

АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ – ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ МЕТОД РОССИЙСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Беляева В. С., Ефремов Л. И.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва

“Сегодня врач, отдавшийся на волю техники и идущий на поводу многочисленных, часто совсем не нужных исследований, перестает быть мыслящим медиком и нередко становится просто плохим врачом... Вместе с тем всегда стоит вопрос о том, как врач должен использовать медицинские приборы, аппараты, компьютеры, которые его окружают, и не потерять главного – человека, которыйверяет ему свою жизнь и здоровье.”

Б.В. Петровский

Истоки медицины, как и всей культуры, теряются в глубине веков. С VII столетия до нашей эры появляются документы о развитии врачевания.

Богом медицины считался Асклепий, и в течение последующего времени по всей Греции строились посвященные ему храмы и развивалась храмовая медицина. В храмы приезжали больные люди.

И. М. Кветной в своей книге «От Гиппократ до Хьюмтрена», вышедшей в 2001 г., приводит данное профессором истории медицины Йенского университета (Германия) Т. Мейер-Штейнегом описание обряда врачевания в древние времена: «Приток ищущих исцеления приобретал особенные размеры в праздничные дни, посвященные богу. Больные готовились к лечению при помощи различных религиозных церемоний, в состав их входили омовения, купание, молитвы, жертвоприношения, пост и т. п.; в то же самое время жрецы с помощью различных средств пытались создать почву для появления целебного действия божественной власти Асклепия. Эта подготовка состояла в созерцании и чтении мраморных дощечек, на которых описывались чудесные исцеления Асклепия. Раскопки в Эпидавре (древний город, где было много храмов, посвященных богу Асклепию. — Прим. авторов) дали нам большое число таких дощечек». На этих дощечках было записано, с какими жалобами пришел больной просить исцеления у бога и как тот исцелил его. Это был в известном смысле прообраз истории болезни. В России обязательное ведение историй болезни и сам термин «история болезни»

ввел в XVIII веке Павел Захарович Кондоиди — грек по происхождению, получивший степень доктора медицины в Лейденском университете, но практически всю жизнь проживший в России и сделавший очень много для развития отечественного медицинского образования. В течение десяти лет он был архиятром (директором) Медицинской канцелярии (органа, управлявшего медициной и здравоохранением в России).

В разработанной им инструкции для российских госпитальных (медицинских) школ П. З. Кондоиди писал: «Понеже весьма нужно потребно иметь быть, чтоб подлекари и достойные к произвождению ученики заблаговременно привыкали обстоятельно примечать болезней и обучались оные описать искусно... и записывать аккуратно наружный вид больного, его дыхание, пульс, урину, пот и прочие экскременты, действие и успех лекарств употребленных, случающиеся перемены и вновь припадки и что воспоследовать будет по выздоровлении от болезни до выпуска из госпиталя; ежели же больной умрет и тело анатомировано будет, то ему быть в самой близости к тому, кто анатомию творит, особливо и аккуратно ему показывать и толковать, что найдено будет против натурального, от чего причинилась болезнь и последовала смерть, что подлекарю или ученику записывать аккуратно и из того со всего составлять по своей возможности и искусству, на котором диалекте ему лучше и возможно на латинском или германском историю болезни и оную подавать госпитальному доктору для рассмотрения и поправления по настоящему медицинскому знанию». Однако хотя обязательное ведение историй болезни и было введено в России ещё в XVIII веке, тем не менее до начала XIX столетия профессора и преподаватели мало интересовались ведением историй болезни. Серьезное внимание на это впервые обратил профессор кафедры патологии и терапии Московского университета М. Я. Мудров. В. Н. Смотров пишет, что Мудров собственноручно написал для образца две истории болезни и вписал их в особую красную с золотым обрезом и украшениями сафьяновую книгу.

