

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Из 1-ой Терапевтической клиники Центрального института усовершенствования врачей. (Больница имени С. П. Боткина.)

Об анамнезе и внутренней картине болезни.

Проф. Р. А. Лурия (Москва).

Основной задачей врача-терапевта, особенно в нашу эпоху строительства нового социалистического общества,—является *распознавание заболеваний внутренних органов возможно в ранних стадиях, когда практически можно рассчитывать на выздоровление и полное восстановление трудоспособности человека*. Если исключить острые заболевания, то большинство больных с ранними формами болезней составляют те миллионы трудящихся, которые проходят через *амбулатории, поликлиники и диспансеры* и которые относительно редко попадают в стационары не только для лечения, но, что особенно важно, для своевременной установки правильного распознавания болезни. В ранних стадиях заболевания, за немногими исключениями, речь идет, как известно, еще не столько о *грубо-анатомических изменениях органов и их систем* с резко выраженными симптомами болезни—сколько, главным образом, о тонких и тончайших *расстройствах функций организма*. Один раз они протекают совершенно скрытно, другой раз составляют причину ненормальных ощущений, заставляющих человека искать врачебной помощи или только посоветоваться с врачами о состоянии своего здоровья. Больной хочет знать мнение врача об этих своих новых ощущениях самого различного порядка—то характера физической боли, то общего недомогания, то только ограничения работоспособности. то, наконец, просто сознания, что он нездоров или что ему грозит болезнь.

Желая помочь врачу скорее разобраться и определить природу и сущность своей внутренней болезни и зная по опыту или от других, что внимательный врач воздержится от постановки диагноза прежде, чем он не ознакомится с результатом ряда инструментальных и лабораторных исследований, больные, как известно, приходят часто к врачу уже с кучей разнообразных анализов мочи, желудочного сока, испражнений, крови, кровяного давления, рентгеновского исследования разных органов и т. д., и т. п. На первый взгляд, все это предварительное техническое обследование больного на самом деле в значительной мере облегчает объективное изучение картины болезни и во всяком случае дает в руки врачу целый ряд весьма ценных данных при условии, разумеется, если все эти анализы производятся планомерно и достаточно подготовленными лицами. Ежедневный опыт учит, что больной настолько убежден в возможности поставить диагноз на основании, главным образом, этих „объективных“ документов, что, желая сохранить дорогое время занятого врача, с ними именно он и начинает свою беседу с врачом. И что еще более досадно, нередко сам врач начинает исследование больного с этих анализов и рент-

геновского протокола и встает таким образом на скользкий и опасный путь техницизма в понимании больного и его болезни. Такое поведение и больных, и врача далеко не случайно и если так именно, как учит мой многолетний опыт преподавания, поступает иногда врач, то для этого имеются весьма глубокие и серьезные причины в самой истории развития теории и практики нашей науки и нашего врачебного мышления.

Остановимся сначала на предпосылках такого недисциплинированного медицинского мышления, на котором так подробно останавливался в свое время Б ле у р е р в части, касающейся исследования больного вообще и изучения ранних форм заболеваний в частности.

Распознавание внутренних болезней, раз дело идет, как мы понимаем теперь, преимущественно о расстройствах функций сложнейших систем организма вследствие не столько морфологических, сколько гуморальных и вегетативных патологических процессов,—распознавание болезни представляет собою для врача в значительной мере не только аналитическую, а, главным образом, большую синтетическую работу. Даже такие патологические отклонения в анализах, как альбуминурия, наличие крови в испражнениях, оседание эритроцитов, отсутствие соляной кислоты в желудочном соке или высокие цифры его кислотности, изменение размеров сердца на рентгенограмме, повышение кровяного давления, некоторые изменения в электрокардиограмме и, наконец, даже положительная реакция В а с с е р м а н а—все эти важные, несомненно, факты, хорошо знакомые больным и часто являющиеся даже причиной значительного ухудшения их состояния ятрогенного происхождения,—все эти, оторванные от больного результаты аналитической работы врача, как мы хорошо знаем, не решают сами по себе вопроса о диагнозе патологического состояния организма и еще меньше вопросы прогноза, выздоровления и трудоспособности больного.

