

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ж.Д. Кобалава, М.А. Ефремовцева, Л.Г. Ежова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Российский университет дружбы народов
Городская клиническая больница №64
Ул. Вавилова, 61, 117292 Москва, Россия

Физическое исследование на протяжении столетий являлось краеугольным камнем первичной оценки пациента, сохранило оно свое значение и в современной медицине. Компетентное и тщательно проведенное физическое исследование является основой нашего суждения не только о диагнозе, но также о прогнозе заболевания и тактике лечения. В то же время возникает необходимость объективно оценить диагностическую ценность и достоверность физических методов обследования в сравнении с современными параклиническими методами.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней РУДН в силу специфики преподаваемой дисциплины и сложившихся исторических традиций рассматривает совершенствование методов физического исследования как приоритетное направление своей научной и клинической деятельности

Существующая клиническая практика в условиях стационара предполагает повторные осмотры пациентов, наблюдение в динамике врачами различных категорий. В результате первичная диагностическая концепция может изменяться со временем в связи с появлением новых или уточнением, переосмыслением существовавших ранее клинических симптомов, также в связи с результатами лабораторных и инструментальных исследований. Надежность, информативность дополнительных методов обследования определяется их чувствительностью и специфичностью, стандартизацией методики их проведения. Вопросы эти достаточно хорошо изучены в медицине. Однако каков удельный вес физических методов в постановке окончательного диагноза определить трудно, тем более оценить количественно в связи с большими индивидуальными различиями, существующими как у пациентов, так и у лечащих врачей.

Достоверность, а также клиническая и диагностическая значимость результатов физического исследования следует оценивать на достаточно большом количестве больных в сравнении с исследованием, которое является «золотым стандартом» для выявления того или иного признака. Коэффициент вероятности (КВ) является одним из самых важных методов оценки диагностических тестов и определяется как отношение вероятности выявления симптомов (признаков) у больного с определенным заболеванием и пациента, не страдающего этим заболеванием.

Целью настоящего исследования явилось изучение значимости результатов физического обследования на разных этапах диагностического процесса и частоты

смены первоначального и окончательного диагнозов на основе признаков, выявленных при повторном физическом обследовании пациентов, а также определение влияния смены диагноза на тактику лечения и прогноз.

Результаты и их обсуждение.

Диагностическая значимость физических методов исследования.

Ретроспективно был проведен анализ 280 историй болезней больных терапевтического отделения 64 больницы. Установлено, что у 37 больных (13,2%) заключительный диагноз отличался от диагноза, выставленного при поступлении или в 1-е сутки госпитализации. Это явилось результатом «находок», сделанных у постели больного при повторном обследовании.

Пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от того, насколько смена диагноза повлияла на тактику лечения и прогноз. В 1-ю группу вошли 18 пациентов, у которых при повторном обследовании с помощью физических методов были найдены признаки, кардинально изменившие и диагноз, и тактику лечения. Доля этих пациентов составила 6,4% от общей когорты и 48,6% от числа лиц с измененным «входным» диагнозом.

Ко 2-й группе отнесено 19 пациентов. Изменение диагнозов у них не повлияло существенным образом на тактику ведения и лечения (например, смена основного диагноза гипертонической болезни при поступлении на ИБС, стенокардию напряжения, артериальную гипертонию фактически не привела к изменению лечения).

Сходные данные были получены Reilly B. (2003 г.): в 26% случаев при повторном физическом исследовании, проведенном им еще до лабораторного и инструментального обследования, были выявлены значимые диагностические признаки, которые у 7% больных привели к изменению диагностической концепции и тактики ведения больного. Экспертной комиссией, оценивавшей результаты исследования, было отмечено, что в этой группе больных правильный диагноз, вероятно, не был бы поставлен без выявленных клинических признаков [1].

Нами был проведен анализ особенностей болевого синдрома в грудной клетке. При поступлении наличие болей выявлено у 179 пациентов с различной терапевтической патологией. В большинстве случаев предварительный диагноз был подтвержден впоследствии данными лабораторного и инструментального обследования. Однако у 12 больных (6,7%) диагноз претерпел изменения.

Ниже приведены наиболее демонстративные наблюдения.

У б-ой А., 84 лет, с инфарктом миокарда в анамнезе, жалобы на боли за грудиной, одышку, дискомфорт в эпи- и мезогастрии, общую слабость при поступлении были расценены как проявление стенокардии напряжения III ф.к. При уточнении анамнеза выяснено, что боли за грудиной и в эпигастрии были связаны с приемом пищи, носили прогрессирующий характер и сопровождалась похудением на 4 кг в течение последнего месяца. Во время осмотра было обращено внимание на бледность кожных покровов, наличие бугристого образования в эпигастральной области, гепатомегалию, что послужило поводом для проведения ЭГДС и УЗИ брюшной полости. У пациентки был выявлен рак антрального отдела желудка, метастазы в печень.

