

количества белка и других, заведомо лимфогонных веществ и прекращение инъекции туберкулина ¹⁾).

Полезным могло бы оказаться также одновременное введение инсулина, обладающего свойством уменьшения лимфотока.

Ясно, что соображения, положенные в основу рационального питания туббольного (витамины, соли кальция и фосфора и т. д.), сохраняют всю свою ценность и при лечебном питании.

Таковыми мне представляются теоретические и отчасти экспериментально обоснованные перспективы построения действительно лечебного рациона туберкулезного больного. Задача клинического наблюдения—выяснить и установить правила применения того или другого варианта этого лечебного питания в периоды всплеск и интервалов патологического процесса.

Поступила в ред. 20. VI. 1937 г.

Из 4-й терапевт. клиники (дир. проф. В. И. Катеров) Каз. гос. мед. института.

К методике собирания анамнеза.

Проф. В. И. Катеров.

В настоящей статье я имею в виду лишний раз привлечь внимание к методике собирания тех фактов, которые добываются так называемым субъективным исследованием, т. е. расспросом больного.

Надо сказать, что этому весьма важному методу исследования больного далеко не всегда уделяется то внимание, которое он заслуживает по своему значению диагноза, для прогноза терапии.

Проф. Лурия прав, говоря: „... По мере успехов инструментального и лабораторного исследования больных у терапевта часто все больше и больше отходит на задний план изучение субъективных ощущений, а главное личности больного“.

Причины, по которым главным образом молодые врачи далеко недостаточно пользуются при изучении больного субъективным методом исследования, лежат, как мне кажется, в следующих моментах: 1) неверное представление о том, что подробное собирание анамнеза б-го требует очень много времени и не дает таких „точных“ данных, как напр., микроскоп, рентген и т. п., и вытекающая отсюда недооценка значения субъективного метода исследования; 2) недостаточное овладение самой техникой расспроса б-го. Относительно первого момента надо сказать, что количество времени, потребное для получения хорошего анамнеза, в значительной мере зависит от умения,

¹⁾ По отношению к туберкулину невольно напрашиваются те же соображения, какие приведены по поводу бессолевой диеты. Разнообразный эффект и противоречивая оценка его различными авторами на протяжении большого количества лет и не прекращающиеся до сих пор споры о целесообразности его применения—мне кажется, основаны на том, что не принимается во внимание его воздействие на лимфатическую систему и поэтому упускается из виду важность применения его лишь в определенные периоды болезни.

но что, кроме того, получение точных, напр. лабораторных данных, никоим образом не снимает необходимости изучения и субъективной картины болезни. Приведу лишь мнение всем известного Штрюмпеля, который говорит: „Точно и подробно собранный анамнез имеет то же, если не большее, значение для выяснения диагноза, что и объективное исследование“. Несомненно, субъективное исследование, дающее нам представление о проявлениях и течении болезни у человека и отображающее личные переживания больного („внутренняя картина болезни“ — Лурия) заслуживает серьезного изучения. Внимательное изучение субъективной симптоматологии в ряде случаев позволяет распознавать более ранние стадии заболевания, когда объективные методы нередко не обнаруживают еще заметных изменений в организме больного. Данные, получаемые субъективным исследованием больного, позволяют индивидуализировать каждый случай никак не в меньшей мере, чем многочисленные материалы, добываемые различными специальными методами исследования. В индивидуализации же каждого случая лежит несомненно успех и правильного диагноза, и обоснованного прогноза, и эффективного лечения, и профилактики.

К сожалению, очень нередко приходится видеть, что многие врачи не владеют техникой расспроса больного.

Следует вполне согласиться с проф. Лурия, который говорит: „Многолетнее наблюдение над работой врачей в разных условиях показывает, что исследование внутренней картины болезни (расспрос больного и анамнез) заставляют желать много лучшего, что они, как правило, стоят значительно ниже по качеству, чем объективная часть исследования больного, и не отражает живой динамический процесс в психике врача“.

Известный проф. Захарьин, успех которого в распознавании и лечении болезней в значительной мере был основан на его оригинальном методе детального расспроса больного, говорит в своих „Клинических лекциях“: „Начинающий врач, если не усвоил себе метода, не убедился еще в его необходимости, расспрашивает как попало (разрядка моя — В. К.), — в одном случае так, в другом иначе, — увлекается первым впечатлением, произведенным жалобами больного (напр. одышка, колотье в боку, кашель), и, предположив на этом основании известную болезнь, надеется быстро решить дело, предложив больному несколько относящихся сюда вопросов, но не исчерпав расспросом состояния всего организма. Горьким опытом он убедится, если сколько-нибудь способен к самосовершенствованию, — что такой прием не доводит до цели, что он не даром осужден опытом и что единственно верный, хотя более медленный и тяжелый путь, есть соблюдение полноты и известного, однажды принятого, порядка в исследовании“ (разрядка моя — В. К.).