Относительно составлений историй болезни Мудров давал такие наставления: «История болезни должна иметь достоинства точного повествования о случившемся происшествии, поэтому она должна быть справедливой. В ней надлежит описанию только достоверные факты... о небывалых выдумывать не должно: для оправдания своего лечения, либо для утверждения какого-нибудь умозрения или системы. В истории болезни основные факты, из которых вытекает весь план лечения, должны быть изложены прежде всего и наиболее полно». С самых первых дней своей практики Мудров начал scrupulously записывать и собирать истории болезни. Они стали величайшим богатством Матвея Яковлевича. Современник Мудрова пишет: «Самые же лучшие и любопытнейшие произведения ума его и пера заключались в огромном собрании историй болезней всех до единого из больных, которых он пользовал в продолжении своей 22-летней московской практики. Таких историй, сокращенно и как бы иероглифическими знаками писанных на листках золотообрезанной бумаги по три вершка длины без малого и по два вершка ширины, собрано было у него более 40 томов, из коих многие имели толщину доброго лексикона. На каждой странице своей записной книжки Мудров записывал имена больных, которых посещал и которых надо было посетить. Имена тяжелобольных с трудным диагнозом им подчеркивались либо одной, либо двумя, либо тремя черточками в зависимости от того, как часто он должен был их посещать. В течение года тетрадки переплетались и вместе с годовой записной книжкой, на которой золотом печатался год работы, помещались в специальный шкаф. В этих тетрадях были подробные записи о диагнозе, особенностях течения болезней, о тех средствах, которые применялись для лечения, а также об их эффективности. Мудров мог в любой момент найти историю болезни того или иного больного, к которому ему приглашали, или найти способ лечения, которой использовался в данном конкретном случае. Нередко много лет спустя после первого посещения того или иного больного к Мудрову обращались с просьбой о том, чтобы отыскать в его книгах рецепт препарата, который помог в данном случае». Сам М. Я. Мудров в своем «Слове о способе учить и учиться медицине» писал: «...имею истории болезней всех моих больных. Все написаны моею рукой, писаны не дома, но при самых постелях больных. Сие сокровище для меня дороже всей моей библиотеки. Печатные книги везде можно найти, а истории болезни нигде. В 1812 г. все книги, составлявшие мое богатство и ученую роскошь, оставались здесь на расхищение неприятелю, но сей архив везде был со мною».

М. Я. Мудров был блестящим клиницистом. Он прекрасно понимал ценность доверительной беседы врача и пациента и поэтому разработал

и ввел в клинику системный расспрос больного, обосновав анамнестический метод исследования больного, разработал схему клинического обследования больного и ведение истории болезни. Мудров указывал, что «врач при опросе должен интересоваться всем, что имеет отношение к началу болезни. Затем врач должен пробежать все части тела больного, начиная с головы до ног, а именно первое всего надобно уловить наружный вид больного и положение его тела, а потом исследовать действия душевные, зависящие от мозга: состояние ума, тоску, сон; взглянуть в лицо его, глаза, лоб, щеки, рот и нос, на коих частях, как на картине, печатлеется и даже живописуется образ болезни. Надобно смотреть и осязать язык, как вывеску желудка; спросить о позыве к пище и питью и к каким именно; внимать звуку голоса и силе ответов; видеть и слышать дыхание груди его и вычислить соразмерность биения сердца и жил с дыханием; примениться к разному звуку кашля грудного, желудочно-го, простудного, воспалительного; надобно уметь осязать живот, все его внутренности и сопредельные ему части; исследовать состояние рук и ног, их силу и крепость, худобу и полноту, и по оным судить о силах жизненных; обратить внимание на кожу, сухость ее и влажность, теплоту и холод, цвет и сыпь; видеть и исследовать извержения, кровь, мокроты, желчь и прочее».

Мудров впервые разработал подробную схему клинического исследования больных и явился основоположником характерного для отечественной медицины анамнестического метода исследования больных. В дальнейшем этот метод был развит и усовершенствован его последователями А. И. Овером и в основном Г. А. Захарьиным.

Ученик Мудрова Александр Иванович Овер, сын французского эмигранта, в течение 22 лет возглавлял кафедру внутренних болезней в Московском университете. А. И. Овер был виртуозом в области диагностики. При исследовании больных он уделял большое внимание опросу и общему осмотру больного.

Зачастую он безошибочно ставил диагноз на основании общего вида больного, исследования его пульса, изучения состояния языка. Однажды в университетской клинике Харькова он подошел к больному, у которого диагноз ещё не был поставлен. Внимательно посмотрев на него, Овер сказал, что у того поражение поджелудочной железы. Через несколько дней на вскрытии у скончавшегося больного был обнаружен рак поджелудочной железы.

