

А.Я. Губергриц

Непосредственное исследование больного

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 616
ББК 53
А11

A11 **А.Я. Губергриц**
Непосредственное исследование больного / А.Я. Губергриц – М.: Книга по Требованию, 2023. – 376 с.

ISBN 978-5-458-38156-7

В книге всесторонне освещаются основные методы диагностики: расспрос больного, общий осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация; раскрываются практическая ценность и возможности каждого из этих методов. Излагаются важнейшие симптомы поражений легких, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, эндокринных желез и системы крови; описываются особенности непосредственного исследования больного при поражении той или иной системы. Книга предназначена для практических врачей, студентов старших курсов медицинских институтов, преподавателей пропедевтики внутренних болезней. Структура книги соответствует плану непосредственного исследования больного, принятому в практике, в частности образцовой школой терапевтов, к которой принадлежит автор: вначале излагается методика собирания анамнеза, а затем описывается общее и частное объективное исследование основных физиологических систем. Для удобства читателя семиологическое значение аналитических данных приводится в главах, посвященных частному физическому исследованию.

ISBN 978-5-458-38156-7

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

не заметить, что и при объективном исследовании иногда вследствие несовершенства существующих методов исследования или неотчетливой выраженности признаков болезни или, наконец, вследствие недостаточного мастерства врача полученные при объективном исследовании симптомы могут оказаться недостаточно достоверными и в этом отношении в некоторых случаях уступают так называемым субъективным признакам, полученным при расспросе больного.

С известным основанием симптомы можно разделить на патологические, представляющие собой в основном проявления болезненного процесса, возникшего в организме больного, и компенсаторные, которые следует рассматривать как «физиологическую меру» на «полóm» (И. П. Павлов) в организме больного, т. е. «защитительно физиологические реакции». В частности, такие симптомы, как кровотечения, приступы болей в сердце, желчная и почечная колика, являются патологическими симптомами. К физиологическим, или компенсаторным, симптомам следует отнести компенсаторную полиурию при хроническом нефрите в периоде начинающейся недостаточности почек, гипертрофию левого желудочка сердца при пороках митрального и аортальных клапанов и т. п.

Однако не следует забывать, что так называемые физиологические, или компенсаторные, симптомы весьма нередко перерастают в патологические. Так, при многократных рвотах, продолжительных поносах возникает обезвоживание, усиливающее общую интоксикацию больных. Компенсирующая кровообращение гипертрофия желудочка в дальнейшем приводит к развитию недостаточности сердца.

Нельзя также не заметить, что ряд симптомов одновременно может быть при заболеваниях и может быть физиологическим процессом. Примером может служить лейкоцитоз, возникающий у вполне здорового человека в связи с пищеварением (так называемый пищеварительный лейкоцитоз), мышечной работой (миогенный лейкоцитоз), лейкоцитоз, возникающий как проявление борьбы организма против внедрившейся инфекции (инфекционный лейкоцитоз), при травме и т. д. Точно так же тахикардия как вполне физиологическое явление наступает при усиленной мышечной деятельности и в то же время весьма часто возникает при развивающейся недостаточности кровообращения. Это же справедливо в отношении учащения дыхания как физиологического явления при усиленной мышечной работе, иногда возникающего и при развитии недостаточ-

ности кровообращения, ряде заболеваний системы дыхания.

Открываемые в результате исследования больного симптомы болезни могут быть проявлением как функциональных, так и структурных изменений, причем далеко не всегда имеет место соответствие в степени органических (структурных) и функциональных признаков поражения одного и того же органа, на что в свое время указывал С. П. Боткин.

По степени диагностической значимости можно разделить симптомы на две группы: специфические, или патогномоничные, и неспецифические, или общие. К первым принадлежат симптомы, являющиеся ведущими в распознавании отдельных заболеваний. Например, выслушиваемый на верхушке сердца пресистолический шум при стенозе митрального отверстия, наличие симптома «головы Медузы» при циррозе печени. Неспецифические симптомы часто отображают патологические изменения общего состояния больных: головные боли, слабость, снижение аппетита, бледность кожных покровов, похудание и т. п.

В то же время специфические, или патогномоничные, симптомы для одних заболеваний могут как неспецифические наблюдаться при других заболеваниях. Например, тот же пресистолический шум, который является специфическим симптомом для стеноза митрального отверстия сердца, может как неспецифический симптом выслушиваться и при недостаточности аортальных клапанов.

