

В.М. Нечаев

ПРОПЕДЕВТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

**Под общей редакцией
академика РАН В.Т. Ивашкина**

**УЧЕБНИК
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.52 «Лечебное дело» по дисциплине «Пропедевтика клинических дисциплин»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРЕДМЕТА. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДИАГНОСТИКИ. РОЛЬ И МЕСТО ПРОПЕДЕВТИКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ. ОСНОВЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

Пропедевтика клинических дисциплин представляет собою основы диагностики внутренних болезней. Этимологически термин «пропедевтика» происходит от греческого слова «*propaideuo*», что означает «предварительное обучение».

Целью пропедевтики клинических дисциплин является постановка синдромного диагноза, например, синдром очагового уплотнения лёгочной ткани, недостаточности кровообращения и прочее. Для достижения данной цели необходимо:

- *выявить симптомы* заболеваний, предварительно *овладев* основными и дополнительными *методами обследования* больного;
- сгруппировать выявленные симптомы в клинические синдромы, т.е. сформулировать синдромный диагноз (*клиническое мышление*);
- усвоить *основные правила профессионального общения* с больным, его родственниками и близкими, а также коллегами по работе.

Из этого следует, что пропедевтика прежде всего *практическая* дисциплина, научиться которой можно лишь у постели больного под руководством опытного наставника. Она является фундаментом современной клинической медицины, на котором покоятся основные принципы лечения внутренних болезней (*терапия*) и их прогноз.

Диагностика как совокупность знаний и навыков имеет свою историю. В Древнем мире и в Средние века преобладали *эмпирические* методы распознавания болезней (расспрос, осмотр, ощупывание, поколачивание), позволявшие выявить изменения температуры тела или отдельных его частей, локальную болезненность, отёчность и т.д. Трактовка выявленных такими способами симптомов осуществлялась в соответствии с господствующими в тот период религиозно-философскими представлениями о болезни. Но уже тогда врачеванием занимались профессионально подготовленные специалисты, группировавшиеся вокруг так называемых медицинских школ. Основателем наиболее известной из них считается величайший врач Античности Гиппократ (460–377 гг. до н.э.), внедривший в широкую врачебную практику такие диагностические методы, как динамическое наблюдение за течением заболевания, зондирование, осмотр матки и прямой кишки с помощью зеркал. Следует подчеркнуть, что важнейшим в диагностике Гиппократ считал *целостный* (системный) *подход* («благополучие части зависит от целого»). В Древнем Китае и Тибете большое развитие получил метод распознавания заболеваний, основанный на изучении артериального пульса и органолептических свойств некоторых биологических жидкостей (слюна, моча, кровь).

В эпоху Возрождения и Новое время в связи с развитием базисных наук начинают применяться *инструментальные* диагностические методы: взвешивание, гигрометрия (С. Санторио), термометрия (де Гаен), микроскопия (ван Левенгук).

Мощнейший импульс к развитию диагностика получила после открытия рентгеновских лучей, изобретения электрокардиографа Эйндрховеном и усовершенствования микроскопа. С этого момента в ней начинает преобладать лабораторно-инструментальная составляющая, появляются новые разделы: рентгеносемиотика, клиническая электрокардиография и т.д. В последние десятилетия повсеместное распространение получили ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, фиброволоконная эндоскопия, радиоизотопное сканирование. Без сомнения, эти современные методы позволяют распознать болезнь намного раньше и точнее. В то же время в диагностический процесс вовлекается все большее число узких специалистов, а сам он дробится на ряд этапов. Увеличивается информационная наполненность диагноза, который становится *коллегиальным*.

Становление и развитие русской клинической школы тесно связано с именами М.Я. Мудрова, С.П. Боткина, В.П. Образцова, Н.Д. Стражеско, Г.Ф. Ланга.

- *Матвей Яковлевич Мудров* (1776–1831) широко использовал опрос больного, создал схему истории болезни. В своей дея-

тельности он руководствовался правилом «лечить не болезнь, а больного», т.е. ратовал за индивидуальный подход к пациенту.

- *Сергей Петрович Боткин* (1832–1889) является одним из основоположников научной (экспериментальной) медицины. В своей практике он широко применял инструментальные методы исследования больных. С.П. Боткин впервые прижизненно диагностировал тромбоз воротной вены, предложил аускультативную точку для выслушивания шума недостаточности аортального клапана, описал протодиастолический шум при стенозе левого венозного отверстия.
- *Василий Пармёнович Образцов* (1849–1920) создал методику глубокой пальпации органов брюшной полости, разработал непосредственную перкуссию органов грудной и брюшной полости, а также непосредственную аускультацию сердца.
- *Николай Дмитриевич Стражеско* (1876–1952) внес большой вклад в исследование органов пищеварительной и сердечно-сосудистой систем. Он описал резкое усиление I тона на верхушке сердца при полной атриовентрикулярной блокаде («пушечный тон» Стражеско), разрабатывал вопросы патогенеза, классификации и лечения недостаточности кровообращения, а также ревматизма и затяжного септического эндокардита.
- *Георгий Федорович Ланг* (1875–1948) исследовал вопросы функциональной диагностики в кардиологии, создал учение о гипертонической болезни как отдельном заболевании, разработал детальную классификацию заболеваний сердечно-сосудистой системы и печени.
- *Владимир Харитонович Василенко* (1897–1987) активно занимался вопросами кардиологии, изучал механизмы образования тонов сердца, их раздвоения, ритма галопа (впервые в мире был описан IV тон), клинические формы сердечной недостаточности. Исследования по недостаточности кровообращения легли в основу ее классификации, созданной Василенко вместе с Н.Д. Стражеско. В.Х. Василенко внес большой вклад в развитие гастроэнтерологии (злокачественные новообразования органов пищеварения, патология пищевода и язвенная болезнь).

