Челябинская Государственная

Медицинская Академия

кафедра

пропедевтики внутренних болезней

Реферат

выполнил: Журавлев Евгений,

студент 305 группы

Челябинск, 20021 . ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДИАГНОСТИКИ . КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК .

Для успешного лечения необходимы правильное распознавание болезни и её причины , определение особенностей организма больного и течения заболевания , знание действия различных лечебных средств.

Учение о методах распознавания болезней носит название диагностики . Диагностика -раздел медицинской науки , излагающий методы исследования для распознавания заболевания и состояния больного с целью назначения необходимого лечения и профилактических мер . Термином « диагностика » обозначают весь процесс исследования больного , наблюдения и рассуждения врача для определения болезни и состояния больного . Диагностика как наука изучает анатомо- физиологические особенности человека и связи его с окружающей средой .

Диагноз - краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного , выраженное в терминах современной медицинской науки ; различают diagnosis morbi - обозначение болезни по принятой классификации и diagnosis aergroti - определение индивидуальных особенностей организма больного . Распознавание болезни основывается на исследовании больного и изучении проявлений , или симптомов , заболевания . Итогом диагностического исследования больного является определение диагноза болезни.

Диагностика как научная дисциплина состоит из 3 основных разделов : 1 ) изучение методов наблюдения и исследования больного - врачебная диагностика ; 2 ) изучение диагностического значения симптомов болезни - семиология ; 3) изучение особенностей мышления при распознавании заболевания - методика диагноза .

В основе современных медицинских знаний о заболеваниях человека , методах распознавания и способах борьбы с ними лежит опыт , накопленный тысячелетиями. Научные представления о болезнях и диагностика как научная дисциплина развивались вместе с биологией и др. науками , поэтому история диагностики является частью общей истории медицины. Состояние и развитие учения о болезнях и распознавании их тесно связаны с уровнем философии каждой эпохи и конкретными знаниями природы.

В период первобытной медицины простые и наглядные проявления болезней – переломы и ранения , рвота и понос , ощущение боли и жара - являлись основами диагностики. Распознавание заболеваний основывалось на простейших приёмах исследования , которые применялись без плана и методики и подробного изучения симптоматологии заболеваний .

В Др. Египте и Индии обращали внимание на температуру тела, использовали выслушивание и ощупывание , в Китае развилось учение о пульсе. Др. Грецию считают родоначальницей научной клинической медицины.

Диагностическое исследование Гиппократа основывалось на тщательном наблюдении у постели больного, путём сравнения со здоровым или предшествующим состоянием больного , иногда применяли воздействие на больного для определения реакций или симптомов. Для диагностики применялись некоторые инструменты ( зонд для исследования матки ). Гиппократ выслушивал хрипы и шум трения плевры ; ощупывал печень и селезёнку.

Гиппократ придавал значение оценке общего состояния больного . Распознавание заболевания основывалось на понимании целостности человеческого организма. В состав диагноза входило определение стадии или периода заболевания , выяснение происхождения .

Гиппократ - основоположник диагностики , которая базировалась на общих принципах , составляющих ценность для современной клиники; он создал метод диагностического исследования мышления , охватывающий все проявления заболевания человека в его последовательном развитии; создал богатую клиническую казуистику и симптоматологию как связь симптомов с периодами заболевания , как звенья в течении болезни , зависящей от совокупности различных условий.

Гиппократ сознавал все трудности деятельности врача , он считал необходимым содействие общества в осуществлении задач практической медицины .

С зпохой Возрождения появились новые диагностические методы. Введение Парацельсом методов химического и физического исследования .

В 18- 19 вв. в клинику вводятся новые ценные методы исследования .В 1758 г предложена термометрия .1761г. – Ауэрбрунгер изобрёл перкуссию . 1819 г. – изобретение стетоскопа и разработка метода аускультации Лаэннеком . Разработка методов систематического опроса – анамнеза ( Мудров , Захарьин , Остроумов ) и методической пальпации органов брюшной полости Образцовым , а также клиническая оценка термометрии Траубе.

До начала 20 в. основными способами клинического исследования больных были наблюдение и физическое исследование тела путём ощупывания , выслушивания , измерения температуры тела , взвешивания . Наряду с разработкой основных клинических методов диагностического исследования практическая медицина обогощалась новыми дополнительными ( лабораторными и инструментальными ) диагностическими методиками . Большую роль в развитиии диагностики сыграло открытие Х – лучей . Зйнтховен применил струйный гальванометр , положил начало электрокардиографии и фонокардиографии . 1907 г. – Пирке ввёл кожную аллергическую робу для диагностики туберкулёза . Ридер разработал методику рентгенологического исследования ЖКТ . 1869 г. – Видаль и Сикард предложили реакцию агглютинациии при брюшном тифе . Шиллинг ввёл метод дифференциаьного подсчета лейкоцитов ; Бернацкий обосновал диагностическое значение РОЭ , Аринкин - метод стернальной пункции для прижизненного изучения костного мозга . Зимницкий ввел метод функциональной диагностики почек ; Салли –сфигмометрию ; Пашон – осцилометрию , франк – запись звуков сердца ; Кастельянос - ангиокардиографию ; затем были применены баллистокардиография , лапароскопия . Широко применяется метод биопсии , пункция лимфоузлов , печени ,селезёнки .

Только с развитием биологии и смежных наук появилась возможность подробного изучения заболеваний человека . При изучении заболеваний с научной позиции были выделены новые заболевания : Сиденгам описал скарлатину ; Вьесанс - митральный порок ; Бургав – опухоли средостения . Боткин описал острый инфекционный гепатит , Образцов и Стражеско - клинику тромбоза венечных артерий . В настоящее время известно 10 000юолезней , 8 000 нозологических терминов , 1600 синдромов .