Б-ой 53 лет, поступил с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, субфебрильную температуру, одышку, слабость и кашель преимущественно в ночные часы. Была диагностирована нижнедолевая плевропневмония слева, начата терапия антибиотиками. При осмотре в отделении выяснен типичный ангинозный

характер болей, отсутствие их связи с дыханием, при физическом исследовании отсутствовали признаки, характерные для долевой пневмонии. Заподозрен инфаркт миокарда, который был подтвержден данными ЭКГ и динамикой ферментов.

По данным литературы характеристика болей в грудной клетке повышала вероятность инфаркта миокарда в наибольшей степени, причем увеличение площади распространения боли ассоциировалось с наивысшими коэффициентами вероятности. Так, вероятность ИМ повышалась в 2 раза у пациентов с иррадиацией боли в левую руку, а КВ инфаркта при иррадиации боли в обе руки был равен 7. Интересно, что такие характеристики боли как «сжимающая» или «давящая» мало помогали в постановке диагноза, КВ для них был менее 2, а наличие в анамнезе перенесенного ИМ соответствовало КВ=1,5–3,0. Наличие плевральных и позиционных болей в грудной клетке, острых или колющих по характеру, снижало вероятность ИМ у больного (КВ=0,2–0,3) [2; 3].

В работе Zema M.J. (1984 г.) показано, что появление одышки при нагрузке прогнозировало существование сниженной систолической функции левого желудочка, чувствительность данного признака была 100%, однако специфичность составила всего 20%. Симптом ортопноэ обладает чувствительностью 71% и специфичностью 65%, пароксизмальная ночная одышка соответственно 47% и 75%, отеки лодыжек — 41% и 75%. Все симптомы имели коэффициент вероятности 2 или менее [4].

По данным литературы метод перкуссии дает меньшие значения размеров печени в сравнении с ультразвуковым исследованием («золотой стандарт» при гепатомегалии), а данные различных исследователей значительно отличаются между собой. При проведении пальпации опытным специалистом, вероятность выявления увеличенных размеров печени при инструментальном обследовании достоверно выше, если печень пальпируется (КВ 2,5 и 0,45 соответственно) [5].

Редко используемая в отечественной клинической практике и описываемая в иностранной литературе методика «скретч»-теста («scratch test»), по нашим данным, является высокочувствительным методом определения нижней границы печени. При сравнении данных, полученных при перкуссии печени и аускультативно-аффрикативным методом, совпадение результатов было выявлено в 80,7% случаев (у 46 из 57 больных). Для уточнения значимости этого метода необходимо провести сопоставление его результатов с данными визуализирующих методов обследования.

Аускультация сердца, несмотря на широкое распространение визуализирующих методов обследования, сохранила свое значение и в настоящее время. По нашим данным, выявление шумов над областью сердца и крупных сосудов привело к изменению первоначального диагноза у 4 пациентов.

У 6-го Т. 20 лет, поступившего для обследования по поводу артериальной гипертонии, был выслушан шум над областью правой почечной артерии, гемодинамически значимая разница скорости кровотока в почечных артериях была подтверждена при УЗДГ. Пациенту был поставлен диагноз реноваскулярной гипертонии и рекомендовано проведение ангиографии.

Выявление нарастающего по интенсивности систолического шума на верхушке, аорте и сосудах шеи у 6-ой С. 68 лет с длительным анамнезом АГ, болями в грудной клетке и отсутствием изменений на ЭКГ позволило заподозрить расслаивающую аневризму аорты, что было подтверждено на секции.

У 6-ой Ф. 67 лет, поступившей в хирургическое отделение с жалобами на боли в правом подреберье и подозрением на холецистит, выслушанный систоло-

диастолический шум на верхушке сердца, мерцательная аритмия в сочетании с увеличением размеров сердца и явлениями застоя послужило основанием для изменения диагноза в пользу сочетанного митрального порока сердца и сердечной недостаточности по обоим кругам.

Находкой явился выслушанный у 6-ого Н. 56 лет с лихорадкой и направительным диагнозом пневмонии, рефрактерной к проводимой антибактериальной терапии, диастолический шум с максимумом в V точке и снижение в динамике диастолического давления. При ЭхоКГ были выявлены вегетации на аортальном клапане, из крови высеян *Str. viridans*, что дало возможность поставить диагноз инфекционного эндокардита.

По данным различных исследований шум в околопупочной области выслушивается у 30% здоровых лиц и у 80% пациентов со стенозом почечной артерии, подтвержденным на ангиографию [6].

