Реферат:

**Пропедевтика внутренних болезней**

# Значение внутренней медицины в общемедицинском образовании. Задачи пропедевтики внутренних болезней. Понятие о симптоме, синдроме и диагнозе. Врачебная этика и деонтология

Propaideo – в переводе с греческого языка обозначает – обучать предварительно, поэтому слово пропедевтика переводится как подготовительное обучение или введение в науку. То есть, пропедевтика – это вводный курс в изучаемую клиническую дисциплину, дающий основ тех знаний, которые будут использованы в дальнейшем в процессе детального изучения терапии на старших курсах и после окончания института в течение всей профессиональной жизни.

Основной задачей пропедевтики внутренних болезней является обучение методам исследования больного, распознавания ведущих клинических синдромов, построения синдромального диагноза, основ врачебной этики и деонтологии.

По мнению С.П. Боткина, основной задачей клинической медицины, смыслом деятельности практического врача является «предупреждение болезни, лечение болезни развившейся и, наконец, облегчение страданий больного человека». Однако решение этой задачи невозможно без точной и своевременной диагностики заболевания Не случайно с древних времен медики понимали, что только тот хорошо лечит, кто хорошо диагностирует. Поэтому изучение клинических дисциплин начинается с изучения методов клинической диагностики, т. е. методов сбора информации о больном и его болезни, анализа и синтеза полученной информации, построения синдромального, а затем и нозологического диагноза.

Диагностика – это процесс распознавания болезни (в переводе с греческого языка слово diagnosis обозначает распознавание). Так как основной задачей кафедры пропедевтики внутренних болезней является обучение методам клинической диагностики заболеваний внутренних органов, то существует второе название нашей кафедры – кафедра диагностики внутренних болезней.

Диагностика, как научная дисциплина, состоит из 3 разделов:

1. Методы наблюдения и исследования больного, собственно врачебная техника, которая включает:
* расспрос больного или его родственников, позволяющий получить информацию о субъективных симптомах заболевания,
* физические (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) или объективные методы исследования и
* дополнительные (лабораторные, инструментальные и аппаратные) методы исследования, позволяющие получить представление об объективных симптомах заболевания.
1. Семиотика или семиология (semeoticon – знак, признак), учение о симптомах (symptom – в переводе с греческого языка обозначает случай, признак), признаках болезни, их происхождении, механизме возникновения, диагностическом значении.

Симптомы, явленные при расспросе больного, рассматриваются как субъективные, при объективном и дополнительном исследовании – как объективные. Однако следует помнить, что это деление условно, так как субъективные симптомы иногда довольно точно отражают сущность болезни, в то время как объективные могут вводить врача в заблуждение вследствие их субъективной оценки.

Данный раздел включает также и понятие о синдроме. Синдром – это устойчивая совокупность симптомов, имеющих единое происхождение, то есть единый патогенез. В переводе с греческого языка синдром (syndrom) – это стечение, скопление, совокупность.

Синдром неравнозначен болезни как нозологической единице, один и тот же синдром может встречаться при нескольких заболеваниях внутренних органов (например, синдром геморрагического диатеза, синдром дыхательной и сердечной недостаточности и др.). Но если ведущий клинико-патогенетический синдром отражает нозологическую сущность болезни, он может быть использован вместо нозологического диагноза (например, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь).

1. Общая методология и методика диагноза – учение о диагнозе и методике его построения.

Диагноз – это врачебное заключение о болезни, представленное в виде краткого и четкого определения. Диагноз включает такие сведения о болезни, как ее нозологическая форма, (например, ревматизм, туберкулез), этиология заболевания (стрептококковая пневмония), характер и тяжесть морфологических и функциональных нарушений (порок сердца, сердечная недостаточность), характер клинического течения заболевания (медленно– или быстропрогрессирующее), фазы развития болезни (обострение или ремиссия).

В зависимости от объема информации, полученной в процессе клинического исследования больного, диагноз может быть полным, развернутым или синдромальным. Последний используется в случае, если не известна этиология заболевания (например, идиопатическая кардиомиопатия) или если ведущий клинико-патогенетический синдром определяет суть болезни (например, острый инфаркт миокарда).

Обычно синдромальный диагноз выполняет роль промежуточного диагностического звена, объединяющего внешние проявления болезни (симптомы) с ее глубинной сущностью, и нередко рассматривается как предварительный.