Ученик Овера Григорий Антонович Захарьин, возглавлявший кафедру внутренних болезней, развил анамнестический метод исследования больного, разработанный М. Я. Мудровым, и довел



расспрос больного до высоты искусства. В совершенстве владея данными современной ему медицины, не умаляя значения лабораторных и экспериментальных исследований, используя в клинике все имевшиеся в то время методы объективного исследования, Г. А. Захарьин основное внимание уделял непосредственному обследованию больного врачом и особенно сбору анамнеза и тщательному ведению истории болезни. М. Перфильев в своей монографии о клинической школе профессора Захарьина пишет: «Заслуга проф. Захарьина для русской медицины заключается между прочим в том, что он, если можно так выразиться, отстоял исследование расспросом, которое без него, пожалуй, затерялось бы под наплывом блестящих и остроумных физических методов исследования; и не только отстоял, но и дал лучший образец этого исследования».

Усовершенствованная им методика расспроса больных, введенная Мудровым, стала важнейшей характерной особенностью отечественной терапевтической школы.

Захарьин является основоположником функциональной диагностики в отечественной медицине.

Метод опроса больных Г. А. Захарьина освещает условия жизни больных на разных этапах, выявляет разнообразные вредные влияния внешней среды и реакцию организма на них, вскрывает малейшие функциональные нарушения и одновременно с этим придает большое значение и данным объективного исследования. По степени функциональных отклонений создается возможность установить глубину патологического процесса, так как зачастую нет параллелизма между функцией и морфологическим субстратом.

Опрос больных по Г. А. Захарьину рекомендуется начинать с выяснения жилищно-бытовых условий, поскольку он считал, что в центре внимания врача должны быть условия окружающей среды. Эти условия могут в той или иной степени влиять на организм или служить причиной болезни; это может помочь установить этиологию заболевания и соответственно назначить радикальное средство лечения. «Жилое и служебное помещение, обывание, одежда, дурные привычки и излишества, табак, чай и кофе, питье и пища, водка, выкидыши, умственная и физическая работа, отдых, ежедневное пребывание на воздухе и в помещении, сон» — вот далеко не полный перечень вопросов, который следовало, по мнению Г. А. Захарьина, задавать больному с целью управления причинной связью между его бытом, внешней средой и болезнью, которой он страдает. Г. А. Захарьин требовал при опросе строго придерживаться установленной схемы, чтобы с помощью этого опроса изучить состояние всего организма. Он считал, что «...если начинающий врач не усвоил себе метода, не убедился ещё в его необходимости — расспрашивает как попало, в од-

ном случае так, в другом иначе, увлекается первым впечатлением и, предположив на этом основании известную болезнь, надеется быстро решить дело, предложив больному несколько относящихся сюда вопросов, но не исчерпав расспросом состояние всего организма, то он легко может впасть в диагностическую ошибку и, поставив неправильный диагноз, соответственно и лечение назначить неадекватное».

Г. А. Захарьин писал: «Точный расспрос сразу может привести к полному распознаванию неправильностей, о которых идет речь... Этот же расспрос, — продолжал он, — дает самые ценные указания для терапии и ещё более важные для гигиены данной части организма».

При этом, указывал Г. А. Захарьин, «следует не только собирать сведения, но по возможности тотчас же и уяснять их, не только осведомляться о том, какие имеются болезненные явления, но и по возможности тотчас искать их причину...»

Захарьинский метод исследования охватывает все органы и системы: органы дыхания, кровообращения, все органы желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы. Большое внимание уделяется обмену веществ, исследованию системы кроветворения. Подробно оценивается нервно-эмоциональное состояние. После исследования настоящего состояния Г. А. Захарьин рекомендует начинать собирать анамнестические сведения о течении и проводившемся лечении выявленных в ходе расспроса отклонений от нормы. Выясняются также перенесенные ранее заболевания и состояние здоровья родителей и родных больного.

