

В помощь клиницисту

К.А. Бобрышев, д.м.н., Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Боль в грудной клетке: клиническая оценка

Часть 1. Общие принципы

Боль в грудной клетке (БГК) – распространенный симптом, который всегда должен рассматриваться как потенциальный индикатор тяжелой патологии, представляющей угрозу для жизни пациента. Так, ежегодно в медицинских учреждениях США с этой жалобой обращаются около 7 млн человек, причем острый коронарный синдром распознают у 15-25% из них (С. Lindsell et al., 2006).

Диагностическая тактика при БГК строится на поэтапном исключении тех заболеваний, которые могут привести к смерти – непосредственно либо в обозримом будущем (рис. 1). Хотя каждый из этих этапов обладает своими особенностями, тем не менее клиническая оценка БГК требует и знания некоторых общих принципов. Их соблюдение составляет основу систематического подхода, который позволяет избежать многих ошибок диагностики.

По мнению J. Shaver (2011), в распознавании причины и оценке клинической значимости БГК ведущая роль принадлежит расспросу, причем заменить его не способен ни один из существующих методов обследования. В свою очередь, полная характеристика БГК обеспечивается только грамотным анализом этой жалобы, что невозможно без соблюдения технологии расспроса. Однако внимание врача к данному методу часто оказывается недостаточным. В силу этого целесообразно осветить главные правила беседы с больным, предъявляющим жалобу на БГК.

Расспрос как психотерапевтический фактор (основы терапевтического общения)

Важно отчетливо понимать, что расспрос не только обеспечивает сбор информации, но и обладает значительным лечебным потенциалом, поскольку является средством терапевтического общения. По мнению В.М. Бехтерева, «если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач». Несмотря на известную долю максимализма, в целом данное утверждение нужно признать справедливым. Действительно, «врач, который считает, что ему психотерапия не нужна, все равно оказывает воздействие на психику своих пациентов, только это психотерапия с отрицательным знаком: она вредит и больному, и врачу... Лекарство под названием «врач» будет присутствовать во всех ... лечебных мероприятиях... Просто при таком отношении это лекарство приобретает отвратительный вкус» (Н.А. Магазаник, 1991, 2011). Однако человеческий фактор имеет при расспросе и сугубо утилитарное, узкопрофессиональное измерение, на которое указывают D. Nickam и соавт. (1985). По данным этих исследователей, вероятность правильного распознавания причины БГК выше в том случае, если диагноз поставлен врачом при сборе жалоб, а не на основании заочного изучения специальных анкет, заполненных пациентом. Авторы пришли к выводу, что врач как «диагностический инструмент» имеет большую, чем вопросники, чувствительность к стертым, плохо осознаваемым, субъективным признакам тяжелой патологии сердца.

Методологической основой терапевтического общения (психологического воздействия с лечебной целью) является

герменевтика – теория истолкования информации, или искусство понимания. Практически же в данном случае герменевтика означает умение поставить себя на место больного. Будучи, вероятно, психологически небезопасным (синдром выгорания!), герменевтический подход все же считается наиболее конструктивным, поскольку способствует эмпатии (эмпатическому слушанию) – осознанному сопереживанию без потери ощущения его внешней природы (С. Rogers, 1959). Врач, обладающий эмпатией, во-первых, понимает слова и чувства пациента, а во-вторых, демонстрирует это понимание больному.

Эмпатия – черта во многом врожденная, однако ей также способствует опыт врача, аналогичный опыту пациента. С этой точки зрения интересен диалог двух врачей – героев повести А.И. Солженицына «Раковый корпус»:

– Но почему такая несправедливость: почему меня, онколога, должна настичь именно онкологическая болезнь, когда я их все знаю, когда представляю все сопутствия, последствия, осложнения?..

– Никакой тут несправедливости нет... Напротив, это в высшей степени справедливо. Это самое верное испытание для врача: заболеть по своей специальности. <...> Вы Паню Федорову помните, сестру? Она говорила: «Ой, что это я неласковая с больными стала? Пора мне опять в больницу полежать...».

