



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО КРАТКОЕ ИЗДАНИЕ

Под редакцией
акад. РАН А.Г. Чучалина

Подготовлено под эгидой
Российского респираторного общества
и Ассоциации медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 1

Анамнез и физикальное обследование

В клинической практике почти ежедневно приходится иметь дело с лицами, страдающими заболеваниями дыхательных путей. Эпидемиологические исследования, которые были проведены во многих странах мира, свидетельствуют о том, что на долю этих больных приходится от 25 до 30%, а в период эпидемических вспышек острых вирусных заболеваний респираторной системы данная группа больных доминирует.

Обследование больного, пришедшего на прием к врачу, начинается с момента их встречи. Первый взгляд на больного формирует первое впечатление о проблемах его легочного здоровья. Внимательно посмотрим на пациента, который изображен на рис. 1.1. Его общий вид и первое впечатление свидетельствуют о том, что это тяжелобольной человек.



Рис. 1.1. Пациент с хронической обструктивной болезнью легких (эмфизематозный тип)

Он занимает вынужденное сидячее положение в кресле, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура плечевого пояса,

грудной клетки, живота. Положение больного человека свидетельствует, что все в его позе и поведении подчинено тому, чтобы облегчить и придать дыханию свободу. Короткое расстояние между перстневидным хрящом щитовидной железы и рукояткой грудины известно как признак Campbell. Его появление свидетельствует о развитии хронической дыхательной недостаточности у больных с ХОБЛ, бронхиальной астмой и другими заболеваниями дыхательной системы. Особую диагностическую ценность приобретает сочетание симптомов Campbell и Hoover. Последний признак отражает появление парадоксального дыхания у лиц с дыхательной недостаточностью. Признак Hoover свидетельствует о парадоксальном движении той части грудной клетки, которая прилежит непосредственно к диафрагме. В период вдоха грудная клетка в этой части парадоксально начинает двигаться наружу, а в период выдоха — внутрь грудной клетки. Указанные два признака — Campbell и Hoover — относят к числу тех, которые появляются у больных с хронической дыхательной недостаточностью. Клиническая картина может дополняться появлением симптома Magendy, который указал на участие *m. sternocleidomastoideus* в акте дыхания у тяжелых больных.

Если вновь обратиться к внешнему виду больного, представленного на рис. 1.1, то необходимо отметить, что губы он собрал в трубочку. Этим движением он помогает себе дополнительно облегчить дыхание: увеличить давление в респираторных бронхиолах во время выдоха и тем самым препятствовать их коллапсу.

Рекомендуется тщательно осмотреть шею больного человека, обратив особое внимание на характеристику венозного пульса. В норме он отрицательный. Во время вдоха, когда проявляется присасывающаяся функция грудной клетки, яремная вена опадает, а во время выдоха можно заметить ее наполнение. Однако у больных с развитием легочного сердца формируется и положительный венозный пульс (рис. 1.2).

Образование и совершенствование практических навыков позволяет врачу видеть проявления болезни, не пропустить признаки, которые могут встречаться нечасто. Несмотря на важность первых впечатлений, они не должны стать догмой в сложном процессе постановки диагноза. Как показывает практический опыт, диагноз является динамическим процессом, и врачу приходится постоянно совершенствоваться в его постановке.

Современная клиническая практика рекомендует врачебному сообществу строить этот этап своей деятельности, основываясь на принципах проблемно-ориентированной медицины. В их основе лежит активный поиск врачом актуальных проблем, в данном контексте связанных с заболеванием органов дыхания и общими проявлениями. Это еще не диагноз, но предельно важный этап для того, чтобы рационально и эффективно построить рабочую гипотезу, разобраться в болезни своего пациента и поставить диагноз.



Рис. 1.2. Анатомические характеристики, позволяющие отличить пульсацию сонной артерии и венозное наполнение яремной вены

Наиболее часты жалобы больных с патологией дыхательной системы на появление кашля, одышки, боли в грудной клетке и повышение температуры тела. Логика данного процесса диктует проведение конкретных диагностических процедур. Так, если актуальная проблема больного — одышка, то обычно врач предлагает ему аналоговую шкалу Борга, с тем чтобы, с позиций больного человека, оценить степень ее выраженности. Необходимые диагностические процедуры — тест с 6-минутной ходьбой, проведение пульсоксиметрии, рентгенологическое исследование органов дыхания, а также исследование ЭКГ. Каждая из проведенных диагностических процедур может поставить новые актуальные проблемы в оценке состояния легочного здоровья пациента. Так, при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки может выявляться опухолевая масса в легких, что потребует проведения целенаправленных диагностических процедур, которые позволят верифицировать морфологический субстрат опухоли, ее анатомическую распространенность, вовлечение в процесс лимфатического аппарата и наличие метастазов.