Продолжающаяся более полувековая эпоха чисто аналитического мышления в нашей науке, имела своею целью выразить болезнь человека и динамику ее развития в математических формулах. Эта эпоха, при всех величайших своих достижениях, оставила у врача все же очень глубокий след чисто механистического мышления. Огромные успехи биологических наук, химии, физики, действительно давшие возможность разложить целый ряд физиологических и патологических явлений в организме на их простейшие элементы, подняли на недостижимую прежде высоту методику объективного исследования отдельных процессов и обогатили врача чудесами медицинской техники в распознавании тончайших расстройств функций организма. Но, как говорит Г е г е л ь, —ни механическое сложение костей, крови, хрящей, мускулов, тканей и т. д., ни химическое—элементов не составляет еще животного. Организм не является *ни* простым, *ни* составным, как он-бы ни был сложен (Э н г е л ь с).

Едва ли удастся более ярко определить причины того, что, несмотря на все величайшие достижения медицинской техники нашей эпохи, несомненно подвинувшие значительно вперед возможности объективного раннего распознавания болезней, задача врача и в наши дни состоит в разрешении вопроса о роли субъективного исследования больного в синтетическом процессе его мышления, результатом которого является правильный диагноз болезней. Именно, такое понимание организма как специфической категории лучше всего объясняет нам, почему все успехи медицинской техники не снимают и не могут снять необходимости исследо-

вания больного как личности, т. е. изучения тех психофизических процессов, которые лежат в основе субъективных ощущений больного, его страданий, всего того, что его рано ведет к врачу и что так легко просматривается в этой стадии болезни, если врач находится во власти одного только объективного аналитического метода и ищет только точные объективные признаки.

Вот почему пред нами вновь встает старый вопрос о значимости и о методике субъективного исследования больного, и совсем не случайно, ряд авторов фиксирует внимание врачей на соотношениях между субъективным и объективным исследованием и появляются уже крупные монографии, специально посвященные вопросам анамнеза (*Grund. Die Anamnese, Psychologie und Praxis der Krankheitsbefragung. 1932 г.*).

Для молодых кадров терапевтов потерял, разумеется, свою остроту исторический спор между Московской—Захарьинской—и Петербургской—Боткинской терапевтическими школами, знаменитый спор, в котором не малое место занимает вопрос о методике исследования больного человека. Этот спор во многом отражает различные точки зрения представителей эмпирической гиппократовской медицины, с одной стороны, и рациональной „объективной“ клиники, с другой. Для молодых терапевтов, к сожалению, мало читающих творения наших великих классиков клиники, возобновим кратко этот этап медицины. Захарьин, как известно, оставил образцы великолепного субъективного исследования больного, методического и строго планового, касающегося не только отдельных ощущений больного, но и мельчайших условий жизни труда и быта человека и его семьи. Не отрицая, разумеется, ни в коей мере значения субъективных жалоб больного, Боткин считает, что для начинающего врача они стоят на втором плане, первое же место занимает накопление строго проверенных объективных фактов в результате изучения больного всеми доступными для врача физическими и лабораторными методами исследования. Чтобы поставить больного вопросы, необходима руководящая идея о его болезни, а эта идея является результатом накопления строго проверенных объективных фактов. Вот почему Боткин и настаивает на примате объективного исследования. В этом отношении Боткин четко отразил философию медицины своей эпохи чистого рационализма.

Рациональное понимание физиологических и патологических процессов в организме в эту эпоху расцвета медицины, когда соматическое резко противопоставлялось психическому, господствовало до начала настоящего столетия. Однако, именно достижения и открытия этой эпохи в области физиологии центральной и вегетативной нервной системы, гуморальных и эндокринных регуляторов основных жизненных процессов и обмена веществ опять привели нас теперь к новому—монистическому пониманию организма, где соматическое и психическое составляют уже не две отдельные категории, а неразрывную цепь тесно переплетенных между собою процессов, проникающих друг в друга и находящихся в постоянной зависимости один от другого и от внешних условий, в которых живет и развивается организм. Пусть мы еще далеко недостаточно понимаем и знаем механизм этих соотношений, но бесконечные экспериментальные исследования и клинические ежедневные наблюдения, на которых я не считаю нужным останавливаться здесь, так как эти факты достаточно известны врачам, говорят за то, что, по крайней мере для врача, не может быть

речи о дуализме соматических и психических процессов, о параллелизме их, при всей специфичности тех и других. И действительно, практически мы имеем дело, когда речь идет о больном человеке, с единым болезненным процессом, искусственно разделяемым на субъективные и объективные симптомы болезни.