Однако надо сказать, что собирание полноценного анамнеза вовсе не так просто, как это многим кажется („что же трудного — расспрашивать больного?“) Проф. Яновский правильно

указывает относительно расспроса больного: „Это самая трудная часть исследования“. Трудности же в значительной мере зависят от несовершенства и неразработанности техники этого специфического (субъективного) метода исследования.

Вопросам методики постановки диагноза вообще, в частности разработке и изучению методики расспроса больного, у нас уделяется недостаточно внимания. Так, в наиболее распространенных у нас учебниках внутренних болезней субъективному исследованию больного отводится или весьма скромное место, или излагается лишь краткая семиотика субъективных симптомов, а не самая техника расспроса. В периодической литературе эти вопросы также редко освещаются.

В классическом труде Захарьина („Клинические лекции“), придававшего расспросу больного чрезвычайно большое значение и проводившего его с большой тщательностью и систематичностью, можно найти лишь одно методическое указание относительно расспроса больного: „Порядок, которому опыт научил меня как наилучшему, — говорит Захарьин, — основывается на соединении двух принципов: физиологического (по системам и органам) и топографического (по соседству). Могут быть конечно и другие, но первое условие всякого порядка состоит в том, чтобы цикл вопросов обнимал *все важнейшее*“ (подчеркнуто автором). В изданных у нас 10—15 лет назад специальных кратких пособиях по клиническому исследованию больных (Кабанов, Бондырев, Виноградов, Окс и др.) даются очень подробные схемы (вернее, перечень вопросов) или вместе с тем и краткая семиотика субъективных жалоб больного; но все они обладают рядом весьма существенных недостатков, делающих их мало пригодными для повседневного практического применения. Во-первых, они очень объемисты и не динамичны, что делает их мало жизненными, во-вторых, и это самое главное, — в них не видно целевой установки задаваемых вопросов, что превращает расспрос в чисто механический акт и лишает врача активности в собирании анамнеза.

На основании своего многолетнего клинического и практического опыта я выработал определенную систему (методику) расспроса больного, которая, как мне кажется, имеет следующие положительные стороны: 1) являясь системой (планом), а не мертвой схемой, она позволяет в зависимости от случая варировать количество и характер задаваемых больному вопросов, что дает экономию времени, а самое главное — побуждает врача в каждом случае быть активно-мыслящим и проявлять инициативу при расспросе; 2) при точном и внимательном пользовании этой системой расспроса врач гарантирует себя от случайных пропусков тех или иных субъективных явлений или анамнестических сведений, что в значительной мере предупреждает ошибочные диагнозы; 3) эта система не представляет трудности для ее усвоения любым практическим врачом и не требует заучивать или держать перед собой вопросник, напечатанный на 30—60 стр.

В основном следует различать две формы собирания анамнеза. Первая форма это — повествовательная в виде самостоятельного подробного рассказа самим больным всей истории своего заболевания (*anamnesis morbi*) и своей жизни (*anamnesis vitae*). В этом случае врач должен только руководить последовательностью и объемом рассказа больного, поскольку некоторые больные в своем рассказе бывают мало последовательны или излишне многословны. Руководить рассказом больного в таких случаях можно незаметно для больного, принимая участие в этом рассказе в форме разговора с больным, а именно, по мере рассказа приходится просить больного осветить тот или иной момент.

План, которого врач должен придерживаться (руководя рассказом больного), следующий: прежде всего мы просим больного рассказать — чем он нездоров, на что жалуется или какие непорядки замечает в состоянии своего здоровья в настоящее время, т. е. собрать *status praesens subjecti*. Затем, предлагаем больному рассказать всю историю своего заболевания (*anamnesis morbi*), причем в форме разговора с больным мы должны точно выяснить следующие моменты: 1) когда началось данное заболевание; здесь в целях уточнения ответа лучше задавать больному еще контрольный вопрос: „а до это времени (дня, месяца и т. п.). Вы чувствовали себя совершенно здоровым?“ Нередко оказывается, что больной считает начало заболевания со времени появления у него выраженных симптомов, тогда как на заданный вопрос удается получить указание, что больной и раньше не считал себя совсем здоровым, но не придавал некоторым, по его мнению, маловажным явлениям (начальные слабо выраженные симптомы) значения, а между тем для распознавания это нередко существенно важно.