Искусство общения врача с больным человеком приходит с опытом и требует от врача кропотливой работы. В современной клинической практике встречаются больные, которые неохотно, а порой и умышленно не рассказывают о своей болезни. Подобного рода истории встречаются у больных, инфицированных ВИЧ, туберкулезом, при наркомании и некоторых других заболеваниях. Иногда им бывает трудно рассказать о своих болезнях. Так, при развитии одышки больным чаще всего сложно создать словесный портрет своего болезненного ощущения. Врач всегда должен стремиться к тому, чтобы больной активно сотрудничал и помогал в диагностическом процессе, был аккуратен в выполнении лечебной программы.

Существует много рекомендаций по сбору анамнеза у больных с заболеваниями органов дыхания. Так, важным является сбор эпидемиологического анамнеза. Пребывание больного в разных географических зонах земного шара и различных странах может помочь врачу в разрешении сложных диагностических вопросов. Особенно это касается больных, у которых актуальной проблемой является лихорадка неясной этиологии. Профессия больного человека и его профессиональный маршрут также могут сыграть важную роль в постановке диагноза. Так, если больной с гранулематозным процессом в легких работал на химических предприятиях по производству бериллия, то вполне вероятно, что заболевание обусловлено депонированием солей бериллия в легочной ткани. Предельно важно собрать генеалогический анамнез. Современный уровень знаний позволил существенно расширить наши представления о генетических факторах в возникновении значительной группы заболеваний органов дыхания. Обязательным пунктом в сборе анамнеза является постановка диагноза у табакокурльщиков. При этом следует учитывать стаж (пачка-лет) и интенсивность (количество выкуренных сигарет в течение суток необходимо умножить на 12). Если индекс табакокурения превышает 120, то у пациента возникают болезни, вызванные курением табака. У взрослого человека необходимо собрать анамнез по заболеваниям органов дыхания в детском возрасте. Многие заболевания легких у взрослого человека начинаются в детском возрасте; в качестве примера можно привести бронхиальную астму, туберкулез, муковисцидоз. Возраст, пол, профессия, путешествия, семейный и лекарственный анамнез, а также сопутствующие заболевания должны учитываться врачами при анализе болезни дыхательной системы человека.

При сборе анамнеза необходимо провести детальный разбор по наиболее частым жалобам больных, с которыми они обращаются к врачам. К ним относятся одышка, боль в грудной клетке, кашель и в разной степени проявления интоксикационного синдрома. В настоящее время существует большое количество различных вопросников, которые позволяют больному более полно осветить жалобу, а врачу — иметь достоверную информацию

о болезненных проявлениях у человека и не упустить в процессе сбора анамнеза важных аспектов. В исследовательских целях, но уже и в практической деятельности врачей встречаются технологии телемедицины. Так, они стали применяться при ведении больных бронхиальной астмой и муковисцидозом. Электронное «досье» на больного человека и дневник, отражающий основные жалобы и прием лекарственных средств, позволяют повысить эффективность проводимого лечения.

Врачи с большим опытом клинической работы часто сетуют на то, что их начинающие коллеги мало внимания уделяют общему клиническому обследованию, сбору анамнеза, неохотно применяют методы перкуссии и аускультации, отдают предпочтение инструментальным методам обследования. Этот процесс повсеместен. Действительно, искусство аускультации и перкуссии требует большого усердия со стороны врача, эти навыки приходят с годами, когда накапливается опыт клинической работы с больными, страдающими заболеваниями дыхательной системы. О сложности клинической работы в области респираторной медицины свидетельствует и тот факт, что в ней, как в никакой другой области медицины, сконцентрировано большое количество врачебных специальностей: пульмонолог, аллерголог, фтизиатр, онколог, торакальный хирург, реаниматолог, врач общей практики, реабилитолог, профпатолог. В области респираторной медицины также тесно взаимодействуют врачи таких специальностей, как кардиолог, ревматолог, отоларинголог, гематолог и многие другие специалисты.

Основные принципы осмотра остаются неизменными. Больной должен быть обследован в буквальном смысле «с головы до ног». Старая школа фтизиатров заложила эти прогрессивные принципы в обследование больных с патологией дыхательной системы. Так, кожные покровы головы могут помочь врачу в диагностике саркоидоза, лимфогранулематоза, туберкулеза и многих других заболеваний. Патологические изменения кожных покровов встречаются при аллергических, онкологических заболеваниях, туберкулезе, саркоидозе и целом ряде других болезней. В настоящее время, когда врачи во всем мире объединились в борьбе с табакокурением, обращается внимание на изменение кожных покровов у курильщиков. Симптоматология кожных патологических изменений касается как острых заболеваний (*erythema nodosum*, отек Квинке и целый ряд других дерматологических синдромов), так и хронических (*lupus pernio* и др.).