Мы не будем здесь углублять эти вопросы психофизических явлений в организме и огромное значение их в практической работе врача. Я в другом месте подробно остановился уже на значении этой проблемы в психогенезе некоторых заболеваний внутренних органов и на печальных результатах *негативной* психотерапии, когда поведение врача вольно или невольно ведет к ятрогенным заболеваниям, если он неосторожно игнорирует неразрывную связь психики больного и его соматической сферы (Р. А. Лурья. Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов. Казань, 1928 г.).

Ограничимся здесь только вопросами поведения врача в области диагностики заболеваний внутренних органов и особенно ранних и не выраженных форм этих заболеваний. Кто же прав в этом старом споре — эмпирик Захарьин или рационалист Боткин? Чей метод исследования более приемлем теперь для нас через полстолетие после того, когда *учили* эти мастера клиники? Совершенно очевидно, что в этом споре не был прав ни тот, ни другой, и что нельзя отдавать предпочтения ни субъективному, ни объективному методу исследования больного именно потому, что такая концепция избирания того или другого метода отражает дуализм или параллелизм психических и соматических категорий в организме больного, по существу практически не отделимых друг от друга. В то же самое время надо прямо сказать, что не оправдал себя и путь преимущественно объективного исследования больного, искание определенных, особенно числовых, показателей патологических процессов, упрощение диагноза путем лабораторных и инструментальных методов исследования, к чему в течение последних десятилетий стремились и стремятся отдельные клиницисты. Вне всякого сомнения те или иные константы, напр., в отношении отдельных составных частей мочи, процентного содержания электролитов, сахара, азотистых соединений, хлоридов в крови, кислотных валентностей в желудочном соке, определение основного обмена, состояния буферных субстанций в крови и тканях, — все это в недосыгаемом прежде для врача размерах углубило и качественно, и количественно понимание отдельных биохимических процессов в организме, и *наши искания в этом направлении надо продолжать, разумеется, с прежней настойчивостью*. Но, если мы с другой стороны сравним надежды, возлагавшиеся на каждый отдельный метод его авторами и адептами в то время, когда он был предложен, то надо сознаться, что каждый раз преувеличенные надежды эти опрокидывались критикой клинического опыта и, во всяком случае, они никогда не могли заменить собою синтетической работы врача, необходимой для диагноза.

Итак, все объективное, начиная, разумеется, с физических методов исследования и оценки врачом внешнего вида больного и кончая сугубо объективными методами исследования, как лабораторные, инструментальные, даже рентгеноскопия и эндоскопия, в известной степени относительны и становятся значимыми фактами только тогда, когда они преломляются через призму критики и синтеза исследующего врача.

Глубоко прав Бергман, когда он говорит: „Надо также хорошо знать жалобы, переживания и изменения характера больного, как результаты исследования его болезни, чтобы поставить правильный диагноз и прогноз и, вообще, для того, чтобы заниматься врачебным делом“ (Funktionelle Pathologie, 1932 г., стр. 269). Вот почему тот же Бергман и еще в 1922 году, в своем докладе о язве желудка, с сожалением говорил о том, насколько врачи пренебрегают еще до сих пор изучением субъективных жалоб больного, несмотря на то, что для диагноза этой болезни правильный, критический расспрос больного, требующий, правда, много времени и труда, имеет значительно большее значение, чем, например, определение в желудочном соке кислотных валентностей методом газовых цепей, который в то время был очень модным и увлекал отдельных клиницистов, отражая стремление приложить к клинике методику точных наук. Это мнение Бергмана особенно любопытно, если мы вспомним, что сам основоположник желудочной патологии Леубе, в 70-ых годах прошлого столетия, — в эпоху, когда только что было предложено изучение зондом химизма желудка, — считал совершенно лишней потерей времени собирание анамнеза у желудочных больных, если в распоряжении врача имеются такие мощные объективные методы исследования, как изучение содержимого желудка у живого человека. Как мало осталось в наши дни от этого триумфа первых лет зондирования больного желудка, и как бесконечно сложными оказались эти простые цифры „кислотности“, когда речь идет об установке той или иной гастропатии?!