Представляется закономерным, что в современной педагогике разрабатываются специальные герменевтические подходы. Например, для лучшего понимания человека, жалующегося на ишемическую БГК, J. Orjent (2009) рекомендует студентам-медикам испытать подобные же болевые ощущения, создав их искусственно.

Герменевтика БГК: ишемическая модель (J. Orjent, 2009)

- Наложите манжетку сфигмоманометра себе на плечо.
- Нагнетая воздух, доведите давление в манжетке до 300 мм рт. ст.
- Поддерживайте такой уровень давления в манжетке на протяжении 5 мин.
- По истечении этого времени начните сжимать и разжимать кулак до появления боли в предплечье.



Рис. 1

Считается, что по интенсивности и качественным характеристикам эта боль соответствует БГК при стенокардии. Выше указывалось, что эмпатия подразумевает не только понимание того состояния, в котором пребывает больной, но и демонстрация такого понимания. Для этого существуют т. н. фасилитаторы (от англ. facilitate – помогать) – приемы, поощряющие и тем самым облегчающие рассказ пациента о своих проблемах.

Фасилитаторы, используемые при расспросе пациента с БГК

(Н.А. Магазаник, 2011; J. Coulehan, M. Block, 2006)

Вербальные

Краткие реплики (минимальные фасилитаторы)

- Да?
- Вот как?
- И?
- И что же?
- Да, конечно!
- Еще бы!
- Понимаю...

Отражение («эхо»)

Невербальные

Кинезика

- Наклон туловища в сторону пациента (сидя в кресле)
- Зрительный контакт
- Дружелюбное выражение лица
- Легкая поощрительная улыбка
- Кивки головой

Проксемика – соблюдение пределов личностного пространства

Сочувственное (целительное) прикосновение

Вербальные фасилитаторы, сигнализируя пациенту о том, что его сочувственно слушают, в то же время сводят явное участие врача в разговоре к минимуму. Под отражением понимают задумчивое повторение вслед за пациентом фраз или ключевых слов (как правило, последних во фразе) с легкой вопросительной или уточняющей интонацией. Не прерывая хода мысли, этот прием стимулирует память больного и побуждает его задуматься над теми сведениями, которые он сообщил врачу, а возможно, и внести в эти сведения какие-то коррективы. Авторы всемирно известного Oxford Handbook of Clinical Medicine так видят сущность приема отражения: «Если вы обратитесь в вопросе к малиновке, она упорхнет, в то время как лесное безмолвие придаст ей смелости сесть вам на руку» (М. Лонгмор и соавт., 2009).

Успешной беседой с больным способствуют не только вербальные фасилитаторы, но и ряд неязыковых средств. Наиболее признанными из них являются элементы кинезики – языка тела, «удельный вес» которого в процессе общения составляет примерно 70% (R. Birdwhistell, 1970). Так, скорость разговорной речи равна 125–150 словам в минуту, тогда как воспринимается за это же время до 500 слов. Отсюда вытекает, что 2/3 беседы пациент имеет возможность наблюдать за врачом, сопоставляя вербальную информацию с языком тела – мимикой (выражением лица), жестами и позой.

Разговаривая с больным, желательно избегать жестикуляции, поскольку ее толкование у людей, принадлежащих

к разным социальным слоям и культурным традициям, может значительно отличаться. Например, поднятый вверх большой палец руки у американцев означает «отлично» (О.К.), у французов – «ноль», у японцев – «деньги», а у бразильцев и турков – оскорбление. Кстати, направленный на пациента указательный палец будет восприниматься как выражение агрессии, а постукивание пальцами по столу – как признак спешки и нетерпения.

Согласно теории проксемики (E. Hall, 1959), индивид окружен четырьмя пространствами. Внутренним, находящимся на расстоянии до 0,5 м (размер пляжной подстилки), является интимное пространство, в котором человек ощущает себя наиболее уязвимым и куда обычно допускаются лишь близкие люди. Далее (около 1 м) идет личностное пространство, определяемое тем расстоянием, которое требуется для разговора с глазу на глаз, как правило, с друзьями и приятными в общении сотрудниками. Третье пространство (примерно 2 м) называется социальным и воспринимается как относительно безопасное. Оно предназначено для официальных бесед и общения с незнакомцами. Наконец, для наружного, публичного, пространства (приблизительно 3 м) характерно то, что пребывание в нем незнакомых людей, даже если их несколько, не вызывает дискомфорта (расстояние для публичных выступлений).