В респираторной медицине подчеркивается необходимость исследовать лимфатическую систему у больного человека. Это особенно важно при таких болезнях, как саркоидоз, лимфопролиферативные заболевания, туберкулез, рак легких. Врачу рекомендуется строго выполнять рекомендации по обследованию лимфатической системы у пациента с патологией респираторной системы; порой необходимо применить такие методы диагности-

ки, как рентгенография органов грудной клетки, сканирование с использованием галлия-67, позитрон-эмиссионная томография, биопсия лимфатических узлов.

Патология опорно-двигательного аппарата имеет большое значение в понимании тех изменений, которые происходят в дыхательной системе человека. Примером могут служить пневмония и дыхательная недостаточность при кифосколиозе, врожденной аномалии грудной клетки (грудь «сапожника», «куриная грудь» и некоторые другие аномалии развития грудной клетки). Рекомендуется уделять внимание таким признакам, как «часовые стекла» и «барабанные палочки». Эти патологические изменения ногтевых фаланг могут свидетельствовать о фиброзирующем процессе в легочной ткани, развитии бронхоэктазов, бронхиолоэктазов и целом ряде других заболеваний дыхательной системы.

Приступая к обследованию больного с заболеванием респираторной системы, необходимо обратить внимание на его питательный статус. Так, если больной имеет избыточную массу тела, то часто возникает проблема ночного апноэ, приводящего к развитию вторичной гипертонии малого круга кровообращения. Дефицит массы более характерен для больных эмфиземой, туберкулезом, раком легкого и другими заболеваниями.

Исследование ЛОР-органов имеет большое диагностическое и прогностическое значение. Многим хроническим заболеваниям с поражением нижнего отдела дыхательных путей предшествует развитие ринита. Классическим примером служит бронхиальная астма, которой может предшествовать развитие аллергического или сезонного круглогодичного ринита. Иногда ринит на несколько лет предшествует возникновению клинических проявлений бронхиальной астмы. В другой клинической ситуации, когда больной человек наблюдается по поводу гнойных и кровянистых выделений из полости носа, могут проявляться и другие признаки гранулематозного процесса (гранулематоз Вегенера). Необходимо особенно подчеркнуть связь многих заболеваний верхнего отдела дыхательных путей с заболеваниями нижнего отдела дыхательного тракта.

Рекомендуется исследовать полость рта. Некоторые инфекционные заболевания респираторной системы возникают вследствие аспирации секрета, рвотных масс, обломков зубов и др. из полости рта в нижние отделы дыхательной системы. Особого внимания заслуживают ортодонтические операции с использованием металлоконструкций или материалов из пластмассы. Легкие могут давать на эти материалы самые разные реакции: бронхиальная астма, гиперчувствительная пневмония, гранулематозный процесс, фиброз легких. Полость рта может стать источником серьезных, порой инвалидизирующих заболеваний.

Осмотр грудной клетки в состоянии покоя и при акте вдоха и выдоха имеет большое диагностическое значение, так как дает представление о ее участии в дыхательном цикле. У больных

с ограниченным участием левой или правой половины грудной клетки в акте дыхания можно предполагать образование выпота в плевральную полость или развитие пневмоторакса. Выделяют тахипноэ, когда число дыхательных экскурсий превышает 22–24 в минуту; шумное и глубокое дыхание, которое можно наблюдать при кетоацидотической коме и известно как дыхание Куссмауля. Визуальный осмотр позволяет более подробно оценить дыхательную аритмию: если она проявляется, то всегда свидетельствует о тяжести заболевания. Поверхностное неглубокое дыхание с периодами апноэ, которое во время следующих дыхательных циклов становится глубоким и шумным, известно как дыхание Чейна–Стокса; неправильный тип дыхательных циклов, в котором можно наблюдать циклы как глубокого дыхания, так и поверхностного, известны как дыхание Биота. На рис. 1.3 схематично представлены дыхательные циклы при различных формах нарушения дыхания.