В настоящее время важное значение в диагностике приобрели методы биохимического исследования крови , мочи , выделений организма , мочеотделения , обмена веществ ; широкое применение находят рентгеновские лучи . Методы электрофизиологии служат целями диагностики болезней сердца и мозга . Для диагностики применяют меченые атомы.

2 . РОЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ УЧНЫХ В РАЗВИТИИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ .

Значительный вклад в развитие диагностики и общей терапии внутренних болезней внесли отечественные клиницисты Мудров , Захарьин , Боткин , Остроумов , Образцов , Стражеско , Кончаловский , Ланг .

Мудров М. Я. ( 1776 – 1831 ) –создатель русской терапевтической школы . Рассматривал болезнь как результат воздействия на организм неблагоприятных условий окружающей среды . Впервые ввёл в клинику опрос больного , основав анамнестичесий метод , разработал схему клинического исследования и ведения истории болезни . Впервые в России были организованы практические занятия для студентов в клинике , созданы специальные кабинеты , лаборатории , музей . В области общей терапии руководстовался индивидуализацией её и призывал лечить не болезнь , а больного , придавая значение не только лечению , но гигиене .

Захарьин Г. А. (1829 –1897 ) - разработал анамнестический метод в диагностике заболеваний , позволявший в сочетании с физическими исследованиями и лабораторными данными проводить индивидуальную диагностику морфологических и функциональных изменений в органах . Разработал вопросы диагностики туберкулёза и его классификации , описал зоны повышенной чувствительности кожи при заболеваниях внутренних органов . Внедрил в практику кумысолечение , лечение минеральными водами .

Боткин С. П . ( 1832 –1889 ) - создал физиологическое направление в медицине , заложил основы экспериментальной фармакологии , терапии и патологии . Клинический эксперимент рассматривал как средство раскрытия механизма возникновения болезней , внедрил в практику физиологические и инструментальные исследования .Создал теорию развития болезней , придавая ведущее значение нервной системе , что позволило доказать роль нервных центров в регуляции кроветворения , температуры тела . Установил различия между гипертрофией и дилятацией сердца , открыл постсисталический шум при стенозе левого венозного отверстия , описал точку выслушивания диастолического шума при недостаточности клапана аорты , диагностировал тромбоз воротной вены .

Указал инфекционную этиологию катаральной желтухи , описал волынскую лихорадку , и выяснил роль распада тканей в патогенезе лихорадки .

Главной задачей практической медицины считал предупреждение болезней , проводил общественную работу , организовал бесплатную амбулаторию , а позже больницу .Считается основоположником военно- полевой медицины .

Остроумов А .А . ( 1844 – 1906 ) . Его физиологические исследования доказывали важное значение ЦНС в жизнедеятельности человека . Разработал основные положения о рефлекторных нарушениях в органах под влиянием расстройств нервной системы . Уделял внимание взаимоотношениям организма с внешней средой , наследственности . Им разработана клиника раннего туберкулёза , терапия , курортолечение .

Образцов В. П. ( 1849 – 1920 ) - один из основоположников советской терапевтической школы - разработал и совершенствовал методы клинического исследования больного .Создал метод скользящей глубокой пальпации желудка и кишечника , и др . органов брюшной полости . Им была предложена непосредственная перкуссия органов грудной и брюшной полостей , аускультация сердца для распознавания ритма галопа и III тона сердца . Совместно со Стражеско описал клинику тромбозов коронарных артерий и показал возможность его прижизненной диагностики , выделил энтериты в самостоятельную клиническую форму .

Стражеско Н,Д, ( 1876- 1952 ) – ученик Образцова . Обосновал принципы исследования органов пищеварения , изложенные в книге « Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости » , которая до настоящего времени является руководством для терапевтов . Исследовал сердечно – сосудистую систему . Обосновал теорию ревматизма как инфекционно - аллергического заболевания стрептококковой этиологии , выявил особенности и связи ревматизма , сепсиса и эндокардита , описал соотношение между кардиальной астмой и грудной жабой .

Кончаловский М .П. (1875 – 1942 ) – создал инфекционно – аллергическую теорию ревматизма , описал клинические формы и особенности течения , разработал показания и противопоказания к переливанию крови в клинике внутренних болезней . Им описана клиника позднего хлороза , симптом « жгута » при тромбопениях , развито учение о гемопоэтической функции желудка. Выступил за применение терапии в сочетании с профилактическими мероприятиями , разработал методы функциональной диагностики и вопросы трудового прогноза .

Ланг Г.Ф. (1875 – 1948 ) - выделил гипертоническую болезнь в самостоятельное заболевание , разработал классификацию болезней системы кровообращения и впервые предложил термин «дистрофия миокарда ». Создал новое , « функциональное» направление в гематологии , дал классификацию заболеваний печени .Впервые предложил лечение мерцательной аритмии хинидином

В настоящее время немало замечательных учёных - клиницистов , талантливых педагогов , которые продолжая славные традиции русской и советской медицины , успешно разрабатывают важнейшие проблемы внутренней патологии.

3 . ОЦЕНКА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО .

Общий осмотр больного (inspectio) как метод диагностики сохраня­ет свое значение и в настоящее время для врача любой специальности. Весьма существенной особенностью осмотра является то, что с его по­мощью можно составить общее представление об организме больного в целом. Наконец, патологические признаки, отмеченные врачом при пер­вом осмотре, оказывают существенную помощь в постановке вопросов при собирании анамнеза и иногда позволяют поставить правильный диа­гноз «с первого взгляда», например изменения черт лица при Положение больного. Положение больного может быть актив­ным, пассивным и вынужденым. Активное положение может быть в на­чальных стадиях даже тяжелых, неизлечимых заболеваний. Индивиду­альная чувствительность к болезненным ощущениям и мнительность также влияют на активность больного.

.

Для того чтобы полностью использовать все возможности осмотра, врачу необходимо тренироваться, проводить осмотр при соблюдении оп­ределенных правил, стремясь к его последовательности и полноте. Пра­вила проведения осмотра касаются освещения, при котором он осущест­вляется, техники и плана осмотра.

