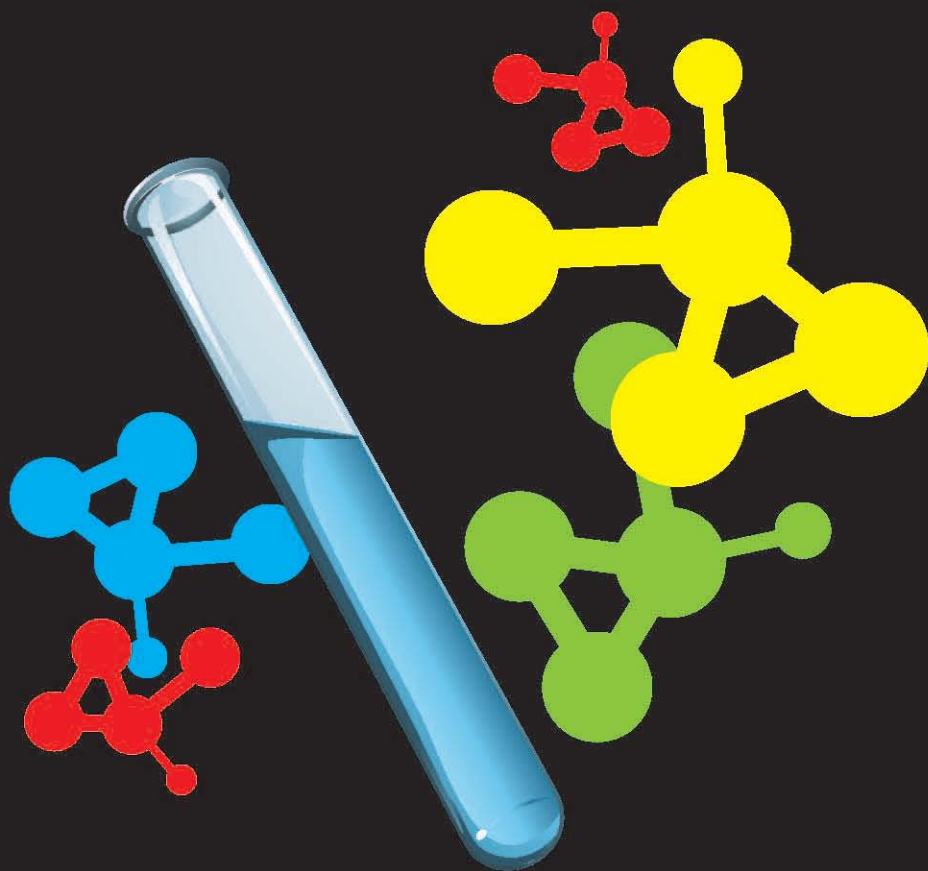


М.А. Бутов

Пропедевтика внутренних болезней



М. А. Бутов

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

2-е издание

*Рекомендовано учебно-методическим объединением по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного
пособия для студентов, обучающихся по специальностям:*

06010165 — Лечебное дело, 06010365 — Педиатрия,

06010465 — Медико-профилактическое дело

(№ 17-29/392 от 19.10.2009)

ФОРУМ
НЕОЛИТ

УДК 617-07(075.8)
ББК 53.4я73
Б93

Рецензенты:

Я.М. Вахрушев — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава», заслуженный врач РФ, заслуженный работник МЗ Удмуртской Республики;

Г.Н. Варварина — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава»

Бутов М. А.
Б93 Пропедевтика внутренних болезней : учебное пособие / М. А. Бутов. — 2-е изд. — М. : Неолит, 2017. — 512 с. : ил. — (Профессиональное образование).

ISBN 978-5-9906768-5-5

В учебном пособии представлены сведения по основам клинической диагностики внутренних болезней. Основное внимание уделяется физическим способам диагностики, а также дополнительным инструментальным и лабораторным методам. Описаны основные клинические симптомы заболеваний, предусмотренных Программой по пропедевтике внутренних болезней (2003), правила объединения их в синдромы, позволяющие формировать нозологические единицы (диагнозы) в терминах современной медицины. Приводятся данные о классификации рассматриваемых заболеваний в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Для студентов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов медицинских вузов.

УДК 617-07(075.8)
ББК 53.4я73

ISBN 978-5-9906768-5-5

© Бутов, М. А., 2016
© Издательский дом «Неолит», 2016

Предисловие

Предлагаемый вниманию читателя лекционный курс по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» предназначен для студентов, обучающихся по специальностям 040100 — лечебное дело, 0402200 — педиатрия, 040300 — медико-профилактическое дело и соответствует Программе по пропедевтике внутренних болезней (2003) для указанных специальностей и Государственным образовательным стандартам по соответствующим специальностям высшего профессионального медицинского образования (Москва, 2003).

В каждой главе рассматриваются методы физической, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов. Для лучшего освоения учебного материала пособие иллюстрировано рисунками и таблицами. Приложения к лекционному курсу помогут студенту при оформлении учебной истории болезни, при подготовке к рубежному и итоговому контролю знаний.

Данное пособие может быть использовано и студентами факультета высшего сестринского образования.

Глава 1

ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ

1.1. Предмет и задачи пропедевтики

Студенты медицинского ВУЗа осваивают терапию на трех кафедрах — это кафедры пропедевтики внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии. В отечественной медицинской школе изучение внутренних болезней происходит последовательно, или поэтапно. На 3-м курсе студенты обучаются основам диагностики на кафедре пропедевтики внутренних болезней (первой клинической кафедре). На 4—5-м курсах на кафедрах факультетской терапии изучаются болезни и лечение их в классическом варианте. И на 6-м выпускном курсе на кафедре госпитальной терапии студенты изучают особенности и варианты заболевания, дифференциальную диагностику и индивидуальное лечение.

Умение проводить общее обследование пациента, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований абсолютно необходимо врачу любой клинической специальности. Каждый клиницист должен иметь четкое представление о состоянии организма в целом и понимать сущность всех происходящих у пациента патологических процессов. Только тогда возможно проведение адекватного медикаментозного или оперативного лечения.