Диагностический процесс имеет четкую логическую последовательность:

1 этап – сбор информации в виде клинических признаков болезни (клинических симптомов),

2 этап – анализ полученной информации с определением механизмов формирования явленных субъективных и объективных симптомов,

3 этап – синтез информации с объединением симптомов в логически связанные группы, то есть клинико-патогенетические синдромы,

4 этап – построение предварительного (синдромального) диагноза,

5 этап – дифференциальная диагностика,

6 этап – построение окончательного диагноза.

Врачебная техника.

Исследование больного должно проводится в строго определенной последовательности. Сбор диагностически значимой информации начинается с расспроса больного.

Расспрос больного. Так как расспрос касается воспоминаний больного, что по-гречески звучит как anamnesis, по сути, он позволяет составить представление об истории развития заболевания (anamnesis morbi) и истории жизни больного (anamnesis vitae).

Расспрос состоит из четырех разделов:

1. Паспортные данные

2. Жалобы на момент поступления

3. Anamnesis morbi

4. Anamnesis vitae

Паспортные данные включают сведения о возрасте больного, его профессии, месте работы и жительства. Эта информация полезна для определения образовательного ценза больного, уровня его интеллекта и культуры. Некоторые данные могут помочь в диагностике основного заболевания, так как нередко прослеживается связь болезни с возрастом и полом больного (например, первая ревматическая атака чаще возникает у детей, подростков и молодых людей, подагра, ишемическая болезнь сердца – болезнь лиц старших возрастных групп, системная красная волчанка развивается в основном у молодых женщин, узелкой периартериит – у мужчин).

Воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды и профессиональных вредностей могут привести к развитию профессиональных болезней (например, пневмоканиозы и вибрационная болезнь у шахтеров, эпидермальная форма бронхиальной астмы или экзогенный аллергический альвеолит у фермеров).

Сведения о постоянном месте жительства полезны при подозрении на эндемические заболевания (эндемический зоб, описторхоз).

После получения паспортных данных выясняют основные жалобы больного, проводят их детализацию, затем приступают к сбору общих жалоб и жалоб с посистемным уточнением.

Основными жалобами являются жалобы, обусловленные основным заболеванием, то есть заболеванием, которое определяет тяжесть состояния больного. К общим относятся жалобы, указывающие на характер и выраженность общих симптомов (повышение температуры тела, слабость, потливость, нарушение сна, снижение аппетита, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, снижение или увеличение массы тела и т. д.). Жалобы с посистемным уточнением позволяют определить характер и тяжесть сопутствующей патологии.

Детализация основных жалоб проводится с целью уточнения характера явленных субъективных симптомов (например, локализация и зона иррадиации болевых ощущений, их интенсивность, продолжительность, периодичность, связь с временем суток, провоцирующими факторами и т.д.), и выяснения характера их взаимосвязи и взаимозависимости.

Анализ полученной субъективной информации с определением возможных патогенетических механизмов формирования явленных симптомов, а также объединение симптомов в логически связанные между собой группы, позволяет делить основные клинико-патогенетические синдромы и построить адекватную диагностическую гипотезу.

История развития заболевания (anamnesis morbi) отражает динамику развития болезни с момента появления первых симптомов до поступления больного в стационар или до момента первой встречи больного с врачом.

При сборе информации об истории развития заболевания необходимо получить ответы на следующие вопросы:

* время и последовательность появления первых симптомов заболевания,
* особенности первых клинических проявлений патологического процесса (субъективных и объективных симптомов),
* характер начала болезни (острое, постепенное),
* преморбидный фон, то есть самочувствие больного до появления первых симптомов заболевания,
* моменты, предшествующие, определяющие или провоцирующие появление первых симптомов заболевания,
* характер клинического течения болезни (частота и продолжительность обострении, глубина и длительность клинических ремиссий, скорость и характер прогрессирования основных симптомов),
* время первого обращения за медицинской помощью,
* результаты дополнительного исследования в динамике наблюдения за больным (при необходимости данную информацию получают из амбулаторной карты больного),
* характер медикаментозной терапии на предшествующих этапах наблюдения (лекарственный анамнез),
* наличие и характер осложнений лекарственной терапии.

выясняются также вопросы трудоспособности больного (наличие группы инвалидности), длительность пребывания на больничном листе.

В истории жизни больного (anamnesis vitae) отражаются краткие биографические данные, начало трудовой деятельности, условия труда и быта, контакт с профессиональными вредностями, семейно–бытовой анамнез, характер и регулярность питания, наличие вредных привычек (курение, наркотическая, алкогольная и лекарственная зависимость).

У женщин выясняются вопросы, связанные с овариальной функцией: начало месячных, их регулярность, продолжительность, время прекращения, количество беременностей, родов, выкидышей, абортов, мертворожденных и выживших детей.