Таким образом, расспрос нельзя проводить, пребывая в интимном пространстве больного, поскольку это будет восприниматься как вторжение в его внутренний мир. В то же время нахождение врача в социальном пространстве отчуждает его от пациента и лишает беседу доверительности. Поэтому, проводя расспрос, нужно выбирать пределы личностного пространства. Благодаря этому с пациентом устанавливается человеческий контакт, что, в свою очередь, создает психологические предпосылки для комфортного выполнения физикального обследования, требующего нарушения границ интимного пространства. Необходимо также помнить, что у ряда больных с БГК на фоне тревожного расстройства интимное пространство иногда увеличивается. Если этого не учитывать, то пребывание врача на обычном расстоянии может вызвать у пациента усиление тревоги. Следовательно, в таких ситуациях дистанция между врачом и больным должна быть увеличена.

Под сочувственным, или целительным, прикосновением (compassionate touch) понимают телесный контакт с пациентом. Как правило, с этой целью врач недолго (в течение нескольких секунд) и слегка касается кисти или предплечья больного. По мнению D. Krieger (1990), которая посвятила изучению данного феномена несколько десятилетий, терапевтический эффект сочувственного прикосновения опосредуется импринтингом – запечатлением новорожденным ласковых поглаживаний матери по щеке. Иными словами, сочувственное прикосновение служит сигналом заботы, поддержки и понимания. Исследования, проводившиеся в отделениях интенсивной терапии, показали, что благодаря этому приему происходит уменьшение внутричерепной гипертензии, а также снижается артериальное давление и частота сердечных сокращений. На этом основании можно предположить, что наиболее отчетливое действие сочувственного прикосновения будет отмечаться у больных с БГК ишемического генеза. Поскольку сочувственное прикосновение подразумевает проникновение в интимную зону пациента, прибегнуть к данному приему можно лишь после того, как между врачом и больным установятся доверительные отношения.

В помощь клиницисту

Таблица 1. Сравнительная характеристика различных стилей расспроса (R. Beebe, J. Myers, 2010)

Тип вопроса	Пример	Характеристика	
		Достоинства	Недостатки
Открытый	На что вы жалуетесь? Не могли бы вы рассказать о своей БГК?	1. Позволяет пациенту описать БГК собственными словами, а также высказать свою точку зрения на сущность проблемы. 2. Позволяет пациенту частично управлять ходом расспроса, что повышает его уверенность в себе и способствует взаимопониманию	1. Требует от врача значительной концентрации внимания, лишая его возможности прерывать пациента, если возникает необходимость уточнить клинически значимую информацию. 2. Создает предпосылки для неэкономного расходования времени. 3. Решение о том, что считать клинически важным, во многом зависит от пациента
		1. Заполняет информационные пробелы, возникшие после ответа на открытые вопросы. 2. Не позволяет пациенту отклоняться в своем рассказе от описания БГК	1. Создает у пациента впечатление, что его проблемы на самом деле врача не интересуют. 2. Способствует тому, что могут быть пропущены важные сведения, если врач не задаст конкретного вопроса. 3. Ограничивает возможность пациента вести диалог («выговориться»)
Директивный (направляющий)	Какой характер имеет БГК?	1. Позволяет быстро получить информацию, интересующую врача	Обладает суггестивным потенциалом