Пропедевтика (от слова *propedeu* — узнаю) — это наука об основах диагностики внутренних болезней. Пропедевтика учит студента самостоятельно обследовать больного наиболее простыми методами, выявлять важнейшие симптомы болезней, складывать их в синдромы и клинику заболеваний и в конечном итоге формулировать диагноз. *Эти задачи и являются* предметом пропедевтики или **диагностики внутренних болезней**. В задачи пропедевтики входит также изучение отдельных заболеваний внутренних органов, что составляет раздел, называемый **частной патологией** внутренних болезней.

Учение о методах распознавания болезней называется **диагностикой** (от греческого слова *diagnosis*, означающего «распознавание, определение»). Диагностика как наука **изучает** анатомо-физиологические особенности человека и влияние на него окружающей среды. Именно диагностика дает врачу основание или базу для представлений, рассуждений и действий при постановке диагноза заболевания.

В процессе диагностики врач пользуется субъективными и объективными методами диагностики. **Субъективным** исследованием является расспрос больного и излагаемая им информация как продукт его субъективного восприятия сложившейся ситуации.

К **объективным** исследованиям относятся физические (физикальные), инструментальные и лабораторные методы.

Физические (физикальные) исследования проводятся с помощью наших органов чувств (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и являются **основными**.

К *дополнительным методам* объективного исследования относятся лабораторные и инструментальные исследования. На фоне бурного технического прогресса со второй половины XIX в. получили развитие разнообразные дополнительные методы исследования, оказавшие огромное влияние на понимание сущности патологических процессов, происходящих в организме больного человека. Однако период чрезмерного увлечения дополнительными методами исследования как-то принизил значение основных, физических методов, которые в какой-то степени стали отходить на задний план. Еще в 1912 г. известный отечественный терапевт Ф.О. Гаусман объяснял причину этого негативного явления следующим образом: «...гораздо легче проверить новый серологический метод, кожную реакцию Pirquet (Пирке — *автора*), или какую-нибудь цветовую реакцию, чем новый пальпаторный метод. Последний нельзя так легко проверить на первом попавшемся больном по книжным указаниям; приходится предварительно систематически упражняться на большом материале с немалой затратой времени и терпения. В вышеозначенных условиях кроется причина, почему некоторые новые истины так быстро распространяются, тогда как другие остаются непроверенными и непризнанными».

Порой и в наши дни молодые доктора, чрезмерно увлекаясь инструментально-лабораторными исследованиями, в какой-то степени пренебрегают основными методами исследования больного, не всегда четко представляя, *с какой целью* и *какие исследования* необходимо провести. Необходимо учитывать, что любая инструментально-лабораторная методика является нагрузочной для больного, она увеличивает время обследования, а следовательно, и лечения, может привести к *ятрогенным* (вызванным действиями медицинских работников) осложнениям и, наконец, увеличивает стоимость лечения.

Во всех случаях перед назначением дополнительного обследования пациента врач должен иметь уже предположительный диагноз и быть уверенным, что любое *дополнительное исследование лишь подтвердит, дополнит, документировует предварительный диагноз* и не приведет к ухудшению состояния больного. Только владея основными субъективными и объективными методиками диагностики, врач имеет возможность назначить соответствующее дополнительное обследование.

1.2. История развития медицины как науки

История развития медицины свидетельствует, что представления о болезнях и формах заболевания базируются на соответствующих достижениях науки в целом и диагностических методах в частности.

В древности медицина не являлась специальной отраслью знаний. У древних ассирийцев, например, существовал обычай выводить больных на дорогу, где каждый идущий мимо давал ему свои советы. Позднее медициной стали заниматься жрецы, которые объясняли болезни влиянием сверхъестественных сил — демонов; так возникла «демоническая теория» медицины.

С древних времен и почти до середины XVIII в. болезни представлялись совокупностями внешних проявлений расстройства здоровья, а для их распознавания достаточно было простого наблюдения. Это был период описательного клинического (симптоматологического) наблюдения или эмпирический период развития медицинской науки. Представители эмпирической медицины знали о многих различных заболеваниях, например о различных видах лихо-

радки. Для распознавания болезней еще древние египтяне применяли специальные методы исследования — осмотр, пальпацию (ощупывание), аускультацию (выслушивание).

В Древней Греции известный представитель косской школы *Гиппократ* (~460—371 гг. до н.э.) внес исключительный вклад в развитие диагностики самых различных заболеваний. Гиппократ принадлежал к роду Асклепиадов — корпорации врачей, утверждавших, что она ведет свое происхождение от Асклепия, великого врача гомеровских времен, которого позднее стали считать богом. У Асклепиадов медицинские познания передавались от отца к сыну, от учителя к ученику. Корпорация Асклепиадов сохраняла в V в. до нашей эры чисто религиозные формы и обычаи. Так, например, у них была принята клятва, тесно связывавшая учеников с учителем, с собратьями по профессии. Однако этот религиозный характер корпорации ни в чем не ограничивал поисков истины, которые оставались строго научными.

Первоначальное медицинское образование Гиппократ получил от своего отца, врача Гераклида и других врачей. Он много путешествовал и изучал в разных странах практику местных врачей. История жизни Гиппократа малоизвестна. Существующие предания, относящиеся к его биографии, носят скорее характер легенды. Имя Гиппократа, по-видимому, является собирательным, и многие из примерно 70 приписываемых ему сочинений принадлежат другим авторам — его сыновьям, врачам Фессалу и Дракону, зятю Полибу. Подлинными трудами Гиппократа Гален признавал 11, Галлер — 18, а Ковнер — только 8 сочинений из Гиппократова кодекса. Это трактаты «О ветрах», «О воздухах, водах и местностях», «Прогностика», «О диете при острых болезнях», первая и третья книги «Эпидемий», «Афоризмы» (первые 4 раздела), хирургические трактаты «О суставах» и «О переломах». К этому списку можно добавить несколько сочинений этического направления: «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления», которые заложили основу медицинского гуманизма.

В истории медицины принято наделять Гиппократа лучшими врачебными качествами, особо подчеркивая широту эрудиции и предвидение. Именно Гиппократ для диагностики заболеваний пользовался «взглядом, осязанием, слухом, обонянием и вкусом» и впервые при лечении применил наблюдение у постели больного, применял пальпацию печени и селезенки.