После опроса врач переходит к объективному исследованию: осмотр, пальпация органов, перкуссия, аускультация, анализ мочи, мокроты, кала, крови, измерение температуры тела и при необходимости специальные исследования органов зрения, слуха, гортани, мочевого пузыря. При этом Г. А. Захарьин не противопоставлял метод расспроса методу объективного исследования, считал их одинаково необходимыми и важными. Метод сбора анамнеза, разработанный Захарьиным, не был чисто субъективным. Он также отражал объективные данные и служил для изучения функционального состояния больного организма, выяснения конкретных причин болезни, наблюдения за ее течением и проверки правильности проводимого лечения и предсказания исхода болезни.

Сочетание этого разработанного Захарьиним метода опроса больного с методами объективного и физического исследования дает возможность наиболее успешной диагностики, лечения и прогноза заболевания.

В предисловии к английскому изданию клинических лекций Г. А. Захарьина А. Ровенский пишет:

«...хорошо известно, что одна и та же болезнь принимает различные формы у различных индивидуумов в зависимости от типа, хотя и схожего с другими в существенном. Необходимо поэтому ознакомиться с личностью больного как можно тщательнее, или, другими словами, необходимо индивидуализировать каждый отдельный случай. Систематическое исследование посредством расспроса, веденного согласно определенному методу, единственное средство, позволяющее нам получить верное и достойное доверия исследование характерных особенностей больного, которое не может быть достигнуто ни одним из предложенных нам так называемых физических способов исследования. Это часто дает нам возможность ясно определить этиологию болезни (расспрашиванием больного об условиях и образе жизни) и сильно поможет в достижении как общего, так и частного диагноза; это также часто снабдит нас ценным материалом для лечения. Этот метод расспроса ни в коем случае не механическое сопоставление различных факторов, из суммы которых посредством математического вывода составляется формула диагноза, наоборот, это «активное ощущение состояния ума», потому что в то время, как собираются факты, они классифицируются в уме расспрашивающего и диагноз развертывается, так что к тому времени, когда данные совершенно собраны, диагноз или формируется в уме, или уже легко сформулировался».

Захарин постоянно указывал на то, что необходимо оценивать влияние тех или иных обнаруживаемых местных патологических изменений на остальной организм и что в центре внимания врача должно стоять оказание больному активной и наиболее полезной помощи.

Мудров, Захарин и их последователи создали клиническое направление, которое в центр внимания ставило больного человека. Захарин, так же как и его предшественники (Зыбелин, Амбодик, Мудров, Дядьковский и др.), указывал, что подход к каждому больному должен быть строго индивидуальным, лечить надо не болезнь, а больного. Западноевропейская медицинская школа высоко ценила самобытный метод клинического обследования, созданный в России. Из Франции в Россию был командирован известный ученый и клиницист Юшар для изучения российского метода собирания анамнеза, созданного Мудровым и Захарыным, и их системы преподавания на медицинском факультете Московского университета. Юшар в предисловии к французскому переводу клинических лекций Захарина пишет об этом методе: «Школа Захарина опирается на наблюдение, на точное знание анамнеза и этиологии, на расспрос, возведенный на высоту искусства. Слава этого метода и широкое его распространение были обусловлены не только его простотой и логичностью, щажением больного,

но также большой практичностью и свойством этого метода выявлять начальные изменения деятельности больного организма», и далее: «Можно сожалеть о том, что русские врачи не считают нужным чаще переводить на французский язык свои главные труды, ибо русская медицинская наука, которую я не колеблясь ставлю в первом ряду... сделала значительный успех под энергичным воздействием двух выдающихся личностей: Боткина в Петербурге и Захарина в Москве».

Анамнестический метод требует от врача много времени, большой вдумчивости и внимания. Захарин с помощью этого метода творил чудеса. На приемах он придерживался принципа, что не следует раздевать больного, не опросив его хотя бы вкратце. Опрос больного проводился, придерживаясь в основном схемы, но в каждом случае сугубо индивидуально, внося в эту схему по ходу обследования необходимые дополнения или исключая лишнее.