Таблица 2. План детализации БГК

Мнемонические приемы				Вопрос, который требуется задать пациенту
O – P – Q – 3R – 2S		5Wh–H		
Английский ключ	Расшифровка			
Onset	Начало	When (когда)?		Когда возникла / сколько длится БГК?
Provoke	Причина	Why (почему)?		Что вызвало/усугубило БГК?
Quality	Характер	How (как)?		Какой характер имеет БГК?
Region	Локализация	Where (где)?		Можете указать точное место БГК?
Radiation	Иррадиация	Where (где)?		Куда отдает БГК?
Relief	Купирование	What (что)?		Что снимает/облегчает БГК?
Severity	Тяжесть	How (как)?		Насколько выражена БГК?
Symptoms	Associated	Сопутствующие жалобы	Who (кто), т. е. у кого – клинические особенности пациента	Что беспокоит, кроме БГК?
	Negative	Отсутствующие жалобы		Не беспокоит ли... (указать интересующую жалобу)

Таблица 3. Варианты директивных вопросов, которых при детализации БГК следует избегать (J. Coulehan, M. Block, 2006)

Тип вопроса	Пример	Характеристика
Подсказывающий (суггестивный)	Вас ведь беспокоит сжимающая БГК?	Провоцирует пациента на положительный ответ, даже если он не соответствует действительности (из желания поддаться для того, чтобы угодить врачу или ответить механически, не задумываясь)
Множественный («пулеметная очередь»)	Вас беспокоит колющая кратковременная боль, которая возникает при эмоциональном напряжении?	Концентрирует в одном предложении несколько вопросов о различных, не связанных друг с другом характеристиках БГК. Положительный ответ воспринимается как подтверждение справедливости всех высказанных предположений, тогда как пациент может быть согласен только с одним из них (обычно с последним)
Жаргонный (medicalese)	Купирует ли нитроглицерин вашу кардиалгию?	Требует от пациента знания профессиональной терминологии, выходящей за пределы бытовой лексики. Провоцирует пациента на положительный ответ, даже если он не соответствует действительности (из опасения показаться малограмотным либо невежливым)



Рис. 2

Расспрос как метод диагностики

Технология расспроса при БГК предусматривает применение 2 стилей, которые основаны на различных типах вопросов, адресованных пациенту (табл. 1, рис. 2).

Начинать беседу следует с вопросов открытого типа, предусматривающих максимальную свободу больного в выборе того, что и как рассказать врачу о БГК. Врач, однако, такие вопросы нередко задавать боится, поскольку в ответ ожидает услышать пространственный монолог. Между тем известно, что рассказ пациента в большинстве случаев занимает ≤90 с (У. Аткинсон, 2005). При этом благодаря ответу на вопросы открытого типа врач получает представление о ведущей жалобе, беспокоящей пациента; оценивает интеллектуально-мнестические особенности

больного; дает возможность пациенту «выговориться» свои проблемы.

Последний аспект врачи понимают далеко не всегда, но проблему можно разрешить только тогда, когда она осознана и пациентом, и врачом, а осознание проблемы требует ее вербализации. Заметим также, что затруднения, испытываемые больным при описании своих ощущений, косвенно говорят о наличии алекситимии (буквально: «без слов для чувств») – феномена, достаточного характерного для ишемической болезни сердца и, следовательно, интересующего врача не только с психологической, но и с диагностической точки зрения.

Согласно J. Coulehan и M. Block (2006), ответы на вопросы открытого типа рисуют целостную картину проблемы, но не позволяют разглядеть ее деталей. Поэтому, если спустя несколько минут пациент еще продолжает рассказ, его нужно тактично прервать и начать детализацию БГК, для чего используют вопросы директивного (направляющего) типа. В отсутствие ургентной ситуации с этой целью задают т. н. детализирующие вопросы (табл. 1). В их основе лежит метод Киплинга – популярный не только в медицине, но также в журналистике, маркетинге и педагогике. Метод назван в честь английского писателя Р. Киплинга, который сопроводил одну из своих сказок стихотворением «Шестерка слуг» (перевод С.Я. Маршака):

Есть у меня шестерка слуг,
Проворных, удалых.
И все, что вижу я вокруг,
Все знаю я от них.
Они по знаку моему
Являются в нужде.
Зовут их: Как? и Почему?
Кто? Что? Когда? и Где?