Считается, что Гиппократ использовал перкуссию для определения тимпанита и непосредственную аускультацию при болезнях легких. Он выслушивал хрипы в легких, шум трения плевры, с его именем связывают описание «шума плеска» при гидропневмотораксе. Выдающийся российский терапевт В.Х. Василенко назвал метод подробного, объективного и точного наблюдения у постели больного методом Гиппократа.

До Гиппократа 50 симптомокомплексов обозначались как болезни (желтуха и т. д.), а самому Гиппократу принадлежит описание 42 синдромов. В его сочинениях встречаются упоминания еще об одном методе исследования больного — ощупывании пульса. Именно Гиппократ ввел в практику употребление термина «пульс» — «сфигмос», различал его разновидности.

Его учение оказывало влияние на медицину в течение многих веков. Гиппократ рассматривал болезнь как естественное явление жизни и следствие различных внешних воздействий. Главное значение Гиппократ придавал оценке общего состояния больного, а не поиску мест поражения, поскольку считал, что благополучие части зависит от целого. После Гиппократа на протяжении многих столетий диагностика развивалась только в частностях, до-

полнялась результатами новых методов исследований, описанием новых заболеваний.

В Древнем Риме существовали три медицинские школы: догматическая, эмпирическая и методическая. Представитель догматической школы **Соран** впервые ввел понятие о симптомах, или признаках заболеваний, а также разделил их на субъективные и объективные. Он впервые применил для диагностики заболеваний перкуссию и описал тимпанический звук при перкуссии живота. К сожалению, эта методика на сотни лет была забыта врачами. **Гален**, оказавший не меньшее, чем Гиппократ, влияние на развитие медицины, в большей степени занимался вопросами лечения, чем диагностики больных. Именно Гален использовал лекарства, приготовленные из растительного сырья (галеновые препараты).

В X в. значительный вклад в развитие медицины был внесен выдающимся таджикским врачом Абу-Али-Ибн-Синой (**Авиценной**). Авиценна описал симптомы многих заболеваний, в том числе плеврита, менингита, чумы, холеры, оспы, сибирской язвы («персидский огонь»), язвенной болезни желудка, сахарного диабета и многих других.

В средние века в Европе любые науки были подчинены религии, медицинские школы полностью зависели от богословов и практически ничего не внесли в развитие медицины. Более того, в Испании, например, около 40 000 ученых были сожжены инквизицией.

В XVIII в., в эпоху развития материализма, началось энциклопедическое обобщение медицинской науки. В 1758 г. **де Гаеном** была предложена термометрия. В это же время **Бургав** стал использовать при осмотре больных термометр и лупу.

Развитие клинико-анатомических исследований позволило установить, что проявления различных болезней тесно связаны с определенными анатомическими изменениями тела. Возникли и стали применяться диагностические методы, направленные на установление этих анатомических изменений. Так появились методы физической диагностики — перкуссия, пальпация и аускультация. В 1761 г. венский врач **Леопольд Ауэнбруггер** (Leopold Joseph Auenbrugger) ввел в практику перкуссию. После перевода известным французским врачом **Ж.Н. Корвизаром** (Jean Nicolas Corvisart) в 1808 г. труда Ауэнбруггера на французский язык перкуссия получила всеобщее распространение.

В XIX в. **Рене Теофиль Гиацинт Мари Лаэннек** (Rene Theophile Hiacinthe Mari Laënnec) разработал методику аускультации с помощью стетоскопа. Сам Лаэннек так описал это событие: «В 1816 году я был приглашен к одной молодой даме, представлявшей общие признаки сердечной болезни, у которой прикладывание руки, а равно и перкуссия не дали никаких результатов вследствие имевшейся у нее значительной жировой подстилки. Но так как возраст и пол больной не позволили мне предпринять описанный выше метод исследования, то мне пришлось на память известное акустическое явление: прикладывая ухо к одному концу бревна, можно прекрасно расслышать дотрагивание иглой до другого конца его. Я взял лист бумаги, сделал из него узкий цилиндр, один конец которого приставил к сердечной области и, приложив ухо к другому концу его, я был столь же удивлен, как и обрадован тем, что мог слышать удары сердца гораздо громче и точнее, чем это мне представлялось до тех пор при непосредственном прикладывании уха. Я тотчас пришел к заключению, что это средство может сделаться драгоценным методом исследования, который может быть применен не только при исследовании ударов сердца, но и при исследовании всех движений, обуславливающих образование внутри грудной клетки

шумов, значит, при исследовании дыхания, голоса, хрипения и, быть может, даже флюктуации жидкости, излившейся в полость плевры или околосердечной сумки».

При разработке стетоскопа Лаэннек перепробовал множество материалов от камыша до каштана, пока не остановился на ореховом дереве (рис. 1). Свое детище Лаэннек назвал «Le Cylindre» — «цилиндр» размером 25 × 3 см. Первую пациентку, аускультацию которой Лаэннек провел новым инструментом, звали Marie Melanie Basset. Скоро, любивший греческий язык Лаэннек, переименовал свой инструмент в «стетоскоп» (буквально — «осматриватель груди»). Спустя два года (29 июня 1818 г.) Лаэннек представил в «Академии математических наук» доклад, и комиссия, назначенная Академией, проверив его метод, пришла к заключению, что «возможность получить при помощи аускультации признаки болезней легких и сердца, по меньшей мере, сильно вероятно». В 1827 г. *П.А. Пиорри* (Pierre Adolphe Piorry) для перкуссии применил плессиметр, а *М.А. Винтрих* (Max Anton Vintrich) в 1841 г. — перкуSSIONный молоток.