До некоторой степени условно симптомы по времени появления при том или другом заболевании могут быть распределены на начальные, или ранние, и поздние. К первым, например, относятся боль при глотании и повышение температуры при ангине, боль в сердце при инфаркте миокарда, кашель и повышение температуры при пневмонии и т. д., в то время как налеты на миндалинах возникают при ангине позже, шум трения перикарда, повышение температуры при инфаркте миокарда, бронхиальное дыхание при пневмонии относятся к поздним симптомам.

Точно так же, с известными оговорками, среди симптомов можно выделить благоприятные и неблагоприятные и даже угрожающие. Например, шум трения плевры является благоприятным признаком при экссудативном плеврите, а появление шума трения плевры, выслушивание шума трения перикарда, как и уринозный запах изо рта, являются угрожающими симптомами хронического нефрита.

При многих заболеваниях довольно закономерно некоторые симптомы, имеющие общее происхождение, сочетаются

друг с другом. Подобные сочетания генетически связанных между собой симптомов носят название синдромов. В некоторых случаях синдромы могут представить основную симптоматику болезни, а остальные признаки заболевания лишь несущественно дополняют ее. В подобных случаях нередко даже говорят не о болезни, а о синдроме, например, синдромы ряда врожденных пороков сердца (тетрада Фалло и др.), заболеваний суставов (синдром Рейтера, Стилла и пр.). Однако чаще синдромы, будучи сочетанием симптомов, объединенных единством патогенеза (возникновения), далеко не исчерпывают сущность заболевания, представляя только наиболее рельефную его симптоматику. К тому же одни и те же синдромы нередко могут встретиться при различных болезнях, как, например, синдром портальной гипертензии, наблюдающийся не только при циррозах печени, но и при ряде других заболеваний (опухоли в брюшной полости, тромбозы в системе воротной вены и т. д.).

Вполне понятно, что обнаружение в организме заболевшего человека тех или иных отклонений, являющихся признаками его болезни, возможно только при умелом применении в процессе изучения больного диагностических методов исследования.

Для того чтобы избежать случайных пробелов при исследовании, его строят по определенному плану, например по плану, принятому в практике образцовской школой при исследовании больного. Вначале собираются жалобы, анамнестические данные, а затем проводят общее объективное исследование больного с последующим проведением так называемого частного объективного исследования, т. е. изучения состояния основных физиологических систем органов. После этого переходят к многочисленным лабораторным и инструментальным исследованиям, справедливо именуемым вспомогательными методами.

Врач обязан хорошо владеть методами непосредственного исследования больного: никакие самые тонкие и точные лабораторные и инструментальные исследования, как бы многочисленны они ни были, не в состоянии заменить основные диагностические приемы: расспрос, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию.

Расспрос, помимо того, что он позволяет ориентироваться в характере настоящего заболевания больного, дает в руки врача ряд других неоспоримых преимуществ. С его помощью мы познаем индивидуальные особенности больного, складывавшиеся в процессе всей предшествующей его жизни,

узнаем ряд как благоприятных, так и, что особенно важно, отрицательных влияний бытового, производственного и иного порядка, имевшихся в прошлом. С помощью расспроса выясняются, правда, далеко не в полной мере, некоторые наследственные особенности больного. Поэтому-то хорошо собранный анамнез играет немаловажную роль в выяснении этиологии и патогенеза заболевания.

Неоценима роль расспроса в распознавании начальных фаз некоторых заболеваний, ибо хорошо известно, что первоначальные «предболезненные» (преморбидные) состояния обычно дают о себе знать некоторыми необычными ощущениями, испытываемыми человеком, хотя во многих случаях никаких объективных признаков может и не быть.

Известный английский клиницист Мэкэпзи по этому поводу совершенно справедливо писал: «Первые симптомы болезни чисто субъективного характера, и они появляются значительно раньше, чем их можно обнаружить физическими методами исследования. Обнаружить эти симптомы и правильно оценить их составляет труднейшую задачу терапевта».