Приступая к непосредственному исследованию органов грудной клетки, врач использует традиционные методы: пальпацию, перкуссию и аускультацию. Каждый из классических методов обследования позволяет получить определенную диагностическую информацию. При пальпации грудной клетки исследуют ее ригидность, синхронность участия левой и правой половины в акте дыхания. Определенную диагностическую ценность имеет определение голосового дрожания. Исследование рекомендуется проводить в определенной последовательности: начинать следует с верхних отделов грудной клетки и двигаться в сторону диафрагмы. Это условие необходимо соблюдать также при проведении перкуссии и аускультации. Соблюдение методики обследования больного позволяет получить в более полном объеме диагностическую информацию. На рис. 1.4, 1.5 (см. цв. вклейку) схематично изображена последовательность проводимой пальпации, перкуссии и аускультации легких. С приобретением клинического опыта врач приобретает навыки обследования больных: полных, кахектичных и нормального телосложения.

Перкуссия — один из основных методов физикального обследования больного с патологией органов дыхания. Во время перкуссии выявляется патологический характер легочного звука: тупость, укорочение, тимпанический оттенок. Перечисленные изменения легочного звука помогают в постановке таких диагнозов, как пневмония, плеврит, пневмоторакс, и других легочных заболеваний.

Аускультация легких является необходимым методом обследования больных с патологией органов дыхания. Методическая последовательность в проведении аускультации позволяет получить необходимую информацию для диагностики таких заболеваний, как бронхиальная астма, пневмония, стридор, интерстициальные заболевания легких, застойная сердечная недостаточность и целый ряд других заболеваний органов дыхания.

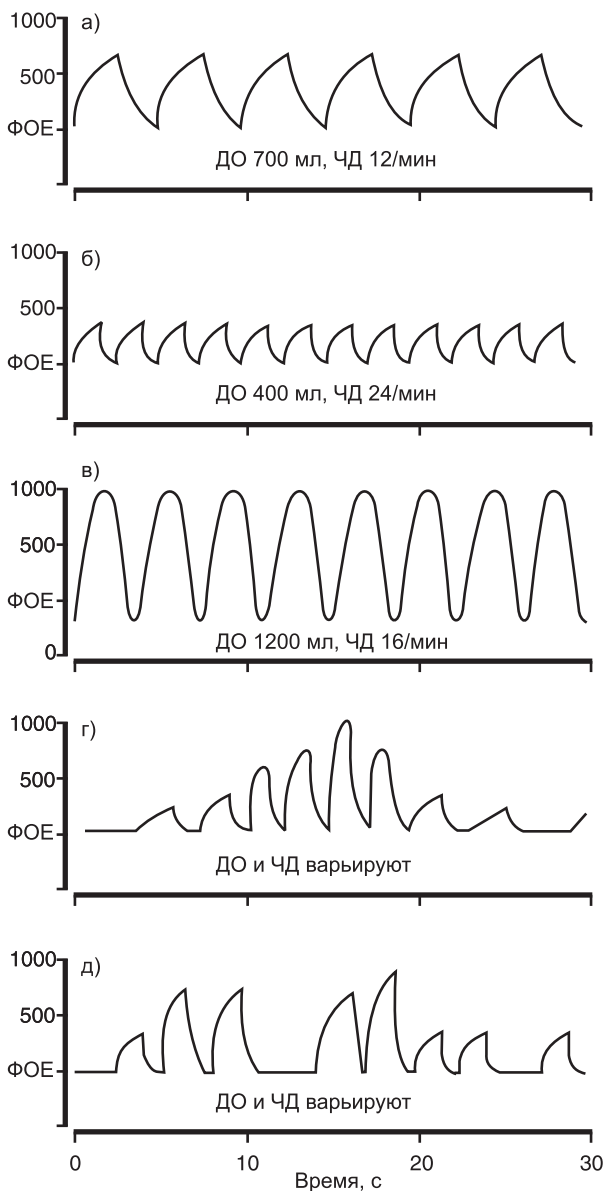


Рис. 1.3. Типы нарушения дыхательных циклов (схема): *а* — дыхание в норме; *б* — тахипноз; *в* — дыхание Куссмауля; *г* — дыхание Чейна–Стокса; *д* — дыхание Биота. ФОЕ — функциональная остаточная емкость; ДО — дыхательный объем

Кроме того, ВОЗ рекомендует повсеместно внедрять исследование функции дыхания. На рис. 1.6 (см. цв. вклейку) изображено проведение исследования пиковой скорости выдоха.

В заключение хотелось бы отметить, что в процессе первого знакомства с пациентом, на этапе сбора анамнеза жизни и болезни и данных физикального обследования врач должен стремиться выделить наиболее актуальные проблемы легочного здоровья своего пациента. Это позволит ему в более короткие сроки решить вопросы диагноза и назначить лечение, порой спасающее жизнь.