

ВНУТРЕННИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Универсальный справочник

УДК 616.1/.9
ББК 53.5
В60

В60 Внутренние заболевания. Универсальный справочник. —
М. : Т8RUGRAM / Научная книга. — 320 с.

ISBN 978-5-519-62499-2

Существует область медицины, которая занимается изучением всех разделов внутренних болезней человеческого организма — проблемами этиологии, патогенеза и клинических проявлений заболеваний внутренних органов. Она исследует методы их диагностики, нехирургического лечения, а также профилактики и реабилитации.

Данное издание предлагает читателю краткое структурированное изложение основного материала по внутренним болезням человека. Представленный материал поможет читателю получить предварительный круг знаний по этому предмету.

Книга рекомендуется к прочтению учащимся, педагогам и всем лицам, заинтересованным в данном предмете.

УДК 616.1/.9
ББК 53.5
BIC MRG
BISAC MED107000

*Издательство не несёт ответственности за возможные
последствия, возникшие в результате использования
информации и рекомендаций этого издания.
Любая информация, представленная в книге,
не заменяет консультации специалиста.*

ISBN 978-5-519-62499-2

© Т8RUGRAM, оформление, 2017
© ООО «Литературная студия
«Научная книга», издание, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. Клиническая и академическая история болезни.	
Структура истории болезни	5
Тема 2. Диагностика и клиническое мышление	9
Тема 3. Клинический диагноз	13
Тема 4. Основные методы клинического обследования	18
Тема 5. Расспрос и осмотр пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	52
Тема 6. Клинические методы исследования сердца. Границы относительной и абсолютной тупости сердца. Размеры сердца	56
Тема 7. Дополнительные тоны сердца	62
Тема 8. Инструментальные методы обследования сердечно-сосудистой системы	70
Тема 9. Сердечная недостаточность	95
Тема 10. Заболевания и пороки сердечно-сосудистой системы: недостаточность митрального клапана, митральный стеноз	119
Тема 11. Пороки сердца: недостаточность аортального клапана, стеноз устья аорты. Измерение артериального давления	125
Тема 12. Воспалительные заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардиты, перикардиты. Гипертоническая болезнь	131
Тема 13. Заболевания сердечно-сосудистой системы: атеросклероз, стенокардия и инфаркт миокарда	137
Тема 14. Методы исследования дыхательной системы. Осмотр больного	146
Тема 15. Перкуссия, пальпация и аускультация легких.....	168
Тема 16. Физиологические и патологические дыхательные шумы	172
Тема 17. Недостаточность функции внешнего дыхания. Основные клинические синдромы при заболеваниях системы дыхания	175

Тема 18. Заболевания легких	183
Тема 19. Заболевания легочной системы	189
Тема 20. Опрос и физикальные методы обследования больных с заболеваниями мочевыделительной системы	208
Тема 21. Лабораторное обследование мочевыделительной системы	212
Тема 22. Хроническая почечная недостаточность. Уремия. Нефротический синдром. Почечная артериальная гипертензия	234
Тема 23. Клиническое исследование крови. Нормальные показатели, патологические отклонения	239
Тема 24. Анемии.....	246
Тема 25. Физикальные методы обследования больных с заболеваниями эндокринной системы	259
Тема 26. Расспрос больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Заболевания пищеварительной системы	270
Тема 27. Расспрос и физикальное обследование больных с заболеваниями кишечника	287
Тема 28. Основные клинические синдромы. Синдром недостаточности пищеварения	292
Тема 29. Объективное исследование больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.....	299
Тема 30. Методы обследования печени и желчного пузыря	305
Тема 31. Заболевания печени	312
Тема 32. Осмотр, расспрос и пальпация больных с заболеваниями поджелудочной железы. Исследование дуоденального содержимого	315

КЛИНИЧЕСКАЯ И АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Тема 1. СТРУКТУРА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Клиническая и академическая история болезни. История болезни представляет собой протокол обследования больного. Необходимо различать клиническую и академическую историю болезни. Написание их имеет различные цели.