Выясняется также, какими заболеваниями переболел пациент в предшествующие годы, были ли травмы, операции, гемотрансфузии, не болел ли больной вирусным гепатитом, туберкулезом. Выясняется наличие контактов с больными открытой формой, туберкулеза легких, вирусным гепатитом, ВИЧ–инфицированными больными, наличие сопутствующих заболеваний.

Наследственный анамнез включает выяснение вопросов, связанных с наследственной патологией, наличием онкологических, сердечно–сосудистых, эндокринных, психических заболеваний у ближайших родственников, причины их смерти.

Аллергологический анамнез позволяет выяснить наличие и характер аллергических реакций (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и т.д.) и аллергических заболеваний (аллергический ринит, бронхиальная астма и другие), уточнить характер и спектр специфической сенсибилизации больного (к пищевым, лекарственным, бытом аллергенам, аллергенам пыльца цветущих растений, патогенным и плеснем грибам и т.д.).

Техника расспроса может быть различной. Обычно врач ведет диалог, то есть направляет и систематизирует рассказ больного. В некоторых случаях врач дает возможность больному свободно излагать свои представления о характере и динамике изменений своего состояния в процессе развития болезни.

В первом случае существует опасность получить неполную или искаженную информацию и полный отказ больного от продолжения диалога в случае, если расспрос превращается в допрос, то есть ведется очень жестко и схематизировано. Во втором – существует опасность получения избыточной и неконкретной, а иногда и заведомо ложной информации. При этом нередко больной теряет путеводную нить и прекращает рассказ, оставляя его незавершенным.

Чтобы избежать подобных ошибок, необходимо придерживаться более гибкой методики, учитывающей особенности личности больного, его контактность, степень заинтересованности в результативности врачебного осмотра, его отношение к собственной болезни.

Существуют определенные установки по проведению расспроса больного, выработанные многими поколениями врачей, которые успешно используются и в наше время. Прежде всего, необходимо воспитать в себе умение слушать больного, войти в психологический контакт, внушить больному доверие к себе как к человеку, личности и профессионалу.

Небрежное, формальное отношение к больному, неделикатность в обращении, неосторожно сказанное слово, грубость, особенно в вопросах интимной жизни больного, разрушают доверительный тон беседы, снижают ее информативность, могут звать развитие ятрогенной (внушенной врачом) патологии.

Необходимо учитывать, что расспрос больного позволяет иногда с высокой степенью точности построить правильную диагностическую гипотезу по основному и сопутствующему заболеванию или определить долю участия того или иного органа в патологическом процессе, выяснить характер и степень нарушений функции пораженных органов и систем, а также сделать довольно точное заключение о причинах развития болезни, то есть получить представлении об этиологии заболевания.

Если в связи с тяжестью состояния расспрос больного невозможен, опрашиваются его родственники и окружающие.

Объективное исследование больного начинают с общего осмотра, затем переходят к осмотру областей тела (голова, шея, кисти, стопы, позвоночник), после чего приступают к осмотру по системам (система дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыделения).

При общем осмотре определяют тяжесть состояния больного, оценивают характер и тяжесть нарушения сознания, определяют положение больного, его телосложение, тип конституции, рост и массу тела, соответствие физиологического возраста паспортному, оценивают выражение лица, звучность голоса, особенности речи, осанку и походку больного.

Далее оценивается состояние кожи (ее цвет, наличие высыпаний и опухолевых образований, влажность и эластичность), слизистых оболочек, волосяного покрова, подкожно–жирового слоя. Определяют наличие отеков, их локализацию, характер, степень выраженности, симметричность, цвет кожи в области отеков, исследуют периферические лимфатические узлы, мышцы, суставы, кости и позвоночник.

Затем приступают к осмотру областей тела, после чего исследуют состояние органов дыхания, сердечно–сосудистой системы, органов пищеварения и мочевыделения.

Полученная объективная информация анализируется и группируется (вместе с субъективными симптомами) в клинико-патогенетические синдромы, отражающие сущность болезни, что позволяет уточнить диагностическую гипотезу, построить адекватный план дополнительного обследования и лечения.

Дополнительные (вспомогательные) методы исследования проводятся с использованием инструментов и сложных медицинских аппаратов, которые позволяют не только определить температуру, массу тела, рост, объем грудной клетки и т. д., но и оценить характер и тяжесть морфо–функциональных нарушений отдельных органов и систем.

Большое количество методов дополнительного исследования больного, неуклонное повышение их точности и информативности увеличивают эффективность диагностического процесса. Но быстрое расширение возможностей параклинической диагностики имеет и свои минусы, так как ведет к снижению интереса к традиционным методам сбора информации путем детального расспроса больного и тщательного его физического исследования.