Наш современник выдающийся клиницист и хирург Б.В. Петровский в I главе книги «Деонтология в медицине» писал: «Общение врача с больным начинается с их первой встречи, а иногда и раньше, при предварительном ознакомлении врача с медицинской документацией пациента. С этого момента и вступают в силу деонтологические требования. Главное из них — **исчерпывающее познание больного во всех проявлениях не только его болезни, что важно для диагностики, но и его индивидуальности, что необходимо для определения линии поведения по отношению именно к данному больному.** В XXI веке, веке высоких технологий, анамнез остается основой клинической медицины. В 1986 г., выступая на Международном конгрессе по врачебной этике, который проходил в Париже, в своем заключительном докладе известный французский писатель Андре Моруа сказал: «Завтра, как и сегодня, будут больные, завтра, как и сегодня, понадобятся врачи. Как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность. Медицинская наука станет ещё точней, ее оснащение преумножится, но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранит свое место в медицине врач классического типа — тот, чьим призванием останется человеческое общение с пациентом. И, как прежде, он будет утешать страдальцев и ободрять павших духом». 11 апреля 2007 г. в «Медицинской газете» (№ 26 (6761), стр. 11) была опубликована статья профессора Леонида Лихтермана «Анамнез у современных больных». Автор пишет: «Анамнез содержит в себе индивидуальные особенности проявления патологии и часто способствует разгадкам в сложных,



запутанных случаях... Искусство владения им отмечает выдающихся медиков. Анамнез — неотъемлемая часть изучения закономерностей клинической манифестации и течения заболеваний... Будет беда, если опираясь на блистательные достижения высоких технологий, мы разучимся собирать и оценивать анамнез... Немало клинических ситуаций, где результаты их применения негативны или для правильной трактовки требуют того же анамнеза». И автор приводит пример. У больного 38 лет диагностировали рассеянный склероз. Все проведенные исследования (включая МРТ), казалось бы, подтверждали этот диагноз. Однако на фоне проводимого лечения клиническая картина продолжала усугубляться. Врачей насторожило несколько моментов в истории этого заболевания. Во-первых, возраст больного — 38 лет, а рассеянный склероз обычно диагностируют в 16–26 лет. Затем нарастание симптоматики, несмотря на массивную терапию гормонами надпочечников, сохранность брюшных рефлексов у больного... При более тщательном изучении анамнеза выяснилось, что в августе больной при поднятии тяжести испытал ощущение, как будто что-то в голове лопнуло, и в шее сзади возникла боль, затем онемела правая рука и изменился голос. Через 2 месяца все восстановилось, но после встречи Нового года вновь вернулось. Возникла мысль о том, что все случившееся может быть следствием кровоизлияния из маленькой артериовенозной мальформации, возникшего первый раз под влиянием физической нагрузки, а второй — после новогоднего перенапряжения. При этом на МРТ виден не очаг демиелинизации (что подтверждает диагноз рассеянного склероза), а хроническая гематома ствола мозга. В этом случае единственное спасение — удаление гематомы ствола. Однако если все-таки это рассеянный склероз, то серьезное нейрохирургическое вмешательство усугубит состояние больного. В итоге профессор Лихтерман, впервые подвергший сомнению диагноз рассеянного склероза у этого больного, поставил ему диагноз хронической гематомы ствола мозга. Академик А. Коновалов на операции обнаружил и аккуратно удалил хроническую гематому ствола мозга. Больной быстро поправился и вернулся к полноценной жизни. К постановке правильного диагноза подтолкнул тщательный расспрос больного. И профессор Лихтерман заключает свою статью следующими словами: «Расспрос обратившегося к врачу остается самым первым, самым простым и одновременно самым тонким и самым удивительным методом диагностики».

Можно привести и другие примеры значения анамнеза для постановки правильного диагноза. В 1970 г. была опубликована работа из Клиники