Rosman H.S. et al. (1998 г.) в своей работе показали, что тщательный расспрос больного с уточнением обстоятельств начала болевого синдрома, его интенсивности, локализации и иррадиации может значительно облегчить установление диагноза расслаивающей аневризмы аорты [7].

Выслушивание диастолического шума во II и V точках аускультации имеет высокую вероятность наличия умеренной и значительной аортальной регургитации ($KB=4,0-8,3$), в тоже время отсутствие его снижает вероятность аортальной недостаточности до 0,1. В диагностике стеноза устья аорты наибольшее значение имеет выявление позднего нарастающе-убывающего систолического шума ($KB=8$, карра 0,74), менее информативны такие признаки, как ослабление или отсутствие II тона и медленный подъем пульсовой волны на сонной артерии ($KB=3,1$ и $KB=2,8$ соответственно). Отсутствие шума или его иррадиации на правую сонную артерию достоверно снижало вероятность аортального стеноза ($KB=0$ и $KB=0,05-0,10$ соответственно) [8; 9].

Приведенные нами примеры трансформации диагноза на основе физических методов подтверждают их значимость в диагностическом процессе, однако требуют дальнейшего сбора данных, сопоставления результатов с инструментальными методами с целью конкретизации и объективизации роли физических методов в диагностическом процессе.

Предполагается изучить вариабельность результатов физического исследования, проводимого независимыми исследователями у одного и того же пациента и, в дальнейшем, пользуясь методами статистического анализа, определить коэффициент воспроизводимости результатов.

Частью работы будет проведение клинико-экономического анализа ошибок ведения больных в результате недооценки данных физического исследования (влияние на удлинение сроков госпитализации, проведение излишнего обследования, расход лекарственных препаратов и др.).

Заключение.

До сих пор расспрос и физическое исследование больного рассматриваются как «врачебное искусство», приобретаемое врачом в течение всей жизни, а значимость и достоверность этих методов оценивались в ограниченном количестве исследований. Использование подходов доказательной медицины позволит «поверить алгеброй гармонию» и даст в руки врача надежные, научно обоснованные методы физического исследования, актуальность которого и сегодня не вызывает сомнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Reilly B.* Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study // *Lancet*. — 2003. — №362. — P. 1100-1105.
2. *Panju A.A., Hemmelgarn B.R., Guyatt G.H., Simel D.L.* The rational clinical examination. Is this patient having a myocardial infarction? // *JAMA*. — 1998. — №280. — P. 1256-1263.
3. *Berger J.P., Buclin R., Haller E et al.* Right arm involvement and pain extension can help to differentiate coronary diseases from chest pain of other origin: a prospective emergency ward study of 378 consecutive patients admitted for chest pain // *J Intern Med*. — 1990. — №227. — P. 165-172.
4. *Zema M.J., Masters A.P., Malgouloff D.* Dyspnea: the heart or the lungs? Differentiation at bedside by use of the simple Valsalva maneuver // *Chest*. — 1984. — №85. — P. 59-64.
5. *Naylor D.L.* Physical; examination of the liver // *JAMA*. — 1994. — №271. — P. 1869.
6. *Turnbull J.M.* Is listening for abdominal bruits useful in the evaluation of hypertension? // *JAMA*. — 1995. — №274. — P. 1299-1301.
7. *Rosman H.S., Patel S., Borzak S. et al.* Quality of history taking in patients with aortic dissection // *Chest*. — 1998. — №114. — P. 793-795.
8. *Choudhry N.K., Etchells E.E.* The rational clinical examination. Does this patient have aortic regurgitation? // *JAMA*. — 1999. — №281. — P. 2231-2238.
9. *Etchells E., Glenns V., Shadowitz S. et al.* A bedside clinical prediction rule for detecting moderate or severe aortic stenosis // *J Gen Intern Med*. — 1998. — №13. — P. 699-704.

**THE PLACE OF PHYSICAL EXAMINATION
IN THE MODERN CLINICAL PRACTICE****Z.D. Kobalava, M.A. Efremovtseva, L.G. Ezhova**

Department of Propaedeutics of Internal Medicine
Peoples' Friendship University of Russia
Hospital 64
Vavilova st., 61, 117292 Moscow, Russia

Physical examination for centuries remained the cornerstone in the initial assessment of the patient, it still retains significance in modern medicine. The competency and accuracy of the clinical examination therefore is crucial, for it serves as the basis for our judgment not only regarding diagnosis, but prognosis and therapy as well. In the same time we are in need of objective appraisal of diagnostic value and reliability of methods of physical examination in comparison with modern paraclinic methods.