-66-15, e-mail: tatyana mamrovskaya@gmail.com; Тен Татьяна Климентьевна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ДВГМУ, тел. +7-914-214-25-97, e-mail: tetakl2012@yandex.ru; Дьяченко Ольга Александровна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ДВГМУ, тел. +7-914-414-38-53, e-mail: medical89@mail.ru; Уварова Ирина Владимировна – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-32-83-46; Макаревич Андрей Михайлович – заместитель начальника ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, тел. +7-914-181-68-88, e-mail: makar-kha@yandex.ru.