нервных болезней Кишиневского медицинского института невропатологов Д. Г. Германа и Ф. В. Ботнарь «Кардиовертебральный синдром травматической этиологии». Авторы описывают восемь больных, получивших травму спины при падении с высоты 1–1,5 метра. В сроки от 2 недель до 11 месяцев у них появились боли, напоминавшие стенокардию и даже инфаркт миокарда. Этим больным ставились диагнозы — стенокардии (трое больных), инфаркта миокарда (двое больных), невроза сердца (трое больных). Подробно авторами описан больной 44 лет с жалобами на головные боли и сжимающие боли в области сердца. В 1957 г. он упал на спину из еще не остановившейся машины. Через 11 месяцев у него появились указанные выше жалобы. Он лечился с диагнозом стенокардия, однажды был поставлен диагноз инфаркта миокарда, и он шесть недель пролежал в больнице. Однако при обследовании каких-либо существенных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено не было. Наконец в 1964 г., учитывая в анамнезе наличие травмы спины, он был обследован в отделении неврологии, и были обнаружены боли по ходу межреберных нервов в грудном отделе и корешковые боли в грудном отделе с гиперестезией по сегментарному типу в D4–D8 сегментах, а поскольку в этих сегментах спинного мозга расположены клетки, имеющие отношение к регуляции сердца, то могут иметь место изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Сочетание жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и симптомов поражения спинного мозга дали основание утверждать, что развитие этого симптомокомплекса — результат травмы спинного мозга. В итоге после проведенного лечения: новокаиновые блокады по ходу корешков грудного отдела спинного мозга, диатермия, индуктотермия на эти отделы спинного мозга, седативные и сердечные средства — у больных наступило улучшение и была восстановлена трудоспособность. Ниже мы приведем три примера из нашей терапевтической практики, также подчеркивающие значение расспроса в диагностике внутренних болезней.

Наблюдение 1

Больной К., 32 лет, госпитализирован в терапевтический стационар по поводу очаговой пневмонии, подтвержденной рентгенологически. При поступлении предъявлял жалобы на редкий кашель со скудной, светлой, легко отделяемой мокротой, повышение температуры тела до 38,5 °С. При расспросе выяснилось, что пациент ежегодно в течение последних четырех лет болеет пневмониями (настоящее заболевание — четвертое по счету). Во всех случаях болезнь развивалась без переохлаждений, через две-три недели после летних отпусков, которые пациент имел обыкновение проводить в Западной Сибири.

Заболевание расценивалось врачами каждый раз как очаговая пневмония, которая имела различную локализацию, в остальном же протекала однотипно, сопровождалась лихорадкой, однако самочувствие больного при этом страдало незначительно (не было ни одышки, ни общей слабости и т. д.). По окончании антибиотикотерапии пневмонические очаги полностью рассасывались, и после выписки из стационара пациент приступал к работе.

Таким образом, при сборе анамнеза выстраивалась следующая цепь обстоятельств заболевания:

- 1) во всех четырех случаях оно возникало в жаркое время года;
- 2) ему не предшествовало переохлаждение;
- 3) каждый раз пневмония возникала остро через две-три недели после отпуска;
- 4) отпуск больной проводил в одной и той же местности (в Сибири), занимаясь рыбной ловлей.

На вопрос врача, употреблял ли он в пищу строганину, пациент ответил утвердительно.

Это дало основание заподозрить легочную форму описторхоза. Диагноз был подтвержден обнаружением в дуоденальном содержимом больного яиц сибирской двуустки. После проведенного лечения «Хлоксилом» состояние пациента быстро улучшилось (прекратился кашель, температура тела нормализовалась, пневмонический фокус рассосался). При повторном дуоденальном зондировании яйца двуустки не обнаружены.

Катанамнез случая прослежен на протяжении трех лет, в течение которых на фоне воздержания от строганины пневмоний не наблюдалось.

Наблюдение 2

На утренней конференции дежурный врач докладывал о больном Г., 52 лет, находившемся в кардиологическом отделении по поводу гипертонической болезни II стадии. По словам соседей по палате, спавший до того, он вдруг сел в кровати, после чего практически мгновенно наступила смерть. ЭКГ зарегистрировать не успели. Ранее больной инфарктов миокарда и инсультов не переносил, нарушений ритма сердца не регистрировалось, тромбозов не было. Обсуждались следующие три возможные причины смерти: ТЭЛА, инсульт или ИБС (аритмогенная смерть). Ведущим конференции были заданы дежурному врачу два вопроса: не кричал ли больной во сне, не сопровождался ли крик какой-либо жестикуляцией? Все те же соседи больного по палате сказали, что во сне перед смертью больным был издан душераздирающий крик, а сев в кровати, он судорожно прижал руку к сердцу. После этого ведущий конференцию твердо заявил об ИБС как единственно возможной причине смерти. На аутопсии был выявлен начинающийся тромбоз так называемой «артерии внезапной смерти» (передней нисходящей артерии левого желудочка

сердца), по-видимому, сопровождавшийся фибрилляцией желудочков.