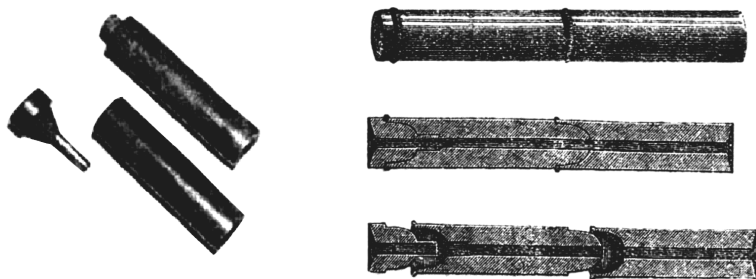


Рис. 1. Стетоскопы Р.Т.Г. Лаэннека — внешний вид и в разрезе (из: *Гуревич-Ильин Г.Я.* Общая врачебная техника: практическое руководство для врачей и студентов. М.: Госмедиздат, 1946)

Изобретение микроскопа обогатило и расширило не только сведения о строении человеческого тела, но и открыло множество микробов в организме больного. Стало понятно, что многие болезни возникают вследствие агрессии болезнетворных микробов (пневмония, дифтерия, туберкулез), вызывая воспаление в тканях [И.И. Мечников «О воспалении», 1892]. Несколько позже Д.И. Ивановским были открыты вирусы. Так в практической медицине появились основы бактериологических, вирусологических и иммунологических методов диагностики.

В XIX в. медицина смогла объяснить, почему не все соприкасавшиеся с разными больными люди заболевают. Было установлено значение самого организма в развитии заболевания, его определяющая роль при взаимодействии с микроорганизмами. Иммунологические исследования установили связь клинического течения болезни с состоянием иммунной системы, возможность аутоиммунных процессов при неинфекционных заболеваниях. Стало известно, что один и тот же фактор в одних условиях вызывает заболевание, а в других — нет, а развившаяся болезнь у различных людей протекает по-разному. Изучение клинических течений, форм и стадий развития патологических процессов составило суть раздела науки о механизмах развития болезней — патогенезе.

Изучение патогенеза болезней привело к описанию новых групп заболеваний (диффузные заболевания соединительной ткани, аллергозы) и внедрению в клинику новых методов определения состояния организма: иммунологических, гормональных, генетических, аллергологических. Изучение и понимание

механизма развития заболевания сделало возможным поиск и применение *патогенетических способов лечения*, т. е. лечебных воздействий, направленных на тот или иной патологический процесс.

Таким образом, медицинская наука прошла большой путь от эмпирического описания симптомов и болезней до проникновения в тончайшие механизмы патологии, используя каждый новый этап ее развития и предыдущие достижения.

1.3. Отечественная терапевтическая школа

Значительный вклад в развитие общей терапии внесли отечественные клиницисты М.Я. Мудров, С.П. Боткин, А.А. Остроумов, В.П. Образцов, Н.Д. Стражеско, Ф.О. Гаусман, Г.Ф. Ланг, М.П. Кончаловский, Е.М. Тареев, В.Х. Василенко, Е.И. Чазов и многие другие.

Создателем русской терапевтической школы по праву считается *Матвей Яковлевич Мудров* (1776—1831). Им впервые в России были организованы практические занятия студентов в клинике, созданы для этого музей и специализированные кабинеты и лаборатории. Считая причинами болезней неблагоприятные условия внешней среды, М.Я. Мудров впервые ввел в диагностику заболеваний систему опроса больных (анамнестический метод) и разработал схему клинического исследования и ведения истории болезни («скорбный лист»). Он придавал большое значение индивидуальным особенностям пациента и призывал «лечить не болезнь, а больного». Наряду с лечебными мероприятиями М.Я. Мудров большое значение придавал соблюдению правил гигиены и профилактики.

Григорий Антонович Захарьин (1829—1897) детально разработал анамнестический метод, позволявший вместе с физическим и лабораторным исследованием больного проводить индивидуальную диагностику не только при грубых, но и при незначительных морфологических и функциональных изменениях в органах.

Крупнейший французский клиницист Юшар писал: «Школа Захарьина опиралась на наблюдение, на точное знание анамнеза и этиологии, расспроса, воздвигнутого на высоту искусства». Г.А. Захарьину принадлежит приоритет в описании и объяснении появления зон повышенной кожной чувствительности при заболеваниях внутренних органов (зоны Захарьина—Геда), разработке диагностики и классификации туберкулеза. Великий клиницист считал, что лечение заболеваний должно быть всегда комплексным, включающим гигиенические мероприятия, диету и медикаментозные средства, климатотерапию. Он подчеркивал: «Победоносно спорить с недугами может лишь гигиена». Г.А. Захарьин уделял большое внимание симптоматическому лечению, внедрил в практику лечение минеральными водами (бальнеотерапия) и кумысом.

Сергей Петрович Боткин (1832—1889) считается основоположником физиологического направления в медицине и родоначальником экспериментальной фармакологии, терапии и патологии в России. Он положил начало и широко внедрил в клинику физиологические и инструментальные исследования и рассматривал клинический эксперимент как основное средство раскрытия сущности болезней. Под влиянием идей выдающегося русского физиолога И.М. Сеченова С.П. Боткин и его ученики продуктивно разрабатывали идеи нервизма — получили доказательства роли нервной системы в возникновении и

развитии многих внутренних болезней, нервных центров — в регуляции температуры тела и кровообращении.

С.П. Боткин установил различия между дилатацией и гипертрофией сердца, описал точку выслушивания диастолического шума при аортальной недостаточности (точка Боткина), впервые диагностировал тромбоз воротной вены, указал на инфекционный характер катаральной желтухи (болезнь Боткина), выяснил роль распада тканей в патогенезе лихорадки, описал заболевание, известное сейчас как волынская лихорадка. С.П. Боткин много занимался диагностикой и лечением военнослужащих, участвующих в войне, и считается основоположником военно-полевой терапии.

Он жил и работал в Петербурге, вел большую общественную работу, организовал первую бесплатную амбулаторию, а затем и больницу. В клинике С.П. Боткина занимался наукой известный физиолог И.П. Павлов.

Алексей Александрович Остроумов (1844—1906) придавал большое значение внедрению достижений химии, физики и биологии в клиническую медицину. Он активно пропагандировал идею необходимости сочетания теоретических изысканий с практикой. Известны его физиологические исследования роли центральной нервной системы в жизнедеятельности человека и формировании болезней. А.А. Остроумовым разработаны основные положения о рефлекторных нарушениях органов под влиянием расстройств нервной системы. Индивидуальными особенностями организма и его нервной системы, наследственностью и влияниями факторов внешней среды он объяснял различие вариантов проявлений одного и того же заболевания у разных лиц. А.А. Остроумовым детально разработаны и описаны: клиника раннего туберкулеза, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению при туберкулезе и заболеваниях нервной системы, бальнео- и физиотерапия. А.А. Остроумов пропагандировал необходимость сочетания общеукрепляющего и симптоматического лечения со специфическим лечением.