Освещение. Осмотр лучше всего проводить при дневном освеще­нии или при лампах дневного света, дающих освещаемому объекту бе­лый цветовой тон. Другое искусственное освещение дает много желтых лучей, при которых гораздо труднее заметить, например, желтушную ок­раску кожи и склер, а также различную пигментацию кожи. Осмотр сле­дует проводить при прямом и боковом освещении, а также используя проходящий свет. При прямом освещении лучше выявляются весь контур тела, составные его части и цветовые оттенки на освещенной поверхно­сти. Боковое освещение позволяет выявить движения внутренних орга­нов, отражающиеся на поверхности тела (сердечный и верхушечный толчок, различные пульсации, дыхательные движения грудной клетки, перистальтические движения желудка и кишечника). Проходящий, т.е. просвечивающий через ткани, свет используется для осмотра, например, ушной раковины с целью определения степени кровенаполнения.

Техника осмотра. Последовательно обнажая тело больного, нужно осмотреть его при прямом и боковом освещении. Осмотр туловища и грудной клетки лучше проводить в вертикальном положении обсле­дуемого; живот нужно осматривать в вертикальном и горизонтальном положении. Осмотр должен быть систематичным. Врачи, пренебрегающие техникой и порядком осмотра, пропускают важнейшие признаки, дающие ключ к диагностике заболеваний. Вначале проводят общий осмотр все­го больного, позволяющий выявить симптомы общего значения, а затем — участков тела по областям — голова, лицо, шея, туловище, конечности, кожа, слизистые оболочки, волосяной покров.

Общее состояние больного характеризуют следующие признаки: со­стояние сознания и психики, положение больного, его осанка, походка, питание.

Положение больного. Положение больного может быть актив­ным, пассивным и вынужденым. Активное положение может быть в на­чальных стадиях даже тяжелых, неизлечимых заболеваний. Индивиду­альная чувствительность к болезненным ощущениям и мнительность также влияют на активность больного.

Пассивное положение наблюдается при бессознательном состоянии больного и, реже, в случаях крайней слабости.

Вынужденное положение больной принимает для ослабления или прекращения имеющихся у него болезненных ощущений (боли, кашля, одышки). Например, вынужденное сидячее положение, так называемое ортопноэ, уменьшает тяжесть одышки при недостаточности кровообра­щения. Ослабление одышки связано в этом случае с уменьшением массы циркулирующей крови . При сухом плеврите болевые ощущения уменьшаются при лежании на больном боку благодаря ограничению движений плевральных листков. При переломах ребер больной, наоборот, лежит на здоровом боку, так как прижатие больной стороны к койке усиливает боль. Положение на боку с запроки­нутой головой и приведенными к животу согнутыми в коленных суставах ногами наблюдается при цереброспинальном менингите. Вынужденное стоячее положение отмечается в случаях приступов перемежающейся хромоты и стенокардии. Лежачее положение на спине встречается при сильных болях в животе (острый аппендицит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки). Вынужденное лежа­чее положение на животе на­блюдается у больных, стра­дающих опухолью хвоста поджелудочной железы, яз­венной болезнью (при лока­лизации язвы на задней стен­ке желудка). При выпотном перикардите или сильных бо­лях в брюшной полости, обу­словленных давлением опу­холи на солнечное сплете­ние, наблюдается вынуж­денное коленно-локтевое по­ложение.

4 . ОЦЕНКА СОЗНАНИЯ БОЛЬНОГО .

Сознание. Различают: 1) состояние ясного сознания; 2) состояние неясного, помраченного сознания: равнодушие больного к своему состоя­нию, правильные, но запоздалые ответы на вопросы; 3) ступор (stupof>— оцепенение: больной находится в глубоком сне. При выведении больного из этого состояния на вопросы он отвечает, но ответы неосмыс­ленные; 4) сопор (sopor) —отупение: бессознательное состояние с сохра­нением рефлексов; 5) кома (coma)—глубокая спячка: бессознательное состояние, характеризующееся полным отсутствием реакции на внешние раздражители, отсутствием рефлексов и расстройством жизненно важных функций.

Причины, вызывающие появление коматозного состояния, разнооб­разны, но потеря сознания при коме любой этиологии связана с наруше­нием деятельности коры головного мозга, вызванным рядом факторов. Среди них ведущее место принадлежит .нарушению кровообращения в головном мозге и аноксии. Большое значение имеют также отек мозга и его оболочек, повышение внутричерепного давления, влияние на ткань мозга токсических веществ, обменные и гормональные расстройства, а также нарушение минерального и кислотно-щелочного равновесия. Кома может наступить внезапно либо развивается постепенно, про­ходя через различные стадии нарушения сознания. Весь период, пред­шествующий развитию полной комы, называется прекоматозным состоя­нием. Наиболее часто встречаются следующие виды коматозного со­стояния.

Алкогольная кома — лицо цианотично, зрачки расширены, дыхание поверхностное, пульс малый, учащенный, артериальное давление низкое, запах алкоголя изо рта.

Анемическая кома — «мертвенная» бледность, липкий пот, нитевид­ный пульс, глухость тонов сердца, гипотония.

Апоплексическая кома — при кровоизлиянии в мозг, лицо багрово-красное, дыхание замедленное, глубокое, шумное, пульс полный, редкий.

Гипогликемическая кома — может возникнуть при лечении диабета инсулином (см. стр. 504).

Диабетическая (гипергликемическая) кома — наблюдается при запу­шенном (нелеченом) сахарном диабете (см. стр. 504).

Печеночная кома — развивается при острой дистрофии и некрозе печеночной перенхимы и в конечном периоде цирроза печени (см. стр. 364).

Уремическая кома — развивается при острых токсических и в конеч­ном периоде многих хронических заболеваний почек (см. стр. 424).