Естественно, что наряду с анамнезом огромное значение в распознавании «диагноза больного» имеет физическое исследование (осмотр, ощупывание, выстукивание, выслушивание). Эти методы, вместе с расспросом составляющие непосредственное исследование больного, в большинстве случаев дают возможность распознать заболевание. Конечно, этим вовсе не отвергается значение лабораторных и инструментальных методов исследования. Напротив, полное физическое исследование больного включает в себя как методы непосредственного исследования, так и лабораторно-инструментальные методы. Но первыми врач обязан хорошо владеть, в то время как лабораторные и инструментальные исследования в настоящее время выполняют другие лица.

Современный врач не может в достаточной степени овладеть техникой всех лабораторных, а тем более инструментальных исследований. Его задача в этом отношении скромнее: уметь пользоваться результатами этих исследований и должным образом оценить их.

Применяя все перечисленные выше методы диагностики, врач добывает ряд признаков, симптомов, которые отдельные клиницисты считают возможным подразделить на достоверные и вероятные. К достоверным относят признаки, в существовании которых врач твердо убежден на основании применявшихся им методов изучения больного, к вероят-

ным — признаки, в наличии которых врач сомневается. При этом вероятность признака может быть различной, и при продолжении дальнейшего наблюдения за больным и проведении дополнительного исследования часть из них может стать достоверными, другие же, напротив, не подтверждаются и, следовательно, отбрасываются.

В своих заключениях врач должен, как правило, основываться на достоверных признаках, причем для «ведущих» из них, т. е. для тех, которым придается большое значение в обосновании диагноза, рекомендуется двойное и даже тройное обеспечение их достоверности, например проверка выслушивания пресистолического шума при митральном пороке пальпаторным ощущением пресистолического дрожания («кошачье мурлыканье»), а при возможности фонокардиографией. Очень важны возможность согласования выявляемых признаков друг с другом, а также отсутствие противоречия в результатах исследования больного различными методами.

Самая сложная задача, стоящая перед врачом, — это методика диагноза: ход размышления, логические заключения, приводящие к распознаванию болезни. Вполне закономерно, что этот сложный мыслительный процесс будет происходить тем скорее, совершеннее, чем больше опыт врача, способность должным образом осознавать, оценивать, группировать добытые при исследовании больного факты, а затем на основе обобщенных впечатлений путем логического мышления приходить к определенному заключению.

При этом в ходе обобщений врач временами абстрагируется от объекта своего исследования с тем, чтобы вновь возвратиться к нему для постановки более совершенного индивидуального диагноза — «диагноза больного», ибо при помощи подобной абстракции удастся более глубоко понять изучаемого больного.

Строя свои диагностические заключения, врач проделявает это поэтапно. Еще опрашивая больного об основных его жалобах и развитии настоящего заболевания, врач уже приходит к гипотетическим заключениям о характере заболевания. Затем он вновь возвращается к обобщениям на основании результатов всего расспроса больного.

Конечно, при этом заключение о диагнозе носит только предварительный характер, однако часто оно является путеводной нитью в ходе дальнейшего исследования больного. В результате проведения физического изучения больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) врач обога-

щается значительным количеством данных, на основании осмысливания которых приходит к более конкретному заключению о характере заболевания.

В сущности на основании непосредственного исследования больного врач в подавляющем большинстве случаев может сделать более или менее полное заключение о диагнозе. Дальнейшее же изучение больного с помощью лабораторно-инструментальных методов исследования обычно лишь дополняет, подтверждает, несколько уточняет заключение, сделанное на основании непосредственного исследования больного. Впрочем, не следует забывать, что при ряде заболеваний (болезни системы крови, почек и др.) лабораторные исследования и инструментальные методы могут иметь решающее значение в постановке диагноза.

Схематически при формулировании диагноза больного обычно выделяют три составные его части:

- 1) основное заболевание со всеми присущими ему особенностями у данного больного;
- 2) осложняющие его течение патологические процессы, имеющие с ним генетическую связь (так называемые осложнения);
- 3) сопутствующие заболевания, обычно не имеющие с основной болезнью причинных связей.

При решении этих задач возможны несколько путей построения заключений о характере заболевания (методы диагноза), которым следует врач в своей практической деятельности. Рассмотрим те методы построения диагноза, которые соответствуют заветам пам С. П. Боткиным пониманию «сознательного заключения при постели больного».