Какая большая критика требуется от врача при оценке результатов анализа секреции желудка теперь, — после целых 50-ти лет упорных работ в этом направлении!!

Этих немногих примеров, мне кажется, вполне достаточно для того, чтобы стали очевидными вся относительность и большая доля субъективизма даже в наиболее точных объективных методах исследования больного организма. С другой стороны, субъективное исследование больного с первого момента сопровождается и неразрывно связано с целым рядом объективных данных, получаемых врачом. Ведь больной, излагая свои жалобы и переживания, делает целый ряд движений, то указывая на место, где он ощущает боли, то отражая на лице ряд своих переживаний, то открывая их врачу самой передачей своих субъективных ощущений в силе, интонации своего голоса, в модуляции его, в самой структуре своей речи. Разве опытный врач пренебрегает этими неписанными законами исследования больного, где так нераздельно связано субъективное с объективным, как это на самом деле и существует в природе?

Вот почему я считаю неправильным говорить отдельно о субъективных жалобах и объективных симптомах болезни так, как мы привыкли это делать со школьной скамьи. Не лучше ли рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни? Под внешней картиной болезни я понимаю не только внешний вид больного со всеми многочисленными его деталями, всегда имеющими важное значение для диагноза, потому что они дают те маленькие ниточки, за которые надо часто ухватиться, чтобы поставить диагноз — то, что старые врачи называли физиогномикой и умели так хорошо читать и расшифровывать. Под именем внешней картины болезни я разумею все то, что врачу удастся получить всеми доступными для него методами исследования, включая сюда и тончайшие методы биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле этого слова, все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать графически числами, кривыми, рентгенограммами и т. д. А внутренняя картина болезни? Это все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот

огромный мир, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

Многолетние наблюдения над работой врачей в разных условиях учат меня, что дело исследования 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 отражают живой динамический процесс в его психике. Мы ниже остановимся на важнейших на наш взгляд недостатках этой части работы врачей и на основных требованиях, которые диктуются современным нашим клиническим мышлением для правильного исследования внутренней картины болезни.

О том, что с субъективным исследованием больных дело обстоит не совсем благополучно, мы знаем давно и об этом не раз высказывались уже лучшие клиницисты всех стран.

На ненормальности такого положения вещей особенно настаивает один из старейших терапевтов Англии недавно только скончавшийся Мэкензи. Говоря о стремлениях к научно-исследовательской работе молодых терапевтов, он считает, что нецелесообразно и даже вредно для врача рано начинать эту работу, особенно экспериментальную, в лабораториях и больницах. Молодой терапевт имеет при этих условиях дело почти исключительно с поздними стадиями болезней, являющимися результатом грубых и непоправимых морфологических изменений организма у больных стационара и не получает поэтому необходимого опыта в распознавании ранних форм болезни. Это целиком и полностью соответствует положению вещей и у нас; работа молодого врача в больницах и клиниках часто ограничивается *только* стационарными больными и он совсем не работает в поликлинике и амбулатории, под хорошим руководством. Мэкензи правильно указывает на то, что симптомы ранних стадий болезни настолько мало выражены, что нужен большой многолетний опыт, чтобы уметь распознавать заболевание в этой стадии. „Первые симптомы болезни“, говорит Мэкензи — „чисто субъективного характера и они появляются значительно раньше, чем их можно обнаружить так называемыми физическими методами исследования. Обнаружить эти симптомы и правильно оценить их — составляет труднейшую задачу терапевта. Как же можно требовать от молодого терапевта, чтобы он научился диагнозу этих ранних стадий болезни, если он не приобретает опыта в амбулатории? Изучение ранних проявлений болезни является жгучей проблемой и участие в этом деле должны принимать все врачи. Хотя эти слова и были сказаны 20 лет тому назад, но они целиком отражают самые существенные задачи и подготовки кадров терапевтов и правильной организации терапевтического дела в нашей стране. На мой взгляд, без правильного разрешения проблемы об участии молодых кадров терапевтов в распознавании ранних заболеваний внутренних органов мы мало подвижемся в деле снижения заболеваемости; эта работа тесно связана с перестройкой методики исследования больного и особенно с углублением изучения внутренней картины болезни.