Эпилептическая кома — лицо цианотично, клонические и тонические судороги, прикус языка. Непроизвольные мочеиспускание и дефекация, пульс учащен, глазные яблоки отведены в сторону, зрачки широкие, ды­хание хриплое.

Осмотр может дать представление и о психическом состоянии боль­ного (апатия, возбуждение, подавленность и т. п.).

5 . ТЕРМОМЕТРИЯ . ТИПЫ ТЕМПЕРАТУРНЫХ КРИВЫХ .

Измерение температуры производится у каждого больного. Оно дает возможность распознать лихорадочное состояние и имеет огромное значение для диагностики заболеваний.

Чаще всего причиной лихорадки бывают инфекция и продукты рас­пада ткани. Лихорадка обычно является реакцией организма на инфек­цию. Иногда инфекционное заболевание может не проявляться лихо­радкой или временно протекать без повышения температуры (туберку­лез, сифилис и др.). Степень повышения температуры в значительной мере зависит от организма больного: при одной и той же инфекции у разных лиц она может быть различной. Например, при пневмонии у молодых людей температура достигает 40° и выше, а у стариков и исто­щенных такого значительного повышения температуры не бывает; иног­да она даже не превышает нормы. Степень повышения температуры не всегда соответствует тяжести заболевания.

Повышение температуры неинфекционного происхождения наблю­дается нередко при злокачественных опухолях, омертвении ткани (на­пример, при инфаркте), кровоизлияниях в ткань, быстром распаде в крови эритроцитов, введении подкожно или внутривенно чужеродных белковых продуктов. Значительно реже встречается лихорадка при за­болеваниях центральной нервной системы, а также рефлекторного про­исхождения. Неинфекционная лихорадка мало нарушает общее состоя­ние больного и обычно кратковременна.

Измерение температуры тела производится медицинским макси­мальным термометром со шкалой, градуированной по Цельсию от 34 до 42° с делениями по 0,1°. Для измерения температуры, в основном в научно-исследовательской практике, пользуются также электротермо­метрами, у которых воспринимающим устройством является термопара. Электротермометр очень быстро реагирует на колебания температуры и улавливает их, с его помощью можно измерить и сравнить температуру различных участков кожи больного. Используются также электротер­мометры, в том числе многоканальные, с графической записью темпе­ратуры в виде кривой на движущейся бумажной ленте прибора; они называются электротермографами.

При измерении температуры тела термометр помещают на 10 мин в подмышечную впадину. Термометр должен плотно прилегать к коже, плечо должно быть прижато к груди, чтобы подмышечная ямка была закрыта. У слабых больных, находящихся в бессознательном состоя­нии, а также у детей следует во время измерения температуры придерживать руку. Иногда производят измерение температуры в пря­мой кишке. В этом случае термометр смазывают жиром и вводят в пря­мую кишку на 5—10 мин при положении больного на боку. Температура в прямой кишке на 0,5—1° выше, чем в подмышечной ямке.

Обычно температуру измеряют 2 раза в день (в 7—8 ч утра и в 5— 7 ч вечера). Показания термометра заносятся на температурный лист, где точками обозначается утренняя и вечерняя температура. При отмет­ках в течение несколько дней получают температурную кривую, имею­щую при многих заболеваниях характерный вид.

Нормальной температурой при измерении в подмышечной впадине считается 36,4—36,8°. В течение дня температура тела меняется; ниже всего она бывает между 3 и 6 ч утра, выше всего — между 5 и 9 ч вече­ра, разница между утренней и вечерней температурой у здоровых лю­дей не превышает 0,6°. После еды, больших физических напряжений и в жарком помещении температура тела несколько повышается.

Лихорадка характеризуется не только повышением температуры, но и нарушением деятельности всех систем организма. Степень повышения температуры имеет очень важное (но не всегда решающее) значение для суждения о тяжести лихорадки. Она сопровождается учащением пульса и дыхания, артериальное давление нередко понижается; больные жалуются на ощущение жара, разбитость, головную боль, .сухость и неприятное ощущение во рту, жажду, отсутствие аппетита; у лихорадя­щих больных язык обложен, нередко сухой; количество выделяемой мо­чи уменьшено. При лихорадке повышается обмен веществ, а так как наряду с этим аппетит у больных бывает понижен, количество прини­маемой пищи уменьшено, то длительно лихорадящие больные часто ху­деют, иногда значительно.

Быстрое и сильное повышение температуры (например, при маля­рии, воспалении легких) обычно сопровождается ознобом, который может длиться от нескольких минут до чаоа, редко дольше. При ознобе кровеносные сосуды кожи резко суживаются, кожа становится бледной, появляется так называемая гусиная кожа, ногтевые ложа становятся синюшными; больной чувствует сильный холод, дрожит, зубы у него начинают стучать. При постепенном подъеме температуры бывает не­большое познабливание. При высокой температуре кожа краснеет, ста­новится теплой, больной ощущает жар. Быстрое падение температуры сопровождается обильным потом. При лихорадке вечерняя температура обычно выше утренней. Повышение температуры тела более 37° дает основание заподозрить заболевание.

Следует различать (рис. 19) степени повышения темпера­туры: температура в пределах 37—38°—субфебрильная, 38—39°—уме­ренно повышенная, 39—40°— высокая, выше 40°— чрезмерно высокая; температура выше 41—42" называется гиперпиретической; она сопро­вождается тяжелыми нервными явлениями и сама по себе может быть опасна для жизни.

Важное значение для диагноза имеет не только установление повы­шенной температуры, но и определение суточных ее колебаний, т. е. ти­па лихорадки (рис. 20). Различают шесть основных типов лихо­радки.

Постоянная лихорадка (febris continua) характеризуется тем, что в течение суток разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1°, например при крупозном воспалении легких, во II ста­дии брюшного тифа.