Самым простым и элементарным методом построения диагноза является распознавание заболевания «по сходству». «В больном воспринимают и узнают те явления, которые уже известны из книг или личных наблюдений — процесс, носящий в психологии название перцепции» (В. Х. Василенко). Этот метод сводится к сравнению симптомов, которые добыл врач при изучении своего больного, с признаками, которые встречаются при определенной болезни. Если при этом обнаруживается сходство симптомов, то считают, что у больного имеется именно это заболевание. Конечно, необходимо, чтобы налицо было сходство не одного, а многих признаков и чтобы при этом не имелось существенных противоречий с другими симптомами, наблюдаемыми у больного и не входящими в «классическую» картину диагностируемой болезни.

Этот метод получил в литературе и другое наименование — диагностирование **методом аналогии**. Им можно пользоваться при наличии типично протекающего того или иного заболевания. Нередко к диагностированию методом аналогии прибегают для получения предварительного заключения, для построения диагностических гипотез, которые затем должны быть подкреплены дополнительными фактами, обнаруженными при последующем исследовании больного.

К сожалению, метод диагностирования по аналогии далеко не всегда предохраняет врача от ошибок, в частности, не гарантирует от смешения с другими заболеваниями, характеризующимися сходными симптомами. В связи с изложенным методом распознавания заболевания по аналогии не следует широко пользоваться.

Другим довольно быстрым и простым методом установления диагноза является так называемый **индуктивный метод**, основанный на первичном гипотетическом обобщении с последующей проверкой правильности заключения наблюдаемыми фактами. В этом случае врач, опираясь на один или несколько ведущих признаков, обнаруженных при исследовании больного, приходит к предварительному предположению о наличии определенного заболевания. Затем в своих рассуждениях он допускает, что, если его предположение было правильным, то наряду с первоначально принятыми во внимание симптомами должны быть и другие признаки данного заболевания, и если они действительно налично, то диагноз считается подтвержденным. В случае их отсутствия первоначальное предположение отвергают и выставляют новую диагностическую гипотезу и т. д.

Таким образом, характерной особенностью индуктивного метода диагноза является гипотеза, которая подлежит последующей проверке и доказательству, после чего она становится достоверным заключением или отбрасывается. Этим методом довольно широко пользуются вообще в науке, по поводу чего Клод Бернар в свое время писал, что «наука является кладбищем гипотез».

Применяя на практике индуктивный метод диагностики, врач должен руководствоваться правилами, интерпретированными для клинических целей В. Х. Василенко.

Первым правилом является критическое отношение к диагностической гипотезе, причем основная опасность заключается в смешении гипотезы и факта.

Второе правило — необходимость при построении гипотезы исходить из действительно наблюдаемых фактов, а не

строить беспочвенное предположение. «Гипотеза тем ближе будет к факту,— писал С. П. Боткин,— чем больше было данных, на основании которых она построена».

Третье правило сводится к выявлению противоречий гипотезы с полученными данными.

Четвертое правило заключается в том, чтобы выдвигаемое предположение было доступно прямой проверке.

Пятое правило предусматривает сведение гипотез к возможно меньшему их числу. Впрочем, следует сделать оговорку, что далеко не всегда организм больного поражен только одним недугом: возможно одновременное существование нескольких заболеваний. Однако в большинстве случаев заключения (а пока что гипотезы) о заболевании предполагаются следующим образом: основная болезнь, ее осложнения, сопутствующие болезни.

Весьма близко к индуктивному методу диагноза стоит выделяемый С. А. Гиляревским как самостоятельный метод **обоснованный диагноз**. Согласно определению С. А. Гиляревского, «методика обоснованного диагноза имеет в виду синтетическую работу врача, когда, собрав все имеющиеся у данного больного признаки болезни, он пересматривает их с точки зрения одного заболевания, которое он предполагает и, беря один за другим все имеющиеся у данного больного симптомы болезни, проверяет, насколько они соответствуют данному заболеванию и подтверждают этот диагноз».

Но все перечисленные выше методы диагноза пригодны в основном для распознавания относительно «несложных», типично протекающих заболеваний. К тому же все они в сущности базируются только на одном положении — на наличии большего или меньшего числа сходных признаков между предполагаемым заболеванием и тем, что обычно обнаружено при исследовании больного.