Исходя из оценки значения психофизических процессов в клинике внутренних болезней. Бергман (V. Bergman. Psychophysische Vorgänge in Bereiche der Klinik D. M. W. 1930, № 40) приходит по существу к тем же выводам, что и Мэкензи. Он считает, что изучение внутреннего „я“ больного человека не менее важно, чем факты, которые с большой точностью можно зарегистрировать методикой естественных наук, и, хотя то, что мы получаем в результате психического контакта с больным, значительно уступает в точности результатам физического исследования, но, однако, нередко этот материал превосходит последние тонкостью и изяществом симптома. Поэтому, говорит Бергман, субъективные жалобы больного являются для терапевта часто важнейшим, а нередко и единственным феноменом его болезненного состояния, изменений биологической ситуации организма. Отсюда и вырастает в современной клинике особенно важное значение анализа жалоб больного — того, что я предлагаю называть *внутренней картиной* болезни.

„В эпоху развития и расцвета научной медицины, как отдела естествознания и чисто биологической дисциплины, эта часть анализа больного, говорит Крель, „официально исключалась из круга деятельности врача, как область иррационального и метафизического. Но, что без этого мы обойтись не можем в нашей практической работе,—хорошо знает каждый врач“. Но мы также хорошо знаем, что, если изучение этой стороны дела требует новой методики исследования, то едва ли это дает основание говорить о психических категориях болезни, как об иррациональном, как это думают Крель, Бергман, и друг. Ведь все, что мы знаем из учения о вегетативной нервной системе, все стройное здание объективного изучения высшей нервной деятельности животных, т. е. их поведения, созданное академиком И. П. Павловым, с достаточной убедительностью говорит о том, что психические процессы не являются иррациональным, а составляют особую только специфическую *био-социальную сущность* нашего организма.

Итак, и современное состояние учения о центральной нервной системе, как субстрате психики, и учение о соотношениях психических и соматических процессов как единой биосоциальной сущности организма, и современное состояние нашего медицинского мышления, и накопившийся клинический и ежедневный практический опыт врача приводят к необходимости пересмотреть и углубить изучение внутреннего мира больного человека. Учение об анамнезе в широком смысле этого слова должно быть поставлено на значительно высшую ступень и разработано так же, как разработана методика объективного исследования больного.

Надо, однако, с самого начала уже отдать себе отчет в величайших трудностях, стоящих при этом на нашем пути. Мы прежде всего не имеем здесь того прочного базиса, на котором строятся наши объективные методы исследования и, вместо законов физики, химии и биохимии, мы располагаем пока только шаткими данными молодой еще науки—экспериментальной психологии. Еще большие трудности составляет, разумеется, критическая оценка показаний больных.

Мы знаем далее, как различно передаются ощущения и субъективные симптомы людьми не только различного *темперамента*, но и различного *интеллекта*. Кто не знает, как трудно оценить внутреннюю картину болезни у больного, затемняющего передачу своих ощущений, внося в нее значительную долю своей психической активности; это те больные, обычно люди высокого интеллекта,—артисты, художники, ученые и особенно часто юристы, которые стараются помочь врачу понять их ощущения и показать „какой я умный“ в медицинских делах; они, вместо точной передачи ощущений, дают только артефакты, резко измененные уже не эмоцией, а самым рассуждением, критикой и самокритикой с гипертрофией самонаблюдения. Так часто именно врачи, когда они заболевают, мешают поставить у них правильный диагноз, помогая своему врачу разобраться.