Послабляющая лихорадка (febris remittens) дает суточные ко­лебания температуры больше 1°, причем утренний минимум выше 37°: она часто бывает при туберкулезе, в III стадии брюшного тифа, при гнойных заболеваниях и очаговой пневмонии.

Перемежающаяся лихорадка (febris intermittens) отличается су­точными колебаниями температуры больше Г, причем минимум ее ле­жит в пределах нормы.

Истощающая, или гектическая, лихорадка (febris hectica) ха­рактеризуется сильными повышениями температуры (до 2—4°) и паде­ниями ее до нормы и ниже; она часто сопровождается изнуряющими по­тами, чаще всего встречается при тяжелом туберкулезе легких, нагное­ниях, сепсисе.

Обратный тип лихорадки (typus inversus) характеризуется тем, что утренняя температура бывает выше вечерней; наблюдается иногда при сепсисе, туберкулезе, бруцеллезе.

Неправильная лихорадка (febris irregularis) отличается разно­образными и неправильными суточными колебаниями. Такого типа лихорадка встречается часто при ревматизме, эндокардите, сепсисе, туберкулезе и др.

Кроме того, по температурной кривой различают две формы: (рис. 21) возвратную лихорадку и волнообразную лихорадку.

Возвратная лихорадка (febris recurrens) отличается чередованием периодов лихорадки с безлихорадочными периодами; она характерна для возвратного тифа.

Волнообразной лихорадке (febris undulans), как показывает само название, свойственны периодические нарастания температуры, сменя­ющиеся ее затуханиями; она нередко наблюдается при бруцеллезе и лимфогранулематозе.

В течении лихорадки различают период (рис. 22) нараста­ния температуры (stadium incrementi), период высокой температуры (stadium fastigii), период снижения температуры (stadium decrementi). Снижение температуры может произойти постепенно—в течение не скольких дней. Такое окончание лихорадки называется лизисом. Быстрое падение температуры до нормы в течение суток называется кризисом. При некоторых заболеваниях (например, брюшном тифе) в период спа­дения лихорадки суточные колебания температуры превышают 1° (ам-фиболический период).

Правильное чередование лихорадочных приступов (озноб, жар, па­дение температуры с потом) и безлихорадочных периодов наблюдается часто при малярии; приступы при малярии могут повторяться ежеднев­но (ежедневная лихорадка — febris quotidiana), через день (трехдневная лихорадка — febris tejtiana) или через два безяихррадочных дня (четы­рехдневная лихорадка — febris Quartana) Иногда наблюдается кратко­временное повышение температуры в течение нескольких часов (одно­дневная, или эфемерная, лихорадка — febris ephemera или febricula) при легких инфекциях, перегревании на солнце, после переливания крови, иногда после внутривенного введения лекарственных веществ.

Лихорадка продолжительностью до 15 дней называется острой, для­щаяся больше 45 дней — хронической.

Гипотермия (температура ниже нормы —субнормальная) бывает не­редко при критическом падении температуры; в течение 1—2 дней она держится около 35°; при этом пульс хорошего наполнения, замедлен, самочувствие больного удовлетворительное. Падение температуры ниже нормы бывает и при тяжелом упадке кровообращения (коллапс); при этом пульс становится слабым и частым, дыхание поверхностное, кожа бледнеет и покрывается холодным потом. Гипотермия наблюдается пос­ле больших кровотечений, при голодании и истощении, в период выздо­ровления после инфекционных болезней, при сильном охлаждении.

6. ПОНЯТИЕ О ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ .

Умение расспросить больного, собрать его анамнез дается не сразу. Если больному самому предоставить возможность излагать жалобы и историю заболевания, то получаются неполные и неточные данные. Часто больные забывают о некоторых фактах своей болезни или долго останав­ливаются на таких симптомах, которые не имеют большого значения, или рассказывают о событиях, маловажных для настоящего заболевания. При этом следует учитывать, что некоторые больные не решаются сооб­щить врачу или даже скрывают какие-либо заболевания (например, вене­рические) или вредные привычки (алкоголизм).

Для того чтобы собрать ценные для диагноза данные, следует знать симптомы и развитие заболеваний, которые изучают в частной патологии и терапии внутренних болезней, и хорошо владеть методикой расспроса больного. Диагностика учит, как нужно правильно и систематически со­бирать данные анамнеза.

Сначала выясняют общие сведения о больном — фамилию, имя, отче­ство, возраст, место рождения, профессию. Возраст имеет значение в раз­витии только некоторых заболеваний, например, атеросклероз, злокаче­ственные новообразования чаще появляются у пожилых. Если больной выглядит значительно старше своих лет, можно предположить, что он перенес серьезные заболевания или находился в тяжелых условиях, или в настоящее время тяжело болен. Знание профессии больного и социаль­но-бытовых условий его жизни нередко позволяет выяснить причину и условия, способствовавшие заболеванию (например, отравление, про­студа).

Далее приступают к систематическому и возможно полному расспро­су больного, задавая ему вопросы в определенном порядке.

Во врачебной практике применяются два типа диагностического ис­следования больного. Один из них заключается в том, что врач, исходя из какого-либо основного или наиболее очевидного симптома, например бо­ли в области сердца, желтухи, кашля, рвоты и т. п., исследует соответст­вующие органы и функции, которые могут иметь отношение к обнаружен­ному симптому, т. е. от симптома через краткое дополнительное иссле­дование переходит к диагнозу болезни. Так, в случае болей в правой подвздошной области при обнаружении пальпаторной болезненности и других признаков ставится диагноз аппендицита. Способ этот применяет­ся нередко, особенно при необходимости быстрого распознавания в слу­чаях, требующих неотложной помощи. Однако такой путь применим толь­ко в наиболее простых случаях и таит возможности диагностических оши­бок, так как при этом недостаточно внимания уделяется общему состоянию и всем системам организма. Кроме того, при этом отсутству­ет определенный план и метод изучения больного, и в лучшем случае диа­гноз болезни оказывается неполным, абстрактным.