Вполне понятно, что значительно более достоверным окажется заключение о конкретном заболевании у изучаемого больного, если при этом будут исключены все остальные заболевания, имеющие хотя бы отдельные сходные признаки с теми, которые были установлены у больного. В связи с этим в распознавании как более «сложных» и «запутанных» случаев течения заболеваний, так и для большей достоверности диагноза на практике широко прибегают к методу так называемого **дифференциального диагноза**, основанного на исключении всех возможных предположений о других болезнях. Для того чтобы отбросить все остальные заболевания, о которых можно было бы думать при анализе

признаков, имеющих место у больного, необходимо проследить не только сходство симптомов, но в еще большей мере отсутствие у данного больного ряда признаков, которые должны были бы наблюдаться при определенных болезнях.

При проведении дифференциального диагноза на практике исходят из основных симптомов, получаемых как анамнестическим путем, так и при объективном исследовании больного. Необходимо последовательно использовать ведущие симптомы или синдромы, вспомнив, при каких заболеваниях они могут иметь место. С этой целью составляют перечень заболеваний, имеющих ряд симптомов или даже синдромов, сходных с выявленными при исследовании больного. Затем последовательно, на основании совокупности всех данных исключают как мало вероятные те или другие заболевания, отличающиеся рядом несходных признаков с тем, что имеет место у больного, и останавливаются на наиболее достоверном предположении о каком-то конкретном заболевании. При этом последовательно анализируют результаты всех исследований, проведенных у данного пациента, и решают вопрос, насколько они соответствуют предполагаемому диагнозу. Одновременно необходимо выделить признаки заболевания, которые не укладываются в рамки диагноза предполагаемой болезни, и решить вопрос о том, категорически ли они противоречат предполагаемому диагнозу.

Следовательно, при дифференциальной диагностике прибегают как к сравнению по сходству, так и по отсутствию тех или иных признаков. Для большей убедительности дифференциальный диагноз проводят и так называемым перекрестным методом, т. е. проводят дифференцировку с различными заболеваниями, привлекаемыми с этой целью не по одному, а по нескольким ведущим симптомам и даже синдромам. На практике врач часто одновременно прибегает и к методу диагноза «обоснованного», и к дифференциальному диагнозу. Поэтому справедливо замечание С. А. Гиляревского, что противопоставлять методы дифференциального и обоснованного диагноза нельзя.

Положительной стороной метода дифференциальной диагностики является также то, что он требует учета всех возможных заболеваний, а это, согласно В. Х. Василенко, способствует более полному обнаружению всех симптомов. Лишь тот врач правильно, своевременно обнаруживает все симптомы, который уже осведомлен о том, что их можно ожидать в данном случае, и поэтому сосредоточивает внимание на поисках этих симптомов.

В проведении дифференциального диагноза, в полном согласии с В. Х. Василенко, можно схематически выделить следующие основные фазы.

Первая фаза — выявление ведущих симптома, симптомов или синдрома. Эти симптомы или синдромы не должны быть слишком общими и должны иметь существенное значение в клинической картине заболевания у данного больного. Приходится еще раз подчеркнуть, что от выбора ведущего симптома или синдрома во многом зависит успех проведения дифференциального диагноза.

Вторая фаза — привлечение для дифференциальной диагностики всех возможных заболеваний, характеризующихся теми же ведущими синдромами или симптомами, что и у данного больного.

Третья фаза — сравнение клинической картины у изучаемого больного с клинической картиной ряда привлеченных для дифференциальной диагностики заболеваний.

Четвертая фаза — последовательное исключение одного за другим привлеченных для дифференциальной диагностики заболеваний на основании существенных различий, противоречий и несоответствия признаков.

Пятая фаза — установление окончательного диагноза заболевания на основе выявленного сходства данных, полученных при изучении больного, с признаками определенного заболевания и отличия от всех других заболеваний, привлеченных для дифференцирования.

Вполне понятно, что диагноз, поставленный с помощью метода дифференциальной диагностики, является только наиболее вероятным диагнозом и термин «окончательный диагноз» в известной степени формален. Однако в большинстве случаев он ближе всего к истине.

Наконец, следует указать на наиболее важный и, по-видимому, более совершенный, синтетический или патогенетический, метод распознавания болезни, овладению которым учил своих слушателей С. П. Боткин.

Патогенетический, или синтетический, диагноз, как и все остальные методы распознавания заболевания, проходит две фазы — аналитическую и синтетическую.

На первой фазе врач систематизирует, группирует симптомы и дает им должную семиологическую оценку. При этом он стремится выбрать ведущие или же наиболее существенные в диагностическом отношении симптомы и синдромы, иногда повторно проверяя их достоверность и значимость на основании сличения с другими фактами.