Диаметрально противоположный этому тип людей с более примитивным интеллектом выражает, как известно, свои ощущения иногда очень красочными метафорами, ярко передающими порой тонкие нюансы внутренней картины болезни и лучше отражающими отдельные симптомы иногда в одном только слове, чем длинные речи людей высокого интеллекта. Я много раз демонстрировал врачам на наших семинарах, как полезно прислушиваться к простым образам, в которые вливаются тонкие ощущения этих больных, и запоминать эти метафоры ощущений.

Я остановился на перечислении больших затруднений в анализе внутренней картины болезни для того, чтобы показать, что пред нами стоит

очень сложная работа постройки рациональной методики анамнеза у больных, если мы хотим поставить его на высоту, требуемую современным состоянием нашей науки. Разумеется, что этими данными ни в какой мере не исчерпываются даже важнейшие стороны проблемы рациональной методики изучения внутренней картины болезни, и я имею в виду только наметить пути, по которым должна идти наша работа в этом направлении; психологические обоснования ее должны составить предмет особого исследования.

Остановлюсь очень кратко на важнейших недостатках обычного собирания анамнеза. Нет никакой необходимости подчеркивать здесь, что анализ внутренней картины болезни должен производиться в порядке строгой плановости и системности. Этому лучше всех учил нас уже Захарьин. Прежде чем говорить об оценке анамнеза, я остановлюсь на том, что так часто видишь в историях болезней и на докладах врачей. Первым и наиболее важным недостатком я считаю анкетную форму собирания анамнеза, построенную на принципе, чтобы как бы чего-нибудь не забыть спросить у больного. Я не говорю о статистических данных. Мы и здесь грешим часто в своих анкетах. Так, в графе о профессии значится: работает на конфектной фабрике, а при опросе больного оказывается, что он служит слесарем на этой фабрике и это его профессия. Но самый существенный недостаток—это, разумеется, голое *перечисление* симптомов. Уже не говоря о тонких деталях внутренней картины болезни, чаще всего анамнез при этом не отражает самого главного—физиономии субъективного симптома, его динамики, условий его происхождения, всего того, что делает симптом живым и ценнейшим материалом для диагноза. Молодые кадры терапевтов должны научиться определять четко физиономию субъективных симптомов так же, как они умеют описать размеры сердца, характер и проводимость его шумов, характер пульса, тип аритмии и т. д.

Особенно важно изучить физиономию симптома в его динамике, эволюцию симптома. Кто не знает, например, что, изучая время наступления и характер рвоты при язве желудка, мы легко ставим не только диагноз стеноза пилорической части, но и, примерно, давность стеноза и время, когда наступило расстройство компенсации стеноза, а рентгеновскому исследованию остается только подтвердить правильность нашего диагноза. Не даром хирург Мойнихан, значительно перегнув палку, говорит, что для диагноза язвы и локализации ее анамнез—все, а субъективное исследование—ничего. Глава о *физиономии* субъективных симптомов при разных заболеваниях должна составить один из важнейших отделов нового учения об анамнезе.

Вторым недостатком в собирании анамнеза я считаю механическое перечисление *этапов* заболеваний с указанием того, что говорил врач больному в той или иной амбулатории, диспансере и т. д. Разумеется, эти данные имеют ценность, если они зафиксированы самим врачом, между тем эта, отнимающая много времени, работа, регистрирующая передачу больным мнений разных врачей, часто совершенно бесполезна; это в еще большей мере относится к передаче больными результатов лабораторных исследований. Значительно больше пользы мы получаем от изучения динамики симптома и хронологии его, если вместо мнений врачей, искажаемых больными, терпеливо выслушаем от самого больного, как развива-

лась его болезнь и как изменялись на отдельных ее этапах его ощущения. Как часто мы таким именно образом устанавливаем, например, острый гастрит, задолго предшествовавший язве желудка или обостривший периодически язву, или, например, первые признаки гипертонии в виде отдельных, неясных для больного, легких головокружений, давления в груди после длинных выступлений или аффектов и т. д. Это, разумеется, дает гораздо больше, чем разговоры, например, о „начинающемся склерозе сосудов“ со слов лечащего врача.