Другой тип диагностического исследования можно назвать методи­ческим. Этот путь более сложен. Во-первых, кроме учета основных жалоб, изучается история жизни больного и его заболевания, т. е. все то, что можно получить при методическом расспросе или собирании анамнеза, нередко — из рассказов окружающих. При этом выясняются также кон­ституциональные, бытовые и профессиональные особенности жизни боль­ного. Это ведет к переходу от простого биологического распознавания к социально-биологическому диагнозу болезни. Во-вторых, у больного ис­следуются все органы или системы в определенном порядке. Если этого не придерживаться, а обращать преимущественное внимание на тот или иной орган, руководствуясь каким-либо одним симптомом, сильнее дру­гих выступающим в анамнезе, то это очень часто отражается на правиль­ности диагноза, так как исследование остальных частей организма не­вольно производится поверхностнее, чем это требуется в интересах рас­познавания, диагностика уже с самого начала легко попадает на ложный путь и с предвзятой точки зрения нередко истолковываются все симп­томы. Далее изучается морфологический статус больного в широком смысле слова (клиническая анатомия), т. е. индивидуальные особеннос­ти строения тела, телосложения и морфология органов больного (величи­на, форма, положение). Особенно важный раздел — определение пато­логической анатомии органов больного, т. е. их морфологических изме­нений в ходе развития болезни, которое может быть достигнуто методами клинического исследования.

Параллельно изучаются функциональные особенности больного по системам и в целом (клиническая физиология), т. е. производится опре­деление врожденных и приобретенных индивидуальных особенностей функций различных систем (дыхания, кровообращения, эндокринного ап­парата, нервной системы и т. д.) и патологических отклонений функций (например, секреции, терморегуляции, дыхания и т. д.).

Клиническая анатомия и физиология больного человека изучаются одновременно путем применения методов физической и функциональной диагностики физиологических систем организма. В результате этого вы­ясняется структура и функция органов и всех систем данного больного. Наконец, изучают особенности нервной системы и реактивности больного: силу и подвижность основных нервных процессов, типологиче­ские особенности высшей нервной деятельности и т. д. (на основании анамнеза, проявлений болезни, изменений реакции органов и тканей на обычные и патологические раздражители). В ходе выполнения общего плана диагностического исследования больного определяется его конституция, которая связывает в единое целое телосложение, функциональные особенности, тип нервной системы и реактивность организма, что дает ос­нования для индивидуального диагноза.

В ходе диагностического исследования изучаются отдельные прояв­ления заболеваний человека, т. е. производится анализ, конечной целью которого является познание состояния единого целостного организма, что достигается путем синтеза обнаруженных явлений. Однако на этом изу­чение больного не заканчивается; исходя из обнаруженного симптома или синдрома, для уточнения места поражения или заинтересованного органа, выяснения сущности патологического процесса производят дополнитель­ные исследования, сравниваются и сопоставляются симптомы, устанавли­вается связь между ними и все данные объединяются в понятие опреде­ленной болезни.

Даже в случаях, когда диагноз устанавливается при первом взгляде (например, базедова болезнь, ранение, рожа, порок сердца и т. п.), ме­тодическое изучение больного также необходимо для правильного ле­чения. Весь этот сложный путь исследований больного должен завер­шиться в каждом случае диагнозом болезни, не только возможно точным, но и настолько подробным, чтобы служить основанием для выбора тера­певтических мероприятий.

Следует подчеркнуть, что диагноз болезни и больного не представ­ляет законченной, застывшей формулы, а изменяется вместе с развитием болезни. Под влиянием лечения или возникновения осложнений в состоя­нии больного могут более или менее быстро наступить резкие измене­ния, соответственно которым изменяются диагностика и прогностическая оценка, поэтому диагноз всегда динамичен. Таким образом, диагности­ческое изучение состояния больного не прекращается в течение всего периода клинического наблюдения и лечения, что составляет диагности­ку течения болезни, а также обеспечивает проверку первоначального диагноза.

Схематически процесс диагностирования разделяется на период рас­познавания болезни и период изучения больного на протяжении лечения. Диагностическое заключение, охватывающее весь период наблюдения и лечения, представляется в виде эпикриза.

Дифференциальный диагноз. Диагноз, поставленный по аналогии, имеет одно только доказательство —большее или меньшее сход­ство наблюдаемых явлений с описанными симптомами определенной бо­лезни. Значительно большую достоверность диагноз приобретает, если в данном случае исключена возможность какого-либо другого заболевания. Поэтому более доказательным считается метод дифференциального диа­гноза, основанный на поисках различия между данным случаем и всеми возможными случаями с исключением предположений, не выдержавших этой проверки.

Необходимость такой проверки диагноза составляет принцип клини­ческого распознавания не только в неясных и сложных случаях, но и при тех заболеваниях, при которых наличные симптомы позволяют сделать вполне определенный вывод, однако безусловно необходимо иметь в ви­ду все возможности. С другой стороны, учет всех возможностей способ­ствует более полному обнаружению симптомов; лишь тому врачу удается правильно, своевременно и точно обнаружить все симптомы, который уже осведомлен о том, что их можно ожидать в данном случае, и поэтому со­средоточивает внимание на поисках этих симптомов.

Обычно исходным пунктом дифференциального диагноза служит вы­бор наиболее показательного, ведущего симптома. Затем вспоминают, пе­речисляют и приводят все те заболевания, при которых встречается этот симптом, для которых он является общим. Сравнивают последовательно наблюдающуюся картину заболевания с описанием тех болезней, с кото­рыми она имеет сходство в этом симптоме; ищут различия между данным случаем и сходными заболеваниями. На основании обнаруженных разли­чий или противоречий исключают все заболевания, о которых можно бы­ло думать в данном конкретном случае. Наконец, если при произведенном сравнении картина болезни у исследуемого больного обнаружила наи­большее сходство и наименьшее различие с какой-либо из возможных при данном симптоме болезней и удалось исключить остальные, то за­ключают, что у данного больного имеется это заболевание.