Поскольку пять из этих вопросительных местоимений начинаются в английском языке с букв Wh, а одно – с буквы H, другим общепринятым названием метода является 5Wh-1H. В медицинской литературе также пользуются мнемоническим приемом O – P – Q – 3R – 2S, обыгрывающим первые буквы всех особенностей БГК, которые интересуют врача. Таким образом, план детализации должен предусматривать ответ на каждый вопрос, освещающий ту или иную характеристику БГК (табл. 2).

Выше указывалось, что многие больные не способны описать свои ощущения – отчасти из-за алекситимии, отчасти вследствие недостаточного лексического багажа. Поэтому крайне желательно пользоваться принципом laundry list (американизм, означающий список белья, которое, заранее рассортировав по цвету, отдают в прачечную). Согласно данному принципу каждый детализирующий вопрос нужно сопровождать перечнем возможных

вариантов ответа, например: «Какой характер имеет БГК – давящий, жгучий, колющий, стреляющий?».

Закрытыми вопросами, ответ на которые однозначен и сводится к выбору между «да» и «нет», злоупотреблять нельзя. Они уместны лишь в особых ситуациях, прежде всего в условиях жесткого дефицита времени.

Ситуации, требующие применения закрытых вопросов

- Оказание неотложной помощи (!)
- Наличие у больного выраженной тревоги
- Сбор анамнеза жизни
- Уточнение какой-либо информации после того, как врач уже сформулировал диагностическую гипотезу

У пациентов с выраженной тревогой применение открытых и детализирующих вопросов может оказаться безуспешным, поскольку такие больные не склонны к развернутым ответам и общению с ними, как правило, малопродуктивно. Поэтому до тех пор, пока тревожное состояние не купировано, беседу проводят с помощью закрытых вопросов.

Клинические маркеры выраженной тревоги (S. Malamed, 2007)

- Возбужденный, громкий голос
- Неестественная, неудобная поза
- Нервное жонглирование в руках бумажной салфетки или носового платка
- Капли пота на лбу и руках (холодные, липкие ладони)
- Синдром «белых костяшек» (побеление кожи над пястно-фаланговыми суставами при сильном сжатии ручек кресла)
- Быстрые ответы

В любом случае нужно помнить о том, что закрытые вопросы содержат в себе две потенциальные ловушки. Во-первых, они нежелательны тогда, когда от больного можно ожидать лживый ответ. Так, например, у пациента с БГК ишемического генеза не следует спрашивать: «Употребляете ли вы алкоголь?». Отрицательный ответ больного сразу закроет эту тему для дальнейшего обсуждения. Напротив, вопрос «Много ли алкоголя

вы выпиваете за день?» так или иначе будет стимулировать пациента к продолжению диалога. Во-вторых, закрытые вопросы, несмотря на кажущуюся легкость ответа на них, из-за своей двусмысленности могут поставить больного в тупик и затруднить дальнейшее общение с ним. Блестящим примером этого служит словесная перепалка между фрекен Бок и Карлсоном, Который Живет на Крыше:

– ...Отвечай, – воскликнула фрекен Бок, – да или нет! На простой вопрос всегда можно ответить «да» или «нет», по-моему, это не трудно.

– Представь себе, трудно, – ответил Карлсон. – Я сейчас задам тебе простой вопрос, и ты сама в этом убедишься... Ты перестала пить коньяк по утрам, отвечай – да или нет?

– Нет! – закричала фрекен Бок, совсем потеряв голову.

– Жаль, жаль, – сказал Карлсон. – Пьянство к добру не приводит.

В таблице 3 приведены те варианты директивных вопросов, прибегать к которым не следует.

Боль затрудняет восприятие речи. Поэтому при выраженной БГК, чтобы привлечь внимание больного, вопросы нужно задавать громким голосом либо проводить расспрос после адекватной анальгезии (R. Beebe, J. Myers, 2010). Если у пациента с БГК происходит повреждение центральной нервной системы, понимание (декодирование) речи может нарушиться. Это, в частности, характерно для мозгового инсульта (афазия Вернике), шока (гипоперфузии), гипоксии, гипогликемии, различных отравлений (M. Tunzi, 2001; E. Sturman, 2005).

Продолжение следует.