Таким образом, плановое, систематическое собирание анамнеза с определением физиологии, по крайней мере, ведущих симптомов и их эволюции, должно стать на место формального, анкетного характера опроса больного. В результате такой работы перед врачом должна встать живая внутренняя картина болезни, живая *личность* больного с его ощущениями и страданиями, как физического, так и психического порядка. Необходимо приступить к разработке психологически обоснованной методики собирания анамнеза, и молодые кадры терапевтов должны для этого основательно ознакомиться с началами психологии, потому что нельзя, как это было до сих пор, полагаться только на одно искусство, такт и природные дарования исследующего врача и под накопление опыта необходимо подвести теоретическую базу.

Вне всякого сомнения, в деле изучения психики больного человека огромное значение всегда будет иметь и личность самого врача. Здесь я хотел бы попутно подчеркнуть особенно печальный факт распространенной у нас обезлички врача—обстоятельство, которое, на мой взгляд, совершенно не допустимо во врачебной практике вообще, а для терапевта в особенности. К сожалению, мы так часто слышим от больного, что его лечил какой-то врач, имени которого он даже не знает, несмотря на повторные посещения амбулатории, или на длительное пребывание в стационаре. На мой взгляд, этот „какой-то врач“ свидетельствует о глубоких дефектах организации терапевтического дела вообще, об отсутствии той крепкой психологической связи между больным и врачом, без которой совершенно невозможно ни глубокое понимание болезни, ни особенно профилактика ее и терапия. Это ненормальное явление обезлички врача должно быть изжито как можно скорее, если мы хотим поставить на высшую ступень качество лечебной помощи трудящимся, особенно в ранних стадиях болезни.

Едва ли когда-нибудь будет разработана схема для собирания анамнеза, которая удовлетворит вдумчивого терапевта, и что это ни к чему хорошему не ведет,—учит нас богатый материал тех мертвых анкет, которые мы находим часто в историях болезни. Я хочу здесь остановить внимание только на отдельных сторонах этого дела. Что лучше, предложить ли больному свободно излагать свои ощущения или непосредственно приступить к плановому расспросу его? Ни тот, ни другой метод сам по себе не приводит к нашей цели. Лучше всего все же дать больному сначала изложить свои переживания так, как он хочет и может, и получить таким образом представление об его личности и особенностях его психического профиля, а затем уже приступить к выяснению физиологии отдельных, преимущественно ведущих симптомов болезни. Такое поведение врача сразу создает необходимый психологический контакт его с больным и доверие больного к врачу—это обязательное условие для изучения внут-

ренней картины болезни. Разумеется, каждый отдельный случай не требует всего арсенала кропотливого, отнимающего так много времени анализа, и делом опыта врача является сократить и рационализировать эту работу, не задавая ненужных в данном случае вопросов, как это часто поступают, собирая по анкете историю болезни и анамнез.

Огромное значение имеет, разумеется, влияние врача на больного, начиная уже с первого момента их встречи. Опять и опять, и особенно для молодых кадров-терапевтов, надо подчеркнуть необходимость соблюдать величайшую осторожность в самой постановке больному вопросов, чтобы избежать его психической травмы, ведущей к ятрогенным и очень тяжелым заболеваниям. Надо помнить, что самый процесс анализа внутренней картины болезни является вольно или невольно могучим психотерапевтическим воздействием врача на больного и на течение его болезни. Кто не знает, что, после неосторожно поставленного вопроса, больной часто тотчас же ищет другого более авторитетного для него врача, чтобы найти у него разрешение своих сомнений и переживаний, возникших в момент собирания анамнеза, причинившего ему психическую травму! Таким образом, анализ *внутренней* картины болезни, как и все поведение врача с самого начала до конца, может стать и положительным, и отрицательным психо-терапевтическим фактором. Над этой стороной дела, по моим наблюдениям, терапевты очень часто совершенно не задумываются.