Клиническая история болезни

Клиническая история болезни ведется с момента поступления больного в стационар. В ней фиксируются основные этапы обследования клинического, инструментального и лабораторного, заключения консультации врачей-специалистов, ставится предварительный диагноз, проводится обоснование диагноза и, если необходимо, ставится дифференциальный диагноз. После этого с учетом всех имеющихся современных классификаций ставится окончательный диагноз, затем назначается лечение и регистрируются ежедневно применяемые препараты. Обязательно отмечают все изменения, касающиеся состояния больного, как положительную, так и отрицательную динамику. Через определенные промежутки времени состояние больного описывают в этапных эпикризах. Если состояние больного улучшилось, больного выписывают, заполняя выписной эпикриз. Если же, несмотря на проведенное лечение, заболевание заканчивается летальным исходом, то история болезни завершается посмертным эпикризом. Помимо этого, история болезни является и юридическим документом.

Написание академической истории болезни имеет несколько другие цели. Студент должен продемонстрировать все приобретенные им навыки и знания. Целью написания истории болезни при изучении курса пропедевтики внутренних болезней является отражение знаний, полученных им при изучении предмета, способности выявления симптомов и обобщения их в синдромы на основании данных, полученных при обследовании. История бо-

лезни должна отражать ознакомление студента с классической методикой исследования всех органов и систем организма, особенностями расспроса при различных заболеваниях. Студент должен уметь анализировать полученную информацию для того, чтобы сопоставлять субъективные и объективные изменения в организме больного человека с определенными нозологическими формами.

Академическая история болезни

Академическая история болезни пишется по определенному плану. Ее написанию предшествуют неоднократные обследования и беседы с больным (обязательным моментом при этом является соблюдение правил медицинской этики и деонтологии). При этом студент должен получить исчерпывающую информацию, которая поможет ему при написании. История болезни должна являться заключительным этапом, итогом работы студента по данной дисциплине, поэтому перед этим необходимо полностью изучить теоретическую информацию для наиболее плодотворной работы у постели больного.

Любая академическая история болезни имеет общую структуру изложения информации. История болезни, которая должна быть написана при изучении пропедевтики внутренних болезней, является основой для любой другой академической истории болезни. При изучении хирургических специальностей в историю болезни включаются протокол произведенной операции, при изучении специальных дисциплин — локальный статус, этиология и патогенез заболевания применительно к данному больному. Истории болезни, написанные на следующих курсах, должны содержать дифференциальный диагноз, т. е. на основании данных, полученных при исследовании больного, и сравнении их с классической картиной различных заболеваний устанавливается наиболее вероятный диагноз.

2. Структура истории болезни.

Паспортная часть

Это общие сведения о больном, включающие фамилию, имя, отчество (в целях соблюдения врачебной тайны на титульном

листе истории болезни инициалы указываются только заглавными буквами), пол, дату рождения и полный возраст больного, профессию и род занятий (место работы) в настоящее время, дату поступления в клинику.

Жалобы больного

Жалобы больного, предъявляемые на момент поступления его в клинику. Перечисление начинают с самых главных жалоб, заканчивая общими, второстепенными, менее важными. Каждая жалоба описывается подробно, с перечислением основных ее качеств (указываются локализация, характер, интенсивность, иррадиация, длительность, факторы, провоцирующие и купирующие ее, чем сопровождается).

История настоящего заболевания

Здесь студент должен выяснить, как началось заболевание, какие провоцирующие факторы может отметить сам больной, какими симптомами заболевание проявилось впервые. Нередко студенты ограничиваются указанием лечебных учреждений или диагнозами, выставленными больному ранее. Это неправильно. Основной целью написания данной истории болезни является умение выявить основные жалобы и объективные симптомы и объединить их в синдромы в соответствии с единым патогенезом. Правильно, полноценно собранный анамнез нередко является залогом правильной постановки диагноза еще до проведения инструментальных и лабораторных методов обследования. В истории болезни указывают основные этапы развития заболевания, сопровождающиеся появлением в клинической картине новых данных, соответствие их определенному возрасту больного. Отмечают, каким образом это состояние было расценено в лечебном учреждении, какое проводилось лечение. Последнее обострение хронического заболевания (или остро возникшую болезнь) описывают наиболее подробно.

Анамнез жизни

Включает общие сведения о жизни больного, его краткую биографию. Начинают с указания места и даты рождения, осо-

бенностей развития в детском возрасте, перечисляют перенесенные заболевания.

Сюда же включается трудовая биография: наличие высшего или среднего специального образования, указание мест работы, должности и длительности деятельности на отдельном рабочем месте, наличие профессиональных вредностей.

Отмечают семейное положение, наличие заболеваний у членов семьи. Обязательно указывают данные аллергологического анамнеза, эпидемиологического анамнеза, у женщин — гинекологического анамнеза, заболевания, перенесенные в прошлом, вредные привычки, условия проживания в настоящий момент, травмы, операции, нахождения в местах лишения свободы.