2) Затем следует выяснить, как началось заболевание: а) сразу или постепенно, б) какими явлениями (симптомами) и в какой последовательности. Наконец, необходимо получить из рассказа больного точное представление о том

3) как протекало заболевание от его начала до настоящего времени; а) непрерывно, циклически (с исчезновением и повторным появлением симптомов болезни), приступообразно, прогрессируя и т. п., б) каковы были изменения отдельных признаков болезни, напр, температура, боли, кашель и т. п.), в) каково было его общее состояние (в частности работоспособность), г) каково было лечение (домашнее, стационарное, амбулаторное) болезни и его результаты и

4) каковы, по мнению больного, причины данного заболевания (инфекция, простуда, переутомление, нарушения в образе жизни, питания и т. д.).

Проведенный по такому плану рассказ самого больного со всеми деталями ощущений, иногда своеобразно описанных больным, может часто представлять большую ценность в диагностическом отношении. Однако в большинстве случаев нам не удастся получить от больного исчерпывающий анамнез в форме самостоятельного рассказа. Не говоря уже о том, что далеко не все больные (даже врачи) могут ясно и последовательно изложить историю своего заболевания, следует иметь в виду, что больной нередко может забыть или упустить ряд моментов, которые с его точки зрения не имеют отношения к данному заболеванию (я здесь не касаюсь случаев иногда сознательного сокрытия больным каких-либо анамнестических данных, а также могущих быть случаев аггравации или симуляции). Например, больной жалуется на появление у него общего отека, но не говорит, что у него нередко бывают „беспричинные“ головные боли, иногда — поносы и рвота, считая, что это случайные яв-

ления (от переутомления, погрешностей в диете и т. п.), не относящиеся, по его мнению, к такому серьезному заболеванию, как отеки; а между тем, все они могут быть признаками так называемой „малой уремии“. Или: больной приходит с заявлением, что у него „хроническая малярия“ (готовый диагноз): повышенная температура, общее недомогание, плохой аппетит и т. п. и не упоминает о том, что у него имеется небольшой кашель, считая, что — „это так, от курения“, а между тем как раз этот симптом может навести на правильное распознавание — слабо выраженный туберкулез легких.

Таким образом в большинстве случаев нам приходится прибегать к активному методу собирания анамнеза, т. е. к получению от больного необходимых сведений в форме ответов на задаваемые ему вопросы. Особенно необходимо применять активный метод в форме систематического расспроса больного в случаях, где диагноз не может быть поставлен быстро. Это главным образом случаи хронических слабо выраженных заболеваний без ведущего симптома и случаи сложные или комбинированные, где требуется проведение дифференциального диагноза. И вот здесь для получения полноценного анамнеза, т. е. такого, который мог бы дать важные факты для дифференциального диагноза, необходимо, чтобы врач владел техникой расспроса, которая должна быть так же хорошо усвоена, как и другие технические приемы объективного исследования больного. Сущность техники расспроса должна заключаться в соблюдении раз навсегда усвоенного плана задаваемых больному вопросов. План этот должен быть построен на стремлении получить от больного возможно полное и точное представление как о данном заболевании во всех его проявлениях и его динамике, так и о состоянии всего организма данного больного. В то же время такая система должна иметь в виду и экономию времени.

В качестве такого плана активного собирания анамнеза (субъективного исследования) больного я предлагаю следующий:

1. Весь расспрос больного, после того как он опрошен о его настоящих жалобах (*Status praesens subjectivus*) должен производиться по следующим шести системам органов: а) кровообращение, б) дыхание, в) пищеварение, г) мочеполовые, д) движения и е) психо-нервная система и общие симптомы (общее состояние больного, органы чувств, температура и проч.).

Порядок, в каком следует расспрашивать про состояние этих систем, может быть принят любой, но удобнее начинать расспрос о той системе органов, на изменения в которой больной жалуется в настоящее время. Например, жалобы больного на кашель и одышку — расспрашиваем сначала про систему органов дыхания; затем должна следовать система органов, наиболее связанных (анатомически или функционально) с этой системой (в данном примере — сердечно-сосудистая). После того переходим с расспросом к остальным системам по порядку. Необходимо лишь следить, чтобы ни одна из систем не была опущена расспросом.