Итак, синтетическому мышлению врача, в результате которого создается диагноз, предшествуют две стадии аналитической его работы: изучение внутренней и внешней картины болезни. В отношении первой стадии, задача распадается на анализ действительных ощущений больного, что является содержанием сенситивной части внутренней картины болезни, и на определение того, что составляет интеллектуальную часть ее, в области внутренней медицины имеющую меньше значения для диагноза. Результаты, полученные при анализе внешней картины болезни, должны сопоставляться, разумеется, только с первой сенситивной частью внутренней картины болезни. Здесь, сплошь и рядом, и получают большие расхождения, почему диагноз врача ни в каком случае нельзя считать простым механическим сложением субъективных и объективных симптомов болезни. Диагноз—чрезвычайно сложная синтетическая работа, требующая большого знания теории нашей науки и большого практического опыта. И само собою разумеется, чем дальше зашел в своей эволюции болезненный процесс, тем меньше, как правило, будут расхождения между внешней картиной болезни и наоборот—они будут особенно выражены при ранних формах заболеваний. Мы видим, что и современное состояние нашей науки и основные задачи здравоохранения ставят перед терапевтом проблему—поднять на новую, высшую ступень диагноз ранних заболеваний. Они вместе с тем диктуют ему необходимость, наряду с овладением техникой новейших объективных методов исследования и упорным поиском новых путей определения функциональной патологии внутренних органов, перестроить всю работу по изучению внутренней картины болезни, по собиранию анамнеза и *status subjectivus* больного. Для этого прежде всего, повторяю, необходимо, чтобы кадры терапевтов воспитывались не только в клиниках и в

стационарах, а непременно и на материале амбулаторий, поликлинических объединений и диспансеров.

Для этой работы терапевта наша страна создала исключительно благоприятные условия. Одним из величайших завоеваний революции надо считать, разумеется, огромные сдвиги психологии миллионных масс нашей страны. Мы уже не имеем перед собою темного, несознательного больного времен царизма, больного, не отличавшего часто хорошего врача от знахаря и предъявлявшего к врачу минимальные требования. Растущее с каждым днем сознание рабочих и колхозных масс, постоянное повышение культурного уровня нашего больного представляет собою величайшее достижение в деле изучения больного и, в значительной мере, облегчает врачу анализ внутренней картины болезни. Но, для этого терапевт должен уметь осуществить тот глубокий психологический контакт с больным, который ярче всего был выражен в лозунге покойного академика Ф. Г. Яновского: *поближе к больному человеку!*

Проведение в жизнь этого лозунга практически приведет к лучшему выполнению основной задачи внутренней медицины—к возможно раннему распознаванию болезней в их начальных, излечимых формах и поднимет самое качество работы советского терапевта и в области профилактики и в лечении внутренних болезней на новую и высшую ступень.

Из Терапевтического Отд. Каганской гор. больницы. (Зав. Д. А. Гросман).

Об изменении хлористого обмена у больных крупозной пневмонией.

Д. А. Гросман.

Вопрос о задержке хлористого натрия при крупозной пневмонии является вопросом не новым. Указанное явление описывалось еще во второй половине прошлого столетия и в начале подверглось довольно детальной обработке с тем, чтобы с течением времени постепенно предаться забвению.

Лишь в последние годы в немецкой литературе снова выплывает вопрос о распределении хлористого натрия в организме больного крупозной пневмонией.

В русской литературе мне пришлось встретить указания на уменьшение выделяемых мочей хлоридов лишь у Чистовича—в виде краткой заметки об уменьшении суточного количества мочи и хлоридов до 1,5—2,0 pro die у больных крупозной пневмонией.

Литературные указания на постоянство указанного симптома у пневмоников, обилие подходящего материала в отделении и недостаточная по количеству случаев (10—15) клиническая проверка задержки NaCl в организме больных крупозной пневмонией у иностранных авторов, при очень скудном освещении вопросов в нашей литературе, заинтересовало меня в отношении проверки наблюдающейся ретенции хлоридов и ее диагностической и прогностической ценности на сравнительно большом материале нашего отделения.