Общий статус больного

Сюда включаются следующие данные: сознание, состояние, положение (активное или вынужденное), вес, рост, телосложение. Производят осмотр и оценку качества покровов кожи и ее дериватов (волос, ногтей), оценку состояния лимфатической, костно-суставной, мышечной систем, степени выраженности подкожно-жировой клетчатки.

Исследование систем органов

Исследование по системам (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, эндокринной, нервной, системе крови) проводится по единому плану. Указываются результаты осмотра, перкуссии, пальпации и аускультации, отмечаются выявленные симптомы.

Данные лабораторно-инструментальных методов обследования

В этот раздел истории болезни выписываются данные лабораторно-инструментальных методов обследования, по которым можно оценить динамику процесса.

Постановка окончательного диагноза

В этом разделе истории болезни формулируется полный окончательный диагноз и дается его обоснование.

Тема 2. ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

1. Индукция, дедукция. Различные уровни обобщения в диагностике. Все клинические и инструментальные исследования, проводимые в клинике, имеют своей целью постановку правильного диагноза. Это очень сложная и ответственная задача, поскольку от поставленного диагноза зависит характер назначенного лечения и в конечном итоге его результат.

Индукция — метод переработки информации, когда от общего переходят к частному. Это означает, что врач, обследуя больного, выявляет некоторые симптомы. Ряд из них является общим для большой группы заболеваний, другие более специфичны. Исходя из последней группы симптомов, ставится предположительный диагноз. Зная классическую картину болезни, врач предполагает для подтверждения своей гипотезы обнаружить у больного и другие симптомы этого заболевания и тем самым подтвердить свою гипотезу и выставить окончательный диагноз. Например, при осмотре живота больного врач обратил внимание на наличие на передней брюшной стенке расширенных вен при увеличении живота в размерах. Симптом расширенных вен передней брюшной стенки является типичным для цирроза печени («голова медузы»), а увеличенный живот позволяет предположить асцит. Асцит не является специфичным признаком и встречается при различных заболеваниях, но, поскольку предполагается цирроз печени, асцит также можно расценить в пользу предположительного диагноза. В последующем проводятся клинические и инструментальные методы исследования для подтверждения этого диагноза. Этот метод имеет главный недостаток: столь грубый подход к диагностике не позволяет полностью оценить состояние больного с учетом всех особенностей процесса, определить причину заболевания, выявить сопутствующие заболевания.

Дедукция — это логический метод, позволяющий от частного, выявленных деталей перейти к общему, сделать основной вывод. Для этого врач, произведя полное клиническое и инструментальное исследование, оценивает результаты и на основании оценки

всех (пусть даже незначительных) симптомов ставит предположительный диагноз. Это происходит следующим образом. Определяют все возможные симптомы, на их основании выделяют синдромы. На основании совокупности выделенных синдромов предполагают различные заболевания. Иногда совокупность синдромов не вызывает сомнения в диагнозе, в других случаях основной синдром может встречаться при различных заболеваниях. Тогда возникает необходимость в проведении дифференциального диагноза. Например, у больного выделены основные синдромы: желтуха, геморрагический синдром, диспептический синдром, лабораторный синдром холестаза, общевоспалительный синдром. На основании этих синдромов предполагают вовлечение печени в патологический, предположительно воспалительный процесс. Однако эти синдромы могут встречаться как проявление других заболеваний гепатобилиарного тракта или других систем органов. Кроме того, частично эти синдромы могут встречаться в рамках конкурирующего заболевания. В рамках основного синдрома — желтухи — исключают гемолитический и механический ее варианты. После этого диагноз гепатита становится более вероятным. Определив его природу, можно выставить окончательный диагноз.

2. Клиническое мышление, определение, специфика. Стиль клинического мышления и его изменения на разных этапах развития медицины. *Клиническое мышление* представляет собой одну из когнитивных функций, осуществляемых врачом в целях достижения определенного результата. Этим результатом могут быть постановка правильного диагноза, грамотный выбор необходимого лечения. Учиться врач продолжает и после получения диплома и учится всю свою жизнь. Каждый врач должен стремиться к овладению основными принципами клинического мышления как к наивысшему уровню развития своих способностей. Необходимыми составляющими клинического мышления являются анализ и синтез поступающей информации, а не простое сравнение данных, полученных при сравнении с эталоном. Клиническое мышление характеризуется способностью к принятию адекватно-