Василий Парменович Образцов (1849—1920) разрабатывал и совершенствовал методики клинического обследования больного. Им обоснованы и предложены методы глубокой пальпации желудка и кишечника и других органов брюшной полости. В.П. Образцов впервые использовал непосредственную перкуSSION органов грудной и брюшной полостей и непосредственную аускультацию сердца для выявления III тона и ритма галопа. Совместно с Н.Д. Стражеско им описан и прижизненно диагностирован тромбоз венечных артерий (инфаркт миокарда) и выделены три варианта его проявлений — типичная болевая, астматическая и гастралгическая формы. В.П. Образцову принадлежит заслуга выделения энтерита в самостоятельную нозологическую форму.

Николай Дмитриевич Стражеско (1886—1952) — ученик и последователь школы В.П. Образцова. Он занимался разработкой методов физического исследования внутренних органов, результатом которых стал фундаментальный труд «Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости». Наиболее значимы его заслуги в области исследования сердечно-сосудистой системы: им создано учение о функциональной недостаточности кровообращения, описаны различные симптомы, в частности пушечный тон при полной атрио-вентрикулярной блокаде. Н.Д. Стражеско обосновал роль стрептококковой инфекции в развитии ревматизма, описал особенности взаимосвязи ревматизма, сепсиса и эндокардита, взаимоотношения между грудной жабой и кардиальной астмой. Н.Д. Стражеско совместно с В.Х. Василенко разработал классификацию недостаточности кровообращения, которая не утратила своего значения до настоящего времени.

Максим Петрович Кончаловский (1875—1942) — основоположник инфекционно-аллергической теории ревматизма и первый клиницист, описавший различные формы и варианты течения этого заболевания. Большое значение он придавал синдромному подходу в диагностике внутренних заболеваний. М.П. Кончаловский развил учение о гемопоэтической функции желудка, разработал показания и противопоказания к переливанию крови в клинике внутренних болезней, описал клинику позднего хлороза, симптом «жгута» при тромбоцитопениях. М.П. Кончаловский последовательно выступал за сочетание терапевтических подходов с профилактическими мероприятиями, за лечение преморбидных состояний. Им много сделано в разработке методов функциональной диагностики и вопросов трудового прогноза.

Георгий Федорович Ланг (1875—1948) впервые определил гипертоническую болезнь как самостоятельное заболевание, вызываемое нарушениями корковой и подкорковой регуляции артериального давления. Он разработал классификацию болезней кровообращения и ввел термин «дистрофия миокарда». Под руководством Г.Ф. Ланга разрабатывались методы функциональной диагностики сердечно-сосудистых заболеваний Г.Ф. Лангу принадлежит приоритет в создании «функционального» направления в гематологии, рассматривающего целый ряд заболеваний крови как нарушение регуляции кроветворения и кроверазрушения. Им предложена классификация заболеваний печени, лечение мерцательной аритмии хинидином и др.

Во все времена развитие практической медицины было тесно связано с развитием новых философских мировоззрений человечества. Переход от наивных идеалистических, метафизических воззрений к диалектическим прежде всего коснулся понимания сущности болезней, причин и механизма их развития, поскольку понимание причинности в медицине влияет на особенности диагностики, на принципы лечения выявленной патологии.

Глава 2

МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО. РАССПРОС БОЛЬНОГО

Исследование больного с помощью наших органов чувств — осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация — называется физическим (физикальным) исследованием. Чтобы не пропустить каких-либо симптомов и выяснить состояние функций всех органов, пациента расспрашивают по определенной системе (status functionalis). Расспрос включает выяснение имеющихся жалоб, затем — истории заболевания и истории жизни больного. Информация, получаемая при расспросе больного, считается субъективной.

Умение расспросить больного, собрать его анамнез достаточно сложно. Если предоставить больному возможность самому излагать жалобы, историю заболевания и жизни, то врач получает неполные, неточные данные. Задача врача при расспросе заключается в «переводе» языка пациента, т. е. того, в каких словах он излагает свои ощущения и восприятия болезни, на язык медицинских терминов, понятий и симптомов. Расспрос — это не пассивный процесс механической фиксации ответов больного, а работа, планомерно организуемая во время дифференциально-диагностического обдумывания сообщаемых больным сведений, т. е. расспрос — это объективный процесс и, по мнению Г.А. Захарьина, «медленный и тяжелый путь». При расспросе больного врач не должен забывать, что перед ним находится не просто объект исследования, а больной человек, который также наблюдает и изучает самого врача. Успех расспроса больного во многом зависит от врачебного такта, умения установить с больным отношения взаимного уважения и доверия. В случае несоблюдения этих правил больной может увести мысль врача в сторону от правильного диагноза.

При расспросе следует учитывать, что каждому больному присущ свой тип высшей нервной деятельности, определяющий отношение его к врачу, своей болезни, форму изложения мыслей, поведение и т. д. В практике часто приходится встречаться с болезненно измененной психикой больного, развившейся под влиянием тяжелых или длительных соматических страданий. Во время работы врач получает от пациента (субъекта) информацию, имеющую личностную окраску. Все люди по-разному реагируют на болезненные ощущения, испытываемые в связи с тем или иным заболеванием. Об этом писал еще С.П. Боткин: «Люди с недостаточно развитой способностью анализировать свои ощущения встречаются чрезвычайно часто..., с другой же стороны, нередко встречаются субъекты, передающие свои ощущения в преувеличенных размерах». Действительно, нередко меланхолик впадает в панику от незначительных необычных ощущений со стороны внутренних органов, и на этой почве у него возникает ряд условно-рефлекторных патологических реакций, в то время как флегматик или сангвиник могут не обратить на эти же ощущения никакого внимания.