Характер лечебно-диагностической работы предъявляет к врачу целый ряд морально-этических требований, регламентируемых *врачебной деонтологией* (от греч. *deontos* — должное, *logos* — учение). Этот термин впервые был предложен английским философом Иеремией Бентамом в начале XIX в. для обозначения науки о профессиональном поведении.

Профессионализм клинициста определяется не только уровнем его подготовки, но и личностными качествами (нравственный облик, профессиональный долг, отношение к больному, милосердие). В целом основные вопросы врачебной деонтологии впервые обобщены в *клятве Гиппократа*, состоящей из трех разделов — обязанности врача по отношению к больному, обязанности больного по отношению к врачу и обязанности врача по отношению к своему учителю. Деонтологическая модель Гиппократа базируется на принципе «не навреди». Патерналистская (от лат. *pater* — отец) модель Парацельса (1493–1541) покоится на правиле «делай добро». При этом отношения «врач — больной» рассматриваются в духе наставничества и послушания соответственно.

Современная деонтологическая модель основана на идее *партнерства*, состоящей из трех основных принципов:

- *соблюдения долга*, т.е. строгого выполнения моральных предписаний и правил, установленных медицинским сообществом и обществом для обязательного исполнения, несоблюдение которых ведет к дисциплинарным взысканиям или исключению из врачебного сословия;
- *уважения прав и достоинства человека* (в частности, права выбора);
- *информированного согласия*, под которым понимается *добровольное* принятие пациентом курса лечения после предоставления врачом адекватной информации *о характере и целях предлагаемого ему лечения, о связанном с ним существенном риске, о возможных альтернативах данному виду лечения.*

Понятие альтернативы предложенному лечению является крайне важным. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но *окончательное решение принимает пациент*. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, даже если этой целью является здоровье.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: *характер, серьезность, вероятность и внезапность его реализации.*

Принцип информированного согласия налагает на врача особую моральную и юридическую ответственность — как и в каком объеме информировать пациента? На Западе в условиях «правовой медицины» все большую популярность приобретает понятие «субъективный стандарт информирования», согласно которому врачи обязаны максимально адаптировать информацию к личностным особенностям и интересам данного конкретного больного. При этом крайне остро встает проблема адекватного понимания паци-

ентом полученной информации, а также достижения согласия по поводу лечения.

Добровольность — принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Она предполагает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз при принятии решения пациентом. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими больными. В связи с этим можно говорить о пересмотре некоторых моральных оценок и требований в медицинской практике, т.е. об отходе от принципа Парацельса. Правда, пусть жестокая, сегодня получает приоритет в западной правовой медицине. В ряде случаев «ложь во благо» может иметь для врача отрицательные последствия.

Таким образом, принятие деонтологической модели партнерства и доктрины информированного согласия, в частности, означает пересмотр целей современной медицины. Ранее такой целью считалась *забота о здоровье* пациента, что нередко сопровождалось ущемлением его свободы. Теперь же в качестве главной цели рассматривается *благополучие* пациента, а восстановление здоровья при этом есть один из составляющих элементов. Подобный подход логически вытекает из концепции либерализма, но оставляет без ответа целый ряд важных вопросов, например: является ли партнерство «врач — больной» равноправным, каковы его границы, насколько адекватно оценивает больной человек свое состояние?

Принцип добровольности в медицине имеет еще один крайне важный аспект — эвтаназию (от греч. *eivos* — хорошо, *thanatos* — смерть). Под этим понимается «сознательное действие или отказ от действий, приводящий к скорой и безболезненной смерти безнадежно больного человека с целью прекращения боли и страданий».

Американская медицинская ассоциация придерживается следующей классификации эвтаназии:

- медицинское решение о конце жизни (собственно эвтаназия, осуществляемая непосредственно врачом после информированного согласия пациента, а также ассистируемый врачом суицид, при котором врач лишь готовит смертельный препарат, который больной вводит себе сам);
- согласованный с больным отказ от продлевающих жизнь назначений.

Традиционно в большинстве стран на эвтаназию налагался и до сих пор налагается категорический запрет, поскольку она в корне противоречит христианской морали («жизнь — от Бога») и самому духу врачевания. Врач, совершивший активное или пассивное убийство своего больного, пусть даже из благих побуждений, перестает быть врачом! Однако за последнее десятилетие в Европе

(Англия, Бельгия, Германия) эвтаназия получила официальное разрешение по следующим соображениям:

- возможность прекратить невыносимые страдания больного посредством его добровольной смерти;
- высвободившиеся при этом медицинская аппаратура и лекарства могут быть с успехом использованы для лечения «перспективных» больных;
- «напрасные» затраты на поддержание жизни безнадежных больных ложатся непосильным бременем на экономику.

Исторический опыт свидетельствует, что подобная практика неизбежно приводит к катастрофическим последствиям не только для самой медицины, но и для общества в целом. В нашей стране эвтаназия запрещена.

Врачевание, как и любой иной вид профессиональной деятельности, в отдельных случаях может приводить к отрицательным последствиям (ятрогениям). Одной из причин ятрогений является субъективный фактор — врачебная ошибка и халатность. Врачебная ошибка есть добросовестное заблуждение, допущенное при лечении пациента и не содержащее признаков проступка или преступления. Халатность — преступное «неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства» (статья 293 УК Российской Федерации). Минимизация ошибок и недопущение халатности в своей работе есть первейшая обязанность врача.