При этом быстро утрачиваются наки мануального исследования больного, способность налаживать контакт с больным, что существенно обедняет наши представление о больном и его болезни, лишает возможности психологического воздействия на больного.

Нередко из поля зрения врача ускользает информация, свидетельствующая об отношении больного к собственному состоянию, своим перспективам. Отсутствие контакта с больным лишает последнего психологической поддержки, разрушает веками выработанный стереотип отношений врача и больного, как ведущего и ведомого, существенно уменьшает эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Информативность и достоверность информации, получаемой с помощью дополнительных методов исследования, существенно увеличивается, если лечащий врач сам владеет методами инструментальной и аппаратной диагностики и может достаточно точно интерпретировать результаты дополнительного исследования.

Знание особенностей клинического течения заболевания и возможность сосредоточить всю информацию в одних руках позволяет лечащему врачу с высокой степенью точности и достоверности оценивать результаты дополнительного исследования, существенно повышает эффективность диагностического и лечебного процесса.

Информация, полученная в процессе расспроса, объективного и дополнительного исследования больного, фиксируется в клинической истории болезни, которая является не только медицинским, но и юридическим, и финансовым документом.

В истории болезни отражается динамика субъективного и объективного статуса больного, фиксируются результаты дополнительного исследования, данные по лекарственной терапии, лечебной физкультуре, физиотерапевтических процедурах и все этапы диагностического процесса, начиная с обоснования предварительного и заканчивая оформлением клинического или окончательного диагноза. Завершается история болезни выписным или посмертным эпикризом.

Необходимо подчеркнуть, что работа врача не только самая гуманная, но и одна из труднейших. Эта работа требует от врача глубочайших знаний, полной отдачи моральных и физических сил, и к сожалению, не всегда заканчивается успехом. Процесс формирования врача – труден и длителен. Особенности медицинской деятельности определяют специфические требования к личностным качествам врача, таким как альтруизм и самодисциплина.

Такие душевные качества человека, как равнодушие к больному, халатность, отсутствие самоконтроля и самокритики, абсолютно несовместимы с профессией врача, требующей не только глубокого ума, но и горячего сердца.

Известно, что студенты, не обладающие достаточным жизненным и профессиональным опытом, имеют весьма смутные представления о совокупности моральных качеств, которыми должен обладать современный врач, об идеале медика–специалиста в современном обществе.

Еще со времен Гиппократа считалось, что тот, кто не является хорошим человеком, не может быть хорошим врачом. Нравственная чистота врача всегда ставилась в один ряд с уровнем врачебной эрудиции и интеллектом клинициста. Именно гуманистическая направленность личности врача помогает ему преодолевать усталость, постоянно совершенствовать свои профессиональные знания, оттачивать диагностические приемы, вырабатывать творческое клиническое мышление.

Для врача–гуманиста его врачебная память, наблюдательность, логическое мышление приобретают особый личный смысл, становятся его неотъемлемыми качествами и средством самоутверждения.

Человеколюбие помогает ему стать психологом и педагогом по отношению к больному, подсказывает правильный ход из сложной ситуации, водит из состояния депрессии в случае постигших профессиональных неудач и ошибок.

Упорный труд по формированию личности должен начинаться с первых дней обучения в институте, при этом имеет значение не только воспитание, но и самовоспитание, предполагающее развитие способности ставить перед собой задачи и решать их, организовать и контролировать свою деятельность.

Самообразование в формировании личности врача также играет большую роль, так как постоянно развивает и совершенствует интеллект, общую и профессиональную культуру, способствует повышению деловых качеств врача, таких как внимание и аккуратность, врачебная наблюдательность, методичность, профессиональная память, быстрота анализа и синтеза информации, строгая логичность мышления при постановке диагноза, чуткое отношение к больному.

Все эти качества способствуют быстрому росту профессионализма врача, повышают эффективность его врачебной деятельности.

Во все времена требования к культуре врача (общей и профессиональной) оставались очень высокими не только потому, что врач принадлежит к наиболее культурной части населения, но и потому, что его профессиональный успех во многом зависит от культуры общения с пациентами, коллегами и жителями села, города, поселка. Всякое несоответствие данному стереотипу поведения вызывает недоумение, разочарование и даже гнев окружающих.

Для формирования высокой этической культуры, кроме гуманистической направленности личности врача, достаточно высокого уровня общей культуры и опыта профессиональной деятельности, необходимо знание и правильное понимание этических и деонтологических вопросов и проблем врачебной деятельности и способов их решения.