Больные с высоким уровнем нейротизма придают исключительно большое значение каждому, даже незначительному неприятному ощущению. Такие пациенты считают важными все свои ощущения и, чтобы что-то не упустить, старательно записывают их, ведя своеобразный дневник. Часто больные забывают о некоторых фактах своей болезни или подолгу останавливаются на таких симптомах и событиях, которые не имеют большого диагностического значения и несущественны для настоящего заболевания. Пациент может искусственно преувеличивать какие-то проявления заболевания. Иногда больные скрывают имеющиеся у них заболевания либо вредные привычки, например венерические болезни, СПИД, пьянство, наркоманию.

В процессе расспроса больного следует учитывать степень его интеллектуального развития. Расспрос больного как с высоким, так и крайне низким уровнем интеллекта может быть в равной степени затруднителен. Интеллектуально развитые личности нередко стараются подавить врача, диктуют, навязывают свое мнение о состоянии здоровья, способах лечения, требуют выполнения новотехнологичных способов диагностики, настаивают на приглашении ведущих в этой области консультантов. Напротив, при общении с пациентами, имеющими низкий уровень интеллектуального развития, возникают трудности понимания пациентом вопросов врача, а врачом — ответов пациента. Приходится заниматься переводом «с русского на русский». Так, однажды на мой вопрос «На что жалуетесь?» больная ответила «В мусло рыгнуло!». При дальнейшем расспросе выяснилось, что больную беспокоит острая боль в области тазобедренного сустава, возникшая после падения, и рентгенологически был выявлен перелом шейки тазобедренного сустава.

По мнению С.П. Боткина, субъективные ощущения больного являются путеводной нитью для врача в его работе с больным.

2.1. Жалобы больного

Начиная расспрос, перед пациентом ставят вопросы «На что жалуетесь?», «Что беспокоит?». Вполне уместно в начале беседы дать возможность высказаться самому больному, а затем, с учетом полученной информации, задать необходимые дополнительные вопросы. Таким образом, расспрос продолжается в виде беседы при самом активном участии врача. Необходимо помнить, что врача (студента) в этот момент интересуют не предшествующие диагнозы, которые часто начинает перечислять больной, а субъективные ощущения болезни. Больные склонны излагать хронологию происходящих с ними в процессе заболевания событий, а не динамику (изменчивость) симптомов, что более важно для диагноза. Краткость сведений в данном случае является не «сестрой таланта», а свидетельствует о дефекте диагностики.

Все жалобы больного разделяют на главные и дополнительные. *Главными* называются жалобы, ориентирующие врача на поражение какого-либо органа или системы органов, основной клинический синдром или основное заболевание. *Дополнительными* называются остальные, менее специфичные жалобы. Они не позволяют врачу высказаться относительно поражения какой-то системы или органа, но могут свидетельствовать о тяжести болезни.

При оформлении истории болезни главные и дополнительные жалобы записываются в *отредактированном виде*. Под термином «отредактированный вид» понимается, прежде всего, грамотное в литературном отношении и систе-

Оглавление

Предисловие	3
Использованные сокращения	4
Глава 1. ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ	6
1.1. Предмет и задачи пропедевтики	6
1.2. История развития медицины как науки	7
1.3. Отечественная терапевтическая школа	11
Глава 2. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО. РАССПРОС БОЛЬНОГО	14
2.1. Жалобы больного	15
2.2. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)	16
2.3. История жизни больного (Anamnesis vitae)	17
Глава 3. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО. ОСМОТР БОЛЬНОГО	21
3.1. Настоящее состояние (Status praesens)	21
3.1.1. Общий осмотр	21
3.1.2. Положение больного	22
3.1.3. Сознание больного	22
3.1.3.1. Комы	22
3.1.4. Выражение лица больного	22
3.1.5. Общий вид больного (habitus)	23
3.1.5.1. Рост	24
3.1.5.2. Вес	24
3.1.5.3. Походка	25
3.1.5.4. Конституция	25
3.1.5.5. Конституциональный психологический тип	26
3.1.5.6. Температура тела	28
3.1.6. Исследование внешних покровов	35
3.1.6.1. Кожный зуд	35

3.1.6.2. Окраска кожных покровов	36
3.1.6.3. Сыпи	37
3.1.6.4. Пальпация кожи	39
3.1.7. Исследование подкожной жировой клетчатки	40
3.1.7.1. Лимфатические узлы	41
3.1.7.2. Кожные придатки (дериваты).	41
3.1.8. Исследование костно-мышечной системы	43
3.2. Пальпация	44
3.3. Перкуссия	45
3.4. Аускультация	52
3.5. Дополнительные методы исследования	53
Глава 4. МЕТОДОЛОГИЯ ДИАГНОЗА	57
4.1. Общий план диагностического исследования	57
Глава 5. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	63
5.1. Исследование больных с патологией верхних дыхательных путей	63
5.1.1. Расспрос больных с заболеваниями бронхов и легких	63
5.1.1.1. Жалобы	63
5.1.1.2. Анамнез	67
5.1.2. Осмотр больных с заболеваниями органов дыхания	67
5.1.2.1. Местный осмотр	68
5.1.3. Пальпация грудной клетки	72
5.1.4. Перкуссия грудной клетки	73
5.1.4.1. Сравнительная перкуссия	74
5.1.4.2. Топографическая перкуссия	76
5.1.5. Аускультация легких	79
5.1.5.1. Основные дыхательные шумы	81
5.1.5.2. Побочные дыхательные шумы	83
5.1.6. Бронхофония	85
5.2. Инструментальные и лабораторные методы исследования органов дыхания	86
5.2.1. Бронхоскопия	86
5.2.2. Функциональные пробы	86
5.2.3. Рентгенологическое исследование	87
5.2.4. Исследование мокроты	89
5.2.5. Исследование плеврального выпота	93
5.2.5.1. Алгоритм оценки внешнего вида плевральной жидкости	96
5.3. Основные легочные синдромы	97