Фазы дифференциального диагноза. Первая фаза. Ведущий симптом, которым руководствуются при дифференцировании, не должен быть слишком общим, ибо в таком случае довольно много забо­леваний должно быть привлечено для дифференциации (например, лихо­радка, взятая вне особенностей ее проявлений); чем специфичнее симп­том, тем меньше круг болезней для дифференциации. Наименьшая затра­та труда и более быстрая дифференциация возможны только тогда, когда в основу дифференциации кладется не один изолированный симптом, а сочетание симптомов— симптомокомплекс.

Вторая фаза. Крайне важным условием является привлечение для дифференциации всех возможных симптомов для данного случая за­болевания, так как пропуск хотя бы одного уменьшает достоверность вы­вода. Из возможных заболеваний в первую очередь следует иметь в ви­ду наиболее вероятные по частоте.

Третья фаза. Сравнение изучаемого случая с рядом возможных заболеваний. Во-первых, отмечают сходство как по числу совпадающих симптомов, так и по их характеру. Во-вторых, следует достаточно четко установить различия как по отсутствию симптомов, свойственных забо­леванию, с которым сравнивается данный случай, так и по наличию симп­томов, мало свойственных предполагаемому заболеванию.

Четвертая фаза. Первоначально предполагавшееся заболева­ние исключают при нахождении различий или противоречий на основании одного из трех принципов дифференциации. Первый из них — так назы­ваемый принцип существенного различия. Наблюдаемый случай болезни не принадлежит к сравниваемому виду заболеваний, так как в нем от­сутствует тот симптом, который является постоянным признаком этого вида. Так, например, отсутствие альбуминурии исключает брайтову бо­лезнь почек или отсутствие повышенного основного обмена исключает ба­зедову болезнь. Но так как при большинстве заболеваний мы имеем дело-с непостоянными симптомами, то в клинике следует придерживаться бо­лее осторожного принципа. Отсутствие симптома еще не исключает забо­левания. Часто ранний период заболевания сопровождается настолько незначительными, непостоянными и нехарактерными признаками, что лю­бой из них может отсутствовать, не говоря уже о сложных случаях забо­леваний, когда эти симптомы могут исчезнуть либо маскируются ослож­нениями или другими заболеваниями. Например, в редких случаях диф­фузных заболеваний почек может иногда отсутствовать даже такой существенный признак, как альбуминурия, при пневмонии — повышение температуры тела и т. п.

Другая формулировка первого принципа дифференциации гласит: наблюдаемый случай заболевания не принадлежит к виду, с которым мы его сравниваем, так как в данном случае мы находим симптом, который в сравниваемом виде заболевания никогда не встречается. Это положение имеет еще более относительное значение, чем первое, поскольку оно не­применимо к случаям сложных заболеваний и поэтому не всегда исклю­чает предполагаемую болезнь.

Второй принцип дифференциации — исключение через противопо­ложность — выражается так: наблюдаемый случай не есть то заболева­ние, с которым мы его сравниваем, так как при заболевании, с которым сравнивается данный случай, постоянно встречается симптом, прямо про­тивоположный. Например, при ахилии вряд ли может быть язва двенад­цатиперстной кишки, так как при ней наблюдается противоположный симптом — гиперсекреции. Все сказанное о первом принципе относится также и ко второму. К тому же следует добавить, что в различные периоды заболеваний некоторые симптомы переходят в свою про­тивоположность: возбуждение — в торможение и т. п., поэтому антагонизм симптомов имеет значение не менее относительное, чем их отсутствие.

Третий принцип дифференциального метода можно назвать принци­пом несовпадения признаков. Сравнивая качество, интенсивность и осо­бенности наблюдающегося симптома с симптомом того же порядка в сравниваемом заболевании, можно убедиться в их несовпадении, различ­ном характере и разном происхождении, что заставляет сомневаться и исключить предполагаемое заболевание. По такому принципу составля­ются дифференциально-диагностические таблицы.

Необходимо иметь в виду, что сравнение данного заболевания с кар­тиной предполагаемой болезни обеспечивает больший успех, чем уста­новление сходств или различия по одному или даже нескольким симпто­мам. Понятно, что метод дифференциального диагноза предполагает и требует дальнейшего исследования больного в тех направлениях, которые диктуются возможностями наличия тех или иных заболеваний с целью поисков симптомов, соответствующих предполагаемому заболеванию. В повторном дополнительном исследовании больного состоит преимуще­ство этого метода, которым достигается более полное наблюдение и от­крываются новые, до того не обнаруженные симптомы. С другой сторо­ны, применение метода дифференциальной диагностики способствует сравнению, пониманию и изучению дифференциально-диагностического значения отдельных симптомов и их особенностей.

Пятая фаза. На основе установленного сходства данного случая с определенным заболеванием и отличия его от всех остальных возмож­ных болезней выводится заключение о диагнозе.

Таким образом, дифференциальный метод диагностики путем исклю­чения по существу не столько прямо способствует постановке диагноза, сколько ведет к доказательству того, что наиболее сходное заболевание является более вероятным, чем другие, т. е. доказывает правильность диа­гноза путем исключения всех остальных возможностей.

Диагноз, который ставится путем прямого исключения всех остальных диагнозов, называется diagnosis per exclusionem, и в сущности не позволяет сделать вполне достоверного утверждения.

Дифференциальная диагностика играет в рассуждениях врача боль­шую или меньшую роль. Основная черта этого метода — широкая провер­ка всех перечисленных возможностей, что является последним этапом наиболее общего по форме пути всякого исследования. Проверка диагно­за идет параллельно продолжающемуся наблюдению, так как проверка осуществляется также на основании наблюдения тех следствий, которые выводят из высказанного предположения. Нужно отметить, что метод дифференциальной диагностики служит для проверки диагноза, но не объясняет особенностей состояния больного.