2. Расспрос о состоянии каждой системы должен производиться по симптомам, могущим характеризовать состояние данной системы, причем вопросы об основных симптомах задаются независимо от того, перечислил ли их больной в своих жалобах или нет. Так, напр., больной заявил, что его беспокоят только сердцебиение и одышка, своим же плановым расспросом мы должны охватить

и все другие основные симптомы, могущие характеризовать состояние сердечно-сосудистой системы, а именно, мы спрашиваем больного: не бывает-ли (не бывало-ли) у него 1) болей в груди, 2) отеков на ногах и проч.

Очень важно при этом не отклоняться от начатого расспроса, касающегося данного симптома, чему иногда способствует недостаточная сосредоточенность самого врача, а чаще всего — бессознательные попытки больного перенести внимание врача на что-нибудь другое, что больного в данное время больше беспокоит или интересует.

В отношении каждого симптома необходимо выяснить: 1) время появления данного симптома; 2) быстроту появления (развития) его; 3) постоянство или периодичность; в случае периодичности или цикличности в появлении того или иного симптома следует тут же выяснить частоту и длительность периодов; 4) силу (выраженность) симптома; 5) особенно важно установить характер (качественные свойства) симптома, напр., боли — тупые, ноющие, острые, схваткообразные, иррадиирующие и т. п.; 6) причинность или зависимость данного симптома от каких-либо моментов. Например, от чего зависит появление болей в области желудка — от приема пищи (ее количества, качества?), от движений и т. п.

В заключение надо установить последовательность в появлении отдельных симптомов, как в развитии данного заболевания, так и в проявлениях какого-либо синдрома (комбинации ряда связанных симптомов). Например, важно выяснить, что сначала заметил у себя больной, похудание или рвоты и понос; точно так же в отношении синдрома: что появляется сначала — боли, а затем рвота или наоборот.

Охарактеризовав таким образом по вышеуказанным моментам один симптом (например, кашель), переходим к характеристике (путем вопросов) следующего симптома, например, боли в груди, опрашивая в отношении его опять по тому же плану.

Эти шесть моментов (давность, быстрота развития, постоянство, сила, характер, причинность) следует твердо усвоить как план для опроса про каждый симптом, не отступая от этого плана. По усвоении этого единого плана вопросов (а это очень легко) и некотором навыке в его применении нет надобности в механическом запоминании огромного количества вопросов из какой-нибудь подробной схемы.

Следует иметь в виду, что при составлении качественной характеристики каждого отдельного симптома необходимо относиться критически к оценке симптома самим больным и стараться перевести субъективную оценку симптома самим больным на объективную характеристику путем конкретизирования или какого-либо сравнения, так как нередко сами больные или переоценивают или недооценивают некоторые факты. Известно, что восприятие и оценка одного и того же ощущения, например боли, могут быть очень различны в зависимости от целого ряда условий: характера больного, его настроения и т. д. Если, например, больной характеризует свои боли, как сильные, и на дополнительный вопрос: как он себя ведет во время этих болей, отвечает, что он бросает в это время даже ответственную работу, это является достаточным подтверждением правильной оценки больным своих ощущений, как сильные (нестерпимые) боли (например, в одном случае вагоновожатый заявил, что он при появлении болей бывал вынужден останавливать вагон и присесть). Наоборот, нередко взволнованный больной (или окружающие его) заявляет, что у него „очень много крови шло горлом“, а на Ваши конкретные, сравнительные вопросы (со стакан, чашку и т. п.) отвечает, — „Нет, меньше, но весь носовой платок запачкан кровью“; тут, конечно, нельзя согласиться, что крови было „очень много“.

Покончив с симптомами, о которых сообщил сам больной, все же нельзя считать соби́рание анамнеза оконченным, даже в случае если полученные сведения кажутся вполне достаточными для постановки диагноза. Следует обязательно коснуться, хотя бы основными вопросами, и всех остальных систем органов, следуя порядку, указанному выше.

Недостаточно поставить диагноз, например, того или иного порока сердца, а надо получить точное и достаточное представление о состоянии всего организма в целом, т. е. иметь сведения о всех системах. Это необходимо не только для постановки правильного диагноза, но равным образом это необходимо и для выполнения следующих за постановкой диагноза задач врача, а именно обоснования прогноза и назначения индивидуальной терапии,

Конечно, в целом ряде случаев, главным образом типично выраженных острых заболеваний, как, например, крупозная пневмония, острый суставной ревматизм и т. п., где диагноз обычно сравнительно быстро и легко устанавливается путем простых методов объективного исследования, — можно ограничиться только основными вопросами, касающимися данного заболевания, или кратким рассказом больного. Однако такая сжатость анамнеза в подобных случаях допустима лишь в таких условиях, где задача врача сводится главным образом к постановке лишь основного (или предварительного) диагноза, например, в амбулатории, при вызове скорой помощи, после чего больной тут же передается для дальнейшего наблюдения в стационар. Но в стационаре врач должен собрать подробный анамнез по приведенному выше плану даже и в случаях, казалось бы, простых, типично выраженных.