5.4. Заболевания органов дыхания	101
5.4.1. Пневмонии	101
5.4.1.1. Крупозная пневмония	102
5.4.1.2. Очаговые пневмонии	106
5.4.1.3. Осложнения пневмонии	108
5.4.2. Бронхиальная астма	108
5.4.3. Хроническая обструктивная болезнь легких	112
5.4.3.1. Бронхит	113
5.4.3.1.1. Острый бронхит	114
5.4.3.1.2. Хронический обструктивный бронхит	115
5.4.3.2. Бронхоэктатическая болезнь	117
5.4.3.3. Эмфизема легких	119
5.4.4. Абсцесс легкого	121
5.4.5. Плевриты	123
5.4.5.1. Сухой плеврит	124
5.4.5.2. Экссудативный плеврит	124
5.4.6. Рак легкого	127
Глава 6. СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ	130
6.1. Исследование больных с патологией сердца и сосудов	130
6.1.1. Расспрос больного	130
6.1.1.1. Жалобы	130
6.1.1.2. История настоящего заболевания	133
6.1.1.3. История жизни больного	133
6.1.2. Общий осмотр больного	133
6.1.3. Пальпация области сердца	136
6.1.4. Перкуссия сердца	138
6.1.4.1. Определение границ относительной тупости сердца	140
6.1.4.2. Определение конфигурации сердечной тупости	142
6.1.4.3. Определение границ абсолютной тупости сердца	142
6.1.4.4. Определение границ сосудистого пучка	144
6.1.5. Аускультация сердца	144
6.1.5.1. Тоны сердца	144
6.1.5.2. Шумы сердца	152
6.1.5.3. Внутрисердечные (интракардиальные) шумы	153
6.1.5.3.1. Внесердечные (экстракардиальные) шумы	158
6.1.6. Фонокардиография	159

6.1.7. Измерение артериального давления	160
6.1.7.1. Условия измерения артериального давления	161
6.1.7.2. Положение пациента	161
6.1.7.3. Техника измерения артериального давления	162
6.1.7.4. Кратность измерений артериального давления	162
6.1.7.5. Затруднения при измерении артериального давления	163
6.1.7.6. Дополнительные методы оценки артериального давления	163
6.1.8. Электрокардиография	164
6.1.8.1. Краткий анатомо-физиологический очерк работы сердца	164
6.1.8.2. Регистрация электрокардиограммы	167
6.1.8.3. Элементы электрокардиограммы в норме и при гипертрофии камер сердца	170
6.1.8.4. Нарушения проводимости	179
6.1.8.4.1. Блокады сердца	181
6.1.8.5. Аритмии сердца	186
6.1.8.6. Электрокардиограмма у больных ишемической болезнью сердца	197
6.1.8.7. Электрокардиограмма больных с кардиостимулятором	200
6.1.8.8. Токсическое влияние наперстянки	201
6.1.8.9. Электрокардиограмма при электролитных нарушениях	202
6.1.9. Другие инструментальные методы исследования сердца и сосудов	203
6.1.9.1. Рентгенологическое исследование	203
6.1.9.2. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов	205
6.1.9.3. Ангиокардиография	206
6.1.9.4. Ядерно-магниторезонансная томография	206
6.1.9.5. Радионуклидное исследование	207
6.1.9.6. Перфузионная сцинтиграфия	207
6.2. Заболевания сердечно-сосудистой системы	207
6.2.1. Ревматизм	207
6.2.1.1. Пороки сердца	217
6.2.1.1.1. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия	218
6.2.1.1.2. Недостаточность двустворчатого клапана	221
6.2.1.1.3. Недостаточность аортального клапана	223

6.2.1.1.4. Стеноз устья аорты	225
6.2.1.1.5. Недостаточность трехстворчатого клапана	227
6.2.2. Гипертоническая болезнь	228
6.2.2.1. Симптоматические артериальные гипертонии	233
6.2.3. Ишемическая болезнь сердца	234
6.2.3.1. Стенокардия	234
6.2.3.1.1. Стабильная стенокардия напряжения	236
6.2.3.2. Инфаркт миокарда	238
6.2.3.3. Первичная остановка кровообращения	243
6.2.4. Недостаточность кровообращения	244
6.2.4.1. Сердечная недостаточность	245
6.2.4.2. Сосудистая недостаточность	248
6.2.4.3. Основные показатели гемодинамики	253
6.2.5. Болезни миокарда	255
6.2.5.1. Миокардиты	255
6.2.5.2. Дистрофии миокарда	256
6.2.5.3. Перикардиты	257
6.2.5.4. Инфекционный эндокардит	258
Глава 7. СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	262
7.1. Общие принципы диагностики заболеваний органов пищеварительной системы	262
7.1.1. Особенности сбора анамнеза у гастроэнтерологических больных	273
7.1.2. Исследование больных с патологией органов пищеварения	273
7.1.3. Осмотр живота	275
7.1.3.1. Поверхностная ориентировочная пальпация	275
7.1.3.2. Выявление зон кожной гиперестезии	276
7.1.3.3. Перкуссия	276
7.1.3.4. Аускультация	277
7.1.3.5. Глубокая, скользящая, топографическая, методическая пальпация живота по Образцову—Стражеско	277
7.2. Общие принципы диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки	278
7.2.1. Анатомия и физиология желудка	278
7.2.1.1. Основные функции желудка	280
7.2.1.2. Расспрос больного	281
7.2.1.3. Жалобы	282

7.2.1.4.	Анамнез	286
7.2.1.5.	Общий осмотр	287
7.2.1.6.	Местный осмотр	287
7.2.2.	Лабораторные и инструментальные методы диагностики заболеваний желудка	290
7.2.2.1.	Исследование желудочной секреции	290
7.2.2.2.	Электрогастрогафия	298
7.2.2.3.	Эндоскопическое исследование	300
7.2.2.4.	Рентгенодиагностика	300
7.2.2.5.	Диагностика хеликобактериоза	301
7.3.	Заболевания органов пищеварения	304
7.3.1.	Гастрит	304
7.3.1.1.	Острый гастрит	304
7.3.1.2.	Хронический гастрит	305
7.3.2.	Язвенная болезнь	306
7.4.	Общие принципы диагностики заболеваний поджелудочной железы и кишечника	312
7.4.1.	Расспрос больного	312
7.4.1.1.	Жалобы	313
7.4.1.2.	Анамнез	318
7.4.2.	Физические методы исследования	319
7.4.2.1.	Общий осмотр	319
7.4.2.2.	Осмотр живота	320
7.4.2.3.	Поверхностная ориентировочная пальпация живота	320
7.4.2.4.	Определение зон кожной гиперестезии	320
7.4.2.5.	Перкуссия	321
7.4.2.6.	Аускультация	321
7.4.2.7.	Глубокая, скользящая, топографическая, методическая пальпация живота по Образцову — Стражеско	322
7.4.2.8.	Определение болевых точек	329
7.5.	Лабораторные методы исследования функции поджелудочной железы	330
7.5.1.	Лабораторные методы исследования кала	330
7.5.2.	Микробиологическое исследование кала	335
7.5.3.	Основные копрологические синдромы	337
7.5.4.	Инструментальные методы исследования поджелудочной железы	339
7.5.5.	Инструментально-аппаратные методы исследования кишечника	339