Наблюдение 3

На консультацию одному из пишущих эти строки (терапевту) был представлен больной М., 44 лет, в связи с выраженными изменениями на ЭКГ в конечной части желудочкового комплекса (на фоне синусового ритма). Указанные изменения впервые были выявлены около 16 лет назад на случайно зарегистрированной ЭКГ. Ни тогда, ни позднее эти изменения не сопровождалось какими-либо жалобами или клиническими проявлениями. В анамнезе не было указаний на ангины, миокардит и т. п., в связи с чем трактовка ЭКГ наталкивалась на непреодолимые трудности, тем более что проведенная менее года назад коронарография не выявила каких-либо изменений коронарного русла. Консультантом был задан всего один вопрос: не было ли у больного в прошлом ушибов или сдавлений грудной клетки? После продолжительного раздумья пациент с трудом вспомнил, как он в 17-летнем возрасте при разгрузке вагонов получил травму – сдавление грудной клетки (больше слева) между двумя вагонами, что примерно в течение четверти часа сопровождалось болями в области сердца, холодным липким потом, затем все прошло, к врачам за помощью не обращался, ЭКГ в то время не была снята. В последующем болевой синдром не рецидивировал, в связи с чем больной о нем забыл, а у врачей-кардиологов вопрос о перенесенной травме не возникал.

После такого анамнестического «экскурса» трактовка ЭКГ-изменений уже не встречала затруднений: последние с достаточным основанием были расценены как проявление перенесенного в прошлом ушиба сердца («травматического инфаркта миокарда»).

Итак, высокие современные технологии существенно помогают врачу в распознавании заболеваний, но при всем при том нам всегда нужно помнить, что на первом месте при обследовании должен быть анамнез, как учат нас основоположники российской терапевтической школы М. Я. Мудров и Г. А. Захарьин. Уместно вспомнить, что в 2009 г. исполняется 200 лет с того момента, как М. Я. Мудров начал работу на кафедре терапии в Московском университете. Разработанный им и усовершенствованный его последователями А. И. Овером и главным образом Г. А. Захарьиным анамнестический метод исследования больных и в наше время остается главенствующим в российской клинической медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Герман, Д. Г.* Кардиовертбральный синдром травматической этиологии. Вопросы сосудистой патологии головного и спинного мозга / Д. Г. Герман, Ф. В. Ботнар. — Кишинев: Картя Молодовеняскэ, 1974.
2. *Гукасян, А. Г.* / А. Г. Гукасян, Г. А. Захарьин. — М.: Медгиз, 1948.
3. *Захарьин, Г. А.* Клинические лекции и избранные статьи / Г. А. Захарьин // Предисловие Ровенского к английскому изданию клинических лекций Г. А. Захарьина, вышедшему в Бостоне в 1899 г. — М: Печатня А. И. Снегиревой, 1910.
4. *Кветной, И. М.* От Гиппократa до Хьюмтрена / И. М. Кветной. — М: Вузовская книга, 2001.
5. *Лихтерман, Л.* Анамнез у современных больных / Л. Лихтерман // Мед. газета. 2007. № 26. С. 1–16.
6. *Мудров, М. Я.* Избранные произведения / М. Я. Мудров. — М.: АМН СССР, 1949.
7. *Палкин, Б. Н.* Госпитальные школы XVIII века и их воспитанники / Б. Н. Палкин. — М: Медгиз, 1995.
8. *Перфильев, М.* Очерки современной клинической медицины в России. Клиническая школа проф. Захарьина / М. Перфильев. — СПб.: Типография В. Дрессин и К., 1892.
9. *Деонтология в медицине* / Ред. Б. В. Петровский. — М: Медицина, 1999.
10. *Петровский, Б. В.* Героизм, драматизм и оптимизм медицины / Б. В. Петровский. — М.: Ньюдиамед, 2001.
11. *Чазов, Е. И.* Истоки / Е. И. Чазов. — М.: Медицина, 1950.