Распознаванием заболевания диагностика практически не заканчи­вается, так как изменяющееся состояние больного вызывает соответству­ющие изменения в распознавании, поэтому диагноз не может быть не ди­намичным, он должен развиваться и дополняться соответственно колеба­нием в состоянии больного. Изучение этих изменений служит также проверкой правильности первоначального диагноза.

7. ПОНЯТИЕ О ПРОГНОЗЕ БОЛЕЗНИ .

МЕТОДИКА ПРОГНОЗА , ОШИБКИ ПРОГНОЗА .

На каждой ступени построения диагноза при этом способе также производится сравнение, предположение и проверка. Целью конкретного диагноза является распознавание всех индивидуальных особенностей па­тологического процесса, причин и условий возникновения его у данного больного. Такой диагноз приближает врача к пониманию патогенеза за­болевания.

Основная задача диагностики заключается в распознавании повреж­дения и реакций организма, составляющих сущность болезни, в познании развития и результата их взаимодействия. Но так как мы не механически рассматриваем причину и следствие, изучаем не только цепь причин и следствий, но и их сложное взаимодействие и переход одной в другую, то в основу изучения болезни и больного кладется познание патогенеза.

Отнесение того или иного случая заболевания к определенной нозо­логической единице, т. е. абстрактный диагноз, позволяет в большей или меньшей степени выяснить сущность патологических процессов в организ­ме больного, а также их возможную этиологию. Конкретный же диагноз состояния больного выясняет особенности реакции и степени нарушения процессов организма, конституциональную и социально-бытовую почву его заболевания. Наиболее полный диагноз составляет совокупность симптоматического, анатомического, функционального, этиологического и социального распознавания, т. е. синтез — установление единства различ­ных сторон состояния данного больного, его индивидуальности. Познание причины и сущности какого-либо явления — необходимое условие для успешного воздействия, т. е. изменения или устранения его.

Причины неправильных диагнозов. Условно эти причи­ны можно разделить на три группы. Во-первых, заболевание может быть не диагностировано, если оно в настоящее время еще не изучено. Бук­вально каждый год выявляются и описываются все новые и новые болез­ни, а сколько имеется в настоящее время еще не изученных? На этот вопрос ответить трудно. Далее, заболевание может быть уже описано, но его клиническая картина и диагностика изученй плохо, что нередко так­же является серьезным препятствием для правильного диагноза. Нако­нец, заболевание может быть достаточно хорошо изучено, однако данный врач его не знает или имеет о нем только теоретические представления, так как никогда не встречался с ним ранее в своей практике.

Вторая группа диагностических ошибок обусловлена недостаточным или неправильным обследованием больного. Это может быть связано с плохим владением врачом техникой клинического обследования больно­го, недостаточным знанием им лабораторно-инструментальных методов исследования, которые необходимо провести в данном случае для уста новления характера заболевания, или отсутствием соответствующих ла­бораторий (отдаленные сельские больницы и т. д.). Наконец, причиной недостаточного обследования может быть и сам больной: так, у глухоне­мого или говорящего на иностранном языке трудно собрать полный анам­нез, а больному в коматозном состоянии трудно провести полное обследо­вание даже основными методами (аускультация, перкуссия, пальпация). К тому же врач не может медлить и должен срочно принимать решение.

Третья причина неправильных диагнозов — ошибочное заключение, которое может объясняться недостаточным знанием врачом семиологии и методологии диагноза, навязанными ему представлениями (давление авторитета более опытного врача, малодушие врача, который, имея все данные, из чувства стеснения или робости перед авторитетными коллега­ми не высказался о возможности другого диагноза). К сожалению, иног­да это наблюдается даже в особо ответственных случаях. Наконец, оши­бочная диагностика возможна из-за самомнения и тщеславия врача, ко­торый, полагаясь на собственную интуицию и опыт, может пренебречь необходимыми исследованиями и мнением коллег.

Ошибка в диагнозе — добросовестное заблуждение врача, не разо­бравшегося в характере болезни. От диагностической ошибки нужно от­личать случаи, когда врач сознательно ставит неправильный диагноз, что уже является преступлением.

Можно выделить две основные трудности, стоящие пе­ред диагностикой: 1) трудность количественного порядка, заклю­чающаяся в лавинообразном увеличении научной информации; 2) необ­необ­ходимость решения сложной задачи наиболее ранней и тонной диагности­ки заболеваний (когда легче проводить их эффективное лечение) и даже распознавание предрасположения к болезни у практически здоровых людей.

Трудности первого порядка обусловлены обширной информацией, необходимой для понимания конкретного случая (например, для диагно­стики поражений печени некоторые руководства рекомендуют произво­дить до 30 биохимических проб, а вообще их предложены сотни). Эта огромная информация создает дополнительные затруднения и для пра­вильного мышления (восприятие, сохранение, анализ информации, отбор нужных выводов из увеличивающегося количества фактов — болезней, синдромов, симптомов, тестов и т. д.).

Однако следует помнить, что применение электронно-вычислительной техники в медицине, в частности диагностические машины, никогда не заменят врача у постели больного; эти машины создаются в помощь вра­чу, а не вместо него. Например, врач должен собрать у больного анамнез, увидеть кровотечение, услышать систолический шум или увидеть мико -бактерию туберкулеза, т. е. врач дает «пищу» машине или вводит в нее информацию, которую она обрабатывает, используя «электронную па­мять» в соответствии с заданием.

Список литературы:

1. Пропедевтика внутренних болезней. Под редакцией В. Х. Василенко, Москва, Медицина 1974 г.
2. Большая медицинская энциклопедия. 2-е издание, том. 9.
3. Терапия. Аллен Р. Майерс, пер. с англ. под редакцией А.Г. Чучалина, Москва, 1996.