7.6. Основные синдромы при заболеваниях тонкого кишечника	342
7.6.1. Синдром мальабсорбции, или синдром недостаточности всасывания (абсорбции) в тонкой кишке	342
7.6.2. Целиакия	343
7.7. Воспалительные неспецифические заболевания кишечника	344
7.7.1. Болезнь Крона	344
7.7.2. Язвенный колит	346
7.8. Функциональные заболевания кишечника	349
7.8.1. Синдром раздраженного кишечника	349
7.9. Панкреатит	352
7.10. Рак поджелудочной железы	355
7.11. Ишемическая болезнь органов пищеварения	355
7.12. Исследование больных с заболеваниями билиарной системы и печени	356
7.12.1. Анатомо-физиологические особенности билиарной системы и печени	356
7.12.2. Расспрос больного	362
7.12.2.1. Жалобы	362
7.12.2.2. Анамнез	365
7.12.3. Физические методы исследования	366
7.12.3.1. Общий осмотр	366
7.12.3.2. Местный осмотр	367
7.12.3.3. Пальпация и перкуссия	368
7.12.3.4. Аускультация	370
7.12.3.5. Глубокая пальпация и определение болевых точек	370
7.12.4. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний желчевыводящей системы	375
7.12.4.1. Дуоденальное зондирование	375
7.12.4.2. Основные функциональные пробы печени	382
7.12.4.3. Эндоскопическое исследование	384
7.12.4.4. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек, органов малого таза)	384
7.12.4.5. Рентгенодиагностика	386
7.12.4.6. Позтажная манометрия	389
7.12.4.7. Радиометрические методы	389
7.12.4.8. Термометрические методы диагностики	390
7.12.4.9. Ядерномагниторезонансная томография	391
7.12.4.10. Лапароскопия	391
7.12.4.11. Серологическая диагностика вирусных гепатитов (ВГ)	392
7.12.4.12. Дифференциальная диагностика желтух	392

7.13. Клиника заболеваний желчевыводящих путей	394
7.13.1. Функциональные заболевания билиарного тракта	394
7.13.2. Желчнокаменная болезнь	396
7.13.3. Холецистит	399
7.13.3.1. Острый холецистит	400
7.13.3.2. Хронический холецистит	400
7.13.4. Основные печеночные синдромы	401
7.13.5. Гепатиты	407
7.13.5.1. Острые вирусные гепатиты	407
7.13.5.2. Хронические гепатиты	408
7.13.6. Циррозы печени	410
7.13.6.1. Портальный цирроз печени	411
7.13.6.2. Постнекротический цирроз	412
7.13.6.3. Билиарный цирроз	412
7.13.7. Метаболические заболевания печени	413
Глава 8. СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ	416
8.1. Краткие анатомо-физиологические данные	416
8.2. Методы исследования почек	417
8.2.1. Физические методы исследования	417
8.2.2. Лабораторно-инструментальные методы исследования	421
8.3. Основные синдромы при заболеваниях почек	428
8.4. Нефрит	432
8.4.1. Острый нефрит	432
8.4.2. Хронический нефрит	433
8.5. Пиелонефрит	434
8.6. Дистрофии почек (нефрозы)	435
8.7. Артериолосклероз почек (нефросклероз)	435
Глава 9. СИСТЕМА КРОВЕТВОРЕНИЯ	436
9.1. Краткие анатомо-физиологические данные	436
9.2. Методы исследования больных с заболеваниями крови	437
9.2.1. Расспрос	437
9.2.2. Осмотр	437
9.2.3. Пальпация	438
9.3. Лабораторно-инструментальные исследования	438
9.4. Эритремии	440
9.5. Анемии	441
9.6. Лейкозы	442
9.7. Геморрагические диатезы	444

Глава 10. СИСТЕМА ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ	446
10.1. Методы физического исследования больных	446
10.2. Базедова болезнь	448
10.3. Микседема	449
10.4. Сахарный диабет	450
10.4.1. Диабетические комы	451
Глава 11. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	454
11.1. Бронхиальная астма	454
11.2. Астма сердечная	455
11.3. Анафилактический шок	456
Приложения	461
Ситуационные задачи	494
Контрольные вопросы	499
Список литературы	501

Бутов Михаил Александрович

Пропедевтика внутренних болезней

Учебное издание

*Издание не подлежит маркировке
в соответствии с п. 1 ч. 4 с. 11 ФЗ № 436-ФЗ*

Редактор *И. В. Нехотина*
Корректор *О. Н. Картамышева*
Компьютерная верстка *И. В. Кондратьевой*
Оформление серии *П. Родькина*

Подписано в печать 15.11.2016. Формат 70×100/16.
Печать цифровая. Гарнитура «Таймс». Усл. печ. л. 41,28 + 1,94(вкл.).
Уч.-изд. л. 42,2. Бумага офсетная. Тираж 300 экз.

ООО «Издательский дом «Неолит»
107023, Москва, ул. Измайловский Вал, д. 30, стр. 4
Тел.: (495)963-18-55, (499)785-02-43
E-mail: forum-knigi@mail.ru
<http://www.forum-books.ru>

Отдел продаж Издательского дома «Неолит»
107023, Москва, ул. Измайловский Вал, д. 30, стр. 4
Тел.: (495)963-18-55. E-mail: forum-ir@mail.ru