Мне кажется, что одной из существенных причин диагностических ошибок, например, частого нераспознавания таких заболеваний как туберкулез и рак является пренебрежение к анамнезу больного. Нередко приходится видеть, как врач „увлекается первым впечатлением, произведенным жалобами больного“, как говорит Захарьин, и „находит“ соответствующий им диагноз, тем более, если имеются и некоторые объективные данные, подкрепляющие его.

Приведу ряд примеров: 1) больной поступает с жалобами на отеки всего тела (они действительно явно выражены), одышку, понос; направлен с диагнозом нефрозо-нефрит. При исследовании мочи (за что прежде всего берется врач) действительно найден белок, патологический осадок, — диагноз поставлен. А оказывается у больного основное заболевание — ток легких с ВК в мокроте, причем больной на вопрос о кашле (о чем врач не считал необходимым его спросить, т. к. это не „почечный“ симптом) сразу же сообщает, что кашель у него давно, бывали повторно кровохаркания и т. п.

2) Больной поступает с характерным „язвенным“ синдромом, диагноз „подтверждается“ некоторыми данными рентгеновского исследования (куда, конечно, врач в первую очередь и повел больного), а оказывается у больного также ток легких с ВК в мокроте при наличии „абдоминального синдрома“. Анамнез в отношении состояния органов дыхания не был собран в виду казавшейся ясности диагноза (язва желудка).

3) Больной направляется с „сердечной декомпенсацией“. У больного действи-

тельно отеки на ногах, асцит, выраженный артерио-и миокардио-склероз (больному около 70 лет). Казалось бы случай ясный, однако расспрос о состоянии пищеварительного тракта заставляет заподозрить рак желудка (больной до того к врачам не обращался); при внимательном обследовании больного у него налицо Вирховская железа, „асцит“ больше похож на карциноматозный перитонит. Тяжелое состояние больного не позволяло произвести ни исследование желудочного содержимого, ни рентгеноскопию (диагноз рака желудка подтвердился затем на секции).

Закончив соби́рание *anamnesis morbi*, необходимо собрать также более или менее подробно *anamnesis vitae*. Последний должен осветить все моменты, могущие играть ту или иную роль в развитии заболевания у данного больного.

Напомню здесь, что еще 50 лет назад Захарьин говорил: „В особенности следует ясно и добросовестно сознавать, что истинный, действительный, а не кажущийся только, врачебный совет есть лишь тот, который основывается на полном осведомлении об образе жизни, а также настоящем и прошлом состоянии больного, и который включает в себе не только план лечения, но и ознакомление больного с причинами, поддерживающими его болезнь и коренящимися в его образе жизни, — разъяснение больному, что лечение лишь облегчает выход к здоровью, а прочное установление и сохранение последнего невозможно без избежания названных причин, — словом, разъяснение больному его индивидуальной гигиены“.

Не ставя себе задачей останавливаться здесь подробно на этой части анамнеза, я укажу лишь, что как минимум у каждого больного должны быть выяснены следующие моменты: 1) социальное положение больного, 2) род занятий и условия работы (в прошлом и сейчас), 3) бытовые условия (жилище, питание, материальное состояние, состав семьи и проч.), 4) привычки и злоупотребления, 5) перенесенные болезни (когда и как их переносил), 6) нервно-психические травмы (тяжелые переживания и проч.), 7) наследственный и семейный анамнез (болезни родственников).

Предлагая изложенный мною метод соби́рания анамнеза (расспроса больного) при внутренних заболеваниях, я имею в виду главным образом молодых врачей, в особенности работающих самостоятельно на периферии и вынужденных, как выражается Захарьин, „горьким опытом“ вырабатывать каждый для себя самостоятельно свой метод расспроса больного.

Не претендуя на то, что предлагаемый мною метод расспроса является совершенным, я полагаю, что он все же в деле разработки методики субъективного исследования больного является известным шагом вперед. Принципиальное его отличие от существующих многих схем соби́рания анамнеза в том, что этот метод указывает главным образом на то, как (в каких направлениях) надо вести расспрос, чтобы выяснить „физиономию субъективного симптома, его динамику, условия его происхождения — всего того, что делает симптом живым и ценным материалом для диагноза“ (Лурия).

Поступила в ред. 2